

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

dotyczące konkursu ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dziedziny **medycyny paliatywnej w Oddziale Medycyny Paliatywnej, a także w ramach konsultacji w pozostałych oddziałach szpitalnych oraz Izby Przyjęć na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu**

I. PODSTAWA PRAWNA POSTĘPOWANIA

1. Postępowanie prowadzone jest w trybie konkursu ofert na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2023.991 tekst jednolity z dnia 24 maja 2023 roku ze zmianami) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024.146 tekst jednolity z dnia 06 lutego 2024 roku ze zmianami)
2. Sposób przeprowadzenia konkursu ofert określają u Udzielającego zamówienia:
 - a. Regulamin przeprowadzenia konkursu ofert,
 - b. Ogłoszenie o konkursie ofert.

II. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Plac Karola Marcinkowskiego 8/9

63-800 Gostyń

tel. 65 322 68 34

III. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z dziedziny medycyny paliatywnej w Oddziale Medycyny Paliatywnej, a także w ramach konsultacji w pozostałych oddziałach szpitalnych oraz Izby Przyjęć na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu (KOD CPV: 85 141 000 – 9).
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie na świadczenie zdrowotne, na podstawie umowy, której wzór stanowi załącznik nr 4 do niniejszych SWKO oraz harmonogramu udzielania świadczeń.
3. Ostateczny kształt umowy zostanie dostosowany do formy prawnej działania Przyjmującego zamówienia.

IV. OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych z wybranym Oferentem zostanie zawarta na czas określony: **od 01 lipca 2024 roku do 30 czerwca 2025 roku.**

V. WYMAGANIA I OBOWIĄZKI DOTYCZĄCE OFERENTÓW

1. O udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne, będące przedmiotem konkursu może ubiegać się Oferent, spełniający następujący warunki o których mowa w art. 18 ust.1 pkt.1,2,4,5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej
2. Oferent winien złożyć ofertę zgodnie z wymaganiami przedstawionymi w SWKO.
3. Oferent którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza zobowiązany jest na podstawie obowiązujących przepisów najpóźniej w dniu podpisania umowy przedłożyć Udzielającemu zamówienie dowód zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych lub niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, w zakresie świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu ofert. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, wygasa w okresie na jaki zostanie zawarta z Oferentem umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych, Oferent zobowiązany jest każdorazowo dostarczyć kopię nowej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

VI. WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA

1. Oferent winien spełniać warunki wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu ofert oraz zawartej umowy, w tym warunki umów zawartych pomiędzy Udzielającym zamówienie a Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Wybrany Oferent zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych z dziedziny medycyny paliatywnej w Oddziale Medycyny Paliatywnej, a także w ramach konsultacji w pozostałych oddziałach szpitalnych oraz Izby Przyjęć na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu.
3. Wybrany Oferent zobligowany jest w trakcie realizacji umowy umożliwić Udzielającemu zamówienie kontakt za pośrednictwem poczty elektronicznej.

VII. OFERTA

1. Każdy z Oferentów może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Nie dopuszcza się składania ofert wariantowych.
3. Oferty należy składać w formie pisemnej pod rygorem nieważności w zamkniętej kopercie z napisem: *„Oferta na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dziedziny medycyny paliatywnej w Oddziale Medycyny Paliatywnej, a także w ramach konsultacji w pozostałych oddziałach szpitalnych na rzecz pacjentów SP ZOZ w Gostyniu”* w Sekretariacie SP ZOZ w Gostyniu pok. 10.
4. **Termin składania ofert upływa dnia 17 maja 2024 roku o godzinie 10:00.**
5. Każda ze stron złożonej oferty winna być ponumerowana i parafowana przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną (podpisane przez Oferenta pełnomocnictwo winno być załączone do oferty w oryginale).
6. Ofertę należy sporządzić starannie, z szczególną dbałością o jej kompletność. Powinna ona zawierać:
 1. Załączniki do SWKO:
 - a. Formularz oferty (Załącznik nr 1),
 - b. Formularz oświadczenia dot. przetwarzania danych osobowych. (Załącznik nr 2),
 - c. Formularz oświadczenia w przypadku, gdy dane Oferenta nie zmieniły się od czasu poprzedniego postępowania konkursowego (Załącznik nr 3),
 - d. Projekt umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych (Załącznik nr 4),
 2. Dokumenty:
 - a. zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub odpis z KRS (jeśli oferta dotyczy podmiotu leczniczego), z daty nie wcześniejszej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert (kserokopia lub wydruk z CEIDG),
 - b. zaświadczenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (kserokopia lub wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą),
 - c. dyplom ukończenia studiów medycznych / szkoły medycznej (kserokopia),
 - d. aktualne prawo wykonywania zawodu (kserokopia),
 - e. dyplom specjalizacji, jeżeli Oferent ją ukończył (kserokopia),
 - f. dyplom uzyskania stopnia lub tytułu naukowego, jeżeli Oferent go uzyskał (kserokopia),

lub Oświadczenie w przypadku, gdy dane Oferenta *nie zmieniły się* od czasu poprzedniego postępowania konkursowego, w którym Oferent brał udział i przekazał wszystkie w/w dokumenty,

- g. umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (kserokopia),
- h. orzeczenie lekarza medycyny pracy potwierdzające zdolność do udzielania świadczeń (kserokopia),
- i. zaświadczenie o niekaralności wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem oferty w niniejszym konkursie.

VIII. KOMISJA KONKURSOWA

1. Konkurs ofert przeprowadza Komisja Konkursowa powołana przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu na podstawie Zarządzenia nr 28/2024 z dnia 29 kwietnia 2024 roku.

