Załącznik nr 2 do Zarządzenia /2019

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2
al. Jana Pawła II 7
44-330 Jastrzębie-Zdrój
tel: 32 4784500
fax: 32 4784547
e-mail: szpital@wss2.pl
strona internetowa: www.wss2.pl

Szczegółowe warunki konkursu ofert o udzielenie zamówienia na całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie:

1. Pielęgniarstwa w sferze anestezjologii i intensywnej terapii dla pielęgniarek z ukończonym kursem kwalifikacyjnym lub specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii do pracy w Oddziale Intensywnej Terapii Dziecięcej,
2. pielęgniarstwa operacyjnego w Bloku Operacyjnym
3. pielęgniarstwa w sferze anestezjologii i intensywnej terapii dla pielęgniarek z ukończonym kursem kwalifikacyjnym lub specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii do pracy w Oddziale Intensywnej Terapii,
4. pielęgniarstwa w oddziale neurochirurgii

Zatwierdził:
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2
w Jastrzębiu-Zdroju

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT NA ŚWIADCZENIA MEDYCZNE
realizowane dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w przewidywanym okresie od 01.01.2019 r. do 30 czerwca 2022 r.

ZAKRES CAŁODOBOWYCH ŚWIADCZEŃ:

1. Pielęgniarstwa w sferze anestezjologii i intensywnej terapii dla pielęgniarek z ukończonym kursem kwalifikacyjnym lub specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii do pracy w Oddziale Intensywnej Terapii Dziecięcej,
2. pielęgniarstwa operacyjnego w Bloku Operacyjnym
3. pielęgniarstwa w sferze anestezjologii i intensywnej terapii dla pielęgniarek z ukończonym kursem kwalifikacyjnym lub specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii do pracy w Oddziale Intensywnej Terapii,
4. pielęgniarstwa w oddziale neurochirurgii

Część I – OGÓLNE ZASADY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

1. Organizatorem konkursu ofert poprzedzającego zawieranie umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.
2. Postępowanie prowadzone jest na podstawie:
   - ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
   - ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
   - niniejszych warunków postępowania.
3. Wszelka korespondencja i zapytania do Udzielającego Zamówienie powinna być kierowana przez Oferentów pisemnie najpóźniej 3 dni robocze przed terminem otwarcia ofert na adres: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2, 44-330 Jastrzębie-Zdrój, al. Jana Pawła II 7.
4. Udzielający zamówienie nie udziela żadnych ustnych i telefonicznych wyjaśnień czy odpowiedzi na kierowane pytania.
5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert Udzielający zamówienie może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert oraz bez podania powodu wycofać się z przeprowadzenia konkursu ofert, o czym niezwłocznie zawiadomi o tym Oferentów poprzez zamieszczenie informacji na stronie internetowej.
6. Faktyczna ilość zapotrzebowania i wykonywania usług może być niższa od ilości podanej w Formularzu cenowym i z tego faktu Przyjmujący zamówienie nie będzie wywodził żadnych skutków prawnych.
7. Informacji w sprawie niniejszego postępowania udzielają :
   a) w sprawie przedmiotu konkursu
   - Adriana Pawlas tel. 32 4784530
   b) sprawy proceduralne
   - Wojciech Dzięcioł tel. 32 4784520
   w godz. 8^{00}-14^{00} w dni powszednie.

Część II – WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM

1. Do konkursu ofert może przystąpić Oferent, który spełnia wymogi określone w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej
2. Do konkursu nie może przystąpić Oferent, wobec którego zachodzi przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Oferent, który będzie realizował świadczenia będące przedmiotem konkursu, zobowiązany jest do posiadania odpowiednich kwalifikacji zawodowych, czyli świadczenia będące przedmiotem postępowania konkursowego mają być udzielane przez uprawnione osoby wykonujące zawody medyczne, określone w odrębnych przepisach.
4. Oferent posiada uprawnienia do wykonywania zamówienia, jeżeli przepisy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
5. Oferent zobowiązany będzie do bieżącego, rzetelnego i kompletnego gromadzenia danych statystycznych niezbędnych do rozliczenia świadczeń zdrowotnych Udzielającego Zamówienie z NFZ.
6. Oferent zobowiązany będzie do rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
7. Oferent zobowiązany będzie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.
8. Udzielający Zamówienie wymaga co najmniej 14 dniowego terminu zapłaty wynagrodzenia od daty otrzymania rachunku.
9. Przyjmujący zamówienie musi posiadać umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez cały okres obowiązywania umowy.

