



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

RAZPISNA DOKUMENTACIJA

JAVNI RAZPIS

**za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na področju
zobozdravstvene dejavnosti – oralna in maksilofacialna kirurgija**

Ljubljana, 23. 7. 2020
Številka: 0142-743/2019/5



KAZALO

I. BESEDILO JAVNEGA RAZPISA	3
II. ŠTEVILKA IN DATUM KONCESIJSKEGA AKTA, KI JE PODLAGA ZA TA RAZPIS; VRSTA OBMOČJE IN PREDVIDEN OBSEG OPRAVLJANJA PROGRAMOV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, KI SO PREDMET KONCESIJE TER POGOJI FINANCIRANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI	8
1. ŠTEVILKA IN DATUM KONCESIJSKEGA AKTA, KI JE PODLAGA ZA TA JAVNI RAZPIS	8
2. OZNAKA RAZPISANE KONCESIJE, VRSTA, OBMOČJE IN PREDVIDEN OBSEG OPRAVLJANJA PROGRAMOV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, KI SO PREDMET KONCESIJE	8
3. POGOJI FINANCIRANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI	8
III. NAVODILA ZA PRIPRAVO IN PREDLOŽITEV PONUDBE; ROK ZA ODDAJO PONUDBE; NASLOV IN DATUM ODPIRANJA PONUDB; OPIS POSTOPKA IZBIRE KONCESIONARJA; ROK ZA IZDAJO IN VROČITEV KONCESIJSKE ODLOČBE	9
1. NAVODILA ZA PRIPRAVO IN PREDLOŽITEV PONUDBE	9
2. NASLOV IN DATUM ODPIRANJA PONUDB	10
3. OPIS POSTOPKA IZBIRE KONCESIONARJA IN ROK ZA IZDAJO TER VROČITEV KONCESIJSKE ODLOČBE	10
IV. ZAHTEVANE SESTAVINE PONUDBE ZA IZPOLNJEVANJE POGOJEV IN VREDNOTENJE MERIL	11
1. POGOJI, KI JIH MORA IZPOLNJEVATI PONUDNIK ZA PRIDOBITEV KONCESIJE IN DOKAZILA O NJIHOVEM IZPOLNJEVANJU	11
2. MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA IN PRIPADAJOČA DOKAZILA	14
3. OBRAZCI	18
3.1. OBRAZCI F (IZPOLNIJO JIH PONUDNIKI FIZIČNE OSEBE)	18
3.2. OBRAZCI P (IZPOLNIJO JIH PONUDNIKI PRAVNE OSEBE)	34
V. VZOREC KONCESIJSKE POGODBE ZA FIZIČNO IN PRAVNO OSEBO	51
A.) VZOREC KONCESIJSKE POGODBE ZA FIZIČNO OSEBO	51
B.) VZOREC KONCESIJSKE POGODBE ZA PRAVNO OSEBO	59



I. BESEDILO JAVNEGA RAZPISA – št.: 0142-743/2019/5 Z DNE 23. 7. 2020

MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



objavlja

na podlagi prvega odstavka 44.b člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17 in 1/19 – odl. US; v nadaljevanju: ZZDej) in prvega odstavka 6. člena Uredbe o podelitvi koncesije za opravljanje javne zdravstvene službe na področju zobozdravstvene dejavnosti – oralna in maksilofacialna kirurgija (Uradni list RS, št. 9/20)

Javni razpis za podelitev koncesij za opravljanje javne službe na področju zobozdravstvene dejavnosti – oralna in maksilofacialna kirurgija

1. KONCEDENT

Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju: koncedent).

2. ŠTEVILKA IN DATUM KONCESIJSKEGA AKTA, KI JE PODLAGA ZA TA JAVNI RAZPIS

13. 2. 2020 je Vlada RS izdala Uredbo (koncesijski akt) EVA 2019-2711-0064.

14. 2. 2020 je bila Uredba objavljena v Ur. l. RS št. 9/2020.

15. 2. 2020 (dan po objavi v Ur. l. RS) je Uredba začela veljati.

3. PREDMET JAVNEGA RAZPISA

Predmet javnega razpisa je podelitev koncesij za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti na sekundarni ravni in sicer na področju zobozdravstvene dejavnosti – oralna in maksilofacialna kirurgija.

4. OZNAKA RAZPISANE KONCESIJE, VRSTA, OBMOČJE IN PREDVIDEN OBSEG OPRAVLJANJA PROGRAMOV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, KI SO PREDMET KONCESIJE

Koncesije na področju zobozdravstvene dejavnosti – oralna in maksilofacialna kirurgija se podeli v predvidenem skupnem obsegu 1,00 programa na naslednjih območjih in v naslednjih predvidenih obsekih (oznake koncesij so razvrščene po območjih):

4.1. 1,00 program v Novem mestu (že obstoječ program – obvezen prevzem zavarovancev).

5. PREDVIDEN ZAČETEK IN TRAJANJE KONCESIJSKEGA RAZMERJA

Koncesija se podeli za določen čas, in sicer za obdobje 15 let, šteto od dneva začetka opravljanja koncesijske dejavnosti. Koncesijsko dejavnost se prične opravljati v najkrajšem možnem času, najpozneje pa v roku 30 dni od sklenitve pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS). V nasprotnem primeru koncedent z odločbo odvzame koncesijo (osma alineja prvega odstavka 44.j ZZDej).

6. ZAKONSKI IN DRUGI POGOJI, KI JIH MORA PONUDNIK IZPOLNJEVATI TER DOKAZILA O NJIHOVEM IZPOLNJEVANJU

Ponudnik mora za pridobitev in opravljanje koncesije izpolnjevati 14 pogojev, od tega 7 zakonskih (44.č člen ZZDej) in 7 drugih pogojev, določenih s strani koncedenta. Kot dokaz o izpolnjevanju zahtevanih pogojev ponudnik v ponudbi na javni razpis:

- predloži ustrezna dokazila v originalu ali overjeni fotokopiji, oz.;

- v skladu z določili tretjega odstavka 44.c člena ZZDej za dokazila, ki jih koncedent lahko pridobi iz uradnih evidenc, poda ponudnik pisno soglasje, da koncedentu dovoljuje vpogled oziroma dostop do podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci.



Navedba zakonskih in drugih pogojev, ki jih morajo ponudniki izpolnjevati, ter dokazila o njihovem izpolnjevanju:

6.1. POGOJ: ponudniku v zadnjih 5 letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44.j člena ZZDej;

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe!

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 2F ali 2P), da mu v zadnjih 5 letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44.j člena ZZDej;

6.2. POGOJ: ponudnik ni v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica, o čemer predloži potrdilo pristojne zbornice ali strokovnega združenja;

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe!

DOKAZILO:

- potrdilo pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da ponudnik ni v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica ali pisno soglasje ponudnika (obrazec 3F ali 3P), da dovoljuje koncedentu dostop do teh podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci;

6.3. POGOJ: neobstoj izključitvenih razlogov, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil;

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe!

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 4F ali 4P), da pri njem ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil;

6.4. POGOJ: dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa.

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen pred sklenitvijo koncesijske pogodbe!

DOKAZILO:

A. v kolikor ima ponudnik dovoljenje, ki je izdano po 17. 11. 2017 ali upravni akt Ministrstva za zdravje izdan po 17. 11. 2017, ki dopolnjuje že izdano dovoljenje:

- dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa ali pisno soglasje ponudnika (obrazec 5F ali 5P), da dovoljuje koncedentu dostop do teh podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci;

B. v kolikor ponudnik še nima izdanega dovoljenja:

- pisno soglasje ponudnika (obrazec 5F ali 5P), da dovoljuje koncedentu dostop do podatkov glede dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa, ki se o njem vodijo v uradni evidenci;

C. v kolikor ima ponudnik dovoljenje, ki je izdano pred 17. 11. 2017:

- dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa ali pisno soglasje ponudnika (obrazec 5F ali 5P), da dovoljuje koncedentu dostop do teh podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci;
- izjava odgovornega nosilca (obrazec 5F ali 5P) zdravstvene dejavnosti o najmanj 5 letih delovnih izkušenj na področju zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa, pri čemer se upoštevajo delovne izkušnje po pridobitvi pogojev za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti oziroma zdravniški službi;
- potrdilo Ministrstva za pravosodje, da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ni bil pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje ali ni bil pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, ki se preganja po uradni dolžnosti ali pisno soglasje odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (obrazec 5F ali 5P), da dovoljuje koncedentu dostop do podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci.



6.5. POGOJ: urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike v skladu z Zakonom o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18 in 66/19; v nadaljevanju: ZZdrS).

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen pred sklenitvijo koncesijske pogodbe!

DOKAZILO:

- dokazilo o urejenem zavarovanju odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo ali izjava ponudnika (obrazec 6F ali 6P), da bo pred sklenitvijo koncesijske pogodbe sklenil zavarovanje odgovornosti za zdravnike v skladu z ZZdrS;

6.6. POGOJ: zaposlitev odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti za polni delovni čas, razen ko je sam izvajalec zdravstvene dejavnosti. Odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti se lahko zaposli za krajši delovni čas, če gre za sorazmerno zaposlitev glede na predviden manjši obseg izvajanja programa zdravstvene dejavnosti.

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti, pri čemer najprej zadostuje izjava (obrazec 7F ali 7P), nato mora ponudnik pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti predložiti pogodbo o zaposlitvi!

DOKAZILO:

- pogodba o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti ali izjava ponudnika (obrazec 7F ali 7P), da bo odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti izpolnjeval pogoj glede zaposlitve najpozneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti;

6.7. POGOJ: zaposlitev ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali Zakona o zdravniški službi (v nadaljevanju: ZZdrS), in bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije.

→ zakonski pogoj mora biti izpolnjen z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti, pri čemer najprej zadostuje izjava (obrazec 7F ali 7P), nato mora ponudnik pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti predložiti pogodbo o zaposlitvi oz. druge pogodbe civilnega prava!

DOKAZILO:

- pogodbe o zaposlitvi oz. druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ali izjava ponudnika (obrazec 7F ali 7P), da bodo pogoji glede zagotovitve ustreznega števila zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev izpolnjeni najpozneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti;

6.8. POGOJ: prevzem zavarovanih oseb ZZZS v zdravstveno obravnavo (ta pogoj velja le za tiste razpisane koncesije, ki niso posledica nujnih širitev programa – glej 4. točko besedila javnega razpisa)

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 8F ali 8P), da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu prevzel v zdravstveno obravnavo vse tiste zavarovane osebe ZZZS, ki so bile v zdravstveni obravnavi pri dosedanjem izvajalcu razpisane koncesije in bodo to želele (ta pogoj velja le za razpisane koncesije, kjer ne gre za širitev programa – glej 4. točko besedila javnega razpisa);

6.9. POGOJ: da se o zadevi (podeljevanje koncesije v zdravstveni dejavnosti) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva ponudnika ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (v primeru, če je ponudnik pravna oseba). Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi Ministrstvo za zdravje in sodni postopki, v katerih Ministrstvo za zdravje nastopa kot stranka ali stranski udeleženec.

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 9F ali 9P), da se o zadevi (podeljevanje koncesij v zdravstveni dejavnosti) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva ponudnika niti odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (v primeru, če je ponudnik pravna oseba). Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi Ministrstvo za zdravje in sodni postopki, v katerih Ministrstvo za zdravje nastopa kot stranka ali stranski udeleženec.



6.10. POGOJ: ordinacijski prostori, ki so dostopni za gibalno in funkcionalno ovirane osebe.

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 10F ali 10P), da bo izvajal zdravstveno dejavnost, ki je predmet tega razpisa, v ordinacijskih prostorih, dostopnih za gibalno in funkcionalno ovirane osebe (dostop za invalidske/otroške vozičke; dvigalo, če ordinacijski prostor ni v pritličju; klančina);

6.11. POGOJ: zagotovitev ordinacijskega časa za zavarovane osebe ZZS najmanj v obsegu 1/5 s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure naprej.

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 11F ali 11P), da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu zagotovil ordinacijski čas za zavarovane osebe ZZS najmanj v obsegu 1/5 s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure naprej.

6.12. POGOJ: na koncesijo se lahko prijavi ponudnik fizična oseba, če še nima podeljene koncesije za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti oz. če skupni obseg programa obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidira, ne presega 1,20 programa. V kolikor koncesijo ima in skupni obseg programa obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidira, presega 1,20 programa, mora obstoječe koncesijsko razmerje prekiniti ali pa ga ustrezno prilagoditi na način, da skupni obseg programa koncesij ne bo presegal 1,20 programa. Pri ponudniku pravni osebi je pogoj ta, da predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti nima podeljene koncesije oz. le-ta ni v takem obsegu, da bi skupni obseg programa s koncesijo, na katero kandidira na tem razpisu, presegal 1,20 programa. V kolikor temu ni tako, mora to ustrezno urediti.

DOKAZILO:

- izjava ponudnika fizične osebe (obrazec 12F), da nima podeljene koncesije za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti oz. če koncesijo ima, obseg obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidira, ne presega 1,20 programa. Če skupni obseg programa obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidira, presega 1,20 programa, mora v primeru podelitve koncesije na tem razpisu obstoječe koncesijsko razmerje prekiniti ali pa ga ustrezno prilagoditi na način, da skupni obseg programa koncesij ne bo presegal 1,20 programa.
- izjava ponudnika pravne osebe (obrazec 12P), da predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti nima podeljene koncesije oz. le-ta ni v takem obsegu, da bi skupni obseg programa s koncesijo, na katero kandidira na tem razpisu, presegal 1,20 programa. V kolikor temu ni tako, mora to ustrezno urediti;
- ponudnik je dolžan Ministrstvu za zdravje pred sklenitvijo koncesijske pogodbe dostaviti ustrezna dokazila (obstoječa koncesijska odločba, dokončna odločba o odvzemu koncesije oz. nova dokončna koncesijska odločba).

6.13. POGOJ: zagotovljeni ustrezni ordinacijski prostori na razpisanem območju z ustrezno opremo.

DOKAZILO:

- dokazilo o lastništvu ordinacijskih prostorov na razpisanem območju - največ 8 dni star zemljiškoknjižni izpisek ali kupoprodajna pogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) ali
- veljavna pogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) o najemu oz. uporabi ordinacijskih prostorov na razpisanem območju (lastništvo mora biti dokazano - glej prvo alinejo te točke) ali
- veljavna predpogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) o najemu oz. nakupu ordinacijskih prostorov na razpisanem območju (lastništvo mora biti dokazano - glej prvo alinejo te točke);

6.14. POGOJ: pričetek z delom najpozneje v roku 30 dni po sklenitvi pogodbe z ZZS.

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 16F ali 16P), da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu pričel opravljati koncesijsko dejavnost najpozneje v roku 30 dni po sklenitvi pogodbe z ZZS.



7. MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA PRI VSEH RAZPISANIH KONCESIJAH:

Ponudbe bodo ocenjene v skladu z naslednjimi merili:

- 7.1.** Strokovna usposobljenost, izkušnje in reference ponudnika ter odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije: največ 30 točk;
- 7.2.** Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti: največ 30 točk;
- 7.3.** Ugotovitve nadzornih postopkov iz 76. člena ZZDej – velja za katerokoli zdravstveno dejavnost, kjer deluje ali je deloval ponudnik. Če je ponudnik pravna oseba, se to merilo nanaša na ponudnika in na odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti: največ 10 točk;
- 7.4.** Pričetek z delom: največ 10 točk;
- 7.5.** Izkušnje odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe na področju razpisane koncesije od 1. 1. 2005 dalje: največ 10 točk.
- 7.6.** Razdalja do najbližjega zobnega RTG z ortopanom, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem: največ 10 točk.

8. NASLOV, ROK IN NAČIN PREDLOŽITVE PONUDBE

Naslov na ponudbi - Ministrstvo za zdravje, Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana.

Rok in način predložitve ponudbe – pravočasna je tista ponudba, ki je bila oddana na pošti s priporočeno pošiljko najpozneje do vključno 7. 8. 2020.

9. NASLOV IN DATUM ODPIRANJA IN OCENJEVANJA PONUDB

Odpiranje in ocenjevanje ponudb za podelitev razpisanih koncesij se začne 17. 8. 2020 v prostorih Ministrstva za zdravje, Štefanova 5, 1000 Ljubljana in ne bo javno.

10. ROK, V KATEREM BODO PONUDNIKI OBVEŠČENI O IZIDU JAVNEGA RAZPISA

Razpisna komisija, ki jo za namen tega javnega razpisa imenuje minister za zdravje (v nadaljevanju: razpisna komisija), bo ocenila le pravočasne, pravilne in popolne ponudbe in izdelala poročilo. Dopolnjevanje ponudb ni dovoljeno.

Najpozneje do 17. 10. 2020 bo koncedent:

- izdal koncesijsko odločbo, s katero ponudniku, čigar ponudba bo po merilih ocenjena najbolje, podeli koncesijo. V kolikor dosežeta dva ali več najbolje ocenjenih ponudnikov v okviru iste oznake koncesije (glej 2. točko II. poglavja razpisne dokumentacije) na podlagi meril pri razpisani koncesiji enako število točk, se ponudnika izbere na podlagi opravljenega žreba;
- prepozne in nepravilne ponudbe zavrgel s sklepom in jih vrnil pošiljatelju;
- nepopolne ponudbe in ponudbe tistih ponudnikov, ki ne bodo izbrani, zavrnil z upravno odločbo.

V primeru, da razpisna komisija oceni, da nihče od ponudnikov ni primeren za podelitev koncesije ali ugotovi, da program za razpisano koncesijo ni na razpolago, se koncesije ne podeli.

11. NAČIN DOSTOPA DO RAZPISNE DOKUMENTACIJE

Razpisna dokumentacija je dostopna na spletnih straneh Ministrstva za zdravje - <https://www.gov.si/drzavni-organi/ministrstva/ministrstvo-za-zdravje/>.



II. ŠTEVILKA IN DATUM KONCESIJSKEGA AKTA, KI JE PODLAGA ZA TA JAVNI RAZPIS; OZNAKA RAZPISANE KONCESIJE, VRSTA, OBMOČJE IN PREDVIDEN OBSEG OPRAVLJANJA PROGRAMOV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, KI SO PREDMET KONCESIJE TER POGOJI FINANCIRANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

1. ŠTEVILKA IN DATUM KONCESIJSKEGA AKTA, KI JE PODLAGA ZA TA JAVNI RAZPIS

13. 2. 2020 je Vlada RS izdala Uredbo (koncesijski akt) EVA 2019-2711-0064.

14. 2. 2020 je bila Uredba objavljena v Ur. l. RS št. 9/2020.

15. 2. 2020 (dan po objavi v Ur. l. RS) je Uredba začela veljati.

2. OZNAKA RAZPISANE KONCESIJE, VRSTA, OBMOČJE IN PREDVIDEN OBSEG OPRAVLJANJA PROGRAMOV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, KI SO PREDMET KONCESIJE

Koncesije na področju zobozdravstvene dejavnosti – oralna in maksilofacialna kirurgija se podeli v predvidenem skupnem obsegu 1,00 programa na naslednjih območjih in v naslednjih predvidenih obsekih (oznake koncesij so razvrščene po območjih):

4.1. 1,00 program v Novem mestu (že obstoječ program – obvezen prevzem zavarovancev).

3. POGOJI FINANCIRANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

ZZZS skladno s tretjim odstavkom 44.f člena ZZDej najpozneje v enem mesecu od podpisa koncesijske pogodbe s koncesionarjem sklene pogodbo o financiranju koncesijske dejavnosti, s čimer se zagotovi vir financiranja koncesijske dejavnosti.



III. NAVODILA ZA PRIPRAVO IN PREDLOŽITEV PONUDBE; ROK ZA ODDAJO PONUDBE; NASLOV IN DATUM ODPIRANJA PONUDB; OPIS POSTOPKA IZBIRE KONCESIONARJA; ROK ZA IZDAJO IN VROČITEV KONCESIJSKE ODLOČBE

1. NAVODILA ZA PRIPRAVO IN PREDLOŽITEV PONUDBE

1.1. PRAVOČASNOST PONUDBE (ROK ZA ODDAJO PONUDBE)

Pravočasna je tista ponudba, ki je bila oddana na pošti s priporočeno pošiljko najpozneje do vključno 7. 8. 2020.

1.2. PRAVILNOST PONUDBE

Pravilna je tista ponudba, ki je bila oddana v pravilno opremljeni in označeni zaprti kuverti. To pomeni, da je na:

- prednji strani kuverte levo zgoraj navedeno »NE ODPIRAJ – PRIJAVA NA JAVNI RAZPIS: OZNAKA IN PREDMET KONCESIJE«;
- prednji strani kuverte desno naveden naslovnik »MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE, ŠTEFANOVA ULICA 5, 1000 LJUBLJANA«;
- hrbtne strani kuverte na sredini zgoraj navedeno ime in priimek ponudnika oz. njegov naziv, če je ponudnik pravna oseba ter točen naslov ponudnika oz. sedež ponudnika, če je ponudnik pravna oseba.

Vzorec prednje strani kuverte:

NE ODPIRAJ – PRIJAVA NA JAVNI RAZPIS: 4.1. – ZOB. DEJ. – ORALNA IN MAKSILOFACIALNA KIRURGIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE ŠTEFANOVA ULICA 5 1000 LJUBLJANA

Vzorec hrbtne strani kuverte:

IME IN PRIIMEK PONUDNIKA OZ. NJEGOV NAZIV, ČE JE PONUDNIK PRAVNA OSEBA. NASLOV PONUDNIKA OZ. NJEGOV SEDEŽ, ČE JE PONUDNIK PRAVNA OSEBA

1.3. POPOLNOST PONUDBE

Popolna je tista ponudba, ki vsebuje vse zahtevane sestavine ponudbe (IV. poglavje razpisne dokumentacije) in katere ponudnik izpolnjuje vse pogoje in navodila, opredeljena s tem razpisom. Popolna ponudba mora ustrezati tudi dodatnim pravilom pri oddaji ponudbe.

1.4. DODATNA PRAVILA PRI ODDAJI PONUDBE

- ponudba mora biti ročno izpolnjena v slovenskem jeziku z velikimi tiskanimi črkami in tam, kjer je to predpisano, podpisana s strani vlagatelja;
- v kolikor je ponudnik pravna oseba, je tam, kjer je to predpisano, potreben podpis njenega zakonitega zastopnika, podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri pravni osebi ter žig pravne osebe, če pravna oseba uporablja žig pri svojem poslovanju;



- ponudnik mora lastnoročno oštevilčiti in parafirati vsako stran ponudbe v desnem spodnjem kotu;
- vsak ponudnik (velja za fizično in pravno osebo) lahko pošlje le 1 pošiljko z oznako »NE ODPIRAJ – PRIJAVA NA JAVNI RAZPIS: OZNAKA IN PREDMET KONCESIJE«;
- v pošiljki ponudnika (velja za fizično in pravno osebo) z oznako »NE ODPIRAJ – PRIJAVA NA JAVNI RAZPIS: OZNAKA IN PREDMET KONCESIJE« je lahko le 1 ponudba;
- vsak ponudnik (velja za fizično in pravno osebo), lahko v ponudbi navede le eno predvideno lokacijo izvajanja koncesijske dejavnosti;
- vsak ponudnik (velja za pravno osebo), lahko v ponudbi navede le enega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti;
- vsak posameznik lahko v kontekstu tega celotnega javnega razpisa (velja za vse razpisane koncesije) nastopi samo enkrat (ostale kombinacije niso možne) in sicer kot:
 - ponudnik (fizična oseba);
 - so-lastnik ponudnika (pravna oseba);
 - zakoniti zastopnik ponudnika (pravna oseba);
 - odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti pri ponudniku (pravni osebi);
 - so-lastnik ponudnika (pravna oseba) in istočasno tudi zakoniti zastopnik ponudnika (pravna oseba);
 - so-lastnik ponudnika (pravna oseba) in istočasno tudi odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti pri ponudniku (pravni osebi);
 - zakoniti zastopnik ponudnika (pravna oseba) in istočasno tudi odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti pri ponudniku (pravni osebi);
 - so-lastnik ponudnika (pravna oseba) in istočasno tudi zakoniti zastopnik ponudnika (pravna oseba) ter odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti pri ponudniku (pravni osebi).

2. NASLOV IN DATUM ODPIRANJA IN OCENJEVANJA PONUDB

Odpiranje in ocenjevanje ponudb za podelitev razpisanih koncesij se začne 17. 8. 2020 v prostorih Ministrstva za zdravje, Štefanova 5, 1000 Ljubljana in ne bo javno.

3. OPIS POSTOPKA IZBIRE KONCESIONARJA IN ROK ZA IZDAJO TER VROČITEV KONCESIJSKE ODLOČBE

Razpisna komisija, ki jo za namen tega javnega razpisa imenuje minister za zdravje (v nadaljevanju: razpisna komisija), bo ocenila le pravočasne, pravilne in popolne ponudbe in izdelala poročilo. Dopolnjevanje ponudb ni dovoljeno.

Najpozneje do 17. 10. 2020 bo koncedent:

- izdal koncesijsko odločbo, s katero ponudniku, čigar ponudba bo po merilih ocenjena najbolje, podeli koncesijo. V kolikor dosežeta dva ali več najbolje ocenjenih ponudnikov v okviru iste oznake koncesije (glej 2. točko II. poglavja razpisne dokumentacije) na podlagi meril pri razpisani koncesiji enako število točk, se ponudnika izbere na podlagi opravljenega žreba;
- prepozne in nepravilne ponudbe zavrgel s sklepom in jih vrnil pošiljatelju;
- nepopolne ponudbe in ponudbe tistih ponudnikov, ki ne bodo izbrani, zavrnil z upravno odločbo.

V primeru, da razpisna komisija oceni, da nihče od ponudnikov ni primeren za podelitev koncesije ali ugotovi, da program za razpisano koncesijo ni na razpolago, se koncesije ne podeli.

Opomba: uporabljeni izrazi, zapisani v moški spolni slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za ženske in moške.



IV. ZAHTEVANE SESTAVINE PONUDBE ZA IZPOLNJEVANJE POGOJEV IN VREDNOTENJE MERIL

1. POGOJI, KI JIH MORA IZPOLNJEVATI PONUDNIK ZA PRIDOBITEV KONCESIJE IN DOKAZILA O NJIHOVEM IZPOLNJEVANJU

Ponudnik mora za pridobitev in opravljanje koncesije izpolnjevati 14 pogojev, od tega 7 zakonskih (44.č člen ZZDej) in 7 drugih pogojev, določenih s strani koncedenta. Kot dokaz o izpolnjevanju zahtevanih pogojev ponudnik v ponudbi na javni razpis:

- predloži ustrezna dokazila v originalu ali overjeni fotokopiji, oz.;
- v skladu z določili tretjega odstavka 44.c člena ZZDej za dokazila, ki jih koncedent lahko pridobi iz uradnih evidenc, poda ponudnik pisno soglasje, da koncedentu dovoljuje vpogled oziroma dostop do podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci.

Navedba zakonskih in drugih pogojev, ki jih morajo ponudniki izpolnjevati, ter dokazila o njihovem izpolnjevanju:

1.1. POGOJ: ponudniku v zadnjih 5 letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44.j člena ZZDej;

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe!

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 2F ali 2P), da mu v zadnjih 5 letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44.j člena ZZDej;

1.2. POGOJ: ponudnik ni v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica, o čemer predloži potrdilo pristojne zbornice ali strokovnega združenja;

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe!

DOKAZILO:

- potrdilo pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da ponudnik ni v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica ali pisno soglasje ponudnika (obrazec 3F ali 3P), da dovoljuje koncedentu dostop do teh podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci;

1.3. POGOJ: neobstoj izključitvenih razlogov, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil;

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen ob vložitvi ponudbe!

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 4F ali 4P), da pri njem ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil;

1.4. POGOJ: dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa.

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen pred sklenitvijo koncesijske pogodbe!

DOKAZILO:

A. v kolikor ima ponudnik dovoljenje, ki je izdano po 17. 11. 2017 ali upravni akt Ministrstva za zdravje izdan po 17. 11. 2017, ki dopolnjuje že izdano dovoljenje:

- dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa ali pisno soglasje ponudnika (obrazec 5F ali 5P), da dovoljuje koncedentu dostop do teh podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci;

B. v kolikor ponudnik še nima izdanega dovoljenja:

- pisno soglasje ponudnika (obrazec 5F ali 5P), da dovoljuje koncedentu dostop do podatkov glede dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa, ki se o njem vodijo v uradni evidenci;

C. v kolikor ima ponudnik dovoljenje, ki je izdano pred 17. 11. 2017:

- dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa ali pisno soglasje ponudnika (obrazec 5F ali 5P), da dovoljuje koncedentu dostop do teh podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci;



- izjava odgovornega nosilca (obrazec 5F ali 5P) zdravstvene dejavnosti o najmanj 5 letih delovnih izkušnjah na področju zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa, pri čemer se upoštevajo delovne izkušnje po pridobitvi pogojev za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti oziroma zdravniški službi;
- potrdilo Ministrstva za pravosodje, da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti ni bil pravnomočno obsojen zaradi naklepne kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje ali ni bil pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, ki se preganja po uradni dolžnosti ali pisno soglasje odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (obrazec 5F ali 5P), da dovoljuje koncedentu dostop do podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci.

1.5. POGOJ: urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike v skladu z Zakonom o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18 in 66/19; v nadaljevanju: ZZdrS).

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen pred sklenitvijo koncesijske pogodbe!

DOKAZILO:

- dokazilo o urejenem zavarovanju odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo ali izjava ponudnika (obrazec 6F ali 6P), da bo pred sklenitvijo koncesijske pogodbe sklenil zavarovanje odgovornosti za zdravnike v skladu z ZZdrS;

1.6. POGOJ: zaposlitev odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti za polni delovni čas, razen ko je sam izvajalec zdravstvene dejavnosti. Odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti se lahko zaposli za krajši delovni čas, če gre za sorazmerno zaposlitev glede na predviden manjši obseg izvajanja programa zdravstvene dejavnosti.

→ ta zakonski pogoj mora biti izpolnjen z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti, pri čemer najprej zadostuje izjava (obrazec 7F ali 7P), nato mora ponudnik pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti predložiti pogodbo o zaposlitvi!

DOKAZILO:

- pogodba o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti ali izjava ponudnika (obrazec 7F ali 7P), da bo odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti izpolnjeval pogoj glede zaposlitve najpozneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti;

1.7. POGOJ: zaposlitev ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali Zakona o zdravniški službi (v nadaljevanju: ZZdrS), in bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije.

→ zakonski pogoj mora biti izpolnjen z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti, pri čemer najprej zadostuje izjava (obrazec 7F ali 7P), nato mora ponudnik pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti predložiti pogodbo o zaposlitvi oz. druge pogodbe civilnega prava!

DOKAZILO:

- pogodbe o zaposlitvi oz. druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ali izjava ponudnika (obrazec 7F ali 7P), da bodo pogoji glede zagotovitve ustreznega števila zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev izpolnjeni najpozneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti;

1.8. POGOJ: prevzem zavarovanih oseb ZZZS v zdravstveno obravnavo (ta pogoj velja le za tiste razpisane koncesije, ki niso posledica nujnih širitev programa – glej točko II./2. razpisne dokumentacije)

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 8F ali 8P), da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu prevzel v zdravstveno obravnavo vse tiste zavarovane osebe ZZZS, ki so bile v zdravstveni obravnavi pri dosedanem izvajalcu razpisane koncesije in bodo to želele (ta pogoj velja le za razpisane koncesije, kjer ne gre za širitev programa – glej točko II./2. razpisne dokumentacije);



1.9. POGOJ: da se o zadevi (podeljevanje koncesije v zdravstveni dejavnosti) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva ponudnika ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (v primeru, če je ponudnik pravna oseba). Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi Ministrstvo za zdravje in sodni postopki, v katerih Ministrstvo za zdravje nastopa kot stranka ali stranski udeleženec.

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 9F ali 9P), da se o zadevi (podeljevanje koncesij v zdravstveni dejavnosti) ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva ponudnika ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (v primeru, če je ponudnik pravna oseba). Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi Ministrstvo za zdravje in sodni postopki, v katerih Ministrstvo za zdravje nastopa kot stranka ali stranski udeleženec.

1.10. POGOJ: ordinacijski prostori, ki so dostopni za gibalno in funkcionalno ovirane osebe.

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 10F ali 10P), da bo izvajal zdravstveno dejavnost, ki je predmet tega razpisa, v ordinacijskih prostorih, dostopnih za gibalno in funkcionalno ovirane osebe (dostop za invalidske/otroške vozičke; dvigalo, če ordinacijski prostor ni v pritličju; klančina);

1.11. POGOJ: zagotovitev ordinacijskega časa za zavarovane osebe ZZZS najmanj v obsegu 1/5 s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure naprej.

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 11F ali 11P), da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu zagotovil ordinacijski čas za zavarovane osebe ZZZS najmanj v obsegu 1/5 s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure naprej.

1.12. POGOJ: na koncesijo se lahko prijavi ponudnik fizična oseba, če še nima podeljene koncesije za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti oz. če skupni obseg programa obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidira, ne presega 1,20 programa. V kolikor koncesijo ima in skupni obseg programa obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidira, presega 1,20 programa, mora obstoječe koncesijsko razmerje prekiniti ali pa ga ustrezno prilagoditi na način, da skupni obseg programa koncesij ne bo presegal 1,20 programa. Pri ponudniku pravni osebi je pogoj ta, da predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti nima podeljene koncesije oz. le-ta ni v takem obsegu, da bi skupni obseg programa s koncesijo, na katero kandidira na tem razpisu, presegal 1,20 programa. V kolikor temu ni tako, mora to ustrezno urediti.

DOKAZILO:

- izjava ponudnika fizične osebe (obrazec 12F), da nima podeljene koncesije za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti oz. če koncesijo ima, obseg obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidira, ne presega 1,20 programa. Če skupni obseg programa obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidira, presega 1,20 programa, mora v primeru podelitve koncesije na tem razpisu obstoječe koncesijsko razmerje prekiniti ali pa ga ustrezno prilagoditi na način, da skupni obseg programa koncesij ne bo presegal 1,20 programa.
- izjava ponudnika pravne osebe (obrazec 12P), da predvideni odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti nima podeljene koncesije oz. le-ta ni v takem obsegu, da bi skupni obseg programa s koncesijo, na katero kandidira na tem razpisu, presegal 1,20 programa. V kolikor temu ni tako, mora to ustrezno urediti;
- ponudnik je dolžan Ministrstvu za zdravje pred sklenitvijo koncesijske pogodbe dostaviti ustrezna dokazila (obstoječa koncesijska odločba, dokončna odločba o odvzemu koncesije oz. nova dokončna koncesijska odločba).

1.13. POGOJ: zagotovljeni ustrezni ordinacijski prostori na razpisanem območju z ustrezno opremo.

DOKAZILO:

- dokazilo o lastništvu ordinacijskih prostorov na razpisanem območju - največ 8 dni star zemljiškoknjižni izpisek ali kupoprodajna pogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) ali
- veljavna pogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) o najemu oz. uporabi ordinacijskih prostorov na razpisanem območju (lastništvo mora biti dokazano - glej prvo alinejo te točke) ali



- veljavna predpogodba (overjen mora biti tako original kot tudi fotokopija) o najemu oz. nakupu ordinacijskih prostorov na razpisanem območju (lastništvo mora biti dokazano - glej prvo alinejo te točke).

1.14. POGOJ: pričetek z delom najpozneje v roku 30 dni po sklenitvi pogodbe z ZZS.

DOKAZILO:

- izjava ponudnika (obrazec 16F ali 16P), da bo v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu pričel opravljati koncesijsko dejavnost najpozneje v roku 30 dni po sklenitvi pogodbe z ZZS.

2. MERILA ZA IZBIRO KONCESIONARJA IN PRIPADAJOČA DOKAZILA

Ponudnik je dolžan za vrednotenje meril predložiti ustrezna dokazila v originalu ali overjeni fotokopiji. V skladu z določili tretjega odstavka 44.c člena ZZDej lahko ponudnik za dokazila, ki jih koncedent lahko pridobi iz uradnih evidenc, poda pisno soglasje, da koncedentu dovoljuje vpogled oziroma dostop do podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci.

V nadaljevanju so navedena merila in dokazila za vrednotenje le-teh:

Tabela 1: 6 meril za izbiro koncesionarja.

MEROLO		MAX. ŠT. TOČK	DOSEŽENO ŠT. TOČK
1.	Strokovna usposobljenost, izkušnje in reference ponudnika ter odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije	največ 30 točk	
2.	Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti	največ 30 točk	
3.	Ugotovitve nadzornih postopkov iz 76. člena ZZDej – velja za katerokoli zdravstveno dejavnost, kjer deluje ali je deloval ponudnik. Če je ponudnik pravna oseba, se to merilo nanaša na ponudnika in na odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti	največ 10 točk	
4.	Pričetek z delom	največ 10 točk	
5.	Izkušnje odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti z delovanjem v mreži javne zdravstvene službe na področju razpisane koncesije od 1. 1. 2005 dalje	največ 10 točk	
6.	Razdalja do najbližjega zobnega RTG z ortopanom, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem	največ 10 točk	
SKUPAJ		največ 100 točk	

A.) MEROLO 1 - Strokovna usposobljenost, izkušnje in reference ponudnika ter odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije. Pri tem merilu se upošteva:

- strokovno usposobljenost odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije (licenca);
- reference odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije od vključno 1. 1. 2010 dalje;
- izkušnje odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije od izdaje licence za razpisano koncesijo dalje;
- izkušnje ponudnika na področju razpisane koncesije.

Tabela 1.1.: Merilo 1 za izbiro koncesionarja.

STROKOVNA USPOSABLJENOST, IZKUŠNJE IN REFERENCE – M1		ŠT. TOČK
1.	nad 11 do vključno 30 let izkušenj ponudnika ALI odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije	30 točk*
2.	nad 5 do vključno 11 let izkušenj ponudnika ALI odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije	20 točk*
3.	nad 30 let izkušenj ponudnika ALI odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije	10 točk



* Če je ponudnik akreditiran po mednarodnih akreditacijskih standardih za zdravstvo, se mu prizna doseženo število točk, sicer se mu odštejejo 3 točke. Kot dokazilo se šteje overjena fotokopija certifikata mednarodne akreditacijske organizacije. To pomeni, da lahko ponudnik brez priloženega certifikata doseže največ 27 točk (pri prvi kategoriji), največ 17 točk (pri drugi kategoriji) in največ 7 točk (pri tretji kategoriji).

Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):

- overjeno fotokopijo dokazil, da je ponudnik ali odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti deloval na področju razpisane koncesije (mora biti jasno razvidno, da je šlo za delovanje v zdravstveni dejavnosti na področju razpisane koncesije) in izjava (obrazec 13F ali 13P) o izkušnjah ponudnika in odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti;
- vsaj 5 overjenih fotokopij dokazil odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti o udeležbi na strokovnih seminarjih, simpozijih, kongresih v zvezi z razpisano koncesijo, ki so datirana od vključno 1. 1. 2010 dalje in
- overjeno fotokopijo licence odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti za razpisano zdravstveno dejavnost ali pisno soglasje (obrazec 13F ali 13P), da dovoljuje koncedentu dostop do teh podatkov, ki se o njem vodijo v uradni evidenci.

B.) MERILO 2 - Dostopnost lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti. Pri tem merilu se upošteva:

- možnost brezplačne uporabe varovanih (tehnično ali fizično) in zaščitnih (avtomatska zapornica, zapora, parkirni steber ali stebriček) parkirnih površin za uporabnike zdravstvenih storitev. Parkirna mesta, ki jih mora imeti ponudnik v lasti ali najemu, morajo biti v neposredni bližini predvidene lokacije izvajanja koncesijske dejavnosti;
- razdalja do najbližje avtobusne postaje.

Tabela 1.2.: Merilo 2 za izbiro koncesionarja.

DOSTOPNOST LOKACIJE OPRAVLJANJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI – M2		ŠT. TOČK
1.	vsaj 2 brezplačni parkirni mesti ALI do vključno 150m od avtobusne postaje	30 točk
2.	1 brezplačno parkirno mesto ALI od 150m do vključno 300m od avtobusne postaje	20 točk
3.	brez brezplačnih parkirnih mest ALI več kot 300m od avtobusne postaje	0 točk

Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):

- overjeno fotokopijo dokazila, da je ponudnik lastnik ali najemnik varovanih (tehnično ali fizično) in zaščitnih (avtomatska zapornica, zapora, parkirni steber ali stebriček) parkirnih površin za uporabnike zdravstvenih storitev ponudnika. Parkirna mesta morajo biti v neposredni bližini predvidene lokacije izvajanja koncesijske dejavnosti;
- dokazilo o izračunu razdalje (pešpot po pločniku) od glavnega vhoda v objekt, kjer je ponudnikova predvidena lokacija izvajanja koncesijske dejavnosti, do najbližje avtobusne postaje in
- izjava o dostopnosti lokacije opravljanja zdravstvene dejavnosti (obrazec 14F ali 14P).

C.) MERILO 3 - Ugotovitve nadzornih postopkov iz 76. člena ZZDej – velja za katerokoli zdravstveno dejavnost, kjer deluje ali je deloval ponudnik. Če je ponudnik pravna oseba, se to merilo nanaša na ponudnika in na odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti

Tabela 1.3.: Merilo 3 za izbiro koncesionarja.

UGOTOVITVE NADZORNIH POSTOPKOV (NEGATIVNE REFERENCE) – M3		ŠT. TOČK
1.	ni nobenih negativnih referenc niti na strani ponudnika niti na strani odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (če je ponudnik pravna oseba) v obdobju od 1. 1. 2010 do dneva objave tega razpisa	10 točk
2.	so negativne reference na strani ponudnika ali na strani odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (če je ponudnik pravna oseba) v obdobju od 1. 1. 2010 do dneva objave tega razpisa, pri čemer so bile ugotovljene kršitve najpozneje do dneva objave tega razpisa odpravljene (npr. globa poravnana)	5 točk
3.	so negativne reference na strani ponudnika ali na strani odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (če je ponudnik pravna oseba), vendar ugotovljene kršitve najpozneje do dneva objave tega razpisa niso bile odpravljene	0 točk



Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):

- izjavo (obrazec 15F ali 15P) ponudnika in odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (če je ponudnik pravna oseba) glede negativnih referenc;
- pisno soglasje (obrazec 15F ali 15P) ponudnika in odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (če je ponudnik pravna oseba), da Ministrstvu za zdravje dovoljuje dostop do podatkov, glede tega, ali so kakšne negativne reference na strani ponudnika in odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (če je ponudnik pravna oseba). Gre za ugotovitve na podlagi: notranjega nadzora, strokovnega nadzora s svetovanjem, upravnega nadzora, systemskega nadzora, nadzora ZZZS nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti in inšpekcijskega nadzora.

D.) MERILO 4 - Pričetek z delom

Tabela 1.4.: Merilo 4 za izbiro koncesionarja.

PRIČETEK Z DELOM – M4		ŠT. TOČK
1.	od 0 do vključno 15 dni po sklenitvi pogodbe z ZZZS	10 točk
2.	od 16 do vključno 30 dni po sklenitvi pogodbe z ZZZS	5 točk

Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):

- izjavo (obrazec 16F ali 16P) o pričetku z delom.

E.) MERILO 5 - Izkušnje odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti z delovanjem v mreži javne zdravstvene službe na področju razpisane koncesije od 1. 1. 2005 dalje.

Tabela 1.5.: Merilo 5 za izbiro koncesionarja.

IZKUŠNJE ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI Z DELOVANJEM V MREŽI JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE NA PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE – M5		ŠT. TOČK
1.	pogodbeno sodelovanje z 2 ali več izvajalci javne zdravstvene službe na področju razpisane koncesije ALI vsaj 10-letno pogodbeno sodelovanje z 1 izvajalcem javne službe na področju razpisane koncesije	10 točk
2.	pogodbeno sodelovanje z 1 izvajalcem javne zdravstvene službe na področju razpisane koncesije	5 točke
3.	ni bilo pogodbenega sodelovanja izvajalci javne zdravstvene službe na področju razpisane koncesije	0 točk

Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):

- izjavo (obrazec 13F ali 13P).
- overjeno fotokopijo dokazil, iz katerih je razvidno kdaj (od 1. 1. 2005 dalje), koliko časa in pri katerih izvajalcih v mreži javne zdravstvene službe na področju razpisane koncesije je deloval odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti (mora biti jasno razvidno, da je šlo za delovanje v mreži javne zdravstvene službe na področju razpisane koncesije od izdaje licence za razpisano koncesijo in od 1. 1. 2005 dalje).

F.) MERILO 6 – Razdalja do najbližjega zobnega RTG z ortopanom, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem.

Tabela 1.6.: Merilo 6 za izbiro koncesionarja.

RAZDALJA DO NAJBLIŽJEGA ZOBNEGA RTG Z ORTOPANOM, TELERENTGENOM, CBCT IN LOKALNIM SLIKANJEM – M6		ŠT. TOČK
1.	Predvidena lokacija koncesijske ambulante ter zobni RTG z ortopanom, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem sta na istem naslovu	10 točk
2.	Predvidena lokacija koncesijske ambulante ter zobni RTG z ortopanom, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem sta oddaljena do vključno 1000 m	5 točk
3.	Predvidena lokacija koncesijske ambulante ter zobni RTG z ortopanom, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem sta oddaljena več kot 1000 m	0 točk

Pri tem merilu je ponudnik dolžan priložiti (sicer bo ponudba pri tem merilu ocenjena z 0 točkami):



- dokazilo o izračunu razdalje (pešpot po pločniku) od glavnega vhoda v objekt, kjer je ponudnikova predvidena lokacija izvajanja koncesijske dejavnosti, do najbližjega zobnega RTG z ortopanom, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem. Če sta zobni RTG z ortopanom, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem in predvidena koncesijska ambulanta na isti lokaciji, se priloži dokazilo, ki to potrjuje) in izjava o razdalji do najbližjega zobnega RTG z ortopanom, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem (obrazec 14F ali 14P).



3. OBRAZCI

3.1. OBRAZCI F (izpolnijo jih ponudniki fizične osebe)

V nadaljevanju je 16 obrazcev za fizične osebe (1 je prijavni obrazec, 6 se jih navezuje na zakonske pogoje, 5 na druge pogoje in 4 na merila za izbor koncesionarja).

OBRAZEC 1F

PRIJAVNI OBRAZEC

Spodaj podpisani ponudnik

PRIIMEK IN IME	
IZOBRAZBA	
DATUM ROJSTVA	
STALNI NASLOV	
PREDVIDEN NASLOV IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI	
DAVČNA ŠT.	
EMŠO	
ŠT. MOBILNEGA TELEFONA	
NASLOV E-POŠTE	

kandidiram v okviru javnega razpisa Ministrstva za zdravje št. 0142-743/2019/4 z dne 23. 7. 2020 za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na področju zobozdravstvene dejavnosti – oralna in maksilofacialna kirurgija na razpisano koncesijo z oznako (glej 2. točko II. poglavja razpisne dokumentacije):

→ Obkrožite tisto oznako koncesije, na katero kandidirate!

4.1.

in izjavljam, da:

- se v celoti strinjam in v celoti sprejemam vse pogoje in vsa merila za izbor koncesionarjev, ki so določena v razpisni dokumentaciji;
- nisem subjekt, za katerega bi veljala omejitev poslovanja po 35. členu Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (Uradni list RS, št. 69/11 – uradno prečiščeno besedilo; v nadaljevanju ZIntPK).

Hkrati pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki v tej ponudbi za podelitev koncesije resnični in verodostojni.

Izrecno dovoljujem Ministrstvu za zdravje, da za namene tega javnega razpisa lahko opravi kakršnekoli poizvedbe o ponudniku pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 2F

IZJAVA PONUDNIKA, DA MU V ZADNJIH 5 LETIH NI BILA ODVZETA KONCESIJA IZ RAZLOGOV IZ 44.j ČLENA ZZDej

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) izjavljam, da mi v zadnjih 5 letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44. j člena ZZDej.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 3F

IZJAVA PONUDNIKA, DA NI V POSTOPKIH PRED ORGANI ZBORNICE ALI STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZARADI KRŠITEV

Izpolnijo le tisti ponudniki, ki v ponudbi niso priložili potrdila pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da ob vložitvi ponudbe niso v postopkih zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica.

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) izjavljam, da v ponudbi nisem priložil potrdila pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da ob vložitvi ponudbe pri njih nisem v postopkih zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica, zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 4F

IZJAVA PONUDNIKA, DA PRI NJEM NE OBSTOJIMO IZKLJUČITVENI RAZLOGI, KI VELJAJO ZA PONUDNIKE V POSTOPKIH ODDAJE JAVNIH NAROČIL

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) izjavljam, da pri meni ob vložitvi ponudbe ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 5F

PISNO SOGLASJE V ZVEZI Z DOVOLJENJEM ZA OPRAVLJANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, KI JE PREDMET TEGA RAZPISA

Izpolnijo le: tisti ponudniki, katerim je bilo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije izdano po 17. 11. 2017, vendar ga v ponudbi niso priložili; tisti ponudniki, ki dovoljenja še nimajo izdanega in tisti ponudniki, katerim je bilo dovoljenje izdano pred 17. 11. 2017.

A.) Pisno soglasje ponudnika, ki mu je bilo dovoljenje (ali upravni akt Ministrstva za zdravje, ki dopolnjuje že izdano dovoljenje) izdano po 17. 11. 2017, vendar ga v ponudbi ni priložil

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) s stalnim prebivališčem _____ (stalni naslov) izjavljam, da v ponudbi nisem priložil dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa in je bil izdan po 17. 11. 2017. Zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

B.) Pisno soglasje ponudnika, ki še nima izdanega dovoljenja, vendar bo ta pogoj izpolnil pred sklenitvijo koncesijske pogodbe

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) s stalnim prebivališčem _____ (stalni naslov) izjavljam, da nimam dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa, vendar ga bom pridobil pred sklenitvijo koncesijske pogodbe. Zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

C.) Pisno soglasje ponudnika, ki mu je bilo dovoljenje izdano pred 17. 11. 2017

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) s stalnim prebivališčem _____ (stalni naslov) v ponudbi nisem priložil:

→ *Obkrožite tisto prilogo, ki je v ponudbi niste priložili!*

- **dovoljenja** za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa in je bil izdan pred 17. 11. 2017, zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci;
- **potrdila Ministrstva za pravosodje**, da nisem bil pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje niti nisem bil pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

Hkrati izjavljam, da imam **najmanj 5 let delovnih izkušenj** na področju zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa, pri čemer so upoštevane delovne izkušnje od izdaje licence.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 6F

IZJAVA O UREJENEM ZAVAROVANJU ODGOVORNOSTI ZA ZDRAVNIKE V SKLADU Z ZZdrS

Izpolnijo le tisti ponudniki, ki v ponudbi niso priložili potrdila o urejenem zavarovanju odgovornosti za zdravnike

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) izjavljam, da v ponudbi nisem priložil potrdila o urejenem zavarovanju odgovornosti za zdravnike v skladu z ZZdrS, zato ga bom Ministrstvu za zdravje predložil pred sklenitvijo koncesijske pogodbe.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 7F

IZJAVA O ZAPOSLOTVI PONUDNIKA IN USTREZNO USPOSOBLJENIH ZDRAVSTVENIH DELAVCEV IN ZDRAVSTVENIH SODELAVCEV

Izpolnijo le tisti ponudniki, ki v ponudbi niso priložili pogodbe o zaposlitvi ponudnika ali pogodbe o zaposlitvi oz. druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) s stalnim prebivališčem _____ (stalni naslov) izjavljam, da v ponudbi nisem priložil:

→ *Obkrožite tisto prilogo, ki je v ponudbi niste priložili!*

A.) pogodbe o zaposlitvi ponudnika, zato izjavljam, da bom najpozneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti izpolnil zakonski pogoj glede zaposlitve ponudnika kot to določa druga alineja prvega odstavka 44.č člena ZZDej (zaposlitev za poln delovni čas oz. za krajši delovni čas, če gre za sorazmerno zaposlitev glede na predviden manjši obseg izvajanja programa zdravstvene dejavnosti).

Skladno s tem bom Ministrstvu za zdravje pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti predložil pogodbo o zaposlitvi ponudnika, kot to določa drugi odstavek 44.č člena ZZDej;

B.) pogodbe o zaposlitvi oziroma druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, zato izjavljam, da bom najpozneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti izpolnil zakonski pogoj glede zagotovitve ustreznega števila usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, kot to določa tretja alineja 44.č člena ZZDej.

Skladno s tem bom Ministrstvu za zdravje pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti predložil pogodbe o zaposlitvi oziroma druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, kot to določa drugi odstavek 44.č člena ZZDej.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 8F

IZJAVA O PREVZEMU ZAVAROVANIH OSEB ZZSZ V ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO

Izpolnijo le tisti ponudniki, ki kandidirajo na razpisano koncesijo, ki ni posledica nujnih širitev programa.- glej točko II./2. razpisne dokumentacije.

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu prevzel v zdravstveno obravnavo vse tiste zavarovane osebe ZZSZ, ki so bile v zdravstveni obravnavi pri dosedanjem izvajalcu razpisane koncesije in bodo to želele (ta pogoj velja le za tiste razpisane koncesije, ki niso posledica nujnih širitev programa – glej točko II./2. razpisne dokumentacije).

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 9F

IZJAVA, DA SE O ZADEVI PODELJEVANJE KONCESIJ V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI NE VODI UPRAVNI ALI SODNI POSTOPEK, KI ZADEVA PONUDNIKA

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) izjavljam, da se o zadevi podeljevanje koncesij v zdravstveni dejavnosti ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva ponudnika.

Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi Ministrstvo za zdravje in sodni postopki, v katerih Ministrstvo za zdravje nastopa kot stranka ali stranski udeleženec.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 10F

IZJAVA O ZAGOTAVLJANJU DOSTOPNOSTI DO ORDINACIJSKIH PROSTOROV ZA GIBALNO IN FUNKCIONALNO OVIRANE OSEBE

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) izjavljam, da je do ordinacijskega prostora na lokaciji _____ (naslov ordinacije s katero se prijavljam na ta javni razpis) zagotovljena dostopnost za gibalno in funkcionalno ovirane osebe.

Skladno s tem sta zagotovljena oba naslednja pogoja:

- **ustrezna dostopnost** (pri vhodu v objekt ni stopnice oz. v kolikor je stopnica, je nameščena ustrezna klančina) in
- **funkcionalnost notranjih prostorov** - ordinacijski prostor je v pritličju oz. v kolikor ni, je v objektu zagotovljeno dvigalo.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 11F

IZJAVA O ORDINACIJSKEM ČASU

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu zagotovil ordinacijski čas za zavarovane osebe ZZS najmanj v obsegu 1/5 s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure naprej.

Hkrati izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, opravljal/a koncesijsko dejavnost v okviru spodaj navedenega ordinacijskega časa (odmor za malico ni vključen), kjer sta določeni **točna vsota ur in spodnja meja popoldanskega ordinacijskega časa:**

Tabela A

Izpolnijo jo vsi ponudniki, ki se prijavljajo na razpisano koncesijo z oznako **4.1.** (oznake razpisanih koncesij so navedene v 2. točki II. poglavja razpisne dokumentacije). Pri tem je potrebno natančno navesti dopoldanski ordinacijski čas (do 16. ure) in popoldanski ordinacijski čas (po 16. uri), ki obsega **vsaj 6 ur in 30 minut.** Ordinacijski čas obsega skupno (dopoldanski in popoldanski čas) **točno 32 ur in 30 minut** (odmora za malico se ne vpiše). Tabelo je potrebno izpolniti do minute natančno, sicer bo ponudba nepopolna in zato zavrnjena z upravno odločbo.

Tabela A

	ORDINACIJSKI ČAS = SKUPNO TOČNO 32 UR IN 30 MINUT!	
	DOPOLDANSKI (DO 16. URE)	POPOLDANSKI (PO 16. URI)
PONEDELJEK		
TOREK		
SREDA		
ČETRTEK		
PETEK		
SOBOTA		

Izjavljam, da brez predhodne odobritve Ministrstva za zdravje zgoraj navedenega ordinacijskega časa, v času trajanja koncesijskega razmerja, ne bom spreminjal/a.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 12F

IZJAVA GLEDE (MOREBITNE) OBSTOJEČE KONCESIJE PONUDNIKA

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) izjavljam, da:

→ *Ustrezno obkrožite in izpolnite!*

A.) nimam podeljene koncesije za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti;

B.) imam podeljeno koncesijo za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti na področju _____, na lokaciji _____ ter v obsegu _____ programa. Torej skupni obseg programa obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidiram na tem razpisu ne presega 1,20 programa.

C.) imam podeljeno koncesijo za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti na področju _____, na lokaciji _____ ter v obsegu _____ programa. Torej skupni obseg programa obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidiram na tem razpisu presega 1,20 programa. Zato izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem razpisu **obstoječe koncesijsko razmerje**:

- **prekinil** in Ministrstvu za zdravje pred sklenitvijo koncesijske pogodbe dostavil ustrezna dokazila (dokončna odločba o odvzemu koncesije) oz.
- **ustrezno prilagodil** na način, da skupni obseg programa koncesij ne bo presegal 1,20 programa in Ministrstvu za zdravje pred sklenitvijo koncesijske pogodbe dostavil ustrezna dokazila (nova dokončna koncesijska odločba).

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 13F

IZJAVA O IZKUŠNJAH PONUDNIKA NA PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE IN PISNO SOGLASJE PONUDNIKA, DA DOVOLJUJE KONCEDENTU DOSTOP DO FOTOKOPIJE LICENCE PONUDNIKA ZA RAZPISANO ZDRAVSTVENO DEJAVNOST, KI SE O NJEM VODI V URADNI EVIDENCI – M1, M5

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) s stalnim prebivališčem _____ (stalni naslov) izjavljam, da:

→ *Ustrezno obkrožite in izpolnite!*

A.) imam na področju razpisane koncesije _____ let in _____ mesecev izkušenj, pri čemer sem deloval pri naslednjih delodajalcih (obvezno navedite od kdaj do kdaj je potekalo to delovanje):

- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;

B.) v ponudbi nisem priložil svoje overjene fotokopije **licence za razpisano zdravstveno dejavnost**, zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 14F

IZJAVA O DOSTOPNOSTI LOKACIJE OPRAVLJANJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI – M2, M6

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) s stalnim prebivališčem _____ (stalni naslov) Ministrstvu za zdravje izjavljam, da

→ *Ustrezno obkrožite in izpolnite!*

- A.)** sem **lastnik/najemnik** _____ (navedite število tehnično ali fizično varovanih in zaščiteneh (avtomatska zapornica, zapora, parkirni steber ali stebriček) **parkirnih površin za uporabnike zdravstvenih storitev ponudnika**). Navedena parkirna mesta so v neposredni bližini predvidene lokacije izvajanja koncesijske dejavnosti. V ponudbi sem priložil **overjeno fotokopijo dokazila, da sem lastnik/najemnik navedenih parkirnih površin**;
- B.)** je **razdalja med lokacijo ordinacije na naslovu** _____ (naslov ordinacije s katero se prijavljam na ta javni razpis) **in najbližjo avtobusno postajo** _____ **m** (vpišite razdaljo v metrih – upošteva se le pešpot po pločniku od glavnega vhoda v objekt, kjer je ponudnikova predvidena lokacija izvajanja koncesijske dejavnosti, do najbližje avtobusne postaje). V ponudbi sem priložil **dokazilo o izračunu razdalje**, ki dokazuje zgoraj navedeno razdaljo.
- C.)** je **razdalja med lokacijo ordinacije na naslovu** _____ (naslov ordinacije s katero se prijavljam na ta javni razpis) **in najbližjim zobnim RTG z ortopanom**, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem _____ **m** (vpišite razdaljo v metrih – če sta zobni RTG z ortopanom telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem in predvidena lokacija koncesijske ambulante na isti lokaciji, navedete, da je razdalja 0 m. V nasprotnem primeru se upošteva le pešpot po pločniku od glavnega vhoda v objekt, kjer je ponudnikova predvidena lokacija izvajanja koncesijske dejavnosti, do najbližjega zobnega RTG z ortopanom, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem. V ponudbi sem priložil **dokazilo o izračunu razdalje**, ki dokazuje zgoraj navedeno razdaljo.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 15F

IZJAVA GLEDE NEGATIVNIH REFERENC IN PISNO SOGLASJE PONUDNIKA, DA DOVOLJUJE KONCEDENTU DOSTOP DO PODATKOV GLEDE TEGA, ALI SO KAKŠNE NEGATIVNE REFERENCE NA STRANI PONUDNIKA – M3

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) izjavljam, da:

→ *Ustrezno obkrožite in izpolnite!*

- A.) ni nobenih negativnih referenc** na strani ponudnika v obdobju od 1. 1. 2010 do dneva objave tega razpisa;
- B.) so negativne reference** na strani ponudnika v obdobju od 1. 1. 2010 do dneva objave tega razpisa, pri čemer so bile ugotovljene kršitve najpozneje do dneva objave tega razpisa odpravljene (npr. globa poravnana);
- C.) so negativne reference** na strani ponudnika v obdobju od 1. 1. 2010 do dneva objave tega razpisa, vendar ugotovljene kršitve najpozneje do dneva objave tega razpisa niso bile odpravljene (npr. globa ni poravnana).

Hkrati **Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.** Gre za ugotovitve na podlagi: notranjega nadzora, strokovnega nadzora s svetovanjem, upravnega nadzora, sistemskega nadzora, nadzora ZZSZ nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti in inšpekcijskega nadzora.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



OBRAZEC 16F

IZJAVA O PRIČETKU Z DELOM – M4

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) s stalnim prebivališčem _____ (stalni naslov) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu pričel/a z delom **najpozneje v roku 30 dni po sklenitvi pogodbe z ZZS.**

Skladno s tem bom pričel/a z delom _____ dni po sklenitvi pogodbe z ZZS. O datumu začetka opravljanja koncesijske dejavnosti bom koncedenta pisno obvestil/a.

Kraj in datum: _____

(podpis ponudnika)



3.2. OBRAZCI P (izpolnijo jih ponudniki pravne osebe)

V nadaljevanju je 16 obrazcev za pravne osebe (1 je prijavni obrazec, 6 se jih navezuje na zakonske pogoje, 5 na druge pogoje in 4 na merila za izbor koncesionarja).

OBRAZEC 1P

PRIJAVNI OBRAZEC

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik pravne osebe

PRIIMEK IN IME	
IZOBRAZBA	
DATUM ROJSTVA	
STALNI NASLOV	
DAVČNA ŠT.	
EMŠO	
ŠT. MOBILNEGA TELEFONA	
NASLOV E-POŠTE	

s pravno osebo

NAZIV PRAVNE OSEBE	
SEDEŽ PRAVNE OSEBE	
PREDVIDEN NASLOV IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI	
MATIČNA ŠT. PRAVNE OSEBE	
DAVČNA ŠT. PRAVNE OSEBE	
TEL. ŠT. PRAVNE OSEBE	
NASLOV E-POŠTE	

in podpisanim odgovornim nosilcem zdravstvene dejavnosti

PRIIMEK IN IME	
IZOBRAZBA	
DATUM ROJSTVA	
STALNI NASLOV	
PREDVIDEN NASLOV IZVAJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI	
DAVČNA ŠT.	
EMŠO	
ŠT. MOBILNEGA TELEFONA	
NASLOV E-POŠTE	

kandidiram v okviru javnega razpisa Ministrstva za zdravje št. 0142-743/2019/4 z dne 23. 7. 2020 za podelitev koncesije za opravljanje javne službe na področju zobozdravstvene dejavnosti – oralna in



maksilofacialna kirurgija na razpisano koncesijo z oznako (glej 2. točko II. poglavja razpisne dokumentacije):

→ *Obkrožite tisto oznako koncesije, na katero kandidirate!*

4.1.

in izjavljam, da:

- se v celoti strinjam in v celoti sprejemam vse pogoje in vsa merila za izbor koncesionarjev, ki so določena v razpisni dokumentaciji;
- ne zastopam subjekta, za katerega bi veljala omejitev poslovanja po 35. členu ZIntPK.

Hkrati pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da so vsi podatki v tej ponudbi za podelitev koncesije resnični in verodostojni.

Izrecno dovoljujem Ministrstvu za zdravje, da za namene tega javnega razpisa lahko opravi kakršnekoli poizvedbe o ponudniku in odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti pri pristojnih državnih, lokalnih in drugih organih ter zavodih in pravnih osebah, tem pa dovoljujem posredovanje takih podatkov.

Kraj in datum: _____

podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____

podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti



OBRAZEC 2P

IZJAVA PONUDNIKA, DA MU V ZADNJIH 5 LETIH NI BILA ODVZETA KONCESIJA IZ RAZLOGOV IZ 44.j ČLENA ZZDej

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da ponudniku _____ (naziv ponudnika) v zadnjih 5 letih ni bila odvzeta koncesija iz razlogov iz 44. j člena ZZDej.

Kraj in datum: _____

_____ podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

Žig (če ponudnik posluje z žigom): _____



OBRAZEC 3P

IZJAVA PONUDNIKA, DA NI V POSTOPKIH PRED ORGANI ZBORNICE ALI STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZARADI KRŠITEV

Izpolnijo le tisti ponudniki, ki v ponudbi niso priložili potrdila pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da ob vložitvi ponudbe niso v postopkih zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica.

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da v ponudbi nisem priložil potrdila pristojne zbornice ali strokovnega združenja, da ponudnik _____ (naziv ponudnika) ob vložitvi ponudbe pri njih ni v postopkih zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica, zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

Kraj in datum: _____

podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____



OBRAZEC 4P

IZJAVA PONUDNIKA, DA PRI NJEM NE OBSTOJIJO IZKLJUČITVENI RAZLOGI, KI VELJAJO ZA PONUDNIKE V POSTOPKIH ODDAJE JAVNIH NAROČIL

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da pri ponudniku _____ (naziv ponudnika) ob vložitvi ponudbe ne obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil.

Kraj in datum: _____

_____ podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

Žig (če ponudnik posluje z žigom): _____



OBRAZEC 5P

PISNO SOGLASJE GLEDE DOVOLJENJA ZA OPRAVLJANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, KI JE PREDMET TEGA RAZPISA

Izpolnijo le: tisti ponudniki, katerim je bilo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju razpisane koncesije izdano po 17. 11. 2017, vendar ga v ponudbi niso priložili; tisti ponudniki, ki dovoljenja še nimajo izdanega in tisti ponudniki, katerim je bilo dovoljenje izdano pred 17. 11. 2017.

A.) Pisno soglasje ponudnika, ki mu je bilo dovoljenje (ali upravni akt Ministrstva za zdravje, ki dopolnjuje že izdano dovoljenje) izdano po 17. 11. 2017, vendar ga v ponudbi ni priložil

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da v ponudbi nisem priložil dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa in je bil izdan po 17. 11. 2017. Zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

B.) Pisno soglasje ponudnika, ki še nima izdanega dovoljenja, vendar bo ta pogoj izpolnil pred sklenitvijo koncesijske pogodbe

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da nimam dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa, vendar ga bom pridobil pred sklenitvijo koncesijske pogodbe. Zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

C.) Pisno soglasje ponudnika, ki mu je bilo dovoljenje izdano pred 17. 11. 2017

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) v ponudbi nisem priložil:

→ *Obkrožite tisto prilogo, ki je v ponudbi niste priložili!*

- **dovoljenja** za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki je predmet tega razpisa in je bil izdan pred 17. 11. 2017, zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci;

- **potrdila Ministrstva za pravosodje**, da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti _____ (priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti) ni bil pravnomočno obsojen zaradi naklepnega kaznivega dejanja ali kaznivega dejanja, storjenega iz malomarnosti zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost ali človekovo zdravje niti ni bil pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora v trajanju več kot šest mesecev za katerokoli kaznivo dejanje, storjeno pri delu ali v zvezi z delom, zato slednji Ministrstvu za zdravje dovoljuje dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

Hkrati izjavljam, da ima odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti _____ (priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti) pri ponudniku **najmanj 5 let delovnih izkušenj** na področju zdravstvene dejavnosti, ki je predmet razpisa, pri čemer so upoštevane delovne izkušnje od izdaje licence.

Kraj in datum: _____

_____ podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____

_____ podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti



OBRAZEC 6P

IZJAVA O UREJENEM ZAVAROVANJU ODGOVORNOSTI ZA ZDRAVNIKE V SKLADU Z ZZdrS

Izpolnijo le tisti ponudniki, ki v ponudbi niso priložili potrdila o urejenem zavarovanju odgovornosti za zdravnike

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da v ponudbi nisem priložil potrdila o urejenem zavarovanju odgovornosti za zdravnike v skladu z ZZdrS, zato ga bom Ministrstvu za zdravje predložil pred sklenitvijo koncesijske pogodbe.

Kraj in datum: _____

_____ podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____

_____ podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti



OBRAZEC 7P

IZJAVA O ZAPOSLOTVI ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI IN USTREZNO USPOSOBLJENIH ZDRAVSTVENIH DELAVCEV IN ZDRAVSTVENIH SODELAVCEV

Izpolnijo le tisti ponudniki, ki v ponudbi niso priložili pogodbe o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti ali pogodbe o zaposlitvi oz. druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da v ponudbi nisem priložil:

→ *Obkrožite tisto prilogo, ki je v ponudbi niste priložili!*

A.) pogodbe o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, zato izjavljam, da bom najpozneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti izpolnil zakonski pogoj glede zaposlitve odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti kot to določa druga alineja prvega odstavka 44.č člena ZZDej (zaposlitev za poln delovni čas oz. za krajši delovni čas, če gre za sorazmerno zaposlitev glede na predviden manjši obseg izvajanja programa zdravstvene dejavnosti).

Skladno s tem bom Ministrstvu za zdravje pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti predložil pogodbo o zaposlitvi odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, kot to določa drugi odstavek 44.č člena ZZDej;

B.) pogodbe o zaposlitvi oziroma druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, zato izjavljam, da bom najpozneje z dnem začetka opravljanja koncesijske dejavnosti izpolnil zakonski pogoj glede zagotovitve ustreznega števila usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, kot to določa tretja alineja 44.č člena ZZDej.

Skladno s tem bom Ministrstvu za zdravje pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti predložil pogodbe o zaposlitvi oziroma druge pogodbe civilnega prava drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, kot to določa drugi odstavek 44.č člena ZZDej.

Kraj in datum: _____

podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____



OBRAZEC 8P

IZJAVA O PREVZEMU ZAVAROVANIH OSEB ZZZS V ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO

Izpolnijo le tisti ponudniki, ki kandidirajo na razpisano koncesijo, ki ni posledica nujnih širitev programa. – glej točko II./2. razpisne dokumentacije.

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da bo odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti _____ (priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti) v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu prevzel v zdravstveno obravnavo vse tiste zavarovane osebe ZZZS, ki so bile v zdravstveni obravnavi pri dosedanjem izvajalcu razpisane koncesije in bodo to želele (ta pogoj velja le za tiste razpisane koncesije, ki niso posledica nujnih širitev programa – glej II./2. točko razpisne dokumentacije).

Kraj in datum: _____

podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____

podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti



OBRAZEC 9P

IZJAVA, DA SE O ZADEVI PODELJEVANJE KONCESIJ V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI NE VODI UPRAVNI ALI SODNI POSTOPEK, KI ZADEVA PONUDNIKA ALI ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da se o zadevi podeljevanje koncesij v zdravstveni dejavnosti ne vodi upravni ali sodni postopek, ki zadeva ponudnika ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti _____ (priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti).

Tu so mišljeni upravni postopki, ki jih vodi Ministrstvo za zdravje in sodni postopki, v katerih Ministrstvo za zdravje nastopa kot stranka ali stranski udeleženec.

Kraj in datum: _____

_____ podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____

_____ podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti



OBRAZEC 10P

IZJAVA O ZAGOTAVLJANJU DOSTOPNOSTI DO ORDINACIJSKIH PROSTOROV ZA GIBALNO IN FUNKCIONALNO OVIRANE OSEBE

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da je do ordinacijskega prostora na lokaciji _____ (naslov ordinacije s katero se prijavljam na ta javni razpis) zagotovljena dostopnost za gibalno in funkcionalno ovirane osebe.

Skladno s tem sta zagotovljena oba naslednja pogoja:

- **ustrezna dostopnost** (pri vhodu v objekt ni stopnice oz. v kolikor je stopnica, je nameščena ustrezna klančina) in
- **funkcionalnost notranjih prostorov** - ordinacijski prostor je v pritličju oz. v kolikor ni, je v objektu zagotovljeno dvigalo.

Kraj in datum: _____

podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____



OBRAZEC 11P

IZJAVA O ORDINACIJSKEM ČASU

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da bom v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu zagotovil ordinacijski čas za zavarovane osebe ZZS najmanj v obsegu 1/5 s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure naprej.

Hkrati izjavljam, da bo navedeni ponudnik v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu, opravljal/a koncesijsko dejavnost v okviru spodaj navedenega ordinacijskega časa (odmor za malico ni vključen), kjer sta določeni **točna vsota ur in spodnja meja popoldanskega ordinacijskega časa:**

Tabela A

Izpolnijo jo vsi ponudniki, ki se prijavljajo na razpisano koncesijo z oznako **4.1.** (oznake razpisanih koncesij so navedene v 2. točki II. poglavja razpisne dokumentacije). Pri tem je potrebno natančno navesti dopoldanski ordinacijski čas (do 16. ure) in popoldanski ordinacijski čas (po 16. uri), ki obsega **vsaj 6 ur in 30 minut.** Ordinacijski čas obsega skupno (dopoldanski in popoldanski čas) **točno 32 ur in 30 minut** (odmora za malico se ne vpiše). Tabelo je potrebno izpolniti do minute natančno, sicer bo ponudba nepopolna in zato zavrnjena z upravno odločbo.

Tabela A: Ordinacijski čas za razpisano koncesijo z oznako 4.1.

	ORDINACIJSKI ČAS = SKUPNO TOČNO 32 UR IN 30 MINUT!	
	DOPOLDANSKI (DO 16. URE)	POPOLDANSKI (PO 16. URI)
PONEDELJEK		
TOREK		
SREDA		
ČETRTEK		
PETEK		
SOBOTA		

Izjavljam, da brez predhodne odobritve Ministrstva za zdravje zgoraj navedenega ordinacijskega časa, v času trajanja koncesijskega razmerja, ne bom spreminjal/a.

Kraj in datum: _____

podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____

podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti



OBRAZEC 12P

IZJAVA GLEDE (MOREBITNE) OBSTOJEČE KONCESIJE ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI ALI NJEGOVO DELOVANJE PRI DRUGEM KONCESIONARJU V VLOGI ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da spodaj podpisani odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti _____, s katerim kandidiram na tem razpisu:

→ *Ustrezno obkrožite in izpolnite!*

A.) nima podeljene koncesije za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti;

B.) ima podeljeno koncesijo za opravljanje javne službe v zdravstveni dejavnosti na področju _____, na lokaciji _____ ter v obsegu _____ programa. Torej skupni obseg programa obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidira ponudnik _____ (naziv ponudnika) na tem razpisu ne presega 1,20 programa.

C.) opravlja funkcijo odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri koncesionarju _____ (navedba koncesionarja) na področju _____ (navedba področja, kjer je podeljena koncesija) na lokaciji _____ ter v obsegu _____ programa. Torej skupni obseg programa obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidira ponudnik _____ (naziv ponudnika) na tem razpisu ne presega 1,20 programa.

D.) opravlja funkcijo odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pri koncesionarju _____ (navedba koncesionarja) na področju _____ (navedba področja, kjer je podeljena koncesija) na lokaciji _____ ter v obsegu _____ programa. Torej skupni obseg programa obstoječe koncesije in koncesije na katero kandidira ponudnik _____ (naziv ponudnika) na tem razpisu presega 1,20 programa. Zato bo odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti _____ v primeru podelitve koncesije na tem razpisu sedanjo vlogo odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti:

- **prekinil** in Ministrstvu za zdravje pred sklenitvijo koncesijske pogodbe dostavil ustrezna dokazila oz.
- **ustrezno prilagodil** na način, da skupni obseg programa, kjer bo opravljal funkcijo odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti ne bo presegal 1,20 programa in Ministrstvu za zdravje pred sklenitvijo koncesijske pogodbe dostavil ustrezna dokazila.

Kraj in datum: _____

_____ podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

Žig (če ponudnik posluje z žigom): _____

_____ podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti



OBRAZEC 13P

IZJAVA O IZKUŠNJAH PONUDNIKA IN ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI NA PODROČJU RAZPISANE KONCESIJE IN PISNO SOGLASJE ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, DA DOVOLJUJE KONCEDENTU DOSTOP DO FOTOKOPIJE LICENCE ZA RAZPISANO ZDRAVSTVENO DEJAVNOST, KI SE O VODI V URADNI EVIDENCI – M1, M5

Izjava ponudnika:

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da ima **navedeni ponudnik na področju razpisane koncesije** _____ let in _____ mesecev izkušenj (opišite, kakšne izkušnje - obvezno navedite natančen datum od kdaj do kdaj je potekalo to delovanje):

- _____;
- _____;
- _____;

Kraj in datum: _____

_____ podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____

Izjava odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti:

Spodaj podpisani/a _____ **odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti** (priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti) pri ponudniku _____ (naziv ponudnika), rojen/a _____ (datum rojstva) s stalnim prebivališčem _____ (stalni naslov) izjavljam, da:

→ *Ustrezno obkrožite in izpolnite!*

A.) imam **na področju razpisane koncesije** _____ let in _____ mesecev izkušenj, pri čemer sem deloval pri naslednjih delodajalcih (obvezno navedite od kdaj do kdaj je potekalo to delovanje)::

- _____;
- _____;
- _____;

B.) v ponudbi ni priložena fotokopija **licence za razpisano zdravstveno dejavnost**, zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

Kraj in datum: _____

_____ podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti



OBRAZEC 14P

IZJAVA O DOSTOPNOSTI LOKACIJE OPRAVLJANJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI – M2, M6

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) in spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti) pri ponudniku izjavljam, da:

→ *Ustrezno obkrožite in izpolnite!*

A.) je navedeni ponudnik **lastnik/najemnik** _____ (navedite število tehnično ali fizično varovanih in zaščiteneh (avtomatska zapornica, zapora, parkirni steber ali stebriček) **parkirnih površin za uporabnike zdravstvenih storitev ponudnika**). Navedena parkirna mesta so v neposredni bližini predvidene lokacije izvajanja koncesijske dejavnosti. V ponudbi sem priložil **overjeno fotokopijo dokazila, da sem lastnik/najemnik navedenih parkirnih površin**;

B.) je **razdalja med lokacijo ordinacije na naslovu** _____ (naslov ordinacije s katero se navedeni ponudnik prijavlja na ta javni razpis) **in najbližjo avtobusno postajo** _____ m (vpišite razdaljo v metrih - upošteva se le pešpot po pločniku od glavnega vhoda v objekt, kjer je ponudnikova predvidena lokacija izvajanja koncesijske dejavnosti, do najbližje avtobusne postaje). V ponudbi sem priložil **dokazilo o izračunu razdalje**, ki dokazuje zgoraj navedeno razdaljo.

