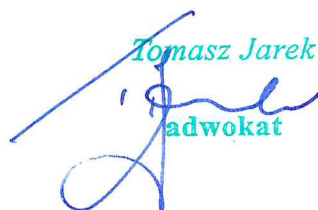


WARUNKI SZCZEGÓŁOWE POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

20/DO/08/2018

KONKURS NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH, OLIGOBIOPSYJNYCH, CYTOLOGICZNYCH, IMMUNOHISTOCHEMICZNYCH, HISTOCHEMICZNYCH, BIOPSI CIENKOIGŁOWEJ, OZNACZENIE RECEPTORÓW ER, PR, K i 67 - CAŁODOBOWO

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.).


Tomasz Jarek
adwokat

I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

**PRZEDMIOTEM KONKURSU SĄ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE:
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH ,
OLIGOBIOPSYJNYCH, CYTOLOGICZNYCH, IMMUNOHISTOCHEMICZNYCH,
HISTOCHEMICZNYCH, BIOPSI CIENKOIGŁOWEJ, OZNACZENIE RECEPTORÓW ER,
PR, K I 67 - CAŁODOBOWO**

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 14 września 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),
 - c) kopia dokumentu potwierdzającego nadanie NIP,
 - d) kopia dokumentu potwierdzającego nadanie REGON,
- Dokumenty o których mowa w lit. a) , b) powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
- e) 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,
 - f) załącznik nr 1 „Formularz ofertowy” do warunków szczegółowych konkursu podpisany przez osobę/y/uprawnioną/e zawierający ustalenia i oświadczenia Oferenta,
 - g) załącznik nr 2 „Formularz cenowy” do warunków szczegółowych konkursu podpisany przez osobę/y/uprawnioną/e zawierający ustalenia i oświadczenia Oferenta,
 - h) załącznik nr 3 „Oświadczenie Oferenta” do warunków szczegółowych konkursu podpisane przez osobę/y/ uprawnioną/e dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu

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 świadczenia zdrowotne nr 20/DO/08/2018.”.
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.

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
6. Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 28 RODO – załącznik nr 6

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.

VII. 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 30 sierpnia 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 30 sierpnia 2018 r. o godz. 11³⁰ w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Budynku Dyrekcji.

VIII TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

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

IX. 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 świadczenia 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.

Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty komisja konkursowa odrzuci oferty nie spełniające warunków określonych w niniejszych warunkach szczegółowych.

X. Środki odwoławcze przysługujące Oferentom.

Środki odwoławcze przysługujące Oferentom są określone w art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1. i ust. 2. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z póź. zm)

XI. 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 28.08.2018 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. 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 Trybalski

Tomasz Jarek
adwokat

Dział Organizacji Usług Medycznych i Statystyki
KIEROWNIK


mgr Jadwiga Piekarska

Dział Organizacji Usług Medycznych i Statystyki
GŁÓWNY SPECJALISTA


mgr Teresa Skalec

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:

.....
Pieczeńć i podpis Oferenta

- 3/ wyniki badań cytologicznych, oceny preparatów cytologicznych – biopsja cienkoigłowa BAC w terminie od 1 do 3 dni roboczych od momentu pobrania materiału do badań.
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 20/DO/08/2018 na świadczenia zdrowotne w zakresie badań histopatologicznych, oligobiopsyjnych, cytologicznych, immunohistochemicznych, histochemicznych, biopsji cienkoigłowej, oznaczenie receptorów ER, PR, K i 67 – całodobowo
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 20/DO/08/2018 na świadczenia zdrowotne w zakresie badań histopatologicznych, oligobiopsyjnych, cytologicznych, immunohistochemicznych, histochemicznych, biopsji cienkoigłowej, oznaczenie receptorów ER, PR, K i 67 – całodobowo,

.....
data

.....
czytelny podpis Oferenta

¹ Prosimy o złożenie wraz z ofertą cennika udzielanych świadczeń zdrowotnych (cennik winien zawierać w szczególności cenę brutto badania, rodzaj próbki jaką należy przygotować, czas (liczba dni) wykonania badania

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: udzielania świadczeń zdrowotnych nr 20/DO/08/2018 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) znajdują 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

I. WYMAGANIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO:

1. Odbiór materiału biologicznego na potrzeby badań odbywać się będzie na koszt Przyjmującego zamówienie codziennie w dni robocze z punktu: - przy ul. Zamkowej 4 w godzinach od 10⁰⁰ do 12⁰⁰
2. Wykonywanie badań histopatologicznych, oligobiopsyjnych, cytologicznych, immunohistochemicznych, histochemicznych, biopsji cienkoigłowej, oznaczenie receptorów ER, PR, Ki67 odbywać się winno całodobowo.
3. Dostarczenie Procedury utrwalania pobranego materiału
4. Odległość od siedziby Udzielającego zamówienia – max.25 km.
5. Świadczenia wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, uprawnieniach zawodowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. Sprzęt i aparatura medyczna, które wykorzystywane będą do realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych winny spełniać wymogi określone przepisami prawa.
7. Zapewnienie ciągłości świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
8. Wyniki badań dostarczane będą do siedziby Udzielającego zamówienia na koszt Przyjmującego następująco :
 - 1/ wyniki badań histopatologicznych:
 - a/wstępna ocena materiału niezwłocznie po dokonaniu oceny – w formie papierowej za pośrednictwem e- maila okodowanego ustalonym hasłem. E-mail ustalony będzie po podpisaniu umowy.
 - b/ końcowy wynik materiału utrwalonego dostarczony będzie do siedziby Udzielającego zamówienia od 3 do 7 dni roboczych.
 - 2/ wyniki badań immunohistochemicznych, histochemicznych, oligobiopsyjnych receptorów ER, PR, Ki67 dostarczane będą w terminie od 3 do 7 dni roboczych od momentu otrzymania wstępnej oceny utrwalonego materiału do badań, za wyjątkiem materiału kostnego, gdzie termin dostarczenia wyników wynosi 21 dni od momentu pobrania materiału,
 - 3/ wyniki badań cytologicznych, oceny preparatów cytologicznych – biopsja cienkoigłowa BAC w terminie od 1 do 3 dni roboczych od momentu pobrania materiału do badań.

II. 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.
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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis OFERENTA)