

**Szpital Miejski
w Zabrze Sp. z o.o.
ul. Zamkowa 4
41-803 Zabrze
tel.: (32) 277-61-00, (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:**

Wykonywania świadczeń zdrowotnych z dziedziny choroby wewnętrzne w ramach dyżurów lekarskich w Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego – Szpitalu Miejskim w Zabrze

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

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
14/DK/04/2021

Zabrze, dnia 15.04.2021 r.

I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie: **chorób wewnętrznych w ramach dyżurów lekarskich**, które udzielane będą na postawie miesięcznego zapotrzebowania, ustalonego dla potrzeb Oddziału, zatwierdzonego każdorazowo przez Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych - Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego Udzielającego zamówienie.
2. Realizacja zamówienia polega w szczególności na :
 - a) wykonywaniu czynności służących zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów i pozostawaniu w gotowości do ich wykonywania oraz wykonywaniu procedur medycznych zgodnych z umową wiążącą Udzielającego zamówienie z NFZ.
 - b) na leczeniu i sprawowaniu całodobowej opieki medycznej nad pacjentami
 - c) badaniu , kwalifikacji i przyjęciu pacjentów kierowanych na Oddział
 - d) konsultowaniu pacjentów przebywających w Oddziale Chorób Wewnętrznych, oraz w innych oddziałach w razie doraźnej potrzeby
3. Cena podana przez Oferenta winna być ceną brutto, która zawiera już wszystkie elementy cenotwórcze.
4. Proponowana cena za świadczenia zdrowotne jest obowiązująca przez cały okres obowiązywania umowy a liczba świadczeń wskazana w formularzu cenowym (Załączniku nr 3) jest szacunkowa i nie stanowi podstawy jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta.
5. Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
6. Dyżury lekarskie pełnione będą w dni :
 - a) powszednie :
 - od poniedziałku do piątku (od godziny 15:00 do godziny 7:25),
 - w soboty (od godziny 7:25 do godziny 7:25)
 - b) świąteczne :
 - niedziele , święta (od godziny 7:25 do godziny 7:25)zgodnie z comiesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym i zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału według aktualnych potrzeb Udzielającego zamówienie.
7. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa załącznik Nr 3 niniejszych materiałów.

II. TERMIN WYKONANIA UMOWY

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.06.2021 r. do dnia 31.03.2022 r.**
2. Udzielający zamówienie zastrzega możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą , w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia.

III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent przedstawia tylko jedną ofertę.
2. Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie. Na kopercie należy umieścić :
 - Nazwa , dokładny adres oferenta, numer telefonu
 - Numer postępowania konkursowego
 - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego
 - Napis „ nie otwierać przed dniem 17.05.2021r do godz. 08.30”.

Pierwsza strona oferty powinna zawierać :

- Łączną ilość stron oferty
 - Spis zawartości koperty tj. spis treści zawierający wykaz złożonych dokumentów z podaniem numeru strony, na której dany dokument się znajduje
3. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH (Załączniki nr 1, 2, 3).

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
14/DK/04/2021

4. Oferta musi być kompletna.
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. Udzielający zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.
8. **Kserokopie dokumentów winny być uwierzytelnione za zgodność z oryginałem przez Oferenta.**
9. Ewentualne błędy wymagają czytelnego skreślenia niewłaściwej treści oraz naniesienia poprawek. Każda poprawka musi być sygnowana podpisem Oferenta i datą jej dokonania.
10. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

IV. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM

1. Wymagania wobec oferentów prowadzących indywidualne praktyki lekarskie

Wymagane dokumenty:

- a) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)
- b) wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w Izbie Lekarskiej (księga rejestrowa)
- c) Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- d) Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej (NIP)
- e) Dyplom lekarza
- f) Dyplom specjalisty, specjalizacja w zakresie chorób wewnętrznych
- g) prawo wykonywania zawodu lekarza
- h) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie dyżurów lekarskich (złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- i) aktualna polisa ubezpieczenia OC (złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- j) zaświadczenie lub oświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia

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. Dokumenty wymagane zgodnie z punktem „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 (godziny dyżurów).
2. Za świadczone usługi Przyjmujący zamówienie wystawia do 5 dni po zakończonym miesiącu w cyklu miesięcznym z dołu fakturę dołączając każdorazowo miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zdrowotnych (dyżurów lekarskich) zgodnie z Załącznikiem Nr 2 do Umowy .
3. Miesięczne zestawienia wykonanych świadczeń zdrowotnych- dyżurów lekarskich muszą być potwierdzone przez Kierownika/Z-cę Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych Udzielającego zamówienie.
4. Wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie stanowić będzie iloczyn godzin pełnienia dyżuru lekarskiego odpowiednio w dni powszednie oraz niedziele, święta oraz ceny jednostkowej tych godzin zgodnie z załącznikiem nr 1 do Umowy.
5. Podstawą wypłaty wynagrodzenia będą prawidłowo wystawione: faktura oraz miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zgodnie z Załącznikiem Nr 2 do Umowy za miesiąc poprzedni.
6. Termin płatności 30 dni od daty otrzymania przez Udzielającego zamówienie prawidłowo wystawionych dokumentów wskazanych w pkt. V ppkt. 5.

Wyb

7. Opóźnienie w dostarczeniu przez Przyjmującego zamówienie dokumentów, o których mowa w pkt 2 spowoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia.

