

Toruń, dnia 23.11.2017 r.

OGŁOSZENIE o ZAMÓWIENIU NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Udzielający zamówienia:

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

im. Ks. Jerzego Popiełuszki

ul. Ligi Polskiej 8, 87-100 Toruń

tel/fax: (056) 65-74-290

adres strony internetowej: www.zpotorun.pl

e-mail: sekretariat2@op.pl

ogłasza konkurs ofert

w trybie art. 26 ust.1-4 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej
(t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1638 z późn. zm.)

1. Przedmiotem konkursu jest udzielenie zamówienia na **wykonywanie świadczeń zdrowotnych** na rzecz Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu w poniższych **zakresach (zadaniach)**:

1/ konsultacji lekarskich z medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych na oddziale I –opiekuńczo-leczniczym (ZADANIE Nr 1),

2/ konsultacji lekarskich z medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych na oddziale II - psychogeriatrycznym (ZADANIE Nr 2),

3/ konsultacji lekarskich z medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych na oddziale III - psychogeriatrycznym (ZADANIE Nr 3),

4/ konsultacji lekarskich z medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych na oddziale IV - piel.-opiekuńczym (ZADANIE Nr 4),

5/ konsultacji lekarskich z psychiatrii na czterech oddziałach opieki całodobowej i jednym oddziale opieki dziennej (ZADANIE Nr 5),

6/ konsultacji lekarskich z psychiatrii na jednym oddziale pobytu dziennego (ZADANIE Nr 6),

7/ konsultacji lekarskich z neurologii (ZADANIE Nr 7).

8/ konsultacji lekarskich z anestezjologii i intensywnej terapii wg zakresu określonego w rozdziale VII pkt. 3.8 „szczegółowych warunków konkursu” (ZADANIE Nr 8).

9/ konsultacji lekarskich z anestezjologii i intensywnej terapii wg zakresu określonego w rozdziale VII pkt. 3.9 „szczegółowych warunków konkursu” (ZADANIE Nr 9).

10/ konsultacji z neurologopedii (ZADANIE Nr 10),

11/ badań lekarskich z medycyny pracy (ZADANIE Nr 11),

12/ badań laboratoryjnych i diagnostycznych (ZADANIE Nr 12).

Przedmiot zamówienia podzielony jest na **12 zadań** z możliwością składania ofert częściowych.

1.1. Zakres zamawianych świadczeń określony jest w „**szczegółowych warunkach konkursu**”,

które można pobrać ze strony internetowej „Udzielającego zamówienia” - www.zpotorun.pl

Dodatkowych informacji w sprawie konkursu udziela: mgr Grażyna Śmiarowska, tel.: 65-74-290.

2. Udzielający zamówienia może udzielić zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych podmiotom leczniczym w zakresie odpowiadającym wpisowi do właściwego rejestru lub osobom legitymującym się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.

W związku z powyższym, ofertę może złożyć osoba/podmiot leczniczy spełniająca warunki, o których mowa poniżej dla świadczeń zdrowotnych, których dotyczy składana oferta.

3. Przedłożona oferta musi spełniać następujące **warunki** i zawierać n/w dokumenty:

3.1. W przypadku świadczeń zdrowotnych w zakresach (zadaniach) Nr 1 – 10.

1/ wypełniony „**formularz ofertowy**” (wg Zał. Nr 1 do zapytania ofertowego).

2/ polisa lub oświadczenie, że Oferent posiada lub zobowiązuje się zawrzeć umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania świadczeń zdrowotnych.

Kserokopia polisy musi być przedłożona Udzielającemu zamówienia przed podpisaniem umowy.

3/ odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, *jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji,*

4/ zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, *jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do tego rejestru,*

5/ prawo wykonywania zawodu, *jeżeli odrębne przepisy wymagają posiadania tego prawa,*

6/ dokumenty potwierdzające nabycie fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie, którego dotyczy składana oferta (dyplom ukończenia studiów/szkoły medycznej właściwej dla zakresu świadczeń, którego dotyczy oferta, specjalizacja w tym zakresie),

7/ Informacja nt. posiadanego doświadczenia zawodowego osoby przewidzianej do realizacji zamówienia (*podać dokładny okres zatrudnienia, liczbę miesięcy lub lat posiadanego doświadczenia zawodowego w danej dziedzinie medycyny i w odpowiednim charakterze, nazwę jednostki, w której były wykonywane lub są wykonywane usługi*) - informacja wg wzoru określonego w Zał. Nr 4 (**UWAGA! – dokument niezbędny do oceny w kryterium „jakości” opisanym w Zał. Nr 5).**

3.2. W przypadku świadczeń zdrowotnych w zakresach (zadaniach) Nr 11-12 - badania z zakresu medycyny pracy oraz badania laboratoryjne i diagnostyczne:

1/ wypełniony „**formularz ofertowy**” (wg Zał. Nr 1 do zapytania ofertowego).

2/ polisa lub oświadczenie, że Oferent posiada lub zobowiązuje się zawrzeć umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania świadczeń zdrowotnych, **lub**

polisa lub oświadczenie, że Oferent posiada lub zobowiązuje się zawrzeć umowę ubezpieczenia dobrowolnego OC dla osoby wykonującej zawód medyczny, o ile jest to zawód medyczny nie podlegający wpisowi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Kserokopia polisy musi być przedłożona Udzielającemu zamówienia przed podpisaniem umowy.

3/ odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, *jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji,*

4/ zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, *jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do tego rejestru,*

5/ prawo wykonywania zawodu, *jeżeli odrębne przepisy wymagają posiadania tego prawa,*

6/ dokumenty potwierdzające nabycie fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie (dyplom ukończenia studiów/szkoły medycznej właściwej dla zakresu świadczeń, którego dotyczy oferta, specjalizacja w tym zakresie, *jeżeli odrębne przepisy wymagają jej posiadania*): **w zakresie medycyny pracy** - specjalista medycyny pracy, neurolog, laryngolog, okulista, dermatolog (**Zad. Nr 11**), **w zakresie badań laboratoryjnych i diagnostycznych** - diagnosta laboratoryjny i radiolog (**Zad. Nr 12**).

7/ Informacja nt. posiadanego doświadczenia zawodowego osoby przewidzianej do realizacji zamówienia w **Zad. Nr 11** tj. lekarza medycyny pracy (*podać dokładny okres zatrudnienia, liczbę miesięcy lub lat posiadanego doświadczenia zawodowego w danej dziedzinie medycyny i w odpowiednim charakterze, nazwę jednostki, w której były wykonywane lub są wykonywane usługi*) - informacja wg wzoru określonego w Zał. Nr 4 (**UWAGA! – dokument niezbędny do oceny w kryterium „jakości” opisanym w Zał. Nr 5).**

8) dokument potwierdzający wpis laboratorium do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych, wystawiony nie wcześniej niż 12 miesięcy przed upływem terminu składania ofert - **dotyczy tylko ofert w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i diagnostycznej,**

9) wykaz posiadanej aparatury laboratoryjnej i diagnostycznej do realizacji świadczeń będących przedmiotem zamówienia - **dotyczy tylko ofert w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i diagnostycznej,**

10) wykaz personelu zatrudnionego w zakładzie diagnostyki laboratoryjnej oraz pracowni diagnostyki obrazowej z określeniem wykształcenia, kwalifikacji zawodowych i doświadczenia - **dotyczy tylko ofert w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i diagnostycznej.**

4. W przypadku złożenia oferty przez przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych, winna ona zawierać odpowiednio dokumenty określone w pkt.2 dotyczące osób, które będą skierowane przez te podmioty do udzielania świadczeń zdrowotnych, a ponadto kopie wpisów do odpowiednich rejestrów.

5. Wszelkie dokumenty mogą być składane w formie oryginału lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Oferenta. Udzielający zamówienia może zażądać przedstawienia oryginału dokumentu, w przypadku gdy kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej zgodności z oryginałem, a Udzielający zamówienia nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.

6. Czas obowiązywania umowy: 02.01.2018 r. – 31.12.2020 r.

7. Miejsce i termin składania ofert: sekretariat Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu - 01.12.2017 r. do godz. 14.45.

Miejsce i termin otwarcia ofert: gabinet dyrektora Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu - 01.12.2017 r. godz. 15.15.

8. **Termin i miejsce rozstrzygnięcia konkursu:** ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej „udzielającego zamówienia” – www.zpotorun.pl w dniu 15.12.2017 roku. W przypadku przesunięcia terminu rozstrzygnięcia, „Udzielający zamówienia” zamieści informacje o nowym terminie rozstrzygnięcia konkursu.

9. Kryteria oceny ofert:

W zakresie świadczeń zdrowotnych określonych w zakresach (zadaniach) nr 1 - 11:

- **Cena** za realizację zamówienia: 70%
- **Jakość** tj. ocena doświadczenia zawodowego osoby przewidzianej do realizacji zamówienia: 30%.

W zakresie świadczeń zdrowotnych określonych w zakresie (zadaniu) nr 12:

- **Cena** za realizację zamówienia: 70%
- **Jakość** tj. tj. kwalifikacje zawodowe i doświadczenie osób przewidzianych do realizacji zamówienia, baza lokalowa i sprzętowa niezbędna do wykonywania świadczeń zdrowotnych, zewnętrzne opinie (referencje, certyfikaty jakości): 30%.

10. „Udzielający zamówienia” zastrzega sobie prawo odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert .

11. Oferenci mogą składać protesty i odwołania zgodnie z zapisami art. 152-154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1793 z późn. zm.).

Załączniki:

1. Szczegółowe warunki konkursu

Dyrektor
Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego
w Toruniu

mgr Grażyna Śmiarowska