Załącznik nr 1 ZM

Znak sprawy: SO.272/K/1/2026

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy i wymagania:**

Przedmiotem zamówienia jest**:**

a) w zakresie **pełnienia stacjonarnych dyżurów w Izbie Przyjęć i w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych przez lekarki specjalistki / lekarzy specjalistów i/lub rezydentki / rezydentów z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu** w ilości i cenie:

L.p.	Rodzaj świadczenia usługi	Liczba godzin dyżurowych na 24 m-ce	Cena jednostkowa w zł / h	Wartość brutto w zł / 24 m-ce
1.	Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Izbie Przyjęć** **w dni robocze.**	..... h **z max. 12 168 h** w dni robocze od godz. 15:00 do godz. 7:25 dnia następnego lub w razie potrzeby od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego		
2	Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Izbie Przyjęć** **w dni świąteczne.**	..... h **z max. 5 376 h** w dni świąteczne od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego		
3	Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Oddziałach Urazowo-Ortopedycznych w dni robocze.**	..... h **z max. 12 168 h** w dni robocze od godz. 15:00 do godz. 7:25 dnia następnego lub w razie potrzeby od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego		

4	Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych **w Oddziałach Urazowo-Ortopedycznych <u>w dni świąteczne.</u>**	……. h **z max. 5 376 h** w dni świąteczne od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego		
			RAZEM	
		Uśredniona cena jednostkowa wszystkich ww. świadczeń *(proszę obliczyć średnią arytmetyczną do pełnych złotych)*		

b) w zakresie **zabezpieczenia świadczenia usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej przez lekarki specjalistki / lekarzy specjalistów i/lub rezydentki / rezydentów z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu** w ilości:

L.p.	Rodzaj świadczenia usługi	Liczba punktów z NFZ na 24 m-ce	% wartości świadczenia za 1 punkt NFZ
1.	**Zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) w Poradni Urazowo – Ortopedyczne**	**250 000 pkt.**	……. %

<u>Realizacja świadczeń:</u>

1. Realizacja w okresie od 01.07.2026 r. do 30.06.2028 r.
2. Realizacja świadczeń w zakresie dyżurów będzie następowała w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego lub w razie potrzeby od 7:25 do 7:25 dnia następnego oraz w dni świąteczne w godzinach od 7:25 do 7:25 dnia następnego.
3. Dyżur medyczny w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego będzie podzielony na dwa zakresy godzinowe, tj. od godz. 15:00 do godz. 20:00 oraz od godz. 20:00 do godz. 7:25 dnia następnego, w których świadczenie usług medycznych odbywało się będzie rotacyjnie pomiędzy dyżurem medycznym w Izbie Przyjęć a dyżurem medycznym w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych. Ww. zakresy godzin mogą ulec zmianie w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta i innych, których nie dało się przewidzieć na dzień ogłaszania postępowania konkursowego.

4. **Należy zaproponować liczbę godzin w każdym z ww. rodzajów świadczenia usługi.**
5. Świadczenie usług medycznych w Poradni Specjalistycznej w ramach AOS będzie odbywało się w dni robocze w godzinach od 7:25 do 15:00.
6. Dniami roboczymi są dni od poniedziałku do piątku, natomiast przez dni świąteczne należy rozumieć soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy.

Minimalna liczba osób udzielających świadczenie:

2 osoby zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny w zakresie dyżurów.
1 osoba zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny w Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

Miejsce wykonywania świadczenia:

Izba Przyjęć, Oddziały Urazowo – Ortopedyczne, Zespół Sal Operacyjnych, Poradnia Urazowo – Ortopedyczna Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich.

