

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.
ul. Zamkowa 4 , 41-803 Zabrze

tel.: (32) 277-61-21, (32) fax: (32) 271-73-11
e-mail: sekretariat@szpitalzabrze.pl
strona internetowa: www.bip.szpitalzabrze.pl

**MATERIAŁY DOTYCZĄCE
SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU
OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
W ZAKRESIE:**

Pakiet nr 1	wykonywania zawodu pielęgniarki operacyjnej
Pakiet nr 2	wykonywania zawodu pielęgniarki anestezjologicznej
Pakiet nr 3	wykonywania zawodu pielęgniarki w oddziałach zachowawczych i zabiegowych
Pakiet nr 4	wykonywanie zawodu pielęgniarki na rzecz pacjentów przewlekle chorych
Pakiet nr 5	wykonywanie zawodu położnej operacyjnej
Pakiet nr 6	wykonywanie zawodu położnej

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst. jedn. DZ.U. z 2020r., poz. 295), zwanej dalej Ustawą oraz art. 140,141,146 ust. 1, 147, 148 ust.1,149,150, 151 ust. 1,2 i 4-6, 152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. : DZ.U. 2020r. , poz. 1398 ze zm.), właściwe Rozporządzenie Ministra z dnia 29.04.2019 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą DZ.U.2019, poz. 866, oraz Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy nie będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej DZ.U. Nr 293 poz. 1728 oraz w oparciu o wewnętrzne przepisy prawne Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., zwanego dalej Udzielającym zamówienie.

5. Oferta musi być sporządzona w języku polskim i podpisana przez Oferenta.
6. Każda strona powinna być opatrzona podpisem Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
7. Kserokopie dokumentów winny być uwierzytelnione za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
8. Ewentualne błędy wymagają czytelnego skreślenia niewłaściwej treści oraz naniesienia poprawek. Każda poprawka musi być sygnowana podpisem Oferenta i datą jej dokonania.
9. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.
10. Dzień i godzina złożenia oferty zostaną potwierdzone przez sekretariat Udzielającego zamówienie.

IV. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM

Wymagania wobec osób udzielających świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego Konkursu

1. Osoba ubiegająca się o udzielanie świadczeń zdrowotnych posiada podstawowe zatrudnienie na podstawie umowy o pracę w innym zakładzie pracy i osiąga minimalne wynagrodzenie zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z 15 września 2020 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2021 r. (Dz.U. z 2020r. , poz. 1596) - ze zmianami na 2022 rok.

W celu potwierdzenia w/w warunków osoba składa oświadczenie zgodnie z załącznikiem Nr 4 niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na Świadczenia Zdrowotne oraz aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu.

3. Osoby nie spełniające w/w warunku lub uprawnione do świadczeń emerytalnych – zgodnie z zapisami projektu umowy .

Pakiet nr 1

Wykonywanie zawodu pielęgniarki operacyjnej

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku pielęgniarstwo
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
- kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie pielęgniarstwa (złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- aktualna polisa ubezpieczenia OC (złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia (świadectwa pracy) jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę z zakładu pracy (złożyć do oferty lub najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)

dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez Wojewodę lub przez Ministra Zdrowia, wraz z księgą rejestrową,
- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- Zaświadczenie/Poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej (NIP)

kryterium ceny „Cena” oraz dodatkowych kryteriów

1. **Cena** **80%**
2. **Dodatkowe kryteria :**
 - a. **Doświadczenie zawodowe w zakresie przedmiotu zamówienia (max 10 pkt)**
 - 5-8 lat (5 pkt)
 - 9-15 lat (9 pkt)
 - powyżej 15 lat (10 pkt)
 - b. **Kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne dotyczące przedmiotu zamówienia (max 10 pkt)**
 - specjalizacja (dot. przedmiotu zamówienia) (10 pkt)
 - kurs kwalifikacyjny (dot. przedmiotu zamówienia) (6 pkt)
 - kurs specjalistyczny (dot. przedmiotu zamówienia) (4 pkt)

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu cenowym (Załącznik nr 3).

Kryteria dodatkowe (doświadczenie zawodowe oraz kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne) będą oceniane na podstawie załączonych dokumentów (świadectwa pracy , zaświadczenia o zatrudnieniu oraz zaświadczenia o odbytych kursach, certyfikaty itp.) za dany rodzaj kursu lub specjalizacji punkty przyznaje się tylko raz np. za posiadanie dwóch różnych kursów kwalifikacyjnych można otrzymać max. 6 pkt.

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\textit{cena najniższa spośród ofert}}{\textit{cena badanej oferty}} \times 80 + \textit{punkty za kryterium dodatkowe}$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV Materiałów dot. szczegółowych warunków Konkursu Ofert powoduje odrzucenie oferty.

Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans punktów (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryterium) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja świadczenia usług zostanie powierzona Oferentowi, którego oferta uzyska najwyższą ilość punktów lub takiej liczbie Oferentów zgodnej z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie i jednocześnie których oferta będzie miała najkorzystniejszy w rankingu bilans punktów tj.

- a. Pakiet 1 - (max 6 osób)
- b. Pakiet 2 – (max 3 osoby)
- c. Pakiet 3 – (max 24 osób)
- d. Pakiet 4 – (max 1 osoba)
- e. Pakiet 5 – (max 1 osoba)
- f. Pakiet 6 – (max 11 osób)

W przypadku większej niż ta wskazana powyżej liczby Oferentów , którzy uzyskali taką samą liczbę punktów do danego Pakietu, spełniających na równi wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu, Udzielający zamówienie weźmie pod uwagę kolejność składania ofert (data , godzina)

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

Pakiet nr 6

Wykonywanie zawodu położnej

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku położnictwo
- Prawo wykonywania zawodu położnej
- kursy, szkolenia dotyczące przedmiotu zamówienia jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy(złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- aktualna polisa ubezpieczenia OC (złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia (świadectwa pracy) jeśli posiada
- aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę z zakładu pracy (złożyć do oferty lub najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)

dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez Wojewodę lub przez Ministra Zdrowia, wraz z księgą rejestrową,
- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie/ Poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej (NIP)

UWAGA (DOT. WSZYSTKICH PAKIETÓW)

Oferent, którego oferta została wybrana w niniejszym konkursie powinien dostarczyć zaświadczenie o szkoleniu bhp oraz wynik badania w kierunku nosicielstwa MRSA przed podpisaniem umowy lub najpóźniej dzień przed rozpoczęciem świadczenia usług zdrowotnych.

Oferent winien dostarczyć wraz z ofertą następujące dokumenty:

1. Formularz ofertowy (załącznik Nr 1)
2. Oświadczenie Oferenta (załącznik Nr 2)
3. Formularz cenowy (załącznik Nr 3)
4. Oświadczenie (załącznik Nr 4)
5. Oświadczenie Pielęgniarki/Położnej (załącznik nr 5)
6. Dokumenty wymagane zgodnie z wybranym pakietem podane w punkcie „IV wymagania stawiane Oferentom „ niniejszych materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

V. WARUNKI PŁATNOŚCI

1. Szpital będzie dokonywać zapłaty za zrealizowane w danym miesiącu świadczenia zdrowotne.
2. Za świadczone usługi Przyjmujący zamówienie wystawia w cyklu miesięcznym z dołu :

X. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU OFERT

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienie **do dnia 23.04.2021 r.**

W przypadku uzyskania przez większą liczbę Oferentów takiej samej liczby punktów, Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo wezwania oferentów do złożenia ofert dodatkowych.

XI OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem/Oferentami umowę/y w terminie nie krótszym niż 7 dni, od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonym projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 6 (wraz z załącznikami do umowy) do Materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

Udzielający zamówienie dopuszcza możliwość unieważnienia konkursu w całości lub części bez podania przyczyny.

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. przy ul. Zamkowej 4, 41-803 Zabrze, jako administrator danych osobowych uczestników konkursu informuje, że dane osobowe zawarte w przesłanych dokumentach aplikacyjnych będą przetwarzane wyłącznie dla celów związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów. Każdemu uczestnikowi przysługuje prawo wglądu w swoje dane i możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do wzięcia udziału w konkursie.

Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu iod@szpitalzabrze.pl

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :
Główny Specjalista - mgr Sylwia Woźniak
Specjalista – mgr Adrianna Wybranowska

Zatwierdzamy :

Prezes Zarządu.....

