

WARUNKI SZCZEGÓŁOWE POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

12/DO/05/2018

NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

BADAŃ TOKSYKOLOGICZNYCH I KONSULTACJI TOKSYKOLOGICZNYCH

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 160, 138), 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 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z póź. zm), 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.)

I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

PRZEDMIOTEM KONKURSU SĄ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE:

- Badania toksykologiczne i konsultacje toksykologiczne

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

Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

II TERMIN WYKONANIA UMOWY

Termin realizacji zamówienia: od dnia obowiązywania umowy do 31 maja 2021 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) 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 2 „Formularz cenowy” do warunków szczegółowych konkursu podpisany przez osobę/y/uprawnioną/e zawierający ustalenia i oświadczenia Oferenta,
- e) 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, 2,3) 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 świadczenia zdrowotne nr 12/DO/05/2018.”.
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 opieczetowanie 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. Istotne zapisy umowy – załącznik nr 5
6. Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 28 RODO – załącznik nr 6

oraz następujące kserokopie dokumentów formalnych:

1. dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wpis do rejestru podmiotów leczniczych prowadzony przez Wojewodę)
2. dokumentu potwierdzającego sposób reprezentowania podmiotu (KRS; wpis do ewidencji działalności gospodarczej)
3. dokumentu potwierdzającego nadanie NIP
4. dokument potwierdzającego nadanie REGON
5. 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 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 22 maja 2018 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 22 maja 2018 r. o godz. 11³⁰ 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:

Łączna wartość brutto **100 pkt**

Oferta o najniższej łącznej wartości brutto za świadczenie zdrowotne otrzyma 100 punktów.

Oferty o wyższej łącznej wartości brutto otrzymają proporcjonalnie mniej punktów wg wzoru:

$$X = \frac{\text{łączna wartość brutto najniższej oferty}}{\text{Łączna wartość brutto badanej oferty}} \times 100 \text{ punktów}$$

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 18.05.2018 r. do godz. 12⁰⁰.
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. Oferent przedstawi wzór umowy uwzględniającej istotne postanowienia umowy – zgodnie z załącznikiem 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 Trybański

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 istotne zapisy dot. warunków realizacji umowy – załącznik nr 5 oraz załączam projekt umowy uwzględniający przedstawione przez Udzielającego zamówienia istotne zapisy dot. Warunków realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Całkowita wartość planowanych badań toksykologicznych i konsultacji toksykologicznych wynosi:

wartość brutto zł

(słownie)



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

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.

Data:

.....
Pieczeńć i podpis Oferenta



FORMULARZ CENOWY

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

BADANIA TOKSYKOLOGICZNE I KONSULTACJE TOKSYKOLOGICZNE

Przedmiot	Ilość	Cena jedn.	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
Konsultacja lekarza specjalisty toksykologa:					
Konsultacja telefoniczna	120				
Leki – oznaczenie ilościowe we krwi surowica /osocze:					
Paracetamol metoda oznaczenia: enzymatyczna	10				
Kwas walproinowy VPA metoda oznaczenia: polaryzacja fluorescencji	15				
Leki – oznaczenie jakościowe w moczu					
Zolpidem – metoda oznaczenia immunochromatograficzna	10				
Standardowy Panel Lekowy:					
Standardowy Panel Lekowy: - FENOBARBITAL (surowica/osocze) metoda oznaczenia: -polaryzacja fluorescencji KARBAMAZEPINA CBZ (surowica/osocze) metoda oznaczenia: polaryzacja fluorescencji KWAS WALPROINOWY VPA (surowica/osocze) metoda oznaczenia: polaryzacja fluorescencji POCHODNE BEZNODWUAZEPINY BDA (surowica/osocze) metoda oznaczenia: polaryzacja fluorescencji TRÓJCYKLICZNE LEKI PRZECIWDEPRESYJNE TAD (surowica/osocze) metoda oznaczenia: immunoenzymatyczna POCHODNE FENOTIAZYNY (mocz) metoda oznaczenia: szybki test barwny SALICYLANY (surowica/osocze) metoda oznaczenia: enzymatyczna	50				
Identyfikacja leków - pojedyncze oznaczenie jakościowe w moczu Metoda oznaczenia – chromatografia cienkowarstwowa (TLC)					
Klozapol	5				
Olanzapina	5				
Zolpidem	5				
Identyfikacja leków – pojedyncze oznaczenie jakościowe w moczu metoda oznaczenia - chromatografia gazowa sprzężona ze spektrometrią mas (GC-MS) Alprazolam Amitryptylina Atenolol Atropina Baklofen Bisoprolol Bromazepam Chlorpropamid Chlorprotiksen Dekstrometorfan Diltiazem Diazepam Doksepina Escitalopram/Citalopram Fenobarbital Fenylobutazon Fluoksetyna Flupentiksol Glipizyd Haloperidol Hydroksyzyna Ibuprofen Kaptopril Karbamazepina	5				