Część III – OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT

1. Udzielający Zamówienie wymaga przygotowania i złożenia kompletnej oferty zgodnej z wymaganiami określonymi w niniejszych warunkach postępowania.
2. Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej na formularzu wg wzoru zgodnie z załącznikiem nr 1 i 2. Formularz dostępny jest w siedzibie Udzielający Zamówienie lub na jego stronie internetowej www.wss2.pl.
3. Oferta powinna zawierać dokumenty wymienione w niniejszym rozdziale oraz:
   - aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji,
   - dyplom, prawo wykonywania zawodu, posiadane specjalizacje i inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i umiejętności, dokumenty potwierdzające odbycie kursów i szkoleń z zakresu przedmiotu konkursu,
   - odpowiednie certyfikaty i posiadane akredytacje (jeżeli oferent takie posiada, lub wynika to z opisu przedmiotu zamówienia).
4. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
5. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, przejrzyście i czytelnie.
6. Oferta nieczytelna podlega odrzuceniu bez wezwania do uzupełnienia.
7. Każda strona złożonej oferty musi być numerowana i podpisana przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
8. Kserokopie dokumentów złożonych do oferty, muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
9. Ewentualne poprawki w treści oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.

10. Oferent może wycofać złożoną ofertę przed terminem otwarcia ofert. Wycofanie oferty powinno nastąpić na piśmie pod rygorem nieważności.

Część IV – SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU OFERT

1. Przedmiotem postępowania konkursowego są całodobowe świadczenia zdrowotne realizowane zgodnie ze zleceniem Udzielającego zamówienia w zakresie:
   - Pielęgniarstwa w sferze anestezjologii i intensywnej terapii dla pielęgniarek z ukończonym kursem kwalifikacyjnym lub specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii do pracy w Oddziale Intensywnej Terapii Dziecięcej, pielęgniarstwa operacyjnego w Bloku Operacyjnym**,** pielęgniarstwa w sferze anestezjologii i intensywnej terapii dla pielęgniarek z ukończonym kursem kwalifikacyjnym lub specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii do pracy w Oddziale Intensywnej Terapii, pielęgniarstwa w oddziale gastrologiczno- wewnętrznym**,** pielęgniarstwa w oddziale kardiologiczno- wewnętrznym**,** pielęgniarstwa w oddziale neurologii**,** pielęgniarstwa w oddziale urologii**,** pielęgniarstwa w oddziale neurochirurgii**,** pielęgniarstwa w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym**,** pielęgniarstwa w Zakładzie Leczniczo-Opiekuńczym.
2. Przyjmujący zamówienie przyjmuje do wykonania świadczenie usług zdrowotnych w wyżej wymienionym zakresie na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju i na rzecz jego pacjentów.
3. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z Udzielającym zamówienie.

Część V – CZAS WYKONANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM KONKURSU OFERT

Umowa z Oferentem, który przedstawi ofertę najkorzystniejszą zostanie zawarta nie wcześniej niż od **01.01.2020 r. do 30 czerwca 2022 r.**

Część VI – TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

1. Kompletną ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy składać w nieprzejrzystej, zapieczętowanej kopercie i opatrzonej napisem: „Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne - ……..(wpisać odpowiedni zakres) nie otwierać przed dniem 02 grudnia 2019 roku do godziny 12^{00}” z nazwą oferenta w siedzibie Udzielającego zamówienie w Sekretariacie.
2. Oferty przesłane pocztą będą zakwalifikowane do konkursu pod warunkiem, że zostaną dostarczone do siedziby Udzielającego zamówienie z zachowaniem terminu wskazanego wyżej.
3. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 02 grudnia 2019 r. po godz. 13^{00} w siedzibie Udzielającego zamówienie.
4. Komisja konkursowa powołana przez Dyrektora dokona wyboru Oferenta, który złoży najkorzystniejszą ofertę.
5. Termin związania ofertą – 30 dni od terminu składania ofert.

Część VII – KRYTERIUM OCENY OFERT

1. Oferty będą oceniane według kryteriów takich jak:
   1) cena – 80%,
   2) kwalifikacje – 10%,
   3) doświadczenie zawodowe – 10%.

2. Ocena ofert

$$Y = A+B+C$$

Y – Suma punktów badanej ważnej oferty dla zadania
A – cena brutto oferty – 80 pkt
B – kwalifikacje– 10 pkt.
C – doświadczenie zawodowe– 10 pkt

Cena brutto oferty – 80 pkt

$$A = \text{Ilość pkt} = \frac{\text{najniższa oferowana cena brutto z ważnych ofert dla danego zadania}}{\text{cena brutto badanej ważnej oferty dla danego zadania}} \times 80 \text{ pkt}$$

Cena najniższa z ważnych ofert dla danego zakresu uzyska maksymalną ilość punktów tj. 80. Pozostałe ważne oferty zostaną przeliczone wg powyższego wzoru.

