* Białostockie Centrum Onkologii*

*im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku*

*ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok*

*tel.: 85 664 68 00 fax: 85 743 59 13*

*NIP: 966-13-30-466*

*e-mail: bco@onkologia.bialystok.pl*

**Szczegółowe warunki Konkursu Ofert nr 8/KO/2022**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność lecznicząna terenie województwa podlaskiego, w ramach Projektu pn. „**Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi w województwie lubelskim i podlaskim**” nr POWR.05.01.00-00-0033/20

/świadczenia zdrowotne/



*Dyrektor BCO*

*……………...… Zatwierdzam*

# Na podstawie Ustawy z dnia 15.04. 2011r. o działalności leczniczej (t.j.Dz. U. z 2021r. poz. 711t.j. ze zm.), Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku, ogłasza konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na terenie województwa podlaskiego, w ramach Projektu pn. „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi w województwie lubelskim i podlaskim” nr POWR.05.01.00-00-0033/20 (zwany dalej Projektem), który jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

***Zamawiający***– Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku

***Oferent*** –podmiot przystępujący z ofertą do konkursu

**Wymagania podstawowe :**

1. posiadanie siedziby na terenie województwa podlaskiego
2. oraz posiadanie umowy z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub w warunkach oddziału dziennego w rodzaju rehabilitacji ogólnoustrojowej, oraz
3. dysponowanie zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach Projektu (obiekt przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami), oraz
4. zatrudnianie lub współpraca z :

* ***fizjoterapeutą*** *z przynajmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem onkologicznym, posiadający certyfikat ukończenia kursu uprawniającego do pracy z pacjentami z obrzękiem limfatycznym; wpisanym do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów;* ***(warunek w zakresie cz. 1*** *)*

*i/lub;*

* ***FIZJOTERAPEUTĄ -*** *do prowadzenia zajęć gimnastyki ogólnokondycyjnej wymagane jest 3-letnie doświadczenie; (****warunek w zakresie cz. 2)***

*i/lub;*

* ***psychologiem*** *absolwentem studiów magisterskich na kierunku psychologia z 3 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami onkologicznymi;* ***(warunek w cz. 3)***

*i/lub;*

* ***dietetykiem*** *wykształcenie średnie medyczne w zawodzie dietetyka lub osoba, która ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka lub osoba, która rozpoczęła przed dniem 1 października 2007r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł licencjata lub magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku;* ***(warunek w zakresie cz. 4)***

Świadczenia w ramach zakresu części zamówienia, zgodnie z *Ogólnopolskim programem profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi*:

**Część 1**

* Wizyta fizjoterapeutyczna 3 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) - 1 miesiąc po zabiegu
* Wizyta fizjoterapeutyczna 4 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 4-6 miesięcy po zabiegu
* Wizyta fizjoterapeutyczna 5 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 10-12 miesięcy po zabiegu
* Wizyta fizjoterapeutyczna 8 - badanie 1 miesiąc po zabiegu oraz 5-6 miesiąc po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi)
* Wizyta fizjoterapeutyczna 9 - badanie 1 miesiąc po operacji i 1 dzień przed radioterapią oraz w dniu zakończenia radioterapii (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii)
* Wizyta fizjoterapeutyczna 10 - badanie 4-6 miesiąc oraz w 10-12 miesiąc po zakończeniu radioterapii - (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii)

**Część 2**

* Zajęcia ruchowe (wszystkie grupy) po chirurgicznym leczeniu raka piersi

**Część 3**

* Porada psychologiczna po chirurgicznym leczeniu raka piersi
* Warsztaty psychologiczne po chirurgicznym leczeniu raka piersi

**Część 4**

* Porada dietetyczna po chirurgicznym leczeniu raka piersi

1. **DOKUMENTY KONKURSOWE**.
2. Formularz oferty – Załącznik nr 1 i 2.
3. Oświadczenie Oferenta – Załącznik nr 3 i 4.
4. Projekt umowy – Załącznik nr 5.