VI. WARUNKI REALIZACJI ZLECONYCH ŚWIADCZEŃ

1. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa Załącznik Nr 3. Liczba planowanych świadczeń do zrealizowania może się zmienić (zmniejszyć) w zależności od zapotrzebowania – wg potrzeb Udzielającego zamówienie.
2. Szpital oczekiwat będzie od Przyjmującego zamówienie wykonania usługi w zakresie świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie jakościowym, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy, normami, sztuką i etyką zawodową, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zapotrzebowaniem zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych Udzielającego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie przejmuje pełną odpowiedzialność za dokładność i sumienność wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest posiadać ważne dokumenty potwierdzające uprawnienia w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
6. Udzielający zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia bazy lokalowej, sprzętu medycznego oraz innych środków do realizacji świadczeń zdrowotnych będących w posiadaniu Udzielającego zamówienie i możliwych do udostępnienia.
7. Niniejsze Szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.
8. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych Warunkach będą zawarte w umowie podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu, której projekt stanowi załącznik nr 4, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT

Oferta musi być złożona **do dnia 17.05.2021 r. do godz. 08:00** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

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

Otwarcie ofert odbędzie się **dnia 17.05.2021 r. o godz. 08:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sala konferencyjna – budynek Dyrekcji.

VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA

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

IX. OCENA OFERT

Wybór najkorzystniejszej oferty dokonany zostanie na podstawie kryterium „Cena” oraz dodatkowego kryterium

1. Cena 85%
2. Dodatkowe kryterium : doświadczenie zawodowe w zakresie przedmiotu zamówienia - max 15 pkt
 - a) od 2 do 7 lat (5 pkt)
 - b) powyżej 7 do 15 lat (10 pkt)
 - c) powyżej 15 lat (15 pkt)

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

Kryterium dodatkowe na powyższych zasadach będzie rozpatrywane na podstawie przedłożonych dokumentów.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
14/DK/04/2021

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\text{cena najniższa spośród ofert}}{\text{cena badanej oferty}} \times 85+ \text{punkty za kryterium dodatkowe}$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV Materiałów dot. 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 zamówienia i jednocześnie których oferta będzie miała najkorzystniejszy w rankingu bilans punktów. **(maksymalnie : 5 osób)**

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

X. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU OFERT

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienie **do dnia 21.05.2021 r.**

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

XI. OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem umowę w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonym projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 4 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

.....

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa/Imię i nazwisko Oferenta:
2. Adres:
3. Numer telefonu kontaktowego :
4. NIP
5. PESEL
6. REGON
7. Numer wpisu do właściwego rejestru
8. Organ dokonujący wpisu

9. Akceptuję przedstawiony projekt umowy:

- Załącznik nr 4 (wraz z załącznikami nr 1-7) do umowy
(podpis oferenta)

1. Całkowita wartość brutto planowanych dyżurów lekarskich* w Oddziale Chorób Wewnętrznych i innych komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienie wynosi:zł

(słownie)

(Przez całkowitą wartość brutto należy rozumieć iloczyn planowanej liczby godzin dyżurów i ceny za godzinę dyżuru podanych w formularzu cenowym)

2. Całkowita wartość brutto planowanych dyżurów lekarskich* w Chorób Wewnętrznych wynosi:

.....zł (słownie :)

(Przez całkowitą wartość brutto należy rozumieć iloczyn planowanej liczby godzin dyżurów i ceny za godzinę dyżuru podanych w formularzu cenowym)

RAZEM : pkt 1-2 :

podpis Oferenta

.....

1541

....., dn.

„ Oświadczenie Oferenta”

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 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 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.
7. Nie udzielam i nie będę udzielać w trakcie trwania umowy wynikającej z niniejszego konkursu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jako:
 - a) lekarz prowadzący praktyki zawodowe indywidualne
 - b) lekarz prowadzący praktyki grupowe w formie spółek cywilnych
 - c) lekarz prowadzący indywidualne przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego
 - d) lekarz prowadzący przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie 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 postępowania konkursowego. 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 (zał. nr 1 do Umowy)

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych z dziedziny chorób wewnętrznych

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Planowana liczba godzin dyżurów
W Oddziale Chorób Wewnętrznych		
1.	Dyżur zwykły	1000
2.	Dyżur świąteczny	
W Oddziale Chorób Wewnętrznych /inne komórki organizacyjne szpitala		
1.	Dyżur zwykły	300
2.	Dyżur świąteczny	

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego w Oddziale Chorób Wewnętrznych i innych komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienie w dni (od poniedziałku do piątku) od godziny 15:00 – 7:25, (soboty) od godziny 7:25 – 7:25 , (w niedziele i święta od godziny 7:25-7:25)

.....zł słownie.....

Ogółem wartość za dyżury : 300 godz x=.....

(max. 110,00 zł)

2. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego w Oddziale Chorób Wewnętrznych w dni (od poniedziałku do piątku) od godziny 15:00 – 7:25, (soboty) od godziny 7:25 – 7:25 , (w niedziele i święta od godziny 7:25-7:25)

.....zł słownie.....

Ogółem wartość za dyżur zwykły : 1000 godz x=.....

(max. 100,00 zł)

Suma poz. 1-2 :

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin dyżurów i godzin dopołudniowych jest ilością szacunkową.

.....
Podpis Oferenta

Wyl