

**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:**

**Usługi lekarskie z zakresu chirurgii ogólnej
w ramach dyżurów lekarskich**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn. DZ.U. z 2021r., poz. 711), 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. 2021r.,poz.1285 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 w oparciu o wewnętrzne przepisy prawne Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., zwanego dalej Udzielającym zamówienie

Usługi lekarskie z zakresu chirurgii ogólnej w ramach dyżurów lekarskich

(dotyczy lekarzy w trakcie specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej)

I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie **chirurgii ogólnej w ramach dyżurów lekarskich**, które udzielane będą na postawie miesięcznego zapotrzebowania, ustalonego dla potrzeb Oddziału, zatwierdzonego każdorazowo przez Kierownika Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej i Leczenia Chorób Piersi Udzielającego zamówienie.
2. Dyżury lekarskie pełnione będą w dni :
 - a). powszednie :
 - od poniedziałku do piątku (w godzinach pomiędzy 15:00 a 7:25),
 - w soboty (w godzinach pomiędzy 7:25 a 7:25)
 - b). świąteczne :
 - niedziele , święta (od godziny 7:25 do godziny 7:25)
3. Realizacja zamówienia polega w szczególności na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach specjalności chirurgia ogólna:
 - ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, mającym prawo do leczenia na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. : Dz. U. 2021, poz. 1285 ze zm.), realizowanych na podstawie umowy zawartej przez Udzielającego zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - osobom wymagającym udzielenia świadczenia w związku z zagrożeniem ich życia i zdrowia,
4. Realizacja przedmiotu zamówienia będzie polegała w szczególności na:
 - a. wykonywaniu czynności służących zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Pacjenta w ramach umowy wiążącej Udzielającego zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - b. wykonywaniu procedur medycznych na rzecz Pacjenta objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c. leczeniu i zapewnieniu opieki medycznej całodobowej nad Pacjentami,
 - d. udzielaniu porad lekarskich na rzecz Pacjentów,
 - e. wykonywaniu wszelkich niezbędnych nie wymienionych powyżej czynności związanych ze specyfiką pracy oddziału
 - f. badaniu , kwalifikacji i przyjęciu pacjentów kierowanych na Oddział
 - g. konsultowaniu pacjentów przebywających w Oddziale
 - h. wydawaniu orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy, skierowań, opinii i zaświadczeń
5. Proponowane ceny wskazane w formularzu ofertowo – cenowym zał. Nr 1 niniejszych materiałów są obowiązujące przez cały okres trwania umowy,
6. Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.

II. TERMIN WYKONANIA UMOWY

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.01.2022 r. do dnia 30.04.2023r.**
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

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
45/DP/12/2021

- Numer postępowania konkursowego
- Napis określający przedmiot postępowania konkursowego
- Napis „nie otwierać przed dniem 22.12.2021r. 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).
 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. Wymagane dokumenty:

- a. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- b. Księga rejestrowa potwierdzająca wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą Okręgową Izbę Lekarską, potwierdzoną za zgodność z oryginałem. Księga winna zawierać potwierdzenie działalności w dziedzinie medycznej dotyczącej przedmiotu zamówienia
- c. Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- d. Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej (NIP)
- e. Dyplom lekarza
- f. opinia kierownika specjalizacji na temat pełnienia samodzielnych dyżurów przez lekarza w trakcie specjalizacji
- g. karta szkolenia specjalizacyjnego (minimum rok od rozpoczęcia specjalizacji)
- h. prawo wykonywania zawodu lekarza
- i. aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie przedmiotu zamówienia w tym w promieniach jonizujących (złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- j. aktualna polisa ubezpieczenia OC (złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- k. zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia- jeśli posiada

Oferent winien dostarczyć wraz z ofertą następujące dokumenty:

1. Formularz ofertowo/cenowy (Załącznik Nr 1)
2. Oświadczenie Oferenta (Załącznik Nr 2)
3. Dokumenty wymagane zgodnie z punktem „IV wymagania stawiane Oferentom „ niniejszych materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