1. **OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**
2. Zawarcie umowy na czas określony od dnia zawarcia umowy do 30.06.2023 r.
3. Zamawiający podpisze umowę z wybranym oferentem w terminie nie później niż   
   do 30 dni od dnia rozstrzygnięcia wyniku konkursu.
4. Zaoferowana cena /PLN/ brutto za świadczenia będzie obowiązywać przez czas trwania umowy.
5. **ZASADY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ**
6. Oferent podejmie z Zamawiającym współpracę w zakresie wdrażania profilaktyki dotyczącej obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi zgodnie z *Ogólnopolskim programem profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi (program polityki zdrowotnej)* utworzonego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych.
7. Kategorie świadczeń udzielanych w ramach Projektu to:

**Wizyta fizjoterapeutyczna**

Wizyty fizjoterapeutyczne dostosowane będą do potrzeb kobiet w zależności od kwalifikacji do konkretnej grupy. Pierwsze wizyty przeprowadzone będą miesiąc po zabiegu przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii. Kolejne spotkania odbywać się będą zgodnie z zaplanowanymi działaniami w miesiącach odpowiadających danej grupie pacjentek.

**Zajęcia ruchowe**

Świadczenie zdrowotne realizowane w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/ Fizjoterapii / Poradni rehabilitacyjnej. W ramach pierwszych zajęć fizjoterapeuta oceni umiejętności przeprowadzenia przez pacjentkę ćwiczeń ruchowych, automasażu i dokona ewentualnej ich korekty, oceni znajomość zasad postępowania przeciwobrzękowego i samoobserwacji, w razie konieczności przekaże dalsze wskazówki. Następnie podejmowane będą zajęcia ruchowe. Zajęcia realizowane będą w grupach maksymalnie 10 os., 1-2 razy w tygodniu przez okres 6 tygodni. Czas trwania: 45 minut.

**Porada psychologiczna**

Świadczenie zdrowotne nastawione na rozwiązanie zgłaszanego przez pacjenta, jego rodzinę lub opiekuna problemu. Porada obejmuję: wstępną rozmowę wywiad i obserwację, określenie problemu chorego (diagnozę) oraz zakończenie kontaktu przez przekazanie choremu psychologicznych obserwacji, wyjaśnień i skierowanie go do odpowiedniej dla niego formy leczenia. Poradę przeprowadza psycholog w 1, 4-6 i 10-12 miesiącu po operacji, w zależności od grupy kobiet. Czas trwania porady: 60 minut.

**Warsztaty psychologiczne**

Świadczenie zdrowotne realizowane w formie pracy grupowej polegające na wprowadzeniu zmian na poziomie zachowań. Nabycie wiedzy i umiejętności przydatnych do prawidłowego funkcjonowania. Praca na zasobach, umiejętnością radzenia sobie w sytuacji kryzysu pozyskanie umiejętności komunikacji społecznej czy zrozumienia procesu zdrowienia w celu poprawy jakości życia. Warsztaty realizowane będą w grupach ok. 12 osobowych, raz w tygodniu w okresie 1 miesiąca po zakończonym leczeniu chirurgicznym przez 12 tygodni. Czas trwania: 180 minut.

**Porada dietetyczna**

Świadczenie zdrowotne polegające na ocenie stanu odżywienia dokonanej przez dietetyka na podstawie: wywiadu żywieniowego, subiektywnej globalnej ocenie stanu odżywienia SGA, badań biochemicznych, ocenie wskaźnika BMI. Do edukacji kobiet zostaną wprowadzone instrukcje związane z właściwym odżywianiem się, wykształceniem prawidłowych nawyków żywieniowych oraz zachowaniem zbilansowanej diety. Poradę przeprowadza dietetyk w 1, 4-6, 10-12 miesiącu po operacji, w zależności od grupy kobiet. Czas trwania porady: 60 minut.

1. Grupę docelową udzielanych świadczeń zdrowotnych stanowią mieszkanki województwa: podlaskiego i lubelskiego w wieku aktywności zawodowej. Pierwszym kryterium kwalifikacji pacjentek jest poddanie pacjentki chirurgicznemu leczeniu raka piersi. Dalszy dobór chorych do udziału w programie opiera się na następujących kryteriach:

- **Grupa 1** – kobiety zagrożone wystąpieniem obrzęku limfatycznego kończyny górnej BCRL: poddanie limfadenektomii pachowej ALND i chirurgicznemu leczeniu raka piersi (12 mies.) – kryterium kwalifikacji – limfadenektomia pachowa ALND;

- **Grupa 2a** – kobiety w mniejszym stopniu zagrożone wystąpieniem obrzęku limfatycznego kończyny górnej po zabiegach z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi ( 6 mies.) – kryterium kwalifikacji – biopsja węzła wartowniczego SLNB;

- **Grupa 2b** – kobiety po zabiegach z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii zagrożona, na skutek promieniowania wystąpieniem obrzęku limfatycznego 12 mies. po RTH – czyli ok. 13 mies. po operacji) – kryterium kwalifikacji – biopsja węzła wartowniczego SLNB wraz z późniejszą radioterapią.

