

## **Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej**

Postępowanie prowadzone jest w trybie konkursu ofert na podstawie art. 26 i art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz.U.2016.1638 t.j. 2016.10.07 z późn. zm.) w związku ze stosowanymi odpowiednio: art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 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.2016.1793 t.j. z dnia 2016.11.02 z późn. zm.), przy czym prawa i obowiązki wymienionego w tychże przepisach Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonuje Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie.

### **dotyczy wykonywania świadczeń**

udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (CPV:85100000-0 Usługi ochrony zdrowia),

w:

rodzaju:	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA
zakres	ŚWIADCZENIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
podstawowy:	UDZIELANE W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH I W MIEJSCU ZAMIESZKANIA LUB POBYTU ŚWIADCZENIOBIORCY
na obszarze:	MIASTO I GMINA POLANÓW

#### **I. Przedmiot konkursu**

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w zakresie:

- porada lekarska ambulatoryjna,
- porada lekarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy,
- porada lekarska udzielona telefonicznie,
- wizyta pielęgniarska ambulatoryjna,
- wizyta pielęgniarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

Zakres rzeczowy oraz wymogi dotyczące kwalifikacji Oferenta określone zostały w załącznikach do szczegółowych warunków konkursu. Załącznik nr 11 stanowi jednocześnie wzór umowy w oparciu, o który zostanie zawarta umowa z wybranym Oferentem (Przyjmującym zamówienie).

II. Umowa zostanie zawarta na czas określony od dnia 01.10.2017 r. do dnia 30.06.2021 r.

#### **III. Warunki wykonania usługi:**

1. Zapewnienie ciągłości, kompleksowości, dostępności, jakości udzielanych świadczeń,
2. Posiadanie odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,
3. Dysponowanie odpowiednią liczbą personelu o odpowiednich kwalifikacjach.

#### **IV. Miejsce i termin składania ofert:**

1. Oferty pisemne należy składać wyłącznie na formularzu ofertowym, zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszych szczegółowych warunków w zaklejonych kopertach

z napisem "Oferta na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej", ponadto koperta powinna zawierać nazwę firmy Oferenta.

2. Oferta powinna zawierać wszystkie wymagane dokumenty.
3. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim przejrzystie i czytelnie, w sposób zapobiegający możliwości zdekompilowania jej zawartości (kartki zszyte, zbigowane, itp.).
4. Oferta nieczytelna podlega odrzuceniu bez wezwania do uzupełnienia.
5. Każda strona złożonej oferty musi być numerowana i podpisana przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
6. Kopie dokumentów muszą być poświadczane „za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.
7. Wszystkie ceny podane w ofercie muszą być wyrażone w złotych polskich, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (groszy). Ceny podane w ofercie muszą uwzględniać wszystkie koszty związane z wykonywaniem zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.
8. Termin składania ofert upływa **29.09.2017 r. do godz. 9:30**. Oferty należy złożyć w sekretariacie w siedzibie Zamawiającego: Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie, adres: ul. Chałubińskiego 7, 75-581 Koszalin.
9. Oferty przesłane pocztą będą zakwalifikowane do konkursu pod warunkiem, że zostaną dostarczone do siedziby Udzielającego zamówienia z zachowaniem terminu wskazanego wyżej.
10. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem ofert ponosi Oferent.
11. Oferent ma prawo złożyć tylko jedną ofertę w swoim imieniu na całość przedmiotu zamówienia.
12. Oferty na częściowy zakres przedmiotu konkursu podlegają odrzuceniu.
13. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.
14. W celu przeprowadzenia Konkursu Ofert Dyrektor Szpitala powoła Komisję Konkursową stosownym zarządzeniem.

#### **V. Sposób porozumiewania się z oferentami**

1. Oferent może zwracać się do Udzielającego Zamówienia odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert kierując swoje zapytania najpóźniej do dnia 27.09.2017 r. na adres Udzielającego Zamówienia tylko na piśmie pocztą, pocztą elektroniczną (marketing@swk.med.pl) lub faksem na nr tel. 94 34 88 380. Kontakt od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 14.00.
2. Pisemne odpowiedzi Udzielający Zamówienia umieszcza na stronie internetowej [www.swk.med.pl](http://www.swk.med.pl)

#### **VI. Otwarcie ofert**

1. Otwarcie ofert nastąpi **29.09.2017 r. o godz. 10.00** w siedzibie Zamawiającego: Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie, adres: ul. Chałubińskiego 7, 75-581 Koszalin.
2. Otwarcie ofert jest jawne.
3. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w dniu 29.09.2017 r.

#### **VII. Przesłanki odrzucenia ofert**

Odrzuca się ofertę:

1. złożoną przez oferenta po terminie;
2. zawierającą nieprawdziwe informacje;
3. jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
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 przez Dyrektora Szpitala opisanych w niniejszym ogłoszeniu.

### VIII. Kryteria oceny ofert.

Przy wyborze ofert Udzielający zamówienia będzie się kierował następującymi kryteriami:

#### 1) Cena – 100 pkt

Oferty oceniane będą punktowo według wzoru:

$$P_n = \frac{C_{min}}{C_n} \times 100$$

$P_n$  – liczba punktów przyznanych ofercie  $n$  za kryterium CENA

$n$  – numer oferty

$C_{min}$  – cena minimalna wśród ocenianych ofert

$C_n$  – cena ocenianej oferty

Dokonując oceny ofert Udzielający zamówienia przyjmie, że cenę oferty stanowi cena brutto, podana w Cenniku Oferenta, za świadczenia wymagane przez Udzielającego zamówienia.

