KONKURS OFERT

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU
(SWK)

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na rzecz pacjentów „Kutnowskiego Szpitala Samorządowego" Spółka z o.o.

Podstawa prawna przeprowadzenia postępowania konkursowego – art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.Dz.U 2020.295 z zm.)

1. O zawarcie z „Kutnowskim Szpitalem Samorządowym" Sp. z o.o. (dalej jako: „Zamawiający") umowy na wykonanie ww. świadczeń mogą ubiegać się podmioty wykonujące działalność leczniczą.
2. Udzielenie zamówienia następuje w trybie konkursu ofert. Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1-5, 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 (Dz.U. 2020,1398 j.t.), przy czym prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonuje Kierownik Zamawiającego.
3. **Przedmiotem postępowania (zamówienia)** w sprawie zawarcia umowy o udzielanie niniejszego świadczenia są:

a) Świadczenia zdrowotne z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii wykonywane przez lekarzy wg ustalonego harmonogramu pracy
Część A. Lekarzy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Część B. Lekarza Koordynatora w Oddziale Anestezjologii Intensywnej Terapii
b) Świadczenia zdrowotne wymienione w pkt 1 A,B realizowane będą także w innych komórkach organizacyjnych, w których udzielane są w/w świadczenia zdrowotne.
c) Kutnowski Szpital Samorządowy Spółka z o. o nie dopuszcza do składnia ofert na poszczególne części przedmiotu konkursu
d) Kutnowski Szpital Samorządowy Spółka z o. o zastrzega sobie prawo do wyboru i podpisania umowy jedynie na niektóre części przedmiotu konkursu.

I. Przedmiot zamówienia

1. Preferowany okres udzielania świadczeń zdrowotnych – od dnia 01.05.2021r. do dnia 30.04 2023 r.
2. Przedmiot zamówienia obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, zatrudniający lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (dalej jako: „Przyjmujący zamówienie"), na rzecz pacjentów „Kutnowskiego Szpitala Samorządowego" Sp. z o.o. oraz pacjentów podwykonawcy – firmy SCANMED
3. W przypadku, w którym ulegnie rozwiązaniu umowa zawarta przez Udzielającego na zamówienie z NFZ lub zmienione zostaną warunki realizacji umowy mające wpływ na wykonywanie świadczeń objętych niniejszym konkursem, Zamawiający uprawniony będzie do rozwiązania bez wypowiedzenia umowy zawartej na w/w okres z Przyjmującym zamówienie.
4. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy w w/w trybie Zamawiający złoży Przyjmującemu zamówienie na piśmie, niezwłocznie po uzyskaniu stosownej informacji.
5. Przedmiot zamówienia obejmuje udzielanie przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych w Oddziale

Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej jako: „Oddział") przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na rzecz pacjentów „Kutnowskiego Szpitala Samorządowego" Sp. z o.o. oraz pacjentów podwykonawcy – firmy SCANMED zgodnie z pkt 3.

6. Przedmiot umowy będzie wykonywany zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy w Oddziale oraz potrzebami Zamawiającego.
7. Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał: wynagrodzenie ryczałtowe za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale oraz poza nim
8. Kryterium oceny ofert: 80% -najkorzystniejsza oferta pod względem cenowym + 20% kwalifikacje.

II. Zasady wykonywania usługi

1. Świadczenia zdrowotne wykonywane przez lekarzy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
2. Świadczenia zdrowotne wykonywane przez lekarza Koordynatora w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
3. Zapłata za realizację Zamówienia nastąpi do 26 dnia następnego miesiąca po miesiącu, w którym doszło do realizacji Zamówienia na rachunek Przyjmującego zamówienie wskazany na przedłożonym rachunku/fakturze lub załączonym stałym zleceniu na dokonywanie przekazywania wynagrodzenia.
4. Wypłata wynagrodzenia nastąpi na podstawie przedłożonego rachunku/ faktury w terminie 5 dni po zakończeniu miesiąca, którego rachunek/faktura dotyczy wraz ze złożonym zestawieniem godzinowym potwierdzonym przez Dyrektora ds. Medycznych do kancelarii Zamawiającego w kopercie oznaczonej nazwą podmiotu leczniczego oraz opisem rachunek / faktura nr ..... za usługi medyczne.

