**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie geriatrii w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Lublinie**

**Materiały informacyjne dla uczestników konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych**

1. **Warunki ogólne**
2. **Zamawiający:**

Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin, woj. lubelskie, tel. 81 7184410, faks 81 7478646.

1. **Przedmiotem niniejszego konkursu ofert jest:**

Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza specjalistę w dziedzinie geriatrii lub gerontologii w Dziennym Domu Opieki Medycznej Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki zgodnie z harmonogramem.

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach środków Europejskiego Funduszu społecznego, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Oś Priorytetowa V Wsparcie dla Obszaru Zdrowia Działanie 5.2 Działanie projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych, nr wniosku: RPW/81595/2016

1. **Do konkursu mogą przystąpić oferenci:**

* Posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza,
* Posiadający specjalizację z geriatrii lub gerontologii lub będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrii

1. **Oferenci przedstawią proponowaną kwotę za 1 godzinę świadczenia usług w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Lublinie**.
2. **Oferenci przedstawią harmonogram przyjęć w DDOM –**

Oferent zobowiązany jest wskazać w formularzu ofertowym (załącznik nr 1) dni oraz godziny, w których gotowy jest udzielać świadczeń medycznych w zakresie będącym przedmiotem konkursu – w przedziale: od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 16:00, w wymiarze tygodniowym: 7 godzin 30 minut tj. 30 godzin miesięcznie. Wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję. Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.

1. **Świadczenie usług będzie odbywać się według ustalonego harmonogramu.**
2. **Zakres świadczenia usług:**

Zamówienie obejmuje:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu wykonywania przedmiotowej umowy, zgodnie z zasadami wiedzy lekarskiej i obowiązującymi standardami w danej dziedzinie medycyny;
2. przeprowadzanie wywiadu i badania chorego, w tym dokonanie całościowej oceny geriatrycznej nowo przyjętych pacjentów;
3. ocena podstawowych funkcji pacjenta z uwzględnieniem stanu funkcjonalno – czynnościowego   
   i spowolnienia rozwoju przewlekłych procesów chorobowych
4. kontrola procesu leczenia;
5. udzielanie wsparcia oraz edukacja pacjentów i ich rodzin/opiekunów;
6. udział w spotkaniach Zespołu Terapeutycznego;
7. współpraca z personelem Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz innymi pracownikami Instytutu w celu realizacji zadań przewidzianych umową;
8. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami projektu.

Oferent zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi, zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej oraz zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, w tym m.in.:

* [Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych  ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.).](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150000581)
* [Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618  z późn. zm.)](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000217)
* Ustawą z dnia 05 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U.   
  z 2015r., poz. 464),
* obowiązującymi w Instytucie wewnętrznymi instrukcjami i regulaminami,

„Przyjmujący Zamówienie” zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta i realizacji obowiązków względem pacjenta i członków jego rodziny lub innych osób upoważnionych, wynikających z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Obowiązek określony powyżej dotyczy w szczególności respektowania praw pacjenta (osób przez niego upoważnionych) do:

1. rzetelnej informacji o stanie zdrowia, proponowanych metodach diagnostyki i leczenia, prognozach leczenia i ryzyku powikłań,
2. współuczestnictwa w procesie decyzyjnym, co do wyboru metody diagnostyki/leczenia,
3. wyrażania świadomej zgody na proponowaną diagnostykę
4. ochrony danych o stanie zdrowia, tajemnicy lekarskiej.
5. przestrzegania zasad tajemnicy zawodowej i obowiązków określonych w ustawie z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych.
6. **Warunki świadczenia usług**

Zamówienie może być udzielone osobie fizycznej prowadzącej indywidualną praktykę specjalistyczną wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego **posiadającej co najmniej prawo wykonywania zawodu lekarza i rozpoczętą specjalizację w dziedzinie geriatrii lub gerontologii, potwierdzone odpowiednimi dokumentami.**

Realizacja usług odbywać się będzie na podstawie warunków przedstawionych w umowie, której wzór stanowi integralną część niniejszych materiałów.

„Udzielający Zamówienia” oddaje do dyspozycji „Przyjmującego Zamówienie” aparaturę, sprzęt medyczny stanowiący wyposażenie „Udzielającego Zamówienia” i inne środki techniczne oraz pomocnicze niezbędne do realizacji niniejszej umowy.

