**Informacja dotycząca przygotowania ofert w postępowaniach konkursowych mających na celu zawarcie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych   
w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna.**

Śląski Oddział Wojewódzki NFZ w Katowicach informuje o konieczności dołączenia do ofert następujących dokumentów:

* Oświadczenie personelu z uwzględnieniem tygodniowego harmonogramu pracy w rozbiciu   
  na godziny pracy (zgodnie ze wzorem określonym w załącznikach o numerach 1b i 1 c   
  do komunikatu) – dotyczy tylko zakresu: porada w poradni medycyny paliatywnej i lekarza w perinatalnej opiece paliatywnej.
* Oświadczenie personelu w zakresie tygodniowego wymiaru zatrudnienia (zgodnie ze wzorem określonym w załącznikach o numerach 1 i 1 a do komunikatu) – dotyczy zakresów: świadczenia w hospicjum domowym, świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym i psychologa w perinatalnej opiece paliatywnej.
* Oświadczenie personelu: lekarz lub pielęgniarka (zgodnie ze wzorem określonym w załączniku   
  nr 2 do komunikatu) – dotyczy tylko zakresu świadczenia w hospicjum domowym.
* Oświadczenie personelu: lekarz lub pielęgniarka (zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do komunikatu) – dotyczy tylko zakresu świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci.
* Oświadczenie personelu: lekarz lub pielęgniarka (zgodnie ze wzorem określonym w załączniku   
  nr 4 do komunikatu) – dotyczy tylko zakresu świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym.
* Oświadczenie personelu: lekarz (zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 5   
  do komunikatu) – dotyczy tylko zakresu perinatalna opieka paliatywna.
* Oświadczenie personelu: psycholog (zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 6   
  do komunikatu) – dotyczy tylko zakresu perinatalna opieka paliatywna.
* Oświadczenie OFERENTA dotyczące wskazanej do zakontraktowania liczby łóżek (zgodnie   
  ze wzorem określonym w załączniku nr 7 do komunikatu) – dotyczy tylko zakresu świadczenia   
  w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym.
* Kopia „Oświadczenia potwierdzającego udostępnienie danych" (lub inne oświadczenie) uzyskane ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, które potwierdza i wskazuje   
  na zakres współpracy oferenta z agencją (w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi   
  na zapytanie ankietowe).
* Kopia certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na zapytanie ankietowe).
* Kopia certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami ustawy   
  o ochronie informacji niejawnych (w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na zapytanie ankietowe) – dotyczy tylko zakresów: porada w poradni medycyny paliatywnej, świadczenia   
  w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym i perinatalna opieka paliatywna.
* Oświadczenie oferenta potwierdzające posiadanie aplikacji służącej do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku z załączoną kopią faktury zakupu i specyfikacją techniczną producenta bądź innym dokumentem potwierdzającym, że oprogramowanie spełnia warunki określone w art. 80 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069 z późn.zm.) - w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na zapytanie ankietowe – dotyczy tylko zakresu: porada w poradni medycyny paliatywnej.
* Oświadczenie oferenta o posiadaniu aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady zawierające jej opis wskazujący adres, pod którym można się będzie zarejestrować z załączoną kopią faktury zakupu i specyfikacją techniczną producenta bądź innym dokumentem potwierdzającym, że aplikacja ma wymagane cechy (w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na zapytanie ankietowe) – dotyczy tylko zakresu: perinatalna opieka paliatywna.

Oświadczenia i kopie powyższych dokumentów powinny zostać potwierdzone za zgodność   
z oryginałem przez osoby upoważnione do reprezentowania oferenta ponumerowane i dołączone   
do oferty.

Źródło: Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej telefon: 32 735 19 52, 32 735 17 85, 32 735 17 43.