Z-ca Prezesa Zarządu.....

....., dn.

„ Oświadczenie Oferenta”

Imiona Nazwisko /Nazwa Oferenta

.....

.....

Adres.....

.....

.....

.....

Niniejszym, oświadczam, że :

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu, projektem umowy i tym samym je akceptuję.
2. Zobowiązuje się, w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na okres podany w warunkach konkursu w miejscu wyznaczonym przez Organizatora konkursu i w terminie zgodnym z warunkami konkursu.
3. Jestem/nie jestem * uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych firmy/moich danych* dot. nazwy/ imienia i nazwiska*, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez Szpital Miejski w Zabrze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
6. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia.
„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu niniejszego postępowania konkursowego prowadzonego przez Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. zgodnie z przepisami prawa unijnego oraz polskiego w zakresie ochrony danych osobowych.

Zostałam/em poinformowany, że Administratorem Danych Osobowych jest Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, przy ul. Zamkowej 4, 41-803 Zabrze. Dane zbierane są dla potrzeb rekrutacji. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych wymienionych w niniejszym ogłoszeniu jest dobrowolne i niezbędne do procesu rekrutacji. Podanie dodatkowych danych i informacji, wykraczających poza zakres niniejszego ogłoszenia, nie jest wymagane. ”

miejsce i data

podpis oferenta

* niepotrzebne skreślić

FORMULARZ CENOWY(załącznik nr 1 umowy)

Pakiet nr 2

Wykonywanie zawodu pielęgniarki anestezjologicznej

Lp.	Nazwa świadczenia	Planowana liczba godzin na jedną osobę	Cena jednostkowa brutto 1 godziny	Wartość brutto ogółem wszystkich godzin
1.	Wykonywanie zawodu pielęgniarki anestezjologicznej	850		

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinęzł
słownie..... (max. 49,00 zł)

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpital Miejski w Zabrze (I Blok Operacyjny), Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia:

.....
Podpis Oferenta

FORMULARZ CENOWY(załącznik nr 1 umowy)

Pakiet nr 4

**WYKONYWANIE ZAWODU PIELEŃNIARKI NA RZECZ PACJENTÓW PRZEWLEKLE
CHORYCH**

Lp.	Nazwa świadczenia	Planowana liczba godzin na jedną osobę	Cena jednostkowa brutto 1 godziny	Wartość brutto ogółem wszystkich godzin
1.	Wykonywanie zawodu pielęgniarki na rzecz pacjentów przewlekle chorych	850		

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinęzł
słownie..... (max. 44,00 zł)

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpital Miejski w Zabrze – Oddziały szpitalne
- Zabrzeńskie Centrum Opieki Długoterminowej – Zakład Opiekuńczo – Leczniczy
41-806 Zabrze, ul. Janika 18

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia:

.....
Podpis Oferenta

FORMULARZ CENOWY(załącznik nr 1 umowy)

Pakiet nr 6

POŁOŻNA

Lp.	Nazwa świadczenia	Planowana liczba godzin na jedną osobę	Cena jednostkowa brutto 1 godziny	Wartość brutto ogółem wszystkich godzin
1.	Położna	850		

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinęzł
słownie..... (max. 44,00 zł)

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia:

.....
Podpis Oferenta

Zabrze, dnia r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nazwa komórki organizacyjnej- oddział)

.....
(stanowisko)

**O Ś W I A D C Z E N I E
PIEŁĘGNIARKI/POŁOŻNEJ**

Niniejszym oświadczam, że nie będę udzielał/udzielała w roku 2021/2022 świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jako podmiot:

1. pielęgniarki i położne prowadzący praktyki zawodowe indywidualne,
2. pielęgniarki i położne prowadzący praktyki grupowe w formie spółek cywilnych,
3. inne niż lekarze, pielęgniarki i położne osoby wykonujące zawód medyczny lub psychologowie udzielający świadczeń indywidualnie bądź w formie spółki cywilnej,
4. pielęgniarki, położne oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny lub psychologowie prowadzący indywidualnie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego,
5. pielęgniarki, położne oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny lub psychologowie prowadzący przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej.

.....
(czytelny podpis)