



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020
Oś priorytetowa IV „Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa”

Toruń, dnia 21.11.2017 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 opieki zdrowotnej przez lekarza psychiatrę, fizjoterapeutę, logopedę, terapeutę zajęciowego, opiekuna medycznego, psychoterapeutę na rzecz chorych z chorobą otępienną i ich opiekunów w ramach projektu numer POWER.04.01.00-00-D005/15 pt. „Skoordynowana opieka środowiskowa skierowana do osób z chorobą otępienną i ich opiekunów”.

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. Oferent musi spełniać następujące **warunki**, a oferta zawierać n/w dokumenty:

3.1. W przypadku lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii:

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 określonym zakresie **tj. lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii** (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 2 (**UWAGA! – dokument niezbędny do oceny w kryterium „jakości” opisanym w Zał. Nr 3).**

3.2. W przypadku fizjoterapeuty i świadczeń w dziedzinie fizjoterapii:

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 **tj. fizjoterapii** (dyplom ukończenia studiów/szkoły medycznej właściwej dla zakresu świadczeń, którego dotyczy oferta, specjalizacja w tym zakresie, *jeżeli odrębne przepisy wymagają jej posiadania*),

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 2 (**UWAGA! – dokument niezbędny do oceny w kryterium „jakości” opisanym w Zał. Nr 3).**

3.3. W przypadku logopedy i świadczeń w dziedzinie logopedii:

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 **tj. logopedii** (dyplom ukończenia studiów/szkoły medycznej właściwej dla zakresu świadczeń, którego dotyczy oferta, specjalizacja w tym zakresie, *jeżeli odrębne przepisy wymagają jej posiadania*),

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 2 (**UWAGA! – dokument niezbędny do oceny w kryterium „jakości” opisanym w Zał. Nr 3).**

3.4. W przypadku terapeuty zajęciowego i świadczeