

WARUNKI SZCZEGÓLWE POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

15/DO/12/2016

**NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE
WYKONYWANIA BADAŃ EMG**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zmianami), zwanej dalej Ustawą oraz art.140-141, 146 ust. 1, 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust 1-2 i 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zmianami), właściwe Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 Nr 293, poz.1729) oraz w oparciu o wewnętrzne przepisy prawne Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o. (Regulamin Postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne wprowadzony Zarządzeniem 111/2011 Zarządu Szpitala Miejskiego w Zabrze z dnia 06.12.2011 r), zwanego dalej Udzielającym zamówienia.



I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

PRZEDMIOTEM KONKURSU SĄ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE:

- wykonywanie badań EMG

Szczegółowy opis przedmiotu konkursu, wszystkie niezbędne wymagania zawiera - opis przedmiotu postępowania konkursowego stanowiący załącznik nr 4 do niniejszych warunków

II TERMIN WYKONANIA UMOWY

Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 09 stycznia 2020 roku.

III WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM.

1. O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą Oferenci, którzy złożą ważną i odpowiednio przygotowaną ofertę oraz spełniają warunki, dotyczące:

- a) posiadania uprawnień do wykonania określonej działalności lub czynności; jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek do ich posiadania;
- b) posiadają wiedzę i doświadczenie ;
- c) dysponują odpowiednimi pomieszczeniami, wyposażeniem i sprzętem oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

2. Udzielający zamówienia dokona oceny spełnienia warunków, o których mowa w pkt 1 na podstawie oświadczeń i dokumentów określonych w Rozdziale IV, przedłożonych przez Oferenta.

IV WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM

1. W celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu Oferent składa niżej wymienione dokumenty:

- a) oświadczenia Oferenta o spełnianiu warunków określonych przez Zamawiającego zawartych w załączniku Nr 2 „Formularz cenowy”
- b) Oświadczenie dotyczące dysponowania potencjałem (technicznym i osobowym) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia , stanowiące załącznik nr 3 do warunków szczegółowych konkursu podpisane przez osobę /y/ uprawnioną /e/

2. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia Oferent składa niżej wymienione dokumenty:

- a) dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę)
- b) dokument potwierdzający sposób reprezentowania podmiotu (KRS; umowa spółki; wpis do ewidencji działalności gospodarczej)
- c) kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy.

Dokumenty o których mowa w lit. a) , b) powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

V. SPOSÓB PRZYGOTOWYWANIA OFERTY

1. Ofertę sporządzić należy w języku polskim.
2. Ofertę należy sporządzić na załączonych drukach (załącznik 1, 2,) w formie pisemnej pod rygorem nieważności tj. na maszynie do pisania, komputerze lub nieścieralnym atramentem oraz podpisać przez uprawnionego przedstawiciela Oferenta, zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze odpowiednim dla formy organizacyjnej przedsiębiorstwa Oferenta (lub pełnomocnik). Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej danymi Oferenta oraz napisem: „**Konkurs na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań EMG nr 15/DO/12/2016.**”.

3. Oferta winna być przygotowana w sposób zapobiegający możliwości dekompletacji zawartości oferty (kartki zszyte, zbindowane itp.).
4. Prosimy o dołączenie do oferty spisu treści zawierającego wykaz wszystkich załączników oraz o ponumerowanie stron lub kartek oferty. Prosimy o opieczętowanie oferty pieczętą firmową.
5. Każdy z Oferentów może złożyć tylko jedną ofertę.
6. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

VI. ZAWARTOŚĆ OFERTY:

Oferent powinien złożyć ofertę wraz z dokumentami :

1. Formularz Ofertowy –załącznik nr 1
2. Formularz Cenowy - załącznik nr 2
3. Oświadczenie Oferenta - załącznik nr 3
4. Opis przedmiotu postępowania konkursowego - załącznik nr 4
5. Projekt umowy – załącznik 5

oraz następujące kserokopie dokumentów formalnych:

1. kopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wpis do rejestru podmiotów leczniczych prowadzony przez Wojewodę)
2. kopia dokumentu potwierdzającego sposób reprezentowania podmiotu (KRS; umowa spółki; wpis do ewidencji działalności gospodarczej)
3. kopia dokumentu potwierdzającego nadanie NIP
4. kopia dokument potwierdzającego nadanie REGON
5. kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

KSEROKOPIE DOKUMENTÓW WINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ ORYGINAŁEM PRZEZ OSOBY UPRAWNIONE ZGODNIE Z FORMĄ REPREZENTACJI OKREŚLONĄ WE WŁAŚCIWYM REJESTRZE.

VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Oferty należy składać w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Dziale Organizacji Usług Medycznych i Statystyki, pokój nr 1.04, **do dnia 12 grudnia 2016 r. do godz. 11⁰⁰.**

W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **12 grudnia 2016 r. o godz. 11³⁰** w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Budyńku Dyrekcji.

VII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert

VIII. OPIS KRYTERIÓW ORAZ SPOSÓB DOKONYWANIA OCENY OFERT

1. Oferta będzie oceniana pod względem:
 - formalnym tj. spełnienia warunków i wymagań podanych w szczegółowych warunkach (wymagana dokumentacja),
 - merytorycznym tj. wyboru najkorzystniejszej oferty, zgodnie z podanym niżej kryterium :

Wybór najkorzystniejszej oferty dokonany zostanie na podstawie kryterium :

Wartość świadczeń zdrowotnych – 100 pkt

Kryterium „**Wartość świadczeń zdrowotnych**” będzie rozpatrywane na podstawie wartości świadczeń zdrowotnych podanych przez Oferenta na Formularzu Cenowym (załącznik nr 2).

$$X = \frac{\text{Wartość świadczeń zdrowotnych najniższa spośród ofert}}{\text{Wartość świadczeń zdrowotnych badanej oferty}} \times 100 \text{ punktów}$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Oferta o najniższej wartości brutto za świadczenia zdrowotne otrzyma 100 punktów.

Oferty o wyższej wartości brutto otrzymają proporcjonalnie mniej punktów.

Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienia wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

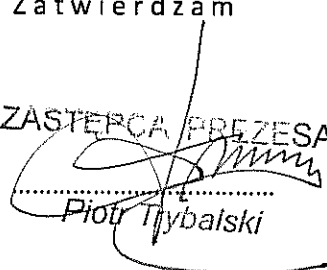
IX. INFORMACJE KOŃCOWE

1. Postępowanie będzie prowadzone z zastosowaniem przepisów obowiązujących zgodnie z art.26 i 27 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
2. Zapytania ofertowe w formie pisemnej można składać najpóźniej do dnia 08.12.2016 r. do godz. 15⁰⁰.
3. Oferenci mogą być obecni przy otwieraniu ofert, w trakcie którego nastąpi odczytanie nazw oferentów i cen ofertowych. Po odczytaniu powyższych danych odbędzie się niejawną część posiedzenia komisji konkursowej w trakcie której zostanie dokonana dokładna analiza ofert.
4. Z Oferentem, którego oferta będzie wybrana, zostanie podpisana umowa zgodnie z projektem zawartym w załączniku nr 5.
5. Osobami upoważnionymi do kontaktów z oferentami są:

mgr Teresa Skalec	- tel.(032) 277-61-00 w. 105
mgr Jadwiga Piekarska	- tel (032) 277-61-00 w. 104

Zatwierdzam

ZASTĘPCA PREZESA



 Piotr Tjybalski



FORMULARZ OFERTOWY

Niniejsza oferta zawiera kolejno ponumerowanych i zszytych zapisanych stron.

1. Nazwa Oferenta:
2. Adres:
3. NIP
4. REGON
5. Numer wpisu do właściwego rejestru
6. Organ dokonujący wpisu
7. Akceptuję przedstawiony projekt umowy: załącznik nr 5

Łączna wartość planowanych badań wynosi:

wartość brutto zł

(słownie)

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY ZGODNIE Z WARUNKAMI SZCZEGÓLOWYMI POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Data:

Pieczęć i podpis Oferenta



FORMULARZ CENOWY

Deklaruję realizację zamówienia na niżej wymienione usługi zdrowotne za wynagrodzeniem w wysokości:

BADANIA EMG :

1. PRZEWODZENIE RUCHOWO- CZUCIOWE W NERWACH

2. BADANIE MIĘŚNI

Przedmiot	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT %	Wartość brutto
Badania EMG:					
1. Przewodzenie ruchowo- czuciowe w nerwach	500				
2. Badanie mięśni	100				
Wartość całkowita					