V. WARUNKI PŁATNOŚCI

Zgodnie z projektem umowy

VI. WARUNKI REALIZACJI ZLECONYCH ŚWIADCZEŃ

1. Szpital oczekiwał 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.
2. Przyjmujący zamówienie przejmuje pełną odpowiedzialność za dokładność i sumienność wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest posiadać ważne dokumenty potwierdzające uprawnienia w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
4. 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.
5. Niniejsze Szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.
6. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych materiałach będą zawarte w podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu umowie, której projekt stanowi załącznik nr 3, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT

Oferta musi być złożona **do dnia 22.12.2021r. 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 22.12.2021 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 ceny**
- **Cena : 100%**

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu ofertowo/cenowym (Załącznik nr 1).

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\textit{cena najniższa spośród ofert}}{\textit{cena badanej oferty}} \times 100$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

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

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
45/DP/12/2021

Oferata, 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, zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie (max : 4 osoby).

W przypadku większej niż ta wskazana powyżej liczba Oferentów, którzy uzyskali taką samą liczbę punktów, spełniających na równi wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu, Udzielający zamówienie weźmie pod uwagę kolejność składania ofert.

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

X. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU OFERT

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienie **do dnia 23.12.2021 r.**

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 3 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 z naszym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu iod@szpitalzabrze.pl

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :

Kierownik Działu Planowania i Rozliczeń Usług Personelu Medycznego - mgr Sylwia Woźniak

Specjalista : mgr Adrianna Wybranowska

Prezes Zarządu /Z-ca Prezesa Zarządu

.....

FORMULARZ OFERTOWO/CENOWY (ZAŁĄCZNIK NR 1 DO UMOWY)

I. Dane Oferenta :

1. Nazwa Oferenta:
2. Adres:
3. Numer telefonu kontaktowego : e-mail :
4. NIP
5. PESEL
6. REGON
7. Numer księgi rejestrowej :
8. Organ dokonujący wpisu
9. Nr konta bankowego

10. Akceptuję przedstawiony projekt umowy:

- Załącznik nr 3 (wraz z załącznikami do umowy)
(podpis oferenta)

II. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzeniem w wysokości :

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Planowana liczba godzin dyżurów
W Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej i Leczenia Chorób Piersi		
1.	Dyżur zwykły/święteczny od 01.01.2022 – 28.02.2022rok	65
2.	Dyżur zwykły/święteczny od 01.03.2022 – 30.04.2023rok	455

W okresie 01.01.2022rok – 28.02.2022rok

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego <u>w Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej i Leczenia Chorób Piersi</u> w dni (od poniedziałku do piątku) od godziny 15:00 – 07:25, (soboty) od godziny 07:25 – 07:25 , (w niedziele i święta) od godziny 07:25-07:25)zł słownie..... Ogółem wartość za dyżury: 65 godz x=..... <p style="text-align: right;">(max. 80,00 zł)</p>
--

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
45/DP/12/2021

W okresie 01.03.2022 – 30.04.2023

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego w Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej i Leczenia Chorób Piersi w dni (od poniedziałku do piątku) od godziny 15:00 – 07:25, (soboty) od godziny 07:25 – 07:25 , (w niedziele i święta) od godziny 07:25-07:25)zł słownie.....
(max. 95,00 zł)

Ogółem wartość za dyżury: 455 godz x=.....

Ogółem wartość całego zamówienia : za okres 01.01.2022 – 28.02.2022rok oraz 01.03.2022 – 30.04.2023r.

.....złotych , (słownie :.....)

(suma wszystkich tabel)

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienie :
Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.
ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze

.....
data i podpis Oferenta

....., 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.
7. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania zadania oraz dysponuję personelem o odpowiedniej wiedzy i doświadczeniu a także możliwościami do wykonania zamówienia.
8. 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 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

* niepotrzebne skreślić