Kobiety z grupy 1 zostaną objęte programem przez okres 12 miesięcy, z grupy 2a przez okres 6 miesięcy, natomiast grupy 2b przez około 13 miesięcy. Czas interwencji w ostatnie grupie będzie uzależniony od momentu rozpoczęcia i zakończenia radioterapii.

1. Oferent zobowiązuje się do:

* nadzoru nad wypełnianiem przez Uczestników projektu dokumentacji niezbędnej do realizacji Projektu (,oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, dokumentacja medyczna niezbędna do realizacji świadczenia itp.)
* przekazywania pacjentom dostępnych materiałów rozpowszechniających informacje dotyczące profilaktyki obrzęku limfatycznego
* wzory wymaganych dokumentów, w formie elektronicznej, zostaną przekazane przez Zamawiającego.

1. Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp kobietom pracującym tj. usprawnianie ruchowe i kształtowanie aktywności fizycznej będzie wykonywane przez fizjoterapeutę w godzinach popołudniowych i wieczornych ( co najmniej 3 dni robocze) oraz w wybrane weekendy (co najmniej 1 sobota w miesiącu) Realizacja działań na rzecz niniejszego Projektu nie może negatywnie wpływać na realizację świadczeń w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, wszystkie świadczenia oferowane pacjentkom będą realizowane poza tymi świadczeniami. Należy zapewnić rozdzielność świadczeń. Działania będą realizowane w obiektach przystosowanych do dostępu i obsługi osób z niepełnosprawnościami.
2. **INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT**
3. Oferent powinien zapoznać się dokładnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, formularzami, programem polityki zdrowotnej, projektem umowy /kontraktu/.
4. Ofertę, w tym formularz ofertowy, oraz wszystkie wymagane załączniki należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim.
5. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje osoba /osoby/ uprawniona do reprezentacji lub posiadająca pełnomocnictwo, które należy dołączyć do oferty.
6. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny. Strony oferty oraz miejsca, w których oferent naniósł poprawki, podpisuje osoba/y uprawniona, która podpisała ofertę. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego. Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy.
7. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi zamawiającego o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
8. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę zgodnie z postanowieniami pkt.V.1–zasadyskładania ofert z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty” oraz podpis oferenta na kopercie przy słowie „zmiana” lub słowie „wycofanie”.
9. Informacji związanych z konkursem udziela:

Elżbieta Wasilewska, tel. (85) 67 84 286, adres e-mail: [ewasilewska@onkologia.bialystok.pl](mailto:aleszczynska@onkologia.bialystok.pl)

- w zakresie procedury konkursu ofert: *Anita Borawska tel./85/6784-241* ([*aborawska@onkologia.bialystok.pl*](mailto:aborawska@onkologia.bialystok.pl)*); /Marta Nazaruk tel. /85/6646-723/*

