

WARUNKI SZCZEGÓŁOWE POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

02/DO/01/2017

**NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE WYKONYWANIA OPISÓW BADAŃ
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ ORAZ BADAŃ RTG PRZEKAZYWANYCH
W DRODZE TRANSMISJI DANYCH**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 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:

- Opisy badań tomografii komputerowej oraz badań RTG przekazywanych w drodze transmisji danych.

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

II TERMIN WYKONANIA UMOWY

Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 29 lutego 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 ich posiadania;
 - b) dysponowania wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach zawodowych pozwalających w pełni realizować przedmiot konkursu zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - c) posiadania niezbędnej wiedzy i doświadczenia do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego,
 - d) spełniania wymagań dotyczących pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej określonych odrębnymi przepisami prawa,
 - e) spełniania wymagań dotyczących posiadania dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych przez uprawnione osoby i podmioty,
 - f) znajdowania się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
 - g) posiadania ważnej i aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej związanej z przedmiotem zamówienia oraz zobowiązania się do kontynuowania ubezpieczenia przez cały okres realizacji zamówienia,
 - h) zobowiązania się do wykonywania świadczeń objętych zakresem postępowania konkursowego z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych,
2. W celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu 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)

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

- 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,
- d) załącznik nr 1 „Formularz ofertowy” do warunków szczegółowych konkursu podpisany przez osobę/y/uprawnioną/e zawierający ustalenia i oświadczenia Oferenta,
- e) załącznik nr 2 „Formularz cenowy” do warunków szczegółowych konkursu podpisany przez osobę/y/uprawnioną/e zawierający ustalenia i oświadczenia Oferenta,
- f) załącznik nr 3 „Oświadczenie Oferenta” do warunków szczegółowych konkursu podpisane przez osobę/y/ uprawnioną/e dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu.

IV. 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 pełnomocnika). Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej danymi Oferenta oraz napisem: „**Konkurs na świadczenia zdrowotne nr 02/DO/01/2017.**”.
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 opieczątowanie oferty pieczętą firmową.
5. Każdy z Oferentów może złożyć tylko jedną ofertę.
6. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

V. 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 za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,

KSEROKOPIE DOKUMENTÓW WINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z 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 1.02, do **dnia 24 stycznia 2017 r. do godz. 11³⁰**.

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 **24 stycznia 2017 r. o godz. 12⁰⁰** w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Budynku 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 podanymi niżej kryteriami:

- Wybór najkorzystniejszej oferty dokonany zostanie na podstawie kryterium wartości „Wartość świadczeń zdrowotnych” oraz „Zapewnienie na bieżąco stosownych szkoleń dla personelu Udzielającego zamówienia**”:
 1. Wartość świadczeń zdrowotnych - 70%
 2. Zapewnienie na bieżąco stosownych szkoleń dla personelu Udzielającego zamówienia* - 30%

Kryterium „Wartość świadczeń zdrowotnych” będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu cenowym (załącznik nr 2).

Punktacja za „Wartość świadczeń zdrowotnych” wskazaną w załączniku nr 2 będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\text{Wartość świadczeń zdrowotnych najniższa spośród ofert}}{\text{Wartość świadczeń zdrowotnych badanej oferty}} \times 100 \times 70\%$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Kryterium „Zapewnienie na bieżąco stosownych szkoleń dla personelu Udzielającego zamówienia”* będzie rozpatrywane na podstawie oświadczenia TAK lub NIE złożonego przez Oferenta na formularzu cenowym (załącznik nr 2).

Punktacja za „Zapewnienie na bieżąco stosownych szkoleń dla personelu Udzielającego zamówienia”* będzie obliczona jako:

Oświadczenie TAK: 1 pkt x 100 x 30%
 Oświadczenie NIE: 0 pkt x 100 x 30%

* zapewnienie na bieżąco stosownych szkoleń dla personelu Udzielającego zamówienia - (odpowiednie szkolenia personelu medycznego i technicznego, w celu realizacji świadczeń.)

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

X. 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 19.01.2017 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

dr n. med. Mariusz K. Wójtowicz

MB/100

Prezes Zarządu

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.

Dział Organizacji Usług Medycznych i Statystyki
KIEROWNIK

mgr Jadwiga Piekarska

Dział Organizacji Usług Medycznych i Statystyki
GŁÓWNY SPECJALISTA

mgr Teresa Skalec

ADWOKAT

Piotr Kowalski

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

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY ZGODNIE Z WARUNKAMI SZCZEGÓLOWYMI
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**

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

Data:

.....
Pieczeń i podpis Oferenta

FORMULARZ CENOWY

Deklaruję realizację zamówienia na wykonywanie opisów badań tomografii komputerowej oraz badań RTG przekazywanych w drodze transmisji danych za wynagrodzeniem w wysokości:

Rodzaj świadczenia	Ilość	Cena jednostkowa netto za opis badania	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1. Opis badania tomografii komputerowej przekazywanego w drodze transmisji danych	2 900				
2. Opis badania RTG przekazywanego w drodze transmisji danych	10 800				
Wartość całkowita					

1. Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 29 lutego 2020 r.
2. Przyjmujący zamówienie gwarantuje:
 - 1/ integrację użytego oprogramowania do teleradiologii z posiadanym przez Udzielającego zamówienia systemem PACS/RIS firmy Alteris, w zakresie wymiany danych obrazowych i opisów badania oraz pozostałej dokumentacji medycznej pacjenta przechowywanej w systemie RIS. Przesył danych powinien się odbywać w oparciu o technologię VPN
 - 2/ wysyłanie zdjęć do komórki opisującej powinno odbywać się z aplikacji RIS firmy Alteris za pomocą odpowiedniej funkcjonalności (przycisk).
 - 3/ właściwą konserwację oprogramowania,
 - 4/ należyte zabezpieczenie dostępu do transmitowanych danych przed osobami niepowołanymi, w szczególności do zakodowania danych tak by bez stosownego klucza były bezużyteczne i nieczytelne,
3. Świadczenia udzielane będą przez 24 h/dobę przez okres trwania umowy w ilości wynikającej z potrzeb Udzielającego zamówienia.
4. Sposób odbioru wyników badań: sporządzone opisy zawierające pieczęć i podpis lekarza opisującego przekazywane będą Udzielającemu zamówienia w formie „faksu” lub drogą elektroniczną, nie później niż:
 - a/ w ciągu jednej godziny w przypadku badań bardzo pilnych (dotyczących udokumentowanego stanu bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta), od czasu otrzymania pełnej transmisji danych
 - b/ w ciągu 48 godzin w przypadku badań planowych, od czasu otrzymania pełnej transmisji danych.
 - c/ Przyjmujący zamówienie dostarczać będzie Udzielającemu zamówienia co 14 dni oryginalne pisemne opisy badań TK oraz RTG, zawierające pieczęć i podpis lekarza opisującego, zgodne z wcześniej przesłanymi opisami.
5. Zapewniam na bieżąco stosowne szkolenia dla personelu Udzielającego zamówienia **TAK/NIE**¹
6. 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 02/DO/01/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie opisów badań TK oraz badań RTG przekazywanych w drodze transmisji danych.
7. Oświadczam, że termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert
8. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
9. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią Warunków szczegółowych postępowania konkursowego nr 02/DO/01/2017 na świadczenia zdrowotne w zakresie opisów badań TK oraz badań RTG przekazywanych w drodze transmisji danych.

.....
data

.....
czytelny podpis Oferenta

¹ właściwe podkreślić

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: udzielania świadczeń zdrowotnych nr 02/DO/01/2017 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 przepisami
 - 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 wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych .

.....dnia.....
(miejsowość)

.....
czytelny podpis oferenta

**OPIS PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
WYMAGANIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO:**

1. Wykonywanie opisów badań TK oraz badań RTG przekazywanych w drodze transmisji danych odbywać winno się przez 24 h/dobę przez okres trwania umowy w ilości wynikającej z potrzeb Udzielającego zamówienia.
2. Zapewnienie integracji użytego oprogramowania do teleradiologii z posiadanym przez Udzielającego zamówienia systemem PACS/RIS firmy Alteris, w zakresie wymiany danych obrazowych i opisów badania oraz pozostałej dokumentacji medycznej pacjenta przechowywanej w systemie RIS. Przesył danych powinien się odbywać w oparciu o technologię VPN.
3. Wysyłanie zdjęć do komórki opisującej powinno odbywać się z aplikacji RIS firmy Alteris za pomocą odpowiedniej funkcjonalności (przycisk).
4. Właściwa konserwacja oprogramowania,
5. Należyte zabezpieczenie dostępu do transmitowanych danych przed osobami niepowołanymi, w szczególności do zakodowania danych tak by bez stosownego klucza były bezużyteczne i nieczytelne.
6. Świadczenia wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, uprawnieniach zawodowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
7. Sprzęt i aparatura medyczna, które wykorzystywane będą do realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych winny spełniać wymogi określone przepisami prawa.
8. Zapewnienie ciągłości świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
9. Wyniki badań wydawane będą:
 - opisy badań zawierające pieczęć i podpis lekarza opisującego przekazywane będą Udzielającemu zamówienia w formie „faksu” lub drogą elektroniczną, nie później niż:
 - a/w ciągu jednej godziny w przypadku badań bardzo pilnych (dotyczących udokumentowanego stanu bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta), od czasu otrzymania pełnej transmisji danych.
 - b/w ciągu 48 godzin w przypadku badań planowych, od czasu otrzymania pełnej transmisji danych.
 - c/Przyjmujący zamówienie dostarczać będzie Udzielającemu zamówienia co 14 dni oryginalne pisemne opisy badań TK oraz badań RTG, zawierające pieczęć i podpis lekarza opisującego, zgodne z wcześniej przesłanymi opisami.

III. DODATKOWE WYMAGANIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA 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 Narodowemu Funduszu Zdrowia w zakresie świadczonych usług w ramach zawartej umowy.
4. Realizowanie świadczeń zdrowotnych na podstawie skierowania na wykonanie świadczenia wydanego przez Udzielającego zamówienia.
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 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)