Wymagania:

1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie w trybie stacjonarnym w siedzibie Zamawiającego potwierdzone oświadczeniem stanowiącym załącznik nr 4 do SWK.
2. Lekarka specjalistka / lekarz specjalista lub lekarka rezydentka / lekarz rezydent po ukończeniu drugiego roku rezydentury w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów w Izbie Przyjęć i w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych, a w przypadku zabezpieczenia świadczenia usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej po ukończeniu pierwszego roku rezydentury, potwierdzone odpowiednio: dyplomem specjalizacji / zaświadczeniem stanowiącym załącznik nr 6 do SWK.
3. Dopuszczenie lekarki rezydentki / lekarza rezydenta do wykonywania świadczeń przez Kierowniczkę / Kierownika Specjalizacji, wyrażone zaświadczeniem, stanowiącym załącznik nr 6 do SWK, potwierdzającym gotowość do podjęcia samodzielnej pracy przez lekarkę rezydentkę / lekarza rezydenta.
4. Co najmniej jednoroczny staż w pracy w Izbie Przyjęć Ortopedycznej / Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych i / lub w Poradni Urazowo – Ortopedycznej, w których lekarka rezydentka / lekarz rezydent świadczy usługi medyczne objęte postępowaniem konkursowym, potwierdzony zaświadczeniem z podmiotu leczniczego stanowiącym załącznik nr 7 do SWK.
5. Udokumentowane posiadanie certyfikatu ukończenia kursu ochrony radiologicznej pacjenta ORP.
6. Dostępność przez 7 dni w tygodniu w godzinach określonych w powyższej tabeli.

<u>Zakres obowiązków:</u>

a) w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów w Izbie Przyjęć i w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych:

1. Zapewnienie opieki lekarskiej pacjentom w Izbie Przyjęć oraz Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych w ramach dyżurów medycznych.

2. Współpraca z personelem oddziałów oraz innych komórek organizacyjnych Udzielającego Zamówienia.
3. Udzielanie porad ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć Udzielającego Zamówienia.
4. Prowadzenie procesu leczenia zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegawczymi i leczenia chorób.
5. Prowadzenie sprawozdawczości z realizacji zadań zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu standardami dokumentacji medycznej.
6. Udzielanie informacji pacjentowi i osobie upoważnionej przez pacjenta o sposobach leczenia i diagnostyki.
7. Asysta do zabiegów w ramach dyżurów medycznych.
8. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Kierownika Izby Przyjęć, jak również kierownika dyżuru Izby Przyjęć oraz Oddziałów Urazowo – Ortopedycznych.

b) w zakresie **zabezpieczenia świadczenia usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej:**

1. Przyjmowanie pacjentów poizbowych, pierwszorazowych oraz pozabiegowych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej dla dorosłych, z zastrzeżeniem pkt. 2.
2. W ramach świadczenia usług w Poradni Urazowo – Ortopedycznej Personel świadczący usługi w imieniu Przyjmującego Zamówienie jest zobowiązany do przyjęcia, każdorazowo, w trakcie jednego dnia roboczego świadczenia usług w Poradni, min. 24 pacjentów poizbowych. Udzielający Zamówienia dopuszcza przyjmowanie pacjentów pierwszorazowych oraz pozabiegowych dopiero po zrealizowaniu w danym dniu porad na rzecz wskazanego wyżej minimum w zakresie liczby pacjentów poizbowych, chyba że ich przyjęcie we wskazanej ilości nie będzie możliwe z przyczyn niezależnych od Przyjmującego Zamówienie.

.....

Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania
Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 6 ZM do SWK

…… ……, dnia ……

pieczęć podmiotu leczniczego, miejscowość
w którym rezydent/ka odbywa specjalizację

ZAŚWIADCZENIE * / **

Zaświadcza się, że Wnioskodawca:

……

imię i nazwisko

a) ukończył/a **<u>drugi rok rezydentury</u>** z ortopedii i traumatologii narządu ruchu i posiada umiejętności wskazujące na gotowość do podjęcia samodzielnego świadczenia usług w zakresie pełnienia dyżurów w Izbie Przyjęć oraz w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych;
b) ukończył/a **<u>pierwszy rok rezydentury</u>** z ortopedii i traumatologii narządu ruchu i posiada umiejętności wskazujące na gotowość do podjęcia samodzielnego świadczenia usług w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę Wnioskodawcy.

……
podpis osoby uprawnionej
do wystawienia zaświadczenia

* *Dotyczy **<u>wyłącznie</u** lekarek rezydentek / lekarzy rezydentów.*
** ***zakreślić właściwy podpunkt***