C.) je **razdalja med lokacijo ordinacije na naslovu** _____ (naslov ordinacije s katero se navedeni ponudnik prijavlja na ta javni razpis) **in najbližjim zobnim RTG z ortopanom**, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem _____ m (vpišite razdaljo v metrih – če sta zobni RTG z ortopanom telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem in predvidena lokacija koncesijske ambulante na isti lokaciji, navedete, da je razdalja 0 m. V nasprotnem primeru se upošteva le pešpot po pločniku od glavnega vhoda v objekt, kjer je ponudnikova predvidena lokacija izvajanja koncesijske dejavnosti, do najbližjega zobnega RTG z ortopanom, telerentgenom, CBCT in lokalnim slikanjem. V ponudbi sem priložil **dokazilo o izračunu razdalje**, ki dokazuje zgoraj navedeno razdaljo.

Kraj in datum: _____

_____ podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____



OBRAZEC 15P

IZJAVA GLEDE NEGATIVNIH REFERENC PONUDNIKA IN ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI TER PISNO SOGLASJE PONUDNIKA, DA DOVOLJUJE KONCEDENTU DOSTOP DO PODATKOV GLEDE TEGA, ALI SO KAKŠNE NEGATIVNE REFERENCE NA STRANI PONUDNIKA IN ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI – M3

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da:

→ *Ustrezno obkrožite in izpolnite!*

- A.) ni nobenih negativnih referenc** na strani ponudnika ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti v obdobju od 1. 1. 2010 do dneva objave tega razpisa;
- B.) so negativne reference** na strani ponudnika ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti v obdobju od 1. 1. 2010 do dneva objave tega razpisa, pri čemer so bile ugotovljene kršitve najpozneje do dneva objave tega razpisa odpravljene (npr. globa poravnana);
- C.) so negativne reference** na strani ponudnika ali odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti v obdobju od 1. 1. 2010 do dneva objave tega razpisa, vendar ugotovljene kršitve najpozneje do dneva objave tega razpisa niso bile odpravljene (npr. globa ni poravnana).

Hkrati Ministrstvu za zdravje **dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.** Gre za ugotovitve na podlagi: notranjega nadzora, strokovnega nadzora s svetovanjem, upravnega nadzora, sistemskega nadzora, nadzora ZZS nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti in inšpekcijskega nadzora.

Kraj in datum: _____

 podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____

 podpis odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti



OBRAZEC 16P

IZJAVA O PRIČETKU Z DELOM – M4

Spodaj podpisani/a _____ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika _____ (naziv ponudnika), s sedežem v/na _____ (sedež ponudnika) izjavljam, da bo navedeni ponudnik v primeru podelitve koncesije na tem javnem razpisu pričel/a z delom **najpozneje v roku 30 dni po sklenitvi pogodbe z ZZS.**

Skladno s tem bo pričel z delom _____ dni po sklenitvi pogodbe z ZZS. O datumu začetka opravljanja koncesijske dejavnosti bom koncedenta pisno obvestil/a.

Kraj in datum: _____

podpis zakonitega zastopnika ponudnika pravne osebe

žig (če ponudnik posluje z žigom): _____



V. VZOREC KONCESIJSKE POGODBE ZA FIZIČNO IN PRAVNO OSEBO

A.) VZOREC KONCESIJSKE POGODBE ZA FIZIČNO OSEBO

1. **MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE**, Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana, ki jo zastopa minister Tomaž Gantar, matična številka: 5030544000, identifikacijska številka za DDV: SI 96395265 (v nadaljevanju: koncedent)

in

2. **XXX**, XXX, XXX, matična številka: XXX, davčna številka: XXX, (v nadaljevanju: koncesionar),

skleneta naslednjo

KONCESIJSKO POGODBO

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

S to pogodbo se na podlagi 44.f člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US in 73/19; v nadaljevanju: ZZDej) urejajo medsebojna razmerja v zvezi z opravljanjem javne zdravstvene službe na sekundarni ravni na podlagi koncesije, v skladu s koncesijsko odločbo št. XXX z dne XXX (v nadaljevanju: koncesijska odločba) ter se določijo pogoji, pod katerimi mora koncesionar opravljati koncesijsko dejavnost.

II. VRSTA IN OBSEG PROGRAMA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

2. člen

Koncesionar je izvajalec koncesijske dejavnosti in opravlja zdravstveno dejavnost kot javno službo na podlagi koncesije na področju **XXX** in v obsegu **XXX programa**, kot je določeno z veljavno pogodbo, sklenjeno z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS), splošnimi akti in predpisi ZZZS, veljavno zakonodajo ter drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, koncesijsko odločbo in to pogodbo.

Med trajanjem koncesijskega razmerja je ob soglasju koncedenta dovoljena sprememba obsega programa (nebistvena sprememba koncesijskega razmerja), ki jo koncedent odobri v obliki spremembe koncesijske odločbe. Temu sledi sklenitev aneksa k tej pogodbi.

III. OBMOČJE IN LOKACIJA OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

3. člen

Koncesionar opravlja koncesijsko dejavnost v ordinacijskih prostorih na območju XXX in na naslovu **XXX**.

Med trajanjem koncesijskega razmerja je ob soglasju koncedenta dovoljena sprememba lokacije (nebistvena sprememba koncesijskega razmerja), ki jo koncedent odobri v obliki spremembe koncesijske odločbe. Temu sledi sklenitev aneksa k tej pogodbi.

IV. ORDINACIJSKI ČAS

4. člen



Koncesionar opravlja koncesijsko dejavnost v okviru naslednjega ordinacijskega časa (v nadaljevanju: ordinacijski čas koncesijske dejavnosti), ki znaša skupaj **XXX ur in XXX minut tedensko** (vključno z malico):

	dopoldne (do 16h)	popoldne (po 16h)
ponedeljek		
torek		
sreda		
četrtek		
petek		
sobota		

Koncesionar zagotovi, da je urnik ordinacijskega časa koncesijske dejavnosti uporabnikom storitev stalno na vpogled na vidnem mestu v neposredni bližini vhoda v ordinacijske prostore in na spletnih straneh koncesionarja, če jih ima.

Urnik ordinacijskega časa koncesijske dejavnosti se lahko spremeni po predhodnem soglasju koncedenta. Temu sledi sklenitev aneksa k tej pogodbi.

V. ZAČETEK OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

5. člen

Koncesionar je dolžan najpozneje v enem mesecu od podpisa te pogodbe skleniti z ZZZS pogodbo o financiranju koncesijske dejavnosti (v nadaljevanju: pogodba z ZZZS).

Koncesionar začne opravljati koncesijsko dejavnost v najkrajšem možnem času, najpozneje pa v roku XXX dni od sklenitve pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev z ZZZS. V nasprotnem primeru koncedent brez predhodnega pisnega opozorila (osma alineja prvega odstavka 44.j člena ZZDej) z odločbo odvzame koncesijo.

Koncesionar je dolžan v roku 3 dni od začetka opravljanja koncesijske dejavnosti koncedenta o tem pisno obvestiti.

VI. TRAJANJE KONCESIJSKEGA RAZMERJA

6. člen

Koncesija se podeli za določen čas, in sicer za obdobje 15 let, šteto od dneva začetka opravljanja koncesijske dejavnosti.

7. člen

Najpozneje 12 mesecev pred potekom obdobja podelitve koncesije koncedent preveri realizacijo programa v podeljenem obsegu ter ali še obstoji potreba po podelitvi koncesije, upošteva druge odstavke 42. člena ZZDej. Če so izpolnjeni prej navedeni pogoji, koncedent na podlagi pozitivnega mnenja ZZZS in pristojne zbornice oziroma strokovnega združenja podaljša obdobje podelitve koncesije za naslednjih 15 let.

V primeru podaljšanja koncesije koncedent izda odločbo o podaljšanju koncesije in predlaga sklenitev aneksa h koncesijski pogodbi. V primeru neskladja med koncesijsko odločbo in koncesijsko pogodbo veljajo določbe koncesijske odločbe.

VII. NADOMEŠČANJE MED ODSOTNOSTJO KONCESIONARJA

8. člen



Koncesionar je dolžan izključno sam opravljati koncesijsko dejavnost, razen v primeru letnega dopusta, organiziranega izobraževanja, bolezni in druge upravičene odsotnosti, ko mora, tako kot je opredeljeno v veljavni pogodbi z ZZZS, zagotoviti ustrezno nadomeščanje s strani XXX (v nadaljevanju: nadomestni zdravnik).

Najkasneje ob prvem nadomeščanju je koncesionar dolžan posredovati koncedentu overjeno fotokopijo veljavne licence nadomestnega zdravnika.

O datumu nadomeščanja in nadomestnem zdravniku je koncesionar dolžan predhodno ustrezno obvestiti koncedenta v pisni obliki ali po elektronski pošti in uporabnike storitev na vidnem mestu v ordinacijskih prostorih.

VIII. NAČIN FINANCIRANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

9. člen

Koncedent ni dolžan zagotavljati koncesionarju nobenih sredstev za opravljanje javne zdravstvene službe.

Sredstva za opravljanje javne zdravstvene službe koncesionar pridobiva na podlagi pogodbe z ZZZS.

IX. POGOJI, KI JIH MORA KONCESIONAR IZPOLNJEVATI V ČASU TRAJANJA KONCESIJSKEGA RAZMERJA

10. člen

Koncedent z odločbo odvzame koncesijo, če ugotovi, da koncesionar ne opravlja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno pogodbo z ZZZS, splošnimi akti in predpisi ZZZS, veljavno zakonodajo ter drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, koncesijsko odločbo in to pogodbo.

Koncesionar je dolžan ves čas trajanja koncesijskega razmerja opravljati koncesijsko dejavnost v skladu s/z:

- koncesijsko odločbo;
- to pogodbo;
- splošnimi akti koncedenta;
- dovoljenjem Ministrstva za zdravje za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Hkrati mora ves čas trajanja koncesijskega razmerja izpolnjevati pogoje za izdajo tega dovoljenja;
- veljavno pogodbo z ZZZS;
- splošnimi akti in predpisi ZZZS;
- veljavno zakonodajo;
- drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost;
- plani in programi na področju zdravstvenega varstva.

X. PRAVICE IN OBVEZNOSTI KONCEDENTA IN KONCESIONARJA V ČASU TRAJANJA IN PO POTEKU KONCESIJSKE POGODBE

11. člen

Koncesionar je dolžan:

- opravljati koncesijsko dejavnost kot je določeno z veljavno pogodbo z ZZZS, splošnimi akti in predpisi ZZZS, veljavno zakonodajo ter drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, koncesijsko odločbo in to pogodbo;
- prevzeti v zdravstveno obravnavo vse tiste zavarovane osebe ZZZS, ki so bile v zdravstveni obravnavi pri dosedanjem izvajalcu razpisane koncesije in bodo to želele;



- za opravljanje programa zdravstvenih storitev, ki jih opravlja za zavarovane osebe pri ZZZS v Sloveniji, imeti sklenjeno pogodbo o izvajanju programa zdravstvenih storitev z ZZZS (v nadaljevanju: pogodba z ZZZS).
- najpozneje v enem mesecu od podpisa te pogodbe skleniti pogodbo z ZZZS in v roku 15 dni po sklenitvi pogodbe z ZZZS posredovati koncedentu en izvod fotokopije veljavne pogodbe z ZZZS;
- pogodbo z ZZZS obnavljati skladno s pogoji razpisa ZZZS za program zdravstvenih storitev in najpozneje v roku 15 dni po sklenitvi nove pogodbe z ZZZS posredovati koncedentu en izvod fotokopije veljavne pogodbe z ZZZS;
- ob vsaki spremembi pogodbe z ZZZS v roku 15 dni po tej spremembi posredovati koncedentu en izvod fotokopije veljavne pogodbe z ZZZS;
- v roku 15 dni po podaljšanju licence posredovati koncedentu en izvod fotokopije podaljšane licence;
- opravljati koncesijsko dejavnost v ordinacijskih prostorih na lokaciji, opredeljeni v tej pogodbi;
- opravljati koncesijsko dejavnost v ordinacijskem času koncesijske dejavnosti, opredeljenem v tej pogodbi in veljavni pogodbi z ZZZS;
- pisno zaprositi koncedenta, če namerava spremeniti lokacijo opravljanja koncesijske dejavnosti;
- pisno zaprositi koncedenta, če namerava spremeniti obseg programa zdravstvene dejavnosti;
- pisno zaprositi koncedenta, če namerava spremeniti ordinacijski čas koncesijske dejavnosti;
- zagotoviti, da je koncesionar zaposlen za polni delovni čas oz. za krajši delovni čas, če gre za sorazmerno zaposlitev glede na predviden manjši obseg izvajanja programa zdravstvene dejavnosti;
- zagotoviti, da ima zaposlene ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali ZZdrS, in bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije;
- zagotoviti kadre glede na dodeljeni program v skladu s kadrovskimi normativi v številu, ki jih koncesionarju priznava Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
- ves čas izvajanja javne službe vsem svojim pacientom zagotavljati storitve, ob upoštevanju vseh spoznanj znanosti in strokovno preverjenih metod;
- imeti urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike;
- opravljati program s standardno ekipo po veljavnih standardih v skladu z vsakoletnim splošnim dogovorom, sklenjenim v okviru ZZZS;
- voditi zdravstveno-statistične podatke v skladu z veljavnimi predpisi ter poročati Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje in drugim pristojnim institucijam;
- biti vključen v enotni zdravstveno-informacijski sistem, ki je organiziran na nacionalni ravni;
- ob sklenitvi pogodbe z ZZZS z ZZZS vzpostaviti računalniško izmenjavo podatkov (RIP);
- za opravljene zdravstvene storitve, v skladu s predpisi ZZZS in veljavno zakonodajo, ki ureja področje zdravja, uporabnikom storitev vedno izstaviti račune, iz katerih je razvidna vrsta opravljenih zdravstvenih storitev. Koncesionar mora poskrbeti, da je cenik storitev uporabnikom storitev stalno na vpogled na vidnem mestu v ordinacijskih prostorih;
- zagotoviti, da se zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri koncesionarju vključujejo v strokovno izpopolnjevanje v celotnem obdobju trajanja koncesije;
- ločeno voditi izkaz prihodkov in odhodkov ter sredstev in virov sredstev, ki se nanašajo na opravljanje koncesijske dejavnosti, od tistih, ki se nanašajo na opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti, v skladu s predpisi, ki urejajo preglednost finančnih odnosov, in ločeno evidentiranje različnih dejavnosti;
- zagotoviti diagnostične in terapevtske storitve po pogodbi z ustrezno službo.

XI. POROČANJE O OPRAVLJANJU KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

12. člen

Koncesionar je dolžan:

- na pisno zahtevo koncedenta predložiti vsebinska poročila v zvezi z opravljanjem koncesijske dejavnosti, tudi o svojem finančnem poslovanju v delu, ki se nanaša na opravljanje koncesijske dejavnosti. Koncedent v zahtevi za poročanje določi vsebino poročila in rok za predložitev;
- zagotavljati podatke in poročila v skladu z veljavnimi predpisi in poročati pristojnim institucijam.



XII. NADZOR NAD OPRAVLJANJEM KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

13. člen

Koncedent izvaja nadzor nad izvajanjem koncesijske odločbe in koncesijske pogodbe v delu, ki se nanaša na razmerje med koncedentom in koncesionarjem oziroma njune medsebojne pravice in obveznosti.

Skladno z določili iz prejšnjega odstavka ima koncedent pravico nadzorovati opravljanje koncesijske dejavnosti, pri čemer ga koncesionar ne sme ovirati oziroma mora omogočiti koncedentu nemoteno opravljanje nadzora iz prejšnjega odstavka.

14. člen

Glede na ugotovitve nadzora ali pritožb uporabnikov, lahko koncedent pristojnim organom predlaga uvedbo strokovnega, upravnega ali finančnega nadzora.

15. člen

Koncesionar je dolžan vzpostaviti vse oblike notranjega nadzora ter sistema kakovosti in varnosti.

16. člen

Pri koncesionarju se za zagotavljanje zakonitosti, strokovnosti, kakovosti in varnosti dela poleg notranjega nadzora opravljajo tudi naslednje vrste nadzora:

- strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga izvajajo pristojne zbornice oziroma strokovna združenja v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti ali Zakonom o zdravniški službi;
- upravni nadzor, ki ga izvaja Ministrstvo za zdravje;
- sistemski nadzor, ki ga izvaja Ministrstvo za zdravje;
- nadzor ZZS nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti;
- inšpekcijski nadzor, ki ga izvajajo pristojne inšpekcijski organi.

XIII. PRENEHANJE KONCESIJSKE POGODBE

17. člen

Koncesijska pogodba preneha:

- s potekom časa, za katerega je bila sklenjena;
- s smrtjo koncesionarja;
- s stečajem ali zaradi drugega načina prenehanja koncesionarja;
- če je pravomočno koncesijska odločba odpravljena ali izrečena za nično;
- s sporazumom;
- z odpovedjo pogodbe iz razlogov in pod pogoji, ki so določeni v koncesijski pogodbi;
- v primeru odvzema koncesije.

18. člen

Če koncesionar neprekinjeno več kot šest mesecev zaradi bolezni, varstva in vzgoje otroka ali izobraževanja ne more ali ne bi mogel opravljati koncesijske dejavnosti, se koncesionar in koncedent z aneksom h koncesijski pogodbi dogovorita o začasnem opravljanju koncesijske dejavnosti največ za obdobje dveh let. Če koncesionar zaradi razlogov iz prejšnjega stavka opusti opravljanje koncesijske dejavnosti za več kot dve leti, se koncesija odvzame.

19. člen



Pogodbeni stranki se lahko med trajanjem te pogodbe sporazumeta o njenem prenehanju. Pogodbena stranka, ki želi sporazumno prenehanje te pogodbe, posreduje drugi pogodbeni stranki pisno vlogo, ki vsebuje obrazložitev razlogov.

20. člen

Koncesionar je dolžan o odpovedi te pogodbe pisno obvestiti koncedenta vsaj 6 mesecev pred prenehanjem te pogodbe.

V primeru koncesionarjevega neupoštevanja navedenega roka za odpoved te pogodbe, je koncesionar dolžan opravljati koncesijsko dejavnost vse dokler ne začne opravljati te dejavnosti nov izvajalec, vendar največ 6 mesecev od dneva odpovedi te pogodbe. Koncedent lahko določi tudi drugačen način izvajanja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno zakonodajo.

21. člen

Koncedent z odločbo odvzame koncesijo, če ugotovi, da koncesionar ne opravlja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno pogodbo z ZZZS, splošnimi akti ZZZS, veljavno zakonodajo ter drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, koncesijsko odločbo in to pogodbo.

Koncesijo odvzame tudi v primeru, če:

- je koncesionarju odvzeto dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti v skladu s 3.b členom ZZDej;
- koncesionar ne začne opravljati koncesijske dejavnosti v za to določenem roku;
- koncesionar v roku, ki je določen v koncesijski odločbi, ne izpolni pogojev za začetek opravljanja koncesijske dejavnosti, za katere je bilo v koncesijski odločbi določeno, da jih koncesionar izpolni po podelitvi koncesije in pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti;
- koncesionar ne izpolnjuje pogojev za opravljanje koncesijske dejavnosti iz 44.č člena ZZDej;
- koncesionar krši določbe koncesijske odločbe ali koncesijske pogodbe, ali preneha v celoti ali deloma opravljati koncesijsko dejavnost;
- koncesionar krši predpise s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti, zagotavljanja varnosti in kakovosti zdravstvenih storitev, delovnih razmerij, davkov in prispevkov za socialno varnost, računovodstva in drugih predpisov v delu, ki se nanašajo na opravljanje zdravstvene dejavnosti;
- koncesionar ne ravna v skladu z izrečenimi ukrepi v okviru nadzora po ZZDej;
- koncesionar prenese koncesijo na drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti;
- ZZZS prekine ali ne sklene pogodbe s koncesionarjem zaradi koncesionarjevega kršenja pogodbenih obveznosti;
- koncesionar odkloni sklenitev pogodbe z ZZZS, ki bi bila v skladu s to pogodbo, odločbo o podelitvi koncesije in drugo odločbo;
- koncesionar ne obnovi pogodbe z ZZZS skladno s pogoji razpisa ZZZS za program zdravstvenih storitev;
- koncesionar nima urejenega zavarovanja odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo;
- je koncesionar v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica;
- pri koncesionarju obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil.

22. člen

Preden koncedent koncesionarju odvzame koncesijo zaradi kršitev, ga pisno opozori na kršitve, ki so razlog za odvzem koncesije, in mu določi primeren rok za odpravo kršitev.

Če koncesionar ugotovljenih kršitev ne odpravi v roku, ki ga je določil koncedent, se mu koncesija odvzame z odločbo o odvzemu koncesije.



Predhodno opozorilo ni potrebno, če gre za kršitve, ki imajo elemente kaznivega dejanja, če gre za primere iz prve, druge ali tretje alineje prvega odstavka prejšnjega člena ali če je koncesija odvzeta na podlagi 44.g člena ZZDej.

Z dokončnostjo odločbe o odvzemu koncesije (in v skladu z njo) prenehata koncesijsko razmerje in koncesijska pogodba.

Koncesionar in koncedent morata izpolniti obveznosti, ki so nastale do prenehanja koncesijskega razmerja.

XIV. ODGOVORNOST KONCESIONARJA ZA ŠKODO TRETJIM OSEBAM

23. člen

Koncesionar je odgovoren za vso morebitno škodo, ki nastane tretjim osebam, kot posledica njegovega ravnanja ali opustitve oz. povzročeno z opravljanjem ali neopravljanjem koncesijske dejavnosti.

Koncesionar mora imeti v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo, urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike.

XV. PROTIKORUPCIJSKA KLAVZULA

24. člen

V primeru, da je pri sklenitvi ali pri izvajanju te pogodbe kdo v imenu ali na račun koncesionarja, predstavniku, funkcionarju, posredniku ali javnemu uslužbencu koncedenta obljubil, ponudil ali dal kakšno nedovoljeno korist za pridobitev tega posla ali za sklenitev tega posla pod ugodnejšimi pogoji ali za opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je koncedentu povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku, funkcionarju, posredniku ali javnemu uslužbencu koncedenta, koncesionarju ali njegovemu predstavniku, zastopniku ali posredniku, je ta pogodba nična.

Koncedent bo na podlagi svojih ugotovitev o domnevnem obstoju dejanskega stanja iz prvega odstavka tega člena ali obvestila Komisije za preprečevanje korupcije ali drugih organov, glede njegovega domnevnega nastanka, pričel z ugotavljanjem pogojev ničnosti te pogodbe oziroma z drugimi ukrepi v skladu s predpisi Republike Slovenije.

XVI. SKRBNIŠTVO POGODBE

25. člen

Pooblaščenec predstavnik koncedenta, ki nadzoruje izvajanje te pogodbe, je XXX, ki je hkrati skrbnik pogodbe.

O morebitni spremembi skrbnika te pogodbe se koncesionarja pisno obvesti.

XVII. KONČNE DOLOČBE

26. člen

Vse morebitne spremembe in dopolnitve bosta pogodbeni stranki uredili z aneksom k tej pogodbi.

27. člen

Pogodbeni stranki bosta morebitne spore iz te pogodbe reševali sporazumno in sproti. Če to ne bo mogoče, bo spore reševalo pristojno sodišče.



28. člen

Ta pogodba je sestavljena v štirih (4) izvodih, od katerih vsaka pogodbeni stranka prejme po dva (2) izvoda.

29. člen

Pogodba je sklenjena in prične veljati z dnem podpisa obeh pogodbenih strank.

Št. pogodbe:

Datum:

Datum:

KONCESIONAR
XXX

KONCEDENT
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE
MINISTER
Tomaž Gantar



B.) VZOREC KONCESIJSKE POGODBE ZA PRAVNO OSEBO

1. **MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE**, Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana, ki jo zastopa minister Tomaž Gantar, matična številka: 5030544000, identifikacijska številka za DDV: SI 96395265 (v nadaljevanju: koncedent)

in

2. **XXX, XXX, XXX**, ki jo zastopa direktor XXX, matična številka: XXX, davčna številka: XXX, (v nadaljevanju: koncesionar),

skleneta naslednjo

KONCESIJSKO POGODBO

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

S to pogodbo se na podlagi 44.f člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US in 73/19; v nadaljevanju: ZZDej) urejajo medsebojna razmerja v zvezi z opravljanjem javne zdravstvene službe na sekundarni ravni na podlagi koncesije, v skladu s koncesijsko odločbo št. XXX z dne XXX (v nadaljevanju: koncesijska odločba) ter se določijo pogoji, pod katerimi mora koncesionar opravljati koncesijsko dejavnost.

II. VRSTA IN OBSEG PROGRAMA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

2. člen

Koncesionar je izvajalec koncesijske dejavnosti in opravlja zdravstveno dejavnost kot javno službo na podlagi koncesije na področju **XXX** in v obsegu **XXX programa**, kot je določeno z veljavno pogodbo, sklenjeno z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS), splošnimi akti in predpisi ZZZS, veljavno zakonodajo ter drugim predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, koncesijsko odločbo in to pogodbo.

Med trajanjem koncesijskega razmerja je ob soglasju koncedenta dovoljena sprememba obsega programa (nebistvena sprememba koncesijskega razmerja), ki jo koncedent odobri v obliki spremembe koncesijske odločbe. Temu sledi sklenitev aneksa k tej pogodbi.

III. OBMOČJE IN LOKACIJA OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

3. člen

Koncesionar opravlja koncesijsko dejavnost v ordinacijskih prostorih na območju XXX in na naslovu **XXX**.

Med trajanjem koncesijskega razmerja je ob soglasju koncedenta dovoljena sprememba lokacije (nebistvena sprememba koncesijskega razmerja), ki jo koncedent odobri v obliki spremembe koncesijske odločbe. Temu sledi sklenitev aneksa k tej pogodbi.

IV. ODGOVORNI NOSILEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

4. člen



Odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti na področju XXX je **XXX, XXX, XXX** in je pri koncesionarju zaposlen za XXX delovni čas ter odgovoren za organizacijo dela, ustreznost prostorov, opreme, materialov in kadrov za izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti ter za sistemsko vzpostavitev pogojev za strokovno, kakovostno in varno izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti.

Med trajanjem koncesijskega razmerja je ob soglasju koncedenta dovoljena sprememba odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (nebistvena sprememba koncesijskega razmerja), ki jo koncedent odobri v obliki spremembe koncesijske odločbe. Temu sledi sklenitev aneksa k tej pogodbi.

V. ORDINACIJSKI ČAS

5. člen

Koncesionar opravlja koncesijsko dejavnost v okviru naslednjega ordinacijskega časa (v nadaljevanju: ordinacijski čas koncesijske dejavnosti), ki znaša skupaj **XXX ur in XXX minut tedensko** (vključno z malico):

	dopoldne (do 16h)	popoldne (po 16h)
ponedeljek		
torek		
sreda		
četrtek		
petek		
sobota		

Koncesionar zagotovi, da je urnik ordinacijskega časa koncesijske dejavnosti uporabnikom storitev stalno na vpogled na vidnem mestu v neposredni bližini vhoda v ordinacijske prostore in na spletnih straneh koncesionarja, če jih ima.

Urnik ordinacijskega časa koncesijske dejavnosti se lahko spremeni po predhodnem soglasju koncedenta. Temu sledi sklenitev aneksa k tej pogodbi.

VI. ZAČETEK OPRAVLJANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

6. člen

Koncesionar je dolžan najpozneje v enem mesecu od podpisa te pogodbe skleniti z ZZZS pogodbo o financiranju koncesijske dejavnosti (v nadaljevanju: pogodba z ZZZS).

Koncesionar začne opravljati koncesijsko dejavnost v najkrajšem možnem času, najpozneje pa v roku XXX dni od sklenitve pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev z ZZZS. V nasprotnem primeru koncedent brez predhodnega pisnega opozorila (osma alineja prvega odstavka 44.j člena ZZDej) z odločbo odvzame koncesijo.

Koncesionar je dolžan v roku 3 dni od začetka opravljanja koncesijske dejavnosti koncedenta o tem pisno obvestiti.

VII. TRAJANJE KONCESIJSKEGA RAZMERJA

7. člen

Koncesija se podeli za določen čas, in sicer za obdobje 15 let, šteto od dneva začetka opravljanja koncesijske dejavnosti.

8. člen



Najpozneje 12 mesecev pred potekom obdobja podelitve koncesije koncedent preveri realizacijo programa v podeljenem obsegu ter ali še obstoji potreba po podelitvi koncesije, upošteva druge odstavke 42. člena ZZDej. Če so izpolnjeni prej navedeni pogoji, koncedent na podlagi pozitivnega mnenja ZZS in pristojne zbornice oziroma strokovnega združenja podaljša obdobje podelitve koncesije za naslednjih 15 let.

V primeru podaljšanja koncesije koncedent izda odločbo o podaljšanju koncesije in predlaga sklenitev aneksa h koncesijski pogodbi. V primeru neskladja med koncesijsko odločbo in koncesijsko pogodbo veljajo določbe koncesijske odločbe.

VIII. NADOMEŠČANJE MED ODSOTNOSTJO KONCESIONARJA

9. člen

Koncesionar je dolžan zagotoviti, da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti izključno sam opravlja koncesijsko dejavnost, razen v primeru letnega dopusta, organiziranega izobraževanja, boleznih in druge upravičene odsotnosti, ko mora, tako kot je opredeljeno v veljavni pogodbi z ZZS, zagotoviti ustrezno nadomeščanje s strani XXX (v nadaljevanju: nadomestni zdravnik).

Najkasneje ob prvem nadomeščanju je koncesionar dolžan posredovati koncedentu overjeno fotokopijo veljavne licence nadomestnega zdravnika.

O datumu nadomeščanja in nadomestnem zdravniku je koncesionar dolžan predhodno ustrezno obvestiti koncedenta v pisni obliki ali po elektronski pošti in uporabnike storitev na vidnem mestu v ordinacijskih prostorih.

IX. NAČIN FINANCIRANJA KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

10. člen

Koncedent ni dolžan zagotavljati koncesionarju nobenih sredstev za opravljanje javne zdravstvene službe.

Sredstva za opravljanje javne zdravstvene službe koncesionar pridobiva na podlagi pogodbe z ZZS.

X. POGOJI, KI JIH MORA KONCESIONAR IZPOLNJEVATI V ČASU TRAJANJA KONCESIJSKEGA RAZMERJA

11. člen

Koncedent z odločbo odvzame koncesijo, če ugotovi, da koncesionar ne opravlja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno pogodbo z ZZS, splošnimi akti in predpisi ZZS, veljavno zakonodajo ter drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, koncesijsko odločbo in to pogodbo.

Koncesionar je dolžan ves čas trajanja koncesijskega razmerja opravljati koncesijsko dejavnost v skladu s/z:

- koncesijsko odločbo;
- to pogodbo;
- splošnimi akti koncedenta;
- dovoljenjem Ministrstva za zdravje za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Hkrati mora ves čas trajanja koncesijskega razmerja izpolnjevati pogoje za izdajo tega dovoljenja;
- veljavno pogodbo z ZZS;
- splošnimi akti in predpisi ZZS;
- veljavno zakonodajo;
- drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost;



- plani in programi na področju zdravstvenega varstva.

XI. PRAVICE IN OBVEZNOSTI KONCEDENTA IN KONCESIONARJA V ČASU TRAJANJA IN PO POTEKU KONCESIJSKE POGODBE

12. člen

Koncesionar je dolžan:

- opravljati koncesijsko dejavnost kot je določeno z veljavno pogodbo z ZZZS, splošnimi akti in predpisi ZZZS, veljavno zakonodajo ter drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, koncesijsko odločbo in to pogodbo;
- prevzeti v zdravstveno obravnavo vse tiste zavarovane osebe ZZZS, ki so bile v zdravstveni obravnavi pri dosedanem izvajalcu razpisane koncesije in bodo to želele;
- za opravljanje programa zdravstvenih storitev, ki jih opravlja za zavarovane osebe pri ZZZS v Sloveniji, imeti sklenjeno pogodbo o izvajanju programa zdravstvenih storitev z ZZZS (v nadaljevanju: pogodba z ZZZS).
- najpozneje v enem mesecu od podpisa te pogodbe skleniti pogodbo z ZZZS in v roku 15 dni po sklenitvi pogodbe z ZZZS posredovati koncedentu en izvod fotokopije veljavne pogodbe z ZZZS;
- pogodbo z ZZZS obnavljati skladno s pogoji razpisa ZZZS za program zdravstvenih storitev in najpozneje v roku 15 dni po sklenitvi nove pogodbe z ZZZS posredovati koncedentu en izvod fotokopije veljavne pogodbe z ZZZS;
- ob vsaki spremembi pogodbe z ZZZS v roku 15 dni po tej spremembi posredovati koncedentu en izvod fotokopije veljavne pogodbe z ZZZS;
- v roku 15 dni po podaljšanju licence odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti posredovati koncedentu en izvod fotokopije podaljšane licence;
- opravljati koncesijsko dejavnost v ordinacijskih prostorih na lokaciji, opredeljeni v tej pogodbi;
- opravljati koncesijsko dejavnost v ordinacijskem času koncesijske dejavnosti, opredeljenem v tej pogodbi in veljavni pogodbi z ZZZS;
- pisno zaprositi koncedenta, če namerava spremeniti lokacijo opravljanja koncesijske dejavnosti;
- pisno zaprositi koncedenta, če namerava spremeniti odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti;
- pisno zaprositi koncedenta, če namerava spremeniti obseg programa zdravstvene dejavnosti;
- pisno zaprositi koncedenta, če namerava spremeniti ordinacijski čas koncesijske dejavnosti;
- zagotoviti, da ima za vrsto zdravstvene dejavnosti, v katero sodi program zdravstvene dejavnosti, ki je predmet koncesije, za polni delovni čas zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti (odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti se lahko zaposli za krajši delovni čas, če gre za sorazmerno zaposlitev glede na predviden manjši obseg izvajanja programa zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenih storitev specialistične bolnišnične dejavnosti);
- zagotoviti, da ima zaposlene ali na drugi zakoniti podlagi zagotovljeno ustrezno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki izpolnjujejo pogoje iz ZZDej ali ZZdrS, in bodo opravljali zdravstvene storitve, ki so predmet koncesije;
- zagotoviti kadre glede na dodeljeni program v skladu s kadrovskimi normativi v številu, ki jih koncesionarju priznava Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
- ves čas izvajanja javne službe vsem svojim pacientom zagotavljati storitve, ob upoštevanju vseh spoznanj znanosti in strokovno preverjenih metod;
- imeti urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike;
- opravljati program s standardno ekipo po veljavnih standardih v skladu z vsakoletnim splošnim dogovorom, sklenjenim v okviru ZZZS;
- voditi zdravstveno-statistične podatke v skladu z veljavnimi predpisi ter poročati Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje in drugim pristojnim institucijam;
- biti vključen v enotni zdravstveno-informacijski sistem, ki je organiziran na nacionalni ravni;
- ob sklenitvi pogodbe z ZZZS z ZZZS vzpostaviti računalniško izmenjavo podatkov (RIP);
- za opravljene zdravstvene storitve, v skladu s predpisi ZZZS in veljavno zakonodajo, ki ureja področje zdravja, uporabnikom storitev vedno izstaviti račune, iz katerih je razvidna vrsta opravljenih zdravstvenih storitev. Koncesionar mora poskrbeti, da je cenik storitev uporabnikom storitev stalno na vpogled na vidnem mestu v ordinacijskih prostorih;
- zagotoviti, da se zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri koncesionarju vključujejo v strokovno izpopolnjevanje ter da odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti izpolnjuje strokovne,



- tehnične in druge predpisane pogoje za opravljanje koncesijske dejavnosti v celotnem obdobju trajanja koncesije;
- ločeno voditi izkaz prihodkov in odhodkov ter sredstev in virov sredstev, ki se nanašajo na opravljanje koncesijske dejavnosti, od tistih, ki se nanašajo na opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti, v skladu s predpisi, ki urejajo preglednost finančnih odnosov, in ločeno evidentiranje različnih dejavnosti;
 - zagotoviti diagnostične in terapevtske storitve po pogodbi z ustrezno službo.

XII. POROČANJE O OPRAVLJANJU KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

13. člen

Koncesionar je dolžan:

- na pisno zahtevo koncedenta predložiti vsebinska poročila v zvezi z opravljanjem koncesijske dejavnosti, tudi o svojem finančnem poslovanju v delu, ki se nanaša na opravljanje koncesijske dejavnosti. Koncedent v zahtevi za poročanje določi vsebino poročila in rok za predložitev;
- zagotavljati podatke in poročila v skladu z veljavnimi predpisi in poročati pristojnim institucijam.

XIII. NADZOR NAD OPRAVLJANJEM KONCESIJSKE DEJAVNOSTI

14. člen

Koncedent izvaja nadzor nad izvajanjem koncesijske odločbe in koncesijske pogodbe v delu, ki se nanaša na razmerje med koncedentom in koncesionarjem oziroma njune medsebojne pravice in obveznosti.

Skladno z določili iz prejšnjega odstavka ima koncedent pravico nadzorovati opravljanje koncesijske dejavnosti, pri čemer ga koncesionar ne sme ovirati oziroma mora omogočiti koncedentu nemoteno opravljanje nadzora iz prejšnjega odstavka.

15. člen

Glede na ugotovitve nadzora ali pritožb uporabnikov, lahko koncedent pristojnim organom predlaga uvedbo strokovnega, upravnega ali finančnega nadzora.

16. člen

Koncesionar je dolžan vzpostaviti vse oblike notranjega nadzora ter sistema kakovosti in varnosti.

17. člen

Pri koncesionarju se za zagotavljanje zakonitosti, strokovnosti, kakovosti in varnosti dela poleg notranjega nadzora opravljajo tudi naslednje vrste nadzora:

- strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga izvajajo pristojne zbornice oziroma strokovna združenja v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti ali Zakonom o zdravniški službi;
- upravni nadzor, ki ga izvaja Ministrstvo za zdravje;
- sistemski nadzor, ki ga izvaja Ministrstvo za zdravje;
- nadzor ZZS nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti;
- inšpekcijski nadzor, ki ga izvajajo pristojne inšpekcijski organi.

XIV. PRENEHANJE KONCESIJSKE POGODBE

18. člen

Koncesijska pogodba preneha:



- s potekom časa, za katerega je bila sklenjena;
- s smrtjo koncesionarja;
- s stečajem ali zaradi drugega načina prenehanja koncesionarja;
- če je pravnomočno koncesijska odločba odpravljena ali izrečena za nično;
- s sporazumom;
- z odpovedjo pogodbe iz razlogov in pod pogoji, ki so določeni v koncesijski pogodbi;
- v primeru odvzema koncesije.

19. člen

Če koncesionar neprekinjeno več kot šest mesecev zaradi bolezni, varstva in vzgoje otroka ali izobraževanja ne more ali ne bi mogel opravljati koncesijske dejavnosti, se koncesionar in koncedent z aneksom h koncesijski pogodbi dogovorita o začasnem opravljanju koncesijske dejavnosti največ za obdobje dveh let. Če koncesionar zaradi razlogov iz prejšnjega stavka opusti opravljanje koncesijske dejavnosti za več kot dve leti, se koncesija odvzame.

20. člen

Pogodbeni stranki se lahko med trajanjem te pogodbe sporazumeta o njenem prenehanju. Pogodbena stranka, ki želi sporazumno prenehanje te pogodbe, posreduje drugi pogodbeni stranki pisno vlogo, ki vsebuje obrazložitev razlogov.

21. člen

Koncesionar je dolžan o odpovedi te pogodbe pisno obvestiti koncedenta vsaj 6 mesecev pred prenehanjem te pogodbe.

V primeru koncesionarjevega neupoštevanja navedenega roka za odpoved te pogodbe, je koncesionar dolžan opravljati koncesijsko dejavnost vse dokler ne začne opravljati te dejavnosti nov izvajalec, vendar največ 6 mesecev od dneva odpovedi te pogodbe. Koncedent lahko določi tudi drugačen način izvajanja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno zakonodajo.

22. člen

Koncedent z odločbo odvzame koncesijo, če ugotovi, da koncesionar ne opravlja koncesijske dejavnosti v skladu z veljavno pogodbo z ZZZS, splošnimi akti ZZZS, veljavno zakonodajo ter drugimi predpisi, vezanimi na zdravstveno in koncesijsko dejavnost, koncesijsko odločbo in to pogodbo.

Koncesijo odvzame tudi v primeru, če:

- je koncesionarju odvzeto dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti v skladu s 3.b členom ZZDej;
- koncesionar ne začne opravljati koncesijske dejavnosti v za to določenem roku;
- koncesionar v roku, ki je določen v koncesijski odločbi, ne izpolni pogojev za začetek opravljanja koncesijske dejavnosti, za katere je bilo v koncesijski odločbi določeno, da jih koncesionar izpolni po podelitvi koncesije in pred začetkom opravljanja koncesijske dejavnosti;
- koncesionar ne izpolnjuje pogojev za opravljanje koncesijske dejavnosti iz 44.č člena ZZDej;
- koncesionar krši določbe koncesijske odločbe ali koncesijske pogodbe, ali preneha v celoti ali deloma opravljati koncesijsko dejavnost;
- koncesionar krši predpise s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti, zagotavljanja varnosti in kakovosti zdravstvenih storitev, delovnih razmerij, davkov in prispevkov za socialno varnost, računovodstva in drugih predpisov v delu, ki se nanašajo na opravljanje zdravstvene dejavnosti;
- koncesionar ne ravna v skladu z izrečenimi ukrepi v okviru nadzora po ZZDej;
- koncesionar prenese koncesijo na drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti;
- ZZZS prekine ali ne sklene pogodbe s koncesionarjem zaradi koncesionarjevega kršenja pogodbenih obveznosti;



- koncesionar odkloni sklenitev pogodbe z ZZZS, ki bi bila v skladu s to pogodbo, odločbo o podelitvi koncesije in drugo odločbo;
- koncesionar ne obnovi pogodbe z ZZZS skladno s pogoji razpisa ZZZS za program zdravstvenih storitev;
- koncesionar nima urejenega zavarovanja odgovornosti za zdravnike v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo;
- je koncesionar v postopkih pred organi pristojne zbornice ali strokovnega združenja zaradi kršitev v zvezi z opravljanjem poklica;
- pri koncesionarju obstojijo izključitveni razlogi, ki veljajo za ponudnike v postopkih oddaje javnih naročil;
- koncesionar najkasneje v roku 14 dni od prekinitve pogodbe z odgovornim nosilcem zdravstvene dejavnosti, pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev;
- koncesionar najkasneje v roku 14 dni od odvzema ali ne-podaljšanja licence za samostojno opravljanje zdravniške službe odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti, pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev;
- koncesionar najkasneje v roku 14 dni od pravnomočnosti kazenske sodbe s katero je bil odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti izrečen ukrep prepovedi opravljanja zdravstvene službe oz. poklica, pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev;
- koncesionar najkasneje v roku 14 dni od prenehanja veljavnosti pogodbe o zaposlitvi odgovornemu nosilcu zdravstvene dejavnosti, pisno ne zaprosi koncedenta za njegovo nadomestitev.

23. člen

Preden koncedent koncesionarju odvzame koncesijo zaradi kršitev, ga pisno opozori na kršitve, ki so razlog za odvzem koncesije, in mu določi primeren rok za odpravo kršitev.

Če koncesionar ugotovljenih kršitev ne odpravi v roku, ki ga je določil koncedent, se mu koncesija odvzame z odločbo o odvzemu koncesije.

Predhodno opozorilo ni potrebno, če gre za kršitve, ki imajo elemente kaznivega dejanja, če gre za primere iz prve, druge ali tretje alineje prvega odstavka prejšnjega člena ali če je koncesija odvzeta na podlagi 44.g člena ZZDej.

Z dokončnostjo odločbe o odvzemu koncesije (in v skladu z njo) prenehata koncesijsko razmerje in koncesijska pogodba.

Koncesionar in koncedent morata izpolniti obveznosti, ki so nastale do prenehanja koncesijskega razmerja.

XV. ODGOVORNOST KONCESIONARJA ZA ŠKODO TRETJIM OSEBAM

24. člen

Koncesionar je odgovoren za vso morebitno škodo, ki nastane tretjim osebam, kot posledica njegovega ravnanja ali opustitve oz. povzročeno z opravljanjem ali neopravljanjem koncesijske dejavnosti.

Koncesionar mora imeti v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo, urejeno zavarovanje odgovornosti za zdravnike.

XVI. PROTIKORUPCIJSKA KLAVZULA

25. člen

V primeru, da je pri sklenitvi ali pri izvajanju te pogodbe kdo v imenu ali na račun koncesionarja, predstavniku, funkcionarju, posredniku ali javnemu uslužbencu koncedenta obljubil, ponudil ali dal



kakšno nedovoljeno korist za pridobitev tega posla ali za sklenitev tega posla pod ugodnejšimi pogoji ali za opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je koncedentu povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku, funkcionarju, posredniku ali javnemu uslužbencu koncedenta, koncesionarju ali njegovemu predstavniku, zastopniku ali posredniku, je ta pogodba nična.

Koncedent bo na podlagi svojih ugotovitev o domnevnem obstoju dejanskega stanja iz prvega odstavka tega člena ali obvestila Komisije za preprečevanje korupcije ali drugih organov, glede njegovega domnevnega nastanka, pričel z ugotavljanjem pogojev ničnosti te pogodbe oziroma z drugimi ukrepi v skladu s predpisi Republike Slovenije.

XVII. SKRBNIŠTVO POGODBE

26. člen

Pooblaščen predstavnik koncedenta, ki nadzoruje izvajanje te pogodbe, je XXX, ki je hkrati skrbnik pogodbe.

O morebitni spremembi skrbnika te pogodbe se koncesionarja pisno obvesti.

XVIII. KONČNE DOLOČBE

27. člen

Vse morebitne spremembe in dopolnitve bosta pogodbeni stranki uredili z aneksom k tej pogodbi.

28. člen

Pogodbeni stranki bosta morebitne spore iz te pogodbe reševali sporazumno in sproti. Če to ne bo mogoče, bo spore reševalo pristojno sodišče.

29. člen

Ta pogodba je sestavljena v štirih (4) izvodih, od katerih vsaka pogodbeni stranka prejme po dva (2) izvoda.

30. člen

Pogodba je sklenjena in prične veljati z dnem podpisa obeh pogodbenih strank.

Št. pogodbe:

Datum:

Datum:

KONCESIONAR
XXX
DIREKTOR
XXX

KONCEDENT
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE
MINISTER
Tomaž Gantar