„Przyjmujący Zamówienie” zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej.

1. **Czas trwania umowy**

Umowa zostanie zawarta na okres 18 miesięcy od dnia 01.12.2016r.

Umowa ulega rozwiązaniu:

1. z upływem czasu, na który była zawarta;
2. z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;
3. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia;
4. wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, w szczególności w przypadku:
5. utraty uprawnień przez „Przyjmującego Zamówienie” niezbędnych do realizacji umowy.
6. rażących naruszeń przez „Przyjmującego Zamówienie” zasad kodeksu etyki lekarskiej i
7. ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty,

5) nie respektowania zasad organizacji udzielania świadczeń obowiązujących u „Udzielającego Zamówienie”.

1. **Treść oferty**

Składana oferta musi zawierać:

1. Dane oferenta: nazwa, siedziba lub imię i nazwisko, adres, numer telefonu do kontaktu,
2. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu, (wydruk pierwszej strony),
3. Aktualny wypis z CEIDG lub Krajowego Rejestru Sądowego oferenta,
4. Dane dotyczące kwalifikacji zawodowych oferenta: numer prawa wykonywania zawodu, kopia dyplomu poświadczającego uzyskanie specjalizacji.
5. Propozycję należności za realizację świadczeń zdrowotnych (należy podać stawkę brutto za 1 godzinę przyjęć w DDOM),
6. Oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i materiałami informacyjnymi oraz wzorem umowy,
7. Oświadczenie o możliwości wykonania świadczeń w systemie czasu pracy i na warunkach podanych w niniejszych MI wraz z wzorem umowy,
8. Oświadczenie o powiązaniach kapitałowych lub osobowych.
9. Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta.
10. Przy składaniu oferty można wykorzystać formularz stanowiący załącznik nr 2 do niniejszych materiałów informacyjnych

Dodatkowo zaleca się dołączenie dokumentów potwierdzających kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu (dyplom, prawo wykonywania zawodu i inne).

**UWAGA**: „Przyjmujący Zamówienie” zobowiązany jest posiadać obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz „Udzielającego Zamówienie” albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczenia zdrowotnego na kwotę nie niższą niż wynikająca z odrębnych przepisów.

„Przyjmujący Zamówienie” przedkłada wraz z ofertą lub nie później niż dniu podpisania kontraktu polisę ubezpieczeniową „Udzielającemu Zamówienie” - pod rygorem odstąpienia od podpisania umowy przez „Udzielającego Zamówienie” w trybie natychmiastowym, jak również zobowiązany jest do utrzymania ważnego ubezpieczenia przez cały okres trwania umowy.

1. **Miejsce i termin składania ofert**

Oferty należy złożyć do dnia 14.11.2016 r., do godz. 12.00 w Kancelarii Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki lub oferty(podpisany skan)należy przesłać na adres [macienko.wioleta@imw.lublin.pl](mailto:macienko.wioleta@imw.lublin.pl)

1. **Otwarcie ofert**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu 14.11. 2016 r. o godz12:30 w pokoju nr 1 w Instytucie Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki.

W otwarciu ofert mogą uczestniczyć oferenci. W ich obecności Komisja Konkursowa:

1. stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
2. otwiera koperty z ofertami i podaje nazwy (firmy) oraz adresy wykonawców oraz zaproponowane stawki.
3. **Termin związania ofertą**

Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

**H. Kryteria wyboru ofert**

Jedynym kryterium wyboru oferty, spośród ofert uznanych za ważne, czyli spełniających warunki co do treści oferty, będą zaproponowane warunki finansowe realizacji zamówienia. Cena 100%.

1. **Rozstrzygnięcie konkursu**

Rozstrzygnięcia konkursu dokona komisja konkursowa powołana przez Dyrektora Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki. Komisja konkursowa, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu, dokonuje następujących czynności:

1. stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
2. otwiera koperty z ofertami,
3. ustala, która z ofert spełnia warunki wymagane przez Zamawiającego,
4. odrzuca oferty nie spełniające wymaganych warunków lub wpływające po terminie,
5. wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

Komisja działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów z wyjątkiem czynności wskazanych w pkt. 1 i 2 części F niniejszych materiałów informacyjnych.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w ciągu 30 dni od dnia otwarcia ofert.