1. **ZASADY SKŁADANIA OFERT**
2. Dokumenty konkursowe składane przez oferentów do Zamawiającego powinny być opatrzone napisem: **„Oferta do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na terenie województwa podlaskiego, w ramach Projektu pn. „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi w województwie lubelskim i podlaskim” nr POWR.05.01.00-00-0033/20”,** nazwą oferenta wraz z adresem korespondencyjnym, złożone w zamkniętej kopercie – pod rygorem nieważności.
3. Ofertę należy złożyć, (w zamkniętej kopercie z napisem j.w pkt 1), bezpośrednio w Dziale Kadr i Płac BCO (Białystok, ul. Warszawska 15,„budynek administracji”,parter,) **do dnia 07.03.2022r. do godz.10.00** lub wysłać pocztą na adres: **BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12, 15-027 BIAŁYSTOK** /oferta musi wpłynąć do siedziby BCO (do Działu Kadr i Płac/Kancelarii/) do dnia 07.03.2022r. do g. 10.00.
4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
5. Oferty nadane jako przesyłka pocztowa, które będą dostarczone po wyznaczonym terminie (i wyznaczonej godzinie) zostaną zwrócone oferentowi bez otwierania.
6. O każdej zmianie lub modyfikacji Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert Zamawiający informuje na stronie internetowej BCO, (BIP).
7. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.
8. W ofercie należy podać wyceny należności PLN (cyfrą i słownie) brutto za wykonanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z formularzem ofertowym, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej specyfikacji (cenę za poszczególne świadczenia należy podać w kwocie brutto w PLN cyfrą i słownie).
9. Oferent może złożyć ofertę na wszystkie części, bądź na wybrane, wyceniać należy świadczenia zdrowotne, które będą udzielane.
10. **ZAWARTOŚĆ OFERT**
11. Dla uznania ważności oferta musi zawierać wymagane przez Zamawiającego, wymienione poniżej dokumenty. Dokumenty powinny zostać złożone w formie oryginału lub kserokopii (poświadczonej za zgodność z oryginałem przez oferenta lub osobę uprawnioną.)
12. wypełniony formularz ofertowy (na załączonym druku – załącznik nr 1 i 2);
13. odpis właściwego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (może zostać złożony w formie aktualnego wydruku elektronicznego poświadczonego podpisem oferenta),
14. odpis dokumentu rejestrowego, wskazującego osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu oraz pełnomocnictwo (jeśli dotyczy),
15. polisa OC lub pisemne zobowiązanie się oferenta (w załączniku nr 3) do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej ze wskazaniem minimalnej sumy gwarancyjnej w odniesieniu do jednego wypadku oraz wszystkich wypadków, których skutki objęte będą umową ubezpieczenia na kwoty objęte Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązku ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na usługi zdrowotne (zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami),
16. oświadczenie–załącznik nr 4 - o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu, programem polityki zdrowotnej oraz projektem umowy załączonym do niniejszej dokumentacji /załącznik nr 5/ i zaakceptowaniu powyższych warunków i projektu umowy oraz zobowiązanie (w przypadku wyboru oferty) do podpisania umowy,

2. Kopię polisy na warunkach określonych w zobowiązaniu Oferent przedkłada w ciągu 14 dni od dnia zawarcia umowy, jednakże nie później niż w dniu poprzedzającym rozpoczęcie realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy.

3. Wszystkie zaświadczenia i dokumenty powinny być aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. Oferta konkursowa wraz z zawartymi dokumentami pozostaje w siedzibie Zamawiającego.

**VII. OTWARCIE OFERT**

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **08.03.2022 r. o godz. 10:10** w siedzibie BCO  
 ( „budynek administracji” pok. nr 212), ul. Warszawska 15, Białystok.

**VIII. WYBÓR OFERTY PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ**

1. Komisja Konkursowa prowadzi postępowanie na zasadach określonych Zarządzeniem wew.   
   nr 5/2022 Dyrektora BCO.
2. Komisja konkursowa:

- stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,

- otwiera koperty z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych warunkach konkursu ofert.

1. Firma (nazwa) i adres oferenta, którego oferta jest otwierana, ogłaszane są osobom obecnym przy otwarciu ofert oraz niezwłocznie odnotowywane w protokole postępowania konkursowego.
2. W toku dokonywania formalnej oceny złożonych ofert komisja konkursowa może żądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.
3. Komisja konkursowa odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” lub zgłoszone po wyznaczonym terminie.
4. W przypadku gdy oferta zawiera braki formalne komisja konkursowa może zobowiązać oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. W tym trybie nie może być usunięty brak „oferty cenowej” i warunki wykonywania świadczeń zdrowotnych.
5. Oświadczenia lub dokumenty składane jako uzupełnienie braków formalnych powinny być złożone w zamkniętej kopercie oznaczonej jak oferta oraz dodatkowo zawierać oznaczenie „Uzupełnienie braków oferty”.
6. Komisja konkursowa:
7. wybiera najkorzystniejszą ofertę,
8. oddala wszystkie złożone oferty, jeżeli nie zapewniają właściwej możliwości wykonywania świadczeń zdrowotnych.
9. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Komisja konkursowa kieruje się kryterium: ceny - w*aga kryterium 100%.* Ocena dokonywana jest odrębnie dla każdego świadczenia zdrowotnego. Jeżeli oferent poda wyższą cenę niż zaplanowana dla danego świadczenia przez Zamawiającego o:

