

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
10/DP/03/2023

**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 lekarskich świadczeń zdrowotnych z zakresu neurologii na Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym w tym wykonywanie świadczeń zdrowotnych 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 2022r., poz. 633), 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. 2022r.,poz.2561 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 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
10/DP/03/2023

Zabrze, dnia 10.03.2023 r.

I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie:
 - a. **wykonywania czynności lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii w ramach dyżurów lekarskich.** 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 zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału Udzielającego zamówienie.
 - b. **wykonywania czynności lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii,** w zakresie świadczeń realizowanych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (umowa z NFZ), które udzielane będą w tygodniu w dni i godziny ustalone przez strony pomiędzy godz. 7:25 - 15:00 oraz zgodnie z harmonogramem Poradni Neurologicznej, nie więcej niż przeciętnie 130 godzin miesięcznie a w przypadkach pilnych na wezwanie Udzielającego zamówienie
2. Cena podana przez Oferenta winna być ceną brutto, która zawiera już wszystkie elementy cenotwórcze.
3. 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.
4. Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.

II. TERMIN WYKONANIA UMOWY

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.04.2023 r. do dnia 31.12.2023 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 oferenta , dokładny adres oferenta, numer telefonu
 - Numer postępowania konkursowego
 - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego
 - Napis „ nie otwierać przed dniem 23.03.2023r 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, 3,4).
 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.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
10/DP/03/2023

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

Wymagania wobec oferentów prowadzących indywidualne praktyki lekarskie

a. Wymagane dokumenty:

- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- 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.
- Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej (NIP)
- Dyplom lekarza
- Dyplom specjalisty/specjalizacja w zakresie neurologii
- prawo wykonywania zawodu lekarza
- 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)
- 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. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (załącznik Nr 4)
5. Dokumenty wymagane zgodnie z punktem „IV wymagania stawiane Oferentom „ niniejszych materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

V. WARUNKI PŁATNOŚCI

1. Zgodnie z 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 – 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

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
10/DP/03/2023

z zapotrzebowaniem zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym 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. Niniejsze Szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.

7. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych Warunkach będą zawarte w podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu umowie, której projekt stanowi załącznik nr 5, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT

Oferta musi być złożona **do dnia 23.03.2023 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 23.03.2023 r. o godz. 08:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia – 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 - 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 20 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 zamówienia **do dnia 24.03.2023 r.**

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
10/DP/03/2023

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 5 (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 z 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 :

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

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 5 (wraz z załącznikami) do umowy

.....
(podpis oferenta)

Całkowita wartość brutto planowanych świadczeń w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym

i innych komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienie wynosi:zł

(słownie)

(zgodnie z formularzem cenowym)

.....
Podpis Oferenta

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
10/DP/03/2023

Załącznik nr 2

....., 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 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

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
10/DP/03/2023

Załącznik nr 3

FORMULARZ CENOWY (zał. nr 1 do Umowy)

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych z dziedziny neurologii

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Planowana liczba godzin dyżurów
W Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym/inne komórki organizacyjne szpitala		
1.	Dyżur zwykły/święteczny	1170
	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Maksymalna - planowana liczba godzin
	świadczenie usług lekarskich w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00	1170

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym i innych komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienie 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

(max. 140,00 zł)

Ogółem wartość za dyżury 1170 godz xcena =.....

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym w dni (od poniedziałku do piątku) w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00

..... zł słownie.....

(max. 120,00 zł)

Ogółem wartość za świadczenie usług : 1170 godz xcena=.....

Ogółem wartość zamówienia :złotych

(suma wszystkich tabel) na godziny dopołudniowe i dyżury

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

.....

Podpis Oferenta

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
10/DP/03/2023

Załącznik nr 4

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dalej „RODO”). informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest *Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. (ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze) wpisany do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000328484*
2. **Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.** powołał inspektora ochrony danych osobowych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: **iod@szpitalzabrze.pl**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach:
 - a. związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w zakresie danych zawartych w dokumentach aplikacyjnych/ofercie.
 - b. *związanych z zawarciem (w tym działania przed zawarciem umowy) i realizacją umowy, na podstawie art.6 ust. 1 lit. b. RODO), w zakresie danych niezbędnych do realizacji umowy (imię, nazwisko, wykształcenie, przebieg dotychczasowego zatrudnienia, kwalifikacje, PESEL, adres zamieszkania, numer rachunku płatniczego)*
 - c. zapewnienia bezpieczeństwa na terenie Szpitala, w tym bezpieczeństwa pracowników i pacjentów, ochrony mienia Administratora, *za pośrednictwem systemu monitoringu wizyjnego rejestrującego wizerunek – obraz - utrwalony w chwili przebywania w miejscach objętych zasięgiem monitoringu, w tym Pani/Pana przemieszczania się oraz zachowania, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f. RODO (przetwarzanie danych jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora),*
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą **upoważnieni pracownicy/zleceniobiorcy Szpitala Miejskiego w Zabrze sp. z o.o. oraz** inne podmioty na podstawie właściwych przepisów, w szczególności Narodowy Fundusz Zdrowia, właściwy urząd skarbowy, osoby i podmioty przetwarzające dane w ramach świadczeń obsługi podatkowo-księgowej i doradztwa prawnego;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:
 - a. trwania konkursu oraz okres niezbędny do rozpatrzenia ewentualnych protestów;
 - b. trwania umowy oraz okres przedawnienia roszczeń wynikających z umowy, w tym także okres przechowywania dokumentacji podatkowej, dokumentacji ZUS, NFZ;**
 - c. Nagrania monitoringu wizyjnego są przechowywane przez 10 dni od dnia nagrania. W przypadku, w którym nagrania obrazu pochodzące z monitoringu wizyjnego stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Pracodawca powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, nagrania obrazu będą przechowywane do czasu prawomocnego zakończenia postępowania. Po okresie przechowywania nagrań na nośnikach zarejestrowane dane są nadpisywane kolejnymi nagraniami, bez możliwości technicznego odzyskania.
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
8. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzoru gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest **warunkiem wzięcia udziału w konkursie, zawarcia i kontynuowania umowy;**
10. dane nie są poddane profilowaniu.

Potwierdzam uzyskanie powyższych informacji

.....

data, podpis