

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
15/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:**

**Usług lekarskich w ramach specjalności gastroenterologia w tym udzielanie świadczeń zdrowotnych,  
wykonywanie procedur medycznych w Szpitalu Miejskim 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), 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 29.04.2019 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą DZ.U. Nr 2019, poz. 866 ze zm. 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  
15/DP/03/2022

Zabrze, dnia 16.03.2022 r.

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

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie : **wykonywanie procedur medycznych w ramach specjalności gastroenterologia i sprawowanie opieki nad pacjentami, w ramach specjalności choroby wewnętrzne**, zarówno w zakresie świadczeń realizowanych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (umowa z NFZ) jak i komercyjnych (odpłatnych) usług zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych , Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego – Szpitalu Miejskim w Zabrzu oraz Poradni Gastrologicznej, Pracowni Endoskopii, jak również w innych jednostkach organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Zabrzu Sp. z o.o. w razie doraźnej potrzeby.
2. Usługi lekarskie tj. świadczenia zdrowotne i procedury medyczne wykonywane będą od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 07:25 – 15:00 , oraz w godzinach uzależnionych od aktualnych potrzeb.
3. Realizacja przedmiotu zamówienia będzie polegała w szczególności na:
  - a) wykonywaniu czynności służących zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Pacjenta zarówno w ramach jak i poza umową wiążącą Udzielającego zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia,
  - b) wykonywaniu procedur medycznych ( badań endoskopowych , usg jamy brzusznej) na rzecz Pacjentów objętych i nie objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia,
  - c) leczeniu i zapewnieniu opieki medycznej nad Pacjentami,
  - d) udzielaniu porad lekarskich na rzecz Pacjentów,
  - e) wykonywaniu wszelkich niezbędnych nie wymienionych powyżej czynności związanych ze specyfiką pracy oddziału chorób wewnętrznych , poradni gastrologicznej , pracowni endoskopii
  - f) badaniu, kwalifikacji i przyjęciu pacjentów kierowanych na Oddział,
  - g) konsultowaniu pacjentów przebywających w Oddziale oraz w innych oddziałach szpitala w razie doraźnej potrzeby
  - h) wydawaniu orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy, skierowań, opinii i zaświadczeń
4. Zamawiający określa jako komercyjne usługi medyczne – odpłatne usługi medyczne realizowane na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej pomiędzy Usługobiorcą (osobą zamierzającą skorzystać z odpłatnych usług zdrowotnych), a Usługodawcą zawartej poza ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. : Dz.U. 2019, poz.1373 ze zm. ) lub dowodu wpłaty.
5. Proponowane ceny i udział procentowy wskazany w formularzu ofertowo – cenowym stanowiącym zał. Nr 1 niniejszych materiałów jest obowiązujący 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 **01.04.2022 r. do dnia 31.12.2022 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

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

- Napis „ nie otwierać przed dniem 24.03.2022r. do godz. 10:30”.

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 ( CEIDG)
- b) Zaświadczenie o wpisie 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 gastroenterologii
- g) Dyplom specjalisty/specjalizacja w zakresie chorób wewnętrznych
- h) prawo wykonywania zawodu lekarza
- i) 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)
- 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,

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

- 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 sumiennosc 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 umowie podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu, 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 24.03.2022r. do godz. 10:00** 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. 10:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sala konferencyjna – budynek Dyrekcji.

#### **VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

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” / „udział procentowy” oraz dodatkowego kryterium.**

**1. Cena oraz udział procentowy: 80%**

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

**Punktacja za cenę/udział procentowy będzie obliczona na podstawie wzorów:**

$$P = \frac{\text{cena za 1 godz. świadczenia usług ( najniższa spośród ofert)}}{\text{cena za 1 godz. świadczenia usług( badanej oferty)}} \quad \times 30\%$$

$$P = \frac{\text{cena za 1 badanie endoskopowe ( najniższa spośród ofert)}}{\text{cena za 1 badanie endoskopowe ( badanej oferty)}} \quad \times 15\%$$

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

$$P = \frac{\text{cena za 1 badanie usg ( najniższa spośród ofert)}}{\text{cena za 1 badanie usg ( badanej oferty)}} \quad \times 15 \%$$

$$P = \frac{\text{udział procentowy w cenie porady komercyjnej ( najniższa spośród ofert)}}{\text{udział procentowy w cenie porady komercyjnej ( badanej oferty)}} \quad \times 10 \%$$

$$P = \frac{\text{udział procentowy w cenie zabiegu komercyjnego ( najniższa spośród ofert)}}{\text{udział procentowy w cenie zabiegu komercyjnego ( badanej oferty)}} \quad \times 10 \%$$

**2. Dodatkowe kryterium : max 20%**

Doświadczenie zawodowe w zakresie przedmiotu zamówienia - (**max 20 pkt**)

- **od 2 do 7 lat** – 10 pkt
- **powyżej 7 do 15 lat** – 15 pkt
- **powyżej 15 lat** 20 pkt)

Kryterium dodatkowe rozpatrywane będzie na podstawie przedłożonych dokumentów: dotyczy kryteriów wymienionych w Rozdz. IX pkt. 2 (zaświadczenie o stażu pracy z przedmiotu zamówienia)

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

**Całkowitą liczbę punktów stanowić będzie suma uzyskanych punktów z badania wszystkich powyższych składników tj. cen i udziałów procentowych oraz punktów za kryterium dodatkowe.**

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, zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie (**max 3 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. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienie **do dnia 24.03.2022 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

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

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 się z naszym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu [iod@szpitalzabrze.pl](mailto:iod@szpitalzabrze.pl)

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :

**Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :**

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

Zatwierdzamy:

Z-ca Prezesa Zarządu..... Prezes Zarządu.....

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

Załącznik NR 1

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 w okresie umowy |
|-----|--|---|
| 1.  | świadczenie usług w godzinach pomiędzy 7:25-15:00 oraz na wezwanie | 1170                                    |
| 2.  | Badania endoskopowe ( kolonoskopia , gastroskopia)                 | 630                                     |
| 3.  | Badanie usg jamy brzusznej   | 495                                     |

1.Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w dni ( od poniedziałku do piątku) w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00 .....zł słownie.....  
( max. 100,00 zł )

**Ogółem wartość za godziny świadczenia usług : 1170 godz x .....zł=.....zł**

2.Cena jednostkowa brutto za wykonanie 1 badania endoskopowego ( gastroskopia , kolonoskopia) .....zł słownie.....  
( max. 80,00 zł )

**Ogółem wartość za wykonanie badań endoskopowych: 630 badań x .....zł=.....zł**

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

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 3. Cena jednostkowa brutto za wykonanie 1 badania usg .....  | zł                                    |
| słownie.....   |                                       |
|  | <b>( max. 40,00 zł )</b>              |
| <b>Ogółem wartość za wykonanie badań usg : 495 badań x .....</b>   | <b>zł=.....zł</b>                     |
| 4. Ogółem wartość brutto planowanych świadczeń komercyjnych ( porad , zabiegów)<br>proponowana wartość miesięczna x 9 miesięcy ..... | zł                                    |
| słownie.....   | <b>(proponowana wartość komercji)</b> |
|  | <b>( max: 50%)</b>                    |
| <b>Całkowita wartość umowy : suma pkt 1-4.....</b>   |                                       |

Oświadczam, że zapoznałem się z umową zawartą pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a Udzielającym zamówienie, oraz z cennikiem usług komercyjnych ( odpłatnych) obowiązującym u Udzielającego zamówienie.

.....  
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. Zobowiązuję 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.

Zostałem/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