Maksymalna liczba punktów wynosi 100.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą wartość punktową oceny.

### IX. Wyniki konkursu

Ogłoszenie rozstrzygnięcia postępowania zostanie zamieszczone na stronie internetowej Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie: [www.swk.med.pl](http://www.swk.med.pl) i tablicy informacyjnej w siedzibie Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie dnia 29.09.2017 r.

### X. Unieważnienie konkursu

1. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
  - a) nie wpłynęła żadna oferta,
  - b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust.2,
  - c) odrzucono wszystkie oferty,
  - d) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć,
  - e) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert, nie wpłynie więcej ofert.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz do przesunięcia terminu składania ofert.

### XI. Postępowanie odwoławcze

#### PROTESTY

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w

- terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zawieszeniu chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
  3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
  4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
  5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Szpitala.
  6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

#### ODWOŁANIA

1. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
2. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne do czasu jego rozpatrzenia.

Koszalin, 22.09.2017 r.

Zatwierdzam:

z up. DYREKTORA  
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

mgr Magdalena Szymańska  
Z-ca Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych

.....  
pieczęć oferenta

### OŚWIADCZENIE O DANYCH OFERENTA

Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach podwykonawstwa dla Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie.

#### 1. Poniżej, zamieszczam wymagane informacje ofertowe:

<b>Dane oferenta</b>	
Nazwa firmy	
Adres siedziby	
Nr wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej lub do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
Dane podmiotu tworzącego (wypełnia wyłącznie podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą)	
NIP	
REGON	
Imię i nazwisko osób(y) uprawnionej do reprezentowania placówki	
telefon	
fax	

## 2. Wymagane dokumenty, które należy przedłożyć w ofercie.

Załącznik nr 1	Oświadczenie o danych oferenta
Załącznik nr 2	Podpisane oświadczenie oferenta
Załącznik nr 3	Oferta cenowa
Załącznik nr 4	Wykaz imienny personelu z podaniem uprawnień zawodowych, specjalności, kompetencji, doświadczenia zawodowego.
Załącznik nr 5	Wykaz posiadanego sprzętu/aparatury medycznej z podaniem nazwy sprzętu, ilości, nr seryjnego, roku produkcji.
Załącznik nr 6	Wykaz posiadanych pojazdów z podaniem nazwy pojazdu, nr rejestracyjnego, roku produkcji – wraz z dowodem ubezpieczenia.
Załącznik nr 7	Udokumentowane doświadczenie w świadczeniu usług w zakresie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
Załącznik nr 8	Potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” kopię odpisu z KRS lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
Załącznik nr 9	Potwierdzoną „za zgodność z oryginałem” kopię polisy ubezpieczeniowej
Załącznik nr 10	Pełnomocnictwo – w przypadku składania oferty przez pełnomocnika

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć Oferenta

.....  
pieczęć oferenta

### Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam się z treścią ogłoszenia i warunkami szczegółowymi konkursu.
2. Nie posiadam zaległości w opłatach do ZUS i US.
3. Spełniam wymagania określone w:
  - a) Zarządzeniu nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11.08.2017r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
  - b) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.86 j.t. ze zm.).
4. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
5. Znany jest mnie termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).
6. Wymienione w ofercie i warunkach szczegółowych konkursu warunki umowy zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
7. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Udzielającego zamówienia i NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obowiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.

.....  
miejsowość i data

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

.....  
pieczęć oferenta

**OFERTA CENOWA**

Proponowana cena oferty (ryczałt za 1 miesiąc) - ..... zł

(słownie: .....).

**RAZEM** proponowana cena oferty (ryczałt 45 miesięcy) - ..... zł

(słownie: .....).

**Oferent podaje ceny brutto**

.....  
miejsowość i data

.....  
(podpis i pieczęćka Oferenta)



Załącznik nr 4

.....  
pieczęć oferenta

**Wykaz imienny personelu**

Lp.	Nazwisko i imię	Uprawnienia zawodowe (w tym nr prawa wykonywania zawodu)	Specjalność	Kompetencje	Doświadczenie zawodowe

.....  
miejsowość i data

.....  
(podpis i pieczętka Oferenta)

.....  
pieczęć oferenta

**WYKAZ POSIADANEGO SPRZĘTU/APARATURY MEDYCZNEJ**

Rodzaj sprzętu / aparatury medycznej	Ilość	Numer seryjny	Rok produkcji

Oświadczam, że :

- pomieszczenia, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne oraz urządzenia spełniają wymagania określone w:
- a) Zarządzeniu nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11.08.2017r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
- b) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.86 j.t. ze zm.).
- są w pełni sprawne i dopuszczone do użytkowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

.....  
miejscoowość i data

.....  
(podpis i pieczętka Oferenta)

.....  
pieczęć oferenta

**WYKAZ POSIADANYCH POJAZDÓW**

Nazwa pojazdu	Numer rejestracyjny	Rok produkcji

Należy dołączyć dowód ubezpieczenia pojazdów.

.....  
miejsowość i data

.....  
(podpis i pieczętka Oferenta)