6. **Kutnowski Szpital Samorządowy Spółka z o.o.**. zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny, jak również przesunięcia terminów składania ofert i ich otwierania.
Wszelkie informacje i dokumenty dotyczące konkursu dostępne są na stronie www.szpital.kutno.pl oraz w siedzibie Zamawiającego. Ogłoszenie o konkursie dostępne jest na stronie internetowej Zamawiającego oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego. Przyjmujący zamówienie ma prawo składania środków odwoławczych do Komisji konkursowej oraz do Prezesa Kutnowskiego Szpitala Samorządowego Spółka **z o.o.** udzielającego zamówienia w terminie i na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j.Dz.U 2020.295 ze zm.)

III. Opis sposobu przygotowania oferty.

1. Wymaga się aby oferta była sporządzona na Formularzu Oferty (Załącznik nr 1), a wszystkie wymagane dokumenty muszą stanowić załączniki do oferty.
2. Oferta ma zawierać również wypełniony w całości Formularz Cenowy (Załącznik nr 2) – wybrany pakiet.
3. Oferta musi być sporządzona w formie pisemnej, zapewniającej pełną czytelność jej treści, w języku polskim. Wszystkie zapisane strony oferty muszą być ponumerowane. Oferta powinna być podpisana (Formularz Oferty i Formularz cenowy – Załączniki Nr 1 i 2 do SWK) przez osobę wskazaną w dokumencie rejestracji firmy Przyjmującego zamówienie uprawnioną do reprezentacji lub osobę posiadającą pełnomocnictwo do podpisywania tego rodzaju ofert.
4. Wymagane jest aby wszystkie miejsca z ewentualnymi poprawkami były parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
5. Oferty należy składać w zamkniętych kopertach oznaczonych: *„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń przez lekarzy na rzecz pacjentów „Kutnowskiego Szpitala Samorządowego" Sp. z o.o., K/ 2 / 21"*

IV. Kryteria oceny ofert jakimi będzie kierowała się komisja konkursowa przy wyborze oferty:

Najkorzystniejsza oferta - **cena 80%+ kwalifikacje 20%**

V. Dokumenty jakie należy dostarczyć wraz z ofertą:

1. Kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów leczniczych
2. Kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (z określeniem rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń)
3. Kopia nadania REGON
4. Kopia nadania NIP
5. Kopia polisy OC lub oświadczenie o dostarczeniu najpóźniej w dniu poprzedzającym realizację umowy
6. Wykaz personelu, który będzie wykonywał umowę w imieniu podmiotu leczniczego i wymagane dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe oraz zdolność do udzielania świadczeń (wykaz stanowi załącznik do oferty)
   - Poświadczone przez oferenta kopie prawa wykonywania zawodu i posiadanych specjalizacji
   - Poświadczone przez oferenta kopie dokumentów potwierdzających rozpoczęte specjalizacje
   - Poświadczona przez oferenta kopia polisy OC lub oświadczenie o dostarczeniu najpóźniej w dniu poprzedzającym realizację umowy
   - Poświadczona przez oferenta kopia zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia
   - Poświadczona przez oferenta kopia aktaulnego zaświadczenia ze szkolenia BHP
7. Pełnomocnictwo, o ile oferta jest składana przez osobę upoważnioną przez oferenta do występowania w jego imieniu.

W przypadku wyboru oferty niezbędne będzie przedłożenie do wglądu oryginałów dokumentów w celu weryfikacji prawidłowości złożonych w ofercie dokumentów

Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez Przyjmującego zamówienie.

Pełnomocnictwo do podpisania oferty winno być w formie oryginału lub kopii poświadczonej notarialnie.

VI. Składanie ofert.

1. Oferty należy składać w Kancelarii „Kutnowski Szpital Samorządowy" Spółka z o.o., 99-300 Kutno, ul. Kościuszki 52 **do dnia 15.04.2021. do godz. 10 ^{00}**.
   Dla ofert przesłanych do Zamawiającego liczy się data i godzina dostarczenia oferty do siedziby Zamawiającego – Sekretariatu „Kutnowski Szpital Samorządowy" Spółka z o.o.
2. Otwarcie ofert nastąpi **w dniu 15.04.2021 r. o godz. 12^{00}** w siedzibie Zamawiającego w pokoju Biura Zarządu

VII. Związanie ofertą

Składający ofertę jest nią związany przez okres 14 dni od daty upływu terminu składania ofert.

VIII. Warunki konkursu

Szczegółowe informacje o warunkach konkursu ofert wraz z materiałami informacyjnymi można uzyskać od poniedziałku do piątku w godz. 8^{00} - 15^{00}:

- Dział Kadr i Płac tel. 24-388-02-15; adres poczty elektronicznej: kadry@szpital.kutno.pl

1. <u>Zamawiający odrzuci ofertę:</u>
   1) złożoną przez oferenta po terminie;
   2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
   3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczenia zdrowotnego;
   4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
   5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
   6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
   7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Zamawiającego;

8) złożoną przez oferenta, z którym została rozwiązana przez Zamawiającego umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie tego oferenta.

2. W przypadku gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Zamawiający wezwie oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
3. Zamawiający unieważni postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczenia zdrowotnego, gdy:
   1) nie wpłynęła żadna oferta;
   2) odrzucono wszystkie oferty;
   3) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
   4) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
4. Jeżeli nie nastąpi unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczenia zdrowotnego, Zamawiający ogłosi o rozstrzygnięciu postępowania (wyborze oferty) na swojej stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego w terminie do 2 dni roboczych od zakończenia rokowań.
5. Oferentom, których interes prawny doznałby uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczenia zdrowotnego, przysługuje środek odwoławczy w postaci protestu na zasadach określonych w niniejszym ogłoszeniu.
6. Protest o którym mowa w pkt. 5 nie przysługuje na:
   1) wybór trybu postępowania;
   2) nie dokonanie wyboru oferenta;
   3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczenia zdrowotnego.
7. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczenia zdrowotnego, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do Zamawiającego umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
8. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczenia zdrowotnego ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
9. Zamawiający rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
10. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
11. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Zamawiającego.
12. W przypadku uwzględnienia protestu Zamawiający powtórzy zaskarżoną czynność.
13. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezesa Zarządu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
14. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.
15. Po rozpatrzeniu odwołania Prezes Zarządu wydaje decyzję uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń.
16. W przypadku uwzględnienia odwołania, przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
17. Komisja konkursowa Zamawiającego rozstrzyga o wynikach postępowania nie później niż w ciągu 7 dni od daty otwarcia ofert.
18. Ostateczne wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące po ich zatwierdzeniu przez Zarząd Zamawiającego.

19. Niezwłocznie po zatwierdzeniu komisja konkursowa zawiadamia wszystkich oferentów o zakończeniu i wynikach konkursu oraz wezwie oferenta, który złożył najkorzystniejszą ofertę do podpisania umowy z Zamawiającym.
20. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, Zamawiający może ją przyjąć, jeżeli stwierdzi, że spełnia ona postawione przez Zamawiającego w warunkach konkursu wymagania.

IX. Formalności, jakie powinny zostać dopełnione w celu zawarcia umowy:

1. Wykonawca obowiązany jest do podpisania umowy związanej ze świadczeniem przedmiotu zamówienia.
2. Podpisanie umowy musi nastąpić przed upływem terminu związania z ofertą.

Integralną częścią warunków szczegółowych udziału w postępowaniu stanowią :

1) Formularz oferty - Załącznik Nr 1
2) Formularz cenowy - Załącznik Nr 2
3) Klauzula informacyjna – Załącznik Nr 3

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o.
PREZES ZARZĄDU
Artur Gur

Zatwierdził:
Prezes Zarządu
„Kutnowski Szpital Samorządowy" Sp. z o.o.
Artur Gur

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTY

Dotyczy Konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na rzecz pacjentów „Kutnowskiego Szpitala Samorządowego" Spółka z o.o. - Zamawiający. Sygnatura postępowania:
Nazwa oferenta/Wykonawcy: .....
Siedziba : ..... kod pocztowy: .....
woj....., REGON: ....., NIP: .....
Rejestr
.....
.....
wpisu do w/w rejestru dokonano w dniu ..... pod Nr .....
Telefony kontaktowe ..... faks: .....

Przystępując do konkursu ofert (sygn. postępowania konkursowego K/2/2021) na rzecz pacjentów „Kutnowskiego Szpitala Samorządowego" Spółka z o.o. oferuję realizację zamówienia zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia:

1. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z warunkami szczegółowymi udziału w w/w postępowaniu konkursowym (SWK) i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłam/łem konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Uważamy się związani ofertą przez czas wskazany w warunkach SWK tj. 14 dni od jej złożenia.
3. Oświadczam, że zawarty w warunkach szczegółowych udziału w w/w postępowaniu konkursowym (SWK) projekt warunków umowy został przeze mnie zaakceptowany w całości bez uwag i zobowiązujemy się w przypadku wyboru przez Zamawiającego naszej oferty jako najkorzystniejszej do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oferta liczy ..... kolejno ponumerowanych stron.

Załącznikami do oferty są :

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5 .....
6.....
7.....
8.....
9.....
10.....

....
data *Przyjmujący zamówienie/oferent lub jego upoważniony przedstawiciel*

Załącznik Nr 2

FORMULARZ CENOWY

Niniejszym zgłaszam ofertę, wraz z załącznikami, na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem i wyrażam wolę wykonywania tych świadczeń przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Zamawiającego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz blokach operacyjnych.
W zakresie świadczeń zdrowotnych opisanych w SWK oczekuję kwoty wynagrodzenia za godziną świadczeń :

Część A.....(słownie:
..... zł) brutto

Część B.....(słownie:
.....zł) brutto

.....
podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta

Oświadczam, że:

zapoznałem się z treścią ogłoszenia niniejszego konkursu wraz z załącznikami,– akceptuje zawarte w nich warunki i zobowiązuje się do ich przestrzegania podczas procedury konkursowej i w przypadku wyboru oferty.

.....
podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta

data:.....

.....
Przyjmujący zamówienie/oferent

lub jego upoważniony przedstawiciel

Załącznik nr 3

Klauzula informacyjna dla:

- **oferentów (osób fizycznych składających oferty w związku z postępowaniem prowadzonym w ramach zamówień publicznych),**
- **dla kontrahentów i dostawców / nabywców towarów i usług**

"Kutnowskiego Szpitala Samorządowego" Sp. z o.o.
dotycząca przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13-14 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą, informuje się że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest "Kutnowski Szpital Samorządowy" Spółka z o.o. , 99-300 Kutno, ul Kościuszki 52, tel. 24 3880 200, adres e-mail: nzoz.kss@szpital.kutno.pl .
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (kontakt jak wyżej) lub pisemnie na adres siedziby administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia oferty oraz podjęcia działań przed zawarciem ewentualnej umowy /w celu realizacji umowy/, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c RODO przez okres trwania procedur wyboru najkorzystniejszej oferty /realizacji umowy/ oraz przechowywane w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji, ustalanym zgodnie z odrębnymi przepisami.
4. Podanie danych osobowych w celu rozpatrzenia oferty /realizacji umowy/ jest obowiązkowe a w pozostałym zakresie dobrowolne.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów obowiązującego prawa.
6. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

WYKAZ DOKUMENTÓW PERSONELU REALIZUJĄCEGO ŚWIADCZENIA ZNAJDUJĄCE SIĘ U UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWNIE

KOORDYNATOR

L.P	Nazwisko i imię	WYKONYWANIA ZAWODU	NAUKOWY/STOPIEŃ NAUKOWY	DYPLOMY SPECJALIZACJI	inne kwalifikacje, kursy, doświadczenie zawodowe	SPECJALIZACYJNA (REZYDENCI)	
1							

LEKARZE

L.P	Nazwisko i imię	PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	TYTUŁ NAUKOWY/STOPIEŃ NAUKOWY	DYPLOMY SPECJALIZACJI	inne kwalifikacje, kursy, doświadczenie zawodowe	KARTA SPECJALIZACYJNA (REZYDENCI)	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							