

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
14/DP/04/2023

**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:**

Usługi lekarskie w zakresie 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 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
14/DP/04/2023

Zabrze, dnia 03.04.2023 r.

I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie lekarskich usług zdrowotnych w zakresie: **chirurgii ogólnej w ramach dyżurów lekarskich** w Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej i Leczenia Chorób Piersi oraz innych jednostkach organizacyjnych szpitala w razie doraźnej potrzeby.
2. Dyżury lekarskie pełnione będą w dni :
 - a). powszednie - od poniedziałku do piątku (pomiędzy godziną 15:00 a 07:25), w soboty (pomiędzy godziną 07:25 a 07:25)
 - b). świąteczne :niedziele , święta (pomiędzy godziną 07:25 a 07:25)
3. Proponowane ceny wskazane w formularzu ofertowo – cenowym zał. Nr 1 niniejszych materiałów jest obowiązujący przez cały okres trwania umowy,
4. Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.

II. TERMIN WYKONANIA UMOWY

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.05.2023 r. do dnia 30.04.2024 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 18.04.2023r. do godz. 09:30”.
- 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 1-4).
 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.
 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

W celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu konkursowym Oferent składa niżej wymienione dokumenty:

- a) Księga rejestrowa potwierdzająca wpis do rejestru podmiotów leczniczych Wojewody lub, księga rejestrowa potwierdzająca wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą Okręgową Izbę Lekarską (w przypadku praktyk lekarskich), potwierdzoną za zgodność z oryginałem. Księgi winny zawierać potwierdzenie działalności w dziedzinie medycznej dotyczącej przedmiotu zamówienia.
- b) Wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS
- c) Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- d) Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej (NIP)
- e) Polisę ubezpieczeniową OC za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019, poz. 866 ze zm.)
- f) Wykaz osób (min 2 – lekarzy), którzy będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, wraz z oświadczeniem, że osoby te posiadają wymagane uprawnienia (załącznik nr 4),
- g) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe **lekarza w trakcie specjalizacji**, w tym **prawa wykonywania zawodu, dyplom ukończenia Akademii Medycznej, potwierdzone za zgodność z oryginałem; kartę szkolenia specjalizacyjnego oraz pozytywną opinię kierownika specjalizacji na temat pełnienia samodzielnych dyżurów przez tego lekarza**

Oferent winien dostarczyć wraz z ofertą następujące dokumenty:

1. Formularz ofertowo/cenowy (Załącznik Nr 1)
2. Oświadczenie Oferenta (Załącznik Nr 2)
3. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (Załącznik Nr 3)
4. Wykaz osób uczestniczących w wykonaniu zamówienia (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

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 sumiennosc wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest posiadać ważne dokumenty potwierdzające uprawnienia w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
4. 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 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 18.04.2023r. do godz. 09:00** 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 18.04.2023 r. o godz. 09:30** 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” tj. 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:

$$P = \frac{\text{cena za 1 godz. dyżuru (najniższa spośród ofert)}}{\text{cena za 1 godz. dyżuru (badanej oferty)}} \times 100 \%$$

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 .

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 21.04.2023 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
14/DP/04/2023

stanowiącym Załącznik nr 5 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 :

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

PREZES ZARZĄDU

.....

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
14/DP/04/2023

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. REGON
7. Numer księgi rejestrowej :
8. Organ dokonujący wpisu
9. Nr konta bankowego

10. Akceptuję przedstawiony projekt umowy:

- Załącznik nr 5 (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/ Poradni Chirurgicznej i Chorób Piersi	
1.	Dyżur zwykły/święteczny	4806

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. 125 zł)

Ogółem wartość za dyżury: 4806 godz x=.....

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

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
14/DP/04/2023

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 personelem o odpowiedniej wiedzy i doświadczeniu 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 konkursu. Każdemu przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych wymienionych w niniejszym ogłoszeniu jest dobrowolne i niezbędne do procesu konkursu. Podanie dodatkowych danych i informacji, wykraczających poza zakres niniejszego ogłoszenia, nie jest wymagane.”

miejsce i data

podpis Oferenta

* niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 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/przetargu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w zakresie danych osobowych osób fizycznych 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 kontrahenta będącego osobą fizyczną, pełnomocnika kontrahenta będącego osobą fizyczną lub członka organu zarządzającego kontrahenta będącego osobą fizyczną oraz kontakt z ww. osobami lub osobami wskazanymi do realizacji umowy niezbędnych do realizacji umowy (imię, nazwisko, kwalifikacje, PESEL)*
 - c) wynikających z prawnie uzasadnionych interesów administratora, którymi są ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, w zakresie danych kontrahenta będącego osobą fizyczną, pełnomocnika kontrahenta będącego osobą fizyczną lub członka organu zarządzającego kontrahenta będącego osobą fizyczną;
 - d) 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 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/przetargu 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;**

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
14/DP/04/2023

- c) Nagrania monitoringu wizyjnego są przechowywane przez dziesięć dni od dnia nagrania. W przypadku, w którym nagrania obrazu pochodzące z monitoringu wizyjnego stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Administrator 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/przetargu, zawarcia i kontynuowania umowy;**
 10. dane nie są poddane profilowaniu.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
14/DP/04/2023

Załącznik nr 4

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.
ul. Zamkowa 4, 41-800 Zabrze

DOTYCZY: Umowy : /14/DP/04/2023 z dniar

WYKAZ OSÓB
(uczestniczących w wykonywaniu zamówienia)

Wskazanie liczby osób (**min. 2 lekarzy w trakcie specjalizacji z dziedziny chirurgii ogólnej**) wraz z oświadczeniem, że osoby, które będą uczestniczyły w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia.

Lekarze :

1.
2.
3.
4.

Oświadczam, że w/w personel posiada kwalifikacje i uprawnienia wynikające z obowiązujących przepisów prawnych niezbędne do wykonywania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych.

.....
Data

.....
czytelny podpis osoby upoważnionej

Załączniki :

1. Dyplom lekarza
2. Prawo wykonywania zawodu
3. Wyciąg z karty szkolenia specjalizacyjnego
4. Opinia kierownika specjalizacji