2. Szczegółowe zasady pracy Komisji Konkursowej i tryb postępowania określa Regulamin przeprowadzenia konkursu ofert.

IX. ZASADY WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Komisja może:

- 1. wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
- 2. nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Porównanie ofert w toku postępowania obejmuje w szczególności: ceny i liczby (godziny) oferowanych świadczeń zdrowotnych. Kryterium oceny: cena i dyspozycyjność.

X. OTWARCIE OFERT

Otwarcie ofert nastąpi w dniach **20-21 maja 2024 roku o godzinie 9:00** w Sekretariacie Dyrekcji SP ZOZ w Gostyniu pok. nr 10.

Termin związania ofertą wynosi 60 dni od dnia jej złożenia w SP ZOZ w Gostyniu.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczone na:

- 1) stronie internetowej pod adresem: www.szpitalgostyn.pl,
- 2) na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Udzielającego zamówienia.

XI. PROTESTY i ODWOŁANIA

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest, na zasadach określonych w art. 153 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Oferenci mogą również złożyć do Dyrektora SP ZOZ w Gostyniu odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni roboczych od daty opublikowania na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wynikach, na zasadach określonych w art. 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
pieczęć Oferenta

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
Plac Karola Marcinkowskiego 8/9
63-800 Gostyń**

FORMULARZ OFERTY

Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie medycyny paliatywnej w Oddziale Medycyny Paliatywnej, a także w ramach konsultacji w pozostałych oddziałach szpitalnych oraz Izby Przyjęć na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu:

Dane Oferenta	
Nazwa (pełne dane podmiotu leczniczego albo praktyki zawodowej)	
Adres	
Telefon	
E-mail	
NIP	
REGON	
PESEL	
Numer wpisu do rejestru, wskazanie organu rejestrowego oraz rodzaju rejestru:	
Nazwa banku	
Nr konta bankowego	

Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń w ramach czasu:

- a) podstawowego w ramach Oddziału Medycyny Paliatywnej w wysokości
- godzin w miesiącu

Deklarowane dni tygodnia wykonywania świadczeń w podstawowej ordynacji lekarskiej:

Poniedziałek Wtorek Środa Czwartek Piątek

Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach czasu podstawowego w ramach Oddziału Medycyny Paliatywnej..... złotych brutto

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, regulaminem przeprowadzenia Konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie zgłasza do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Spełnia wszystkie warunki nałożone przepisami powszechnie obowiązującego prawa oraz przez Udzielającego zamówienie i Narodowy Fundusz Zdrowia, wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
3. Posiada wiedzę, odpowiednie kwalifikacje i umiejętności do realizacji zamówienia.
4. Posiada pełną zdolność do czynności prawnych.
5. Będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w sposób rzetelny i zgodny z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
6. Spełnia wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach – we własnym zakresie zabezpiecza badania okresowe.
7. Samodzielnie będzie się rozliczać z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
8. Przyjmuje obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, dostarczenia jej najpóźniej w dniu podpisania umowy oraz utrzymywania ubezpieczenia w całym okresie obowiązywania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, pod rygorem rozwiązania umowy.
9. Jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
10. Złożone przez Oferenta kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
11. Nie posiada prawomocnie orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia wykonywania zawodu lub zajmowania określonego stanowiska.
12. Nie jest karany, w tym za przewinienia zawodowe,
13. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko,
14. Nie zachodzą jakiegokolwiek przeszkody po stronie oferenta dla złożenia oferty w niniejszym postępowaniu konkursowym, zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot postępowania konkursowego oraz jej realizowania

Załączniki:

- a. zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub odpis z KRS (jeśli oferta dotyczy podmiotu leczniczego), z daty nie

wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert (kserokopia lub wydruk z CEIDG),

- b. zaświadczenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (kserokopia lub wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą),
- c. dyplom ukończenia studiów medycznych / szkoły medycznej (kserokopia),
- d. aktualne prawo wykonywania zawodu (kserokopia),
- e. dyplom specjalizacji, jeżeli Oferent ją ukończył (kserokopia),
- f. dyplom uzyskania stopnia lub tytułu naukowego, jeżeli Oferent go uzyskał (kserokopia),

lub Oświadczenie w przypadku, gdy dane Oferenta **nie zmieniły się** od czasu poprzedniego postępowania konkursowego, w którym Oferent brał udział i przekazał wszystkie w/w dokumenty,

- g. kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
- h. kserokopia orzeczenia lekarza medycyny pracy potwierdzające zdolność do udzielania świadczeń,
- i. zaświadczenie o niekaralności wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem oferty w niniejszym konkursie.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OFERENTÓW BIORĄCYCH
UDZIAŁ W KONKURSIE OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZESPOLE OPIEKI
ZDROWOTNEJ W GOSTYNIU**

Zgodnie z art.13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenia o ochronie danych), dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu,
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Ewa Knapkiewicz, tel. 65 322 68 53, e-mail: iod@szpitalgostyn.pl
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z udziałem Pani/Pana w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt. b RODO,
4. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, a ich nieprzekazanie spowoduje brak możliwości udziału w postępowaniu konkursowym.
5. Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych podmiotom innym niż upoważnione na mocy przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia procesu postępowania konkursowego, nie dłużej jednak niż przez jeden rok od zakończenia konkursu ofert- w przypadku niewybrania Pani/Pana oferty.
8. W przypadku wybrania Pani/Pana oferty i podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa, nie krócej jednak niż do dnia przedawnienia roszczeń, wynikających z zawartej umowy.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana naruszają przepisy RODO.

.....
podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE

Dotychczas wykonywałam/em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdział VII pkt. 6.2. od a do f „Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert” znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne.

.....
podpis Oferenta