W przypadku gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

Komisja konkursowa odrzuca ofertę:

1. złożoną przez oferenta po terminie,
2. zawierającą nieprawdziwe informacje,
3. jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
4. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
5. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
6. jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
7. jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
8. złożoną przez oferenta, z którym została rozwiązana przez „Udzielającego Zamówienia” umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

Dyrektor Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki unieważnia konkurs, gdy:

* 1. nie wpłynęła żadna oferta,
  2. wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, chyba, że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs nie wpłynie więcej ofert, a komisja konkursowa proponuje przyjęcie tej oferty,
  3. odrzucono wszystkie oferty,
  4. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą „Udzielający Zamówienia” przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
  5. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcia umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych komisja konkursowa ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.

Wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki.

Niezwłocznie po zatwierdzeniu komisja konkursowa zawiadamia na piśmie wszystkich „Przyjmujących Zamówienie” o zakończeniu i wynikach konkursu.

„Udzielający Zamówienia” zawrze umowę z oferentem, którego oferta odpowiada warunkom formalnym oraz zostanie uznana za najkorzystniejszą w oparciu o ustalone kryteria oceny ofert.

„Udzielający Zamówienia” zawrze umowę z wybranym oferentem na okres obowiązywania umowy zgodnie ze wzorem dołączonym do niniejszych materiałów.

1. **Środki odwoławcze**

Oferent, którego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Instytut Medyny Wsi im. Witolda Chodźki zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze: protest i odwołanie.

Środki odwoławcze nie przysługują na:

1. wybór trybu postępowania,
2. niedokonanie wyboru świadczeniodawcy,
3. unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu zakończenia postępowania oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on rzeczywiście bezzasadny.

Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki.

W przypadku uwzględnienie protestu komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.

Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.

Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

1. **Umowa**

Zawarcie umowy z oferentem składającym najkorzystniejszą ofertę nastąpi w terminie do 20 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

1. **Szczególne wymagania Zamawiającego**

Wymaga się zawarcia umowy na warunkach przedstawionych we wzorze stanowiącym integralną część niniejszych materiałów informacyjnych.

**Gdy Wykonawca, nie złoży oświadczenia lub jest powiązany kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym zgodnie z załącznikiem do zapytania ofertowego, zostanie wykluczony z postępowania**.

Osoba uprawniona do kontaktu z Oferentami:

Pani Magdalena Czarkowska – tel. 081 7184498.

Załączniki:

A. Wzór umowy – załącznik nr 1

B. Formularz ofertowy – załącznik nr 2

C. Oświadczenie o powiązaniach kapitałowych

***Załącznik nr 2 – Formularz ofertowy***

* + 1. **Dane oferenta (*nazwa, siedziba lub imi*ę *i nazwisko, adres numer telefonu do kontaktu*)**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………….**

* + 1. **Data sporz**ą**dzenia oferty………………………………………………………………………**
    2. **Należność za realizację świadczeń zdrowotnych:**

……………………….. za 1 godzinę pracy w Dziennym Domu Opieki Medycznej

* + 1. **O**ś**wiadczam, i**ż **zapoznałem/łam si**ę **z tre**ś**ci**ą **ogłoszenia, materiałami informacyjnymi, wzorem umowy oraz posiadam mo**ż**liwo**ść **realizacji przedmiotu zamówienia i poddam się**  **kontroli prowadzonej przez NFZ (recepty) oraz „Udzielaj**ą**cego Zamówienia”.**
    2. **O**ś**wiadczam, i**ż **posiadam mo**ż**liwo**ść **wykonania** ś**wiadcze**ń **na warunkach podanych w materiałach konkursowych i wzorze umowy**.
    3. **Oświadczam, iż posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza**
    4. **Dysponuj**ę **nast**ę**puj**ą**cymi** ś**rodkami ł**ą**czno**ś**ci:**

Telefon: ………………………..

Fax: …………………………….

* + 1. **Zał**ą**czniki:**

1. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu (wydruk pierwszej strony)
2. Aktualny wypis z CEIDG lub KRS
3. Dane dotyczące kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczenia będące przedmiotem konkursu – potwierdzające minimalne wymagania w zakresie przedmiotu konkursu (określone w materiałach informacyjnych)
4. …………………………………………………………………………………………………
5. …………………………………………………………………………………………………
6. …………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

*Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta*