

DOKUMENTACJA KONKURSOWA

Dotyczy: udzielania świadczeń zdrowotnych usług pielęgniarских dla WSSz im. M. Pirogowa

SPRAWA: M.434.6A.2018

Kod CPV 85111000-0 - Usługi szpitalne w zakresie całodobowej opieki pielęgniarской w oddziale szpitalnym

Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie art. 26 i art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r., poz. 160), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2017.1938 t.j. z późn. zm.).

I. PRZEDMIOT KONKURSU:

1. Przedmiotem konkursu ofert są: świadczenia zdrowotne usług pielęgniarских na rzecz pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych I w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa w Łodzi ul. Wólczańska 191/195. Udzielający Zamówienie, zastrzega sobie możliwość zlecić **Oferentowi** udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem na rzecz innych komórek organizacyjnych jednostki (stosownie do posiadanych przez **Oferenta** kwalifikacji).
2. Oferta skierowana jest do: pielęgniarek/pielęgniarzy legitymujących się posiadanymi fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz posiadających, co najmniej sześciomiesięczny staż pracy w zawodzie pielęgniarским.
3. W związku z zapisem w pkt. 2, ofertę może złożyć osoba/podmiot leczniczy spełniająca/y warunki, o których mowa w pkt. 2.
4. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, Oferent powinien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w warunkach konkursu.
5. Oferenci przystępujący do postępowania konkursowego nie mogą być pracownikami WSSz im. M. Pirogowa, a w przypadku ustania stosunku pracy powód jej rozwiązania nie może być z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

II. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

1. Oferent składa ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem na okres: **do 30.09.2019 r.**
2. **Udzielający Zamówienie** zastrzega możliwość podpisania z wybranymi w drodze konkursu Oferentami umów.
3. Świadczenia wykonywane będą przez Oferenta w systemie dyżurowym w dni powszednie, soboty, niedziele, święta na podstawie miesięcznego wykazu dni dyżurów, liczby godzin ustalonych przez Pielęgniarkę Oddziałową/ Koordynującą wskazaną przez **Udzielającego Zamówienie**. Wykaz będzie przekazany Oferentowi, na co najmniej 7 dni przed rozpoczęciem nowego miesiąca.
4. Każda zmiana powodująca niemożność wykonania przedmiotu umowy zgodnie z ustalonym wykazem musi zostać uzgodniona z osobą wyznaczoną przez **Udzielającego Zamówienie** (Pielęgniarkę Oddziałową/Koordynującą) nie później niż 3 dni przed planowanym wykonaniem świadczeń zdrowotnych przez **Oferenta**.
 - 1) Szacunkowa łączna maksymalna liczba godzin w miesiącu będąca przedmiotem umowy wynosi **480 godzin** miesięcznie.
 - 2) **Udzielający Zamówienie** przewiduje realizację zamówienia dla **minimum 4 pielęgniarek/pielęgniarzy** w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarской a w przypadku podmiotu leczniczego dysponowania, co **najmniej 4 pielęgniarkami/pielęgniarzami** mogącym świadczyć usługi na rzecz **Udzielającego Zamówienie**.

- 3) W powyższym przypadku **Udzielający Zamówienie** podzieli przedmiot zamówienia na części. Przy czym minimalna liczba godzin przypadająca na jednego pielęgniarkę/pielęgniara to 72 godziny.
- 4) W przypadku złożenia oferty przez przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, oferta winna zawierać odpowiednio dokumenty określone w przedmiocie i wymaganiach konkursu dotyczące osób, które będą skierowane przez te podmioty do udzielenia świadczeń zdrowotnych oraz kopie wpisów do odpowiednich rejestrów.
- 5) **Udzielający Zamówienie** zapewnia niezbędną aparaturę medyczną do wykonywania ww. świadczeń.
- 6) Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje wszystkie czynności medyczne charakterystyczne dla zawodu pielęgniarki/pielęgniara w oddziale szpitalnym konieczne dla prawidłowego realizowania w tym zakresie zadań Szpitala w myśl obowiązujących przepisów oraz umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- 7) W ramach udzielania świadczeń pielęgniarskich Oferent zobowiązany będzie do osobistego wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

III. O ZAMÓWIENIE MOGĄ UBIEGAĆ SIĘ OFERENCI SPEŁNIAJĄCY NASTĘPUJĄCE WARUNKI:

1. Spełniają wymogi określone w art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 160.).
2. Są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym oraz posiadają niezbędne uprawnienia do wykonywania określonych czynności będących przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymaganiami ustawowymi takimi jak:
 - 1) posiadanie aktualnego wpisu do właściwego rejestru pielęgniarek i położnych dla osób niepodlegających wpisowi do KRS lub aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego w przypadku pomiotów podlegających wpisowi do KRS.
 - 2) legitymowanie się kwalifikacjami do udzielania usług pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych (czynne prawo wykonywania zawodu, bez ograniczeń. Oświadczenie o niekaralności za wykroczenia zawodowe – formularz oferta),
 - 3) posiadający aktualne badania profilaktyczne, orzeczenie lekarza medycyny pracy stwierdzającego zdolność do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara,
 - 4) dysponują odpowiednią wiedzą, doświadczeniem obejmującym niniejsze postępowanie,
 - 5) wyrażają zgodę na wszystkie warunki określone w niniejszej dokumentacji,
3. **Oferent** deklaruje, że posiadać będzie ważną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz ważną polisę ubezpieczenia NNW zawierającej m.in. pokrycia kosztów leczenia w przypadku ekspozycji zawodowej na krew przez cały okres obowiązywania umowy – załącznik nr 3 do postępowania konkursowego M.434.6A.2018.
4. Ponadto **Oferent** zobowiązany jest do:
 - 1) zachowania tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić Szpital na szkodę,
 - 2) przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych w związku z możliwością dostępu do dokumentacji medycznej pacjentów oraz przetwarzania danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i swobodnym przepływem takich danych zwanym dalej „RODO” oraz Polityką

Bezpieczeństwa WSSz im. M. Pirogowa w Łodzi w zbiorze danych osobowych i medycznych pacjenta w sposób przyjęty przez **Udzielającego Zamówienie**.

- 3) do przestrzegania w czasie realizacji zadań wynikających z niniejszej umowy zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz.U. z 2017. poz. 1318 z późn. zm).

IV. INSTRUKCJA DLA OFERENTÓW:

1. Oferent przedstawia ofertę zgodnie z wymogami określonymi w dokumentacji konkursowej, Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 160), Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2017.1938 t.j. z późn. zm.)
2. Wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent.
3. Osobom uprawnioną do udzielania informacji i kontaktu z Oferentami jest Dział Metodyczno-Organizacyjny – tel. 42 680-47-69 lub Pielęgniarka Naczelna – tel. 42 636-76-11 wew. 259.
4. Informacje udzielane są od poniedziałku do piątku od 8:30 do 14:00.
5. Termin związania oferty wnosi 7 dni od daty otwarcia ofert.
6. Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo do przesunięcia terminu składania ofert, odwołania lub unieważnienia Konkursu na każdym etapie postępowania konkursowego, a także wyboru mniejszej liczby ofert spełniających wymogi bez podania przyczyn.

V. PRZYGOTOWANIE OFERTY:

Oferta powinna być napisana w języku polskim na maszynie, komputerze lub inną trwałą techniką.

1. Każdy z Oferentów może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez danego Oferenta.
2. Ofertę podpisuje osoba upoważniona do reprezentowania Oferenta na zewnątrz. Wszystkie podpisy złożone w ofercie winny być opatrzone pieczęcią imienną osoby składającej podpis celem jej identyfikacji.
3. Każda zapisana strona oferty musi być ponumerowana kolejnymi numerami oraz opatrzona podpisem osoby upoważnionej.
4. Wszystkie strony oferty winny być złączone w sposób trwały, uniemożliwiający ich rozłączenie bez naruszania integralności oferty.
5. Wszystkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
6. Oferta powinna zawierać wszystkie wymagane niniejszą dokumentacją oświadczenia i dokumenty. W przypadku zgłoszenia do oferty kopii dokumentu wymagane jest potwierdzenie „za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną do reprezentowania firmy lub składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
7. Oferta powinna zawierać minimalną i maksymalną deklarowaną liczbę godzin świadczeń usług na rzecz Udzielającego Zamówienie w miesiącu oraz cenę brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń. Przy czym 1 godzina = 60 min.
8. Oferowaną cenę brutto (PLN) za 1 godzinę wykonywania świadczeń pielęgniarskich należy umieścić w formularzu ofertowym (załącznik nr 1) oraz w formularzu cenowym (załącznik nr 2). Oferowana cena brutto (PLN) za 1 godzinę nie może zawierać dodatku ustalonego zgodnie z Ustawą z dnia 08.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w Podmiotach leczniczych oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 08.08.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zwanym dodatkiem „zembalowym”, który Udzielający zamówienie wypłaca odrębnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (proporcjonalnie do ilości przepracowanych godzin).

VI. WPROWADZANIE ZMIAN W OFERCIE:

1. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert.
2. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty winno zostać złożone w sposób i w formie przewidzianej dla oferty, z tym, że koperta powinna być dodatkowo oznaczona dopiskiem „zmiana” lub „wycofanie”.

VII. WYMAGANE DOKUMENTY:

1. Formularz „Oferta” – sporządzony i wypełniony i podpisany przez Oferenta, jako *załącznik nr 1* do postępowania konkursowego.
2. Formularz „cenowy” – sporządzony i wypełniony i podpisany przez Oferenta, jako *załącznik nr 2* do postępowania konkursowego.
3. Podpisane oświadczenie o zobowiązaniu się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i NNW, jako *załącznik nr 3* do postępowania konkursowego.
4. Oświadczenie dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych jako *załącznik nr 4* do postępowania konkursowego.
5. Aktualny odpis z właściwego dla Oferenta rejestru.
6. W przypadku pomiotów leczniczych będących przedsiębiorstwami, pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.
7. Dokument potwierdzający posiadanie przez Oferenta prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza.
8. Dyplom ukończonych studiów/ szkoły medycznej.
9. Dyplom/Zaświadczenia o ukończonych kursach, specjalizacjach, jeśli Oferent ukończył.
10. Dokumenty potwierdzające doświadczenie Oferenta w realizacji świadczeń pielęgniarskich – przebieg pracy zawodowej.
11. Zaświadczenie o odbytych i ważnym szkoleniu BHP stosownych do stanowiska pracy.
12. Podpisany wzór umowy stanowiący załącznik do niniejszej dokumentacji konkursowej (jako *załącznik nr 5* do postępowania konkursowego).

VIII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:

1. Oferty w zamkniętych kopertach oznaczonych „Oferta konkursowa – udzielania świadczeń zdrowotnych usług pielęgniarskich dla WSSz im. M. Pirogowa. Sprawa M.434.6A.2018” opatrzone pieczęcią oferenta należy złożyć w siedzibie **Udzielającego Zamówienie** w Łodzi, w sekretariacie Szpitala przy ul. Wólczańskiej 191/195, do dnia **20.07.2018 r.** do godz. 12.30.
2. Oferty złożone u **Udzielającego Zamówienie** po upływie ww. terminu zostaną odesłane bez rozpatrywania.
3. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **20.07.2018 r.** o godz. 13.00 w gabinecie Dyrektora Szpitala przy ul. Wólczańskiej 191/195 w Łodzi.

IX. INFORMACJE DODATKOWE:

1. **Udzielający Zamówienie** zastrzega sobie prawo korekty oczywistych omyłek w treści ogłoszonej oferty.
2. **Udzielający Zamówienie** zastrzega sobie prawo odwołania konkursu oraz prawo przesunięcia terminu składania ofert.
3. **Udzielający Zamówienie** rozstrzygnie konkurs w ciągu 14 dni od chwili upływu terminu do składania ofert oraz wezwie wybranych Oferentów do zawarcia umów we wskazanym terminie.

4. **Udzielający Zamówienie** ogłosi wynik konkursu tj. wybór ofert lub unieważnienie konkursu zamieszczając stosowne ogłoszenie w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie (tablica ogłoszeń) oraz przekaze te informacje niezwłocznie wszystkim Oferentom biorącym udział w postępowaniu.
5. **Udzielający Zamówienie** dopuszcza składanie ofert ze wskazaniem minimalnej i maksymalnej liczby godzin w miesiącu w czasie, których oferent będzie mógł udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń pielęgniarskich.
6. **Udzielający Zamówienie** dopuszcza wybór więcej niż 1 oferty i o różnych cenach dla Oferentów spełniających kryteria konkursu.
7. **Udzielający Zamówienie** wybierze najkorzystniejsze oferty spełniające wymagania konkursu.

X. KRYTERIA CENY OFERT:

Porównanie ofert w toku postępowania konkursowego dokonuje się według kryteriów wyboru oferty:

1. **Jakości** – maksymalnie 10 pkt, (10 pkt. – pielęgniarka/pielęgniarz ze specjalizacją, 5 pkt. pielęgniarka/pielęgniarz bez specjalizacji)
2. **Kompleksowości** - maksymalnie 10 pkt, (10 pkt. - doświadczenia powyżej 24 m-cy przepracowanych w zawodzie pielęgniarskim – 5 pkt., doświadczenie od 12 do 24 m-cy przepracowanych w zawodzie pielęgniarskim, 3 pkt. – doświadczenie od 12 do 6 m-cy przepracowanych w zawodzie pielęgniarskim)
3. **Dostępności** - maksymalnie 10 pkt, (10 pkt. - dostępność 7 dni w tygodniu), (5 pkt. – dostępność w dni robocze)
4. **Ciągłości** - maksymalnie 10 pkt. wagi, (10 pkt. – złożenie oferty na cały okres obowiązywania umowy, 6 pkt., złożenie oferty na okres min. 12 miesięcy, 3 pkt. - złożenie oferty na cały okres nie krótszy niż 6 m-cy.)
5. **Ceny** - 60 pkt. wagi,

Kryterium nr 5: cena (brutto) – według następującego wzoru:

$$\text{Ilość punktów} = \frac{\text{najniższa zaoferowana cena oferty}}{\text{cena zaoferowana w badanej ofercie}} \times \text{waga kryterium}$$

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta, która uzyska najwyższą ilość punktów za wszystkie kryteria łącznie.

XI. SKARGI I PROTESTY:

Oferentowi przysługuje prawo składania protestów i odwołań dotyczących konkursu zgodnie z zasadami określonymi w art. 152, 153 oraz 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017.1938 ze zm.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2001 o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 poz. 160 t.j.)

XII. ZAŁĄCZNIKI:

1. „Formularz Oferta” (załącznik nr 1),
2. „Formularz cenowy” (załącznik nr 2),

3. „Oświadczenie o zobowiązaniu się do zawarcia ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na okres trwania umowy lub kopia obowiązującej umowy ubezpieczenia (załącznik nr 3),
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 4),
5. Projekt umowy (załącznik nr 5).

Zatwierdzam:

Dr n. med. Roman Bocian
Dyrektor WSSz im. M. Pirogowa

⁽¹⁾ Dyrektor
W.S.Sz. im. M. Pirogowa

~~dr n. med. Roman Bocian~~

Pieczęć jednostki:

FORMULARZ OFERTA

Nazwa i siedziba Oferenta:

Nr telefonu / Nr faxu.....email

REGON -, NIP -

Osoba uprawniona do kontaktu z Udzielającym zamówienia:

Nawiązując do ogłoszenia WSSz im. M. Pirogowa w Łodzi o konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie świadczeń pielęgniarских polegających na zapewnieniu całodobowej opieki pielęgniarской pacjentom WSSz im. M. Pirogowa w Łodzi oświadczam, iż:

1. Zapoznałam/łem się z warunkami zawartymi w dokumentacji konkursowej i wyrażam zgodę na wszystkie warunki w niej określone;
2. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składam ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, w celu uzyskania korzyści majątkowych;
3. Posiadam co najmniej miesięczny staż pracy w zawodzie pielęgniarским;
4. Posiadam specjalizację z.....;
5. Wyrażam swoją gotowość do pracy w systemie dyżurowym w *dni robocze/7 dni w tygodniu** na podstawie miesięcznego wykazu pracy Oddziału,
6. *prowadzę/nie prowadzę** indywidualną praktykę pielęgniarскую;
7. Nie byłam(łem) karana(y) za wykroczenia zawodowe;
8. Nie jestem pracownikiem WSSz im. M. Pirogowa/Jestem byłym pracownikiem WSSz im. M. Pirogowa, z którym umowa została rozwiązana nie z mojej winy*;
9. Wskazuję minimalną i maksymalną liczbę godzin w miesiącu, w których będę mógł/mogła udzielać świadczeń zdrowotnych;
10. Wskazuję cenę brutto za 1 godzinę świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń usług pielęgniarских w wysokości PLN (słownie.....)

.....
Miejscowość i Data.....
Podpis osoby upoważnionej

*Niepotrzebne należy skreślić

Pieczęć jednostki:

Formularz cenowy:

Cennik:

L.p.	Nazwa świadczenia	Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia
1	świadczenia pielęgniarские polegające na zapewnieniu całodobowej opieki pielęgniarской pacjentom WSSz im. M. Pirogowa w Łodzi	

Szacowana wartość oferty:

Szacowana maksymalna liczba godzin w miesiącu – (zgodnie z pkt. 10 Formularza ofert)	Cena jednostkowa brutto za godzinę świadczenia	Szacunkowa maksymalna miesięczna wartość brutto (a x b)	Szacunkowa maksymalna wartość brutto na 14 miesięcy (c x 12)
a	b	c	d
.....

*** Ustawowy dodatek „zembalowy” Zamawiający wypłaca odrębnie – proporcjonalnie do wykonanych godzin przez Przyjmującego zamówienie.

.....
Miejscowość i Data

.....
Podpis osoby upoważnionej

Pieczęć jednostki:

Oświadczenie

Przystępując do konkursu ofert ogłoszonego przez Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi na wykonywanie świadczeń zdrowotnych **polegających na zapewnieniu całodobowej opieki pielęgniarskiej pacjentom WSSz im. M. Pirogowa** w Łodzi (nr sprawy 434.6A.2018) zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wynikającego z art. 25 ust. 1 pkt 1 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. oraz Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2011 nr 293 poz. 1729.) oraz ubezpieczenia NNW przez okres obowiązywania umowy.

.....
Miejscowość i Data

.....
Podpis osoby upoważnionej

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa w Łodzi, ul. Wólczańska
191/195, 90-531 Łódź

- 1) Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w procesie niezbędnych w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych usług pielęgniarских dla WSSz im. M. Pirogowa Sprawa M.434.6A.2018
- 2) Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
- 3) Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
(data, podpis)