Klonazepam Klonidyna Klozapina Kodeina Kwetiapina Lamotrygina Lewetiracetam Lewomepromazyna Lorazepam Metoprolol Mianseryna Midazolam Nitrazepam Nordiazepam Oksazepam Olanzapina Opipramol Paracetamol Paroksetyna Perazyna Promazyna Propranolol Ramipril Sertralina Sotalol Sulpiryd Temazepam Tietylperazyna Tiopental Tolbutamid Topiramamat Tramadol Trazodon Wenlafaksyna Werapamil Zaleplon Zolpidem Zopiklon Zuklopentiksol					
Narkotyki - pojedyncze oznaczenie jakościowe we krwi(krew pełna/surowica/osocze) metoda oznaczenia - immunochromatograficzna					
Amfetamina AMP	30				
Metamfetamina MetAMP	10				
Kokaina COC	10				
Opiaty OPI	10				
Kannabinole THC	10				
Standardowy Panel Narkotykowy – oznaczenie jakościowe w moczu: (metoda oznaczania – immunochromatograficzna)					
Standardowy Panel Narkotykowy – oznaczenie jakościowe w moczu: (metoda oznaczania – immunochromatograficzna) Amfetamina AMP, Kannabinole THC, Kokaina COC, Ekstazy MDMA, Metamfetamina MetAMP, Opiaty OPI	50				
Alkohole niespożywcze – oznaczenie ilościowe : (metoda oznaczania – chromatografia gazowa GC)					
Alkohol metylowy (krew pełna)	10				
Alkohol izopropylowy (krew pełna)	10				
Glikol etylenowy (surowica)	10				
Panel Alkoholowy - oznaczenie ilościowe: (metoda oznaczania – chromatografia gazowa GC)					
Panel Alkoholowy - znaczenie ilościowe: (metoda oznaczania – chromatografia gazowa GC) Alkohol etylowy (krew pełna) Alkohol metylowy (krew pełna) Alkohol izopropylowy (krew pełna) Glikol etylenowy (surowica) Glikol ditylenowy (surowica) Aceton (krew pełna)	5				
Pochodne hemoglobiny we krwi pełnej: (metoda oznaczenia-oksymetryczna)					
Karboksyhemoglobina HbCO	5				
Łączna wartość brutto					

1. Podane ilości mają charakter szacunkowy i mogą ulec zmniejszeniu bez uzasadnienia Udzielającego zamówienia.
2. 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.*
3. Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 31 maja 2021 r.
Warunki szczegółowe postępowania konkursowego 12/DO/05/2018

3. Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 31 maja 2021 r.
4. Świadczenia udzielane będą całodobowo 7 dni w tygodniu 24 godziny na dobę.
5. Sposób odbioru wyników badań: wyniki przekazane będą natychmiast po przeprowadzeniu badania faxem na numer podany przez Udzielającego zamówienia oraz wysłane listem poleconym na adres Udzielającego zamówienia
6. Oświadczam, że termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
8. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią Warunków szczegółowych postępowania konkursowego nr 12/DO/05/2018 na świadczenia zdrowotne w zakresie badań toksykologicznych i konsultacji toksykologicznych
9. Oświadczam, że wraz z ofertą złożę projekt umowy uwzględniający istotne zapisy dot. warunków realizacji umowy określone przez Udzielającego zamówienia.

.....
data

.....
czytelny podpis Oferenta

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



OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: udzielania świadczeń zdrowotnych nr 12/DO/05/2018 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

(miejscowość)

.....
czytelny podpis oferenta

OPIS PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

WYMAGANIA ZLECENIODAWCY DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO:

1. Możliwość całodobowego dostępu - 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę
2. Świadczenia wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, uprawnieniach zawodowych (zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie tj. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (ze zmianami)
3. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Przyjmującego Zamówienie.
4. Pomieszczenia, sprzęt i aparatura medyczna, które wykorzystywane będą do realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych winny spełniać wymogi określone przepisami prawa.
5. Zapewnienie ciągłości świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
6. Wyniki badań przekazane będą natychmiast po przeprowadzeniu badania faxem na numer podany przez Udzielającego zamówienia.
7. Imienna lista wykonanych świadczeń, kserokopie zleceń lekarskich oraz oryginały wyników badań będą przesłane do Udzielającego zamówienia jako załącznik do faktury VAT. Przekazanie nastąpi przesyłką kurierską lub przesyłką poleconą na koszt Przyjmującego zamówienie, w zamkniętych i zabezpieczonych przed dostępem osób trzecich kopertach.

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 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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis OFERENTA)