Kwalifikacje – 10 pkt

$$B = \text{Ilość pkt} = \frac{\text{Najniższe kwalifikacje (dyplom lekarza, brak specjalizacji, brak dodatkowych kwalifikacji)}}{\text{Najwyższe kwalifikacje (specjalizacje, dodatkowe kwalifikacje potwierdzone certyfikatem, tytuł naukowy)}} \text{ x 10 pkt}$$

Najwyższe kwalifikacje z ważnych ofert dla danego zakresu uzyskają maksymalną ilość punktów tj. 10. Pozostałe ważne oferty zostaną przeliczone wg powyższego wzoru.

Doświadczenie zawodowe – 10 pkt

$$C = \text{Ilość pkt} = \frac{\text{Najmniejsze doświadczenie zawodowe}}{\text{Największe doświadczenie zawodowe}} \text{ x 10 pkt}$$

Największe doświadczenie zawodowe z ważnych ofert dla danego zakresu uzyska maksymalną ilość punktów tj. 10. Pozostałe ważne oferty zostaną przeliczone wg powyższego wzoru.

Część VIII – OFERTY CZĘŚCIOWE

Udzielający zamówienie dopuszcza złożenie oferty częściowej.

Część IX ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOWI, KTÓREGO INTERES PRAWNY DOZNAŁ USZCZERBKU W WYNIKU NARUSZENIA PRZEZ UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE ZASAD PRZEPROWADZANIA POSTĘPOWANIA W SPRAWIE O ZAWARCIE UMOWY

Szczegóły dotyczące składania skarg i protestów do ogłoszonego konkursu określa art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Część X - ZAWARCIE UMOWY

1. Zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne nastąpi nie później niż w terminie 14 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert z wyjątkiem sytuacji określonych w Części IX.
2. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający Zamówienia wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert ważnie złożonych.

Część XI UNIEWAŻNIENIE KONKURSU

a) Udzielającemu Zamówienie przysługuje prawo unieważnienia przedmiotowego konkursu, zarówno w całości, jak i w części bez podania przyczyny na każdym etapie postępowania konkursowego.
b) Oferentowi nie przysługuje żadne roszczenie względem Udzielającego Zamówienie z tytułu unieważnienia przedmiotowego konkursu.

Załącznik nr 1 do SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW
KONKURSU OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

I. Oświadczenie oferenta:

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na kwotę nie niższą niż na wysokość minimalną określoną w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą na cały okres obowiązywania zamówienia.
Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert oraz przepisami art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty.

II. Dane oferenta:

Nazwa Oferenta: ……..……

NIP…….....……..

nr prawa wykonywania zawodu ……..

PESEL……

Adres zamieszkania : ulica ……...……..…….. nr ……..

Kod pocztowy : …… Miejscowość: ……..

Adres siedziby działalności : ulica …… nr …….

Kod pocztowy ……..

miejscowość……..

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą .....

Nr wpisu do rejestru: .....

Nr NIP …….REGON……

telefon kontaktowy .....

III. Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:

..... .

.....

.....

.....

.....

IV. Informacje dotyczące doświadczenia zawodowego osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:

……

……

……

……

V. Dane do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta jw.):

Kod pocztowy : …… miejscowość: ……..…

Ulica : …….. nr …….

Telefon kontaktowy: …… adres e-mail: ……..…

Proponowana kwota należności za realizację świadczenia oraz ich zakres:

Świadczenia usług w zakresie …….

Cena ……..……zł za godzinę

Proponowana liczba godzin……

Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość składania ofert na poszczególne usługi.

Inne propozycje……..

……

……

Termin świadczenia usług (jeżeli Oferent proponuje inny okres zawarcia umowy niż proponowany przez Udzielającego zamówienia w ogłoszeniu o konkursie i szczegółowych warunkach konkursu ofert):

oferuję zawarcie umowy o udzielenie świadczenia zdrowotnego we wskazanym powyżej zakresie od dnia _____ do dnia _____ .

Proponowany sposób zabezpieczenia ciągłości świadczeń w trakcie nieobecności oferenta:

.....

.....

Jastrzębie-Zdrój dnia ....

Czytelny podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1. kserokopia polisy ubezpieczeniowej
2. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe
4. dyplom ukończenia szkoły medycznej
5. prawo wykonywania zawodu
6. dyplomy specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe
7. oświadczenie oferenta – załącznik nr 2 do szczegółowych warunków konkursu ofert

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.
4. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

....

miejscowość data podpis