- 0,01-10% - otrzyma 90%

- 10,01-20% - otrzyma 80%

- o ponad 20% - otrzyma 70%

za dane świadczenie. Łączna ocena oferty stanowi średnią arytmetyczną otrzymanych ocen. Oferty niższe bądź równe cenie zaplanowanej przez Zamawiającego dla danego świadczenia otrzymają łącznie 100 %.

1. W przypadku otrzymania takiej samej liczby punktów przez dwóch lub więcej oferentów, zostaną przeprowadzone dodatkowe negocjacje.
2. Zamawiający /Komisja Konkursowa/ zastrzega możliwość negocjacji warunków umowy i ceny zaproponowanej przez Oferenta za usługi (przeprowadzenie negocjacji z oferentami nie oznacza ostatecznego wyboru oferty) lub odrzucenia oferty, w przypadku gdy cena oferty przekroczy przewidywane środki finansowe przeznaczone przez Zamawiającego na wymienione usługi medyczne.
3. Komisja konkursowa może wybrać kilka ofert w celu wykonania całości zakresu świadczeń zdrowotnych.
4. W razie oddalenia przez komisję konkursową wszystkich ofert lub nie wybrania żadnej z ofert, Zamawiający może ogłosić nowy konkurs ofert.

**IX. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

1. Oferent związany jest ofertą do dnia unieważnienia konkursu ofert, odrzucenia bądź oddalenia oferty lub podpisania z Zamawiającym umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych ofertą w zależności, która z wymienionych okoliczności nastąpi wcześniej.
2. Okres związania ofertą wynosi 60 dni.

**X. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie konkursu - nazwa /firma/ lub imię i nazwisko Oferenta, który został wybrany, zostanie dokonane w siedzibie zamawiającego, informacja zostanie podana na tablicy ogłoszeń BCO i stronie internetowej BCO /BIP/, w terminie do 30 dni od dnia składania ofert.

**XI. POUCZENIE O ŚRODKACH ODWOŁAWCZYCH**

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku przeprowadzanego postępowania przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w przepisach *ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r.*
2. Środki odwoławcze nie przysługują na :
3. wybór trybu postępowania
4. niedokonanie wyboru Oferenta
5. unieważnienie postępowania konkursowego
6. W toku konkursu ofert, do czasu rozstrzygnięcia konkursu ofert, Oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest (w ciągu 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności), co skutkuje zawieszeniem postępowania konkursowego do czasu jego rozpatrzenia, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

4. Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu siedmiu dni od daty jego złożenia, udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

5. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

6. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz stronie internetowej BCO /BIP/.

7. W przypadku uwzględnienia protestu komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.

8. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść, 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 zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

**XII. ZASTRZEŻENIE**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo: do odwołania konkursu, unieważnienia konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert - bez podania przyczyny.
2. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.
3. Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są w siedzibie Udzielającego zamówienia

*…………………………….*

podpis Dyrektora

Załącznik Nr 1

…………………………..pieczęć Oferenta

***Formularz ofertowy  
KONKURS OFERT NR 8/KO/2022***

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na terenie województwa podlaskiego w ramach **Projektu pn. „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi w województwie lubelskim i podlaskim”**

**nr POWR.05.01.00-00-0033/20**

1. Nazwa Oferenta*…………………………………………………………………………………..……..……….*
2. Adres Oferenta *………………………………………………………………………..…………………...……*
3. Nr telefonu i osoba wyznaczona do kontaktu do kontaktu ………………………………..
4. Adres e-mail ………………………………..…………………………………….……………………………
5. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej …………………………………………………….
6. REGON …………………………
7. NIP ………………………………
8. Numer kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia: ………………………………………..
9. Okres obowiązywania polisy ………………………………………………..…………………………..
10. Osoba upoważniona do reprezentacji………………………………………………………………..
11. Nazwa banku i nr rachunku……………………………………………………………………
12. Dane Inspektora Ochrony Danych Osobowych\* ………………………………………………

