

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
14/DP/03/2022

**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](mailto:sekretariat@szpitalzabrze.pl)  
strona internetowa: [www.bip.szpitalzabrze.pl](http://www.bip.szpitalzabrze.pl)**

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

**Usługi lekarskie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o.**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( tekst jedn. : DZ.U. 2021r, poz. 711 ze zm.), 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. 2021, poz. 1285 ze zm.), właściwe Rozporządzenie Ministra z dnia 29.04.2019r. 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.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
14/DP/03/2022

Zabrze, dnia 10.03.2022 r.

### **I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarzy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w godzinach popołudniowych pomiędzy godziną 7:25 – 15:00**, w zakresie świadczeń realizowanych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (umowa z NFZ), które udzielane będą na podstawie miesięcznego zapotrzebowania, ustalonego dla potrzeb Oddziału, zatwierdzonego każdorazowo przez Kierownika Oddziału/Koordynatora Obszaru Intensywnego Nadzoru nad Pacjentem Udzielającego zamówienie.
2. Realizacja przedmiotu zamówienia będzie polegała w szczególności na wykonywaniu zadań wynikających z projektu umowy będącej integralną częścią niniejszych materiałów.
3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 będą realizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami m.in.: Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Kodeksu Cywilnego, przepisami wewnętrznymi obowiązującymi w siedzibie Udzielającego zamówienie. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonywać przedmiot umowy ze szczególną starannością i z uwzględnieniem specyfiki zawodu lekarza na zasadach określonych w przepisach szczególnych lub wynikających ze standardów obowiązujących w chwili wykonywania danej czynności.
4. Cena podana przez Oferenta winna być ceną brutto, która zawiera już wszystkie elementy cenotwórcze.
5. 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.
6. Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb, udzielane będą w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00 zgodnie z comiesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym i zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału / Koordynatora Obszaru Intensywnego Nadzoru nad Pacjentami .
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 **01.04.2022 r. do dnia 31.03.2024 r.**
2. Udzielający zamówienia 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. Udzielający zamówienia nie dopuszcza możliwość składania ofert częściowych
3. 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 24.03.2022r 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
4. **UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH (Załączniki nr 1, 2, 3).**
  5. Oferta musi być kompletna.
  6. Oferta musi być sporządzona w języku polskim i podpisana przez Oferenta.
  7. Każda strona powinna być opatrzona podpisem Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
14/DP/03/2022

Oferenta.

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**

##### **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. prawo wykonywania zawodu lekarza
- g. badania okresowe przeprowadzone przez lekarza profilaktyka ( aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie przedmiotu zamówienia)- złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej
- h. aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)

###### **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** - Zgodnie z załączonym projektem umowy.

#### **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 Udzielającego zamówienie.
2. 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.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zapotrzebowaniem zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału / Koordynatora Obszaru Intensywnego Nadzoru nad Pacjentami 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.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
14/DP/03/2022

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, których 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 24.03.2022 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 24.03.2022 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 cenowym (Załącznik nr 3).

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

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

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV Materiałów dot. Konkursu Ofert powoduje odrzucenie oferty. 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 - (max 1 osoba)

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 **dnia 24.03.2022 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 (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](mailto: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 OFERTOWY**

1. Nazwa/Imię i nazwisko Oferenta: .....
2. Adres: .....
3. Numer telefonu kontaktowego : .....
4. NIP .....
5. PESEL .....
6. REGON .....
7. Numer księgi rejestrowej .....
8. Organ dokonujący wpisu .....
9. Akceptuję przedstawiony projekt umowy: Załącznik nr 4 (wraz z załącznikami do umowy)

.....  
( podpis oferenta)

**Całkowita wartość brutto planowanych świadczeń lekarskich\* wynosi: .....zł\***  
(słownie .....)

( Przez całkowitą wartość brutto należy rozumieć iloczyn planowanej liczby godzin świadczeń i ceny za godzinę świadczenia podaną w formularzu cenowym )

podpis Oferenta  
.....

## „ 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

( załącznik Nr 1 do umowy)

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Planowana liczba godzin dyżurów
1.	usługi lekarskie w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00	3840

### *Usługi lekarskie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym*

*- Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o.*

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług lekarskich w dni ( od poniedziałku do piątku) w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00,

.....zł

słownie.....

( max. 65,00 zł )

**Ogółem wartość : 3840 godz x .....( cena )...=.....**

**Proszę uzupełnić tabelę**

Świadczenia zdrowotne w ramach dyżurów lekarskich wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienie.:  
Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. ul. Zamkowa 4 - Szpitalny Oddział Ratunkowy

.....  
Podpis Oferenta