- Podane ilości mają charakter szacunkowy i mogą ulec zmniejszeniu bez uzasadnienia Udzielającego zamówienia.
- W przypadku zaistnienia konieczności zlecenia innych badań niż w przedmiocie zamówienia a objętych działalnością Oferenta Udzielający zamówienia może zlecić wykonanie tych świadczeń w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia pacjenta. Za zleczone świadczenia Udzielający zamówienia zapłaci cenę zgodną z cennikiem Przyjmującego zamówienie.*
- Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 09 stycznia 2020 r.
- Warunki wymagane od Oferentów:
 - Dysponowanie osobami posiadającymi kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu
 - Dysponowanie pomieszczeniami i urządzeniami spełniającymi wymogi określone odrębnymi przepisami prawa.
 - Posiadanie dla aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do udzielania świadczeń dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych dokonanych przez uprawnione podmioty.
 - Posiadanie polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z § 2 projektu umowy.
- Proponuję udzielanie świadczeń w następujące dni tygodnia:.....
..... w godzinach od do
- Sposób odbioru wyników badań: wynik wydawany będzie pacjentowi w dniu wykonania badania bądź przesłany listem poleconym na adres Udzielającego zamówienia.
- Proponuję dodatkowe wymogi realizacji świadczeń zdrowotnych.....
.....
- Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 5 Warunków szczegółowych postępowania konkursowego nr 15/DO/12/2016 na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania badań EMG: przewodzenie ruchowo- czuciowe w nerwach; badanie mięśni.
- Oświadczam, że termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią Warunków szczegółowych postępowania konkursowego nr 15/DO/12/2016 na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania badań EMG : przewodzenie ruchowo- czuciowe w nerwach; badanie mięśni.

.....
data

.....
czytelny podpis Oferenta

* Prosimy o złożenie wraz z ofertą cennika udzielanych świadczeń zdrowotnych.

**Załącznik nr 3
do warunków szczegółowych
postępowania konkursowego**

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: udzielania świadczeń zdrowotnych nr 15/DO/12/2016 Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o. oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

- a) dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu zgodnie z obowiązującymi.
 - b) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego,
 - c) spełniam wymagania dotyczące pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej określone odrębnymi przepisami prawa,
 - d) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- ✓ Oświadczam, że aparatura i sprzęt medyczny wykorzystywany do realizacji zamówienia na świadczenia zdrowotne spełnia wymagania dotyczące posiadania dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych przez uprawnione osoby i podmioty
 - ✓ Oświadczam, że przyjmuję na siebie obowiązek poddania się kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
 - ✓ Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej związanej z przedmiotem zamówienia oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
 - ✓ Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
 - ✓ Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
 - ✓ Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania, świadczeń objętych zakresem postępowania konkursowego z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych .

....., dnia
(miejscowość)

.....
czytelny podpis oferenta



OPIS PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

I. WYMAGANIA ZLECENIODAWCY DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO:

1. Możliwość wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych minimum 5 dni w tygodniu, minimum 4 godziny dziennie.
2. Możliwość ustalenia konkretnej daty i godziny udzielenia świadczenia.
3. Świadczenia wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, uprawnieniach zawodowych
4. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Przyjmującego zamówienie.
5. Pomieszczenia, sprzęt i aparatura medyczna, które wykorzystywane będą do realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych winy spełniać wymogi określone przepisami prawa.
6. Zapewnienie ciągłości świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
7. Wyniki badań wydawane będą pacjentowi w dniu wykonania badania bądź przesyłane listem poleconym na adres Udzielającego zamówienia.

II. DODATKOWE WYMAGANIA ZLECENIODAWCY DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. Prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi i przechowywanie jej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Prowadzenie rejestru wykonanych świadczeń zdrowotnych na podstawie przyjętych zleceń/skierowań.
3. Poddanie się kontroli Udzielającego zamówienia i Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie świadczonych usług w ramach zawartej umowy.
4. Realizowanie świadczeń zdrowotnych na podstawie skierowania na wykonanie świadczenia wydanego przez Udzielającego zamówienia zawierającego dane określone dla druku skierowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
5. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą przy zachowaniu należytej staranności, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. Posiadanie dla aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do udzielania świadczeń dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych dokonanych przez uprawnione podmioty.
7. Zobowiązanie się do spełnienia innych wymagań NFZ, których konieczności wprowadzenia nie można przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Zapoznałem się z opisem przedmiotu postępowania konkursowego

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis OFERENTA)