*……………………………………….. (podpis i pieczęć Oferenta)*

\* Jeśli jednostka posiada IODO, należy wskazać jego: imię, nazwisko, adres poczty elektronicznej lub numer telefonu kontaktowego. Brak informacji o posiadaniu IODO, będzie równoważny z jego brakiem

Załącznik Nr 2  
 …………………………..pieczęć Oferenta

***Formularz ofertowy  
KONKURS OFERT NR 8/KO/2022***

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na terenie województwa podlaskiego w ramach **Projektu pn. „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi w województwie lubelskim i podlaskim”**

**nr POWR.05.01.00-00-0033/20**

1.Proponowana kwota (brutto) za świadczenia zdrowotne:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr  części zamówienia | Rodzaj świadczenia | Cena brutto za świadczenie dla jednego pacjenta |
| 1. | Wizyta fizjoterapeutyczna 3 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) - 1 miesiąc po zabiegu |  |
| Wizyta fizjoterapeutyczna 4 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 4-6 miesięcy po zabiegu |  |
| Wizyta fizjoterapeutyczna 5 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 10-12 miesięcy po zabiegu |  |
| Wizyta fizjoterapeutyczna 8 - badanie 1 miesiąc po zabiegu oraz 5-6 miesiąc po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi) |  |
| Wizyta fizjoterapeutyczna 9 -  badanie 1 miesiąc po operacji i 1 dzień przed radioterapią oraz w dniu zakończenia radioterapii (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii) |  |
| Wizyta fizjoterapeutyczna 10 - badanie 4-6 miesiąc oraz w 10-12 miesiąc po zakończeniu radioterapii - (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii) |  |
| 2 | Zajęcia ruchowe (wszystkie grupy) po chirurgicznym leczeniu raka piersi\* |  |
| 3 | Porada psychologiczna po chirurgicznym leczeniu raka piersi |  |
| Warsztaty psychologiczne po chirurgicznym leczeniu raka piersi\* |  |
| 4 | Porada dietetyczna po chirurgicznym leczeniu raka piersi |  |

\*Wycena dotyczy każdego 1 pacjenta biorącego udział w zajęciach grupowych

*…..……………………………………..   
(podpis i pieczęć Oferenta)*

Załącznik nr 3

…………………………..pieczęć Oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał/a przez cały okres trwania umowy   
z Zamawiającym.

………………………………………….. (podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 4

…………………………..pieczęć Oferenta

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert nr 8/KO/2022 na świadczenia zdrowotne.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami konkursu, projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z programem polityki zdrowotnej.
4. Oświadczam, że pozostaję związany/a ofertą przez okres 60 dni.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie dokumentów poświadczone za zgodność z oryginałem są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowy.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w zakresie postępowania konkursowego i umowy konkursowej.
8. Oświadczam, że spełniam wymagania podstawowe w konkursie ofert nr 8/KO/2022 tj.

* *posiadam siedzibę na terenie województwa podlaskiego, oraz*
* *posiadam umowę z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub w warunkach oddziału dziennego w rodzaju rehabilitacji ogólnoustrojowej*, oraz
* *dysponuję zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach Projektu (obiekt przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami), oraz*
* *zatrudniam lub współpracuję z (zaznaczyć spełniane warunki):*
* ***fizjoterapeutą*** *z przynajmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem onkologicznym, posiadający certyfikat ukończenia kursu uprawniającego do pracy z pacjentami z obrzękiem limfatycznym; wpisanym do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów;* ***(warunek w zakresie cz. 1***

i/lub

* ***FIZJOTERAPEUTĄ -*** *do prowadzenia zajęć gimnastyki ogólnokondycyjnej wymagane jest 3-letnie doświadczenie; (****warunek w zakresie cz. 2)***

i/lub

* ***psychologiem*** *absolwentem studiów magisterskich na kierunku psychologia z 3 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami onkologicznymi;* ***(warunek w cz. 3)***

i/lub

* ***dietetykiem*** *wykształcenie średnie medyczne w zawodzie dietetyka lub osoba, która ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka lub osoba, która rozpoczęła przed dniem 1 października 2007r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł licencjata lub magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku;* ***(warunek w zakresie cz. 4)***

*……………………………………..*

*(podpis i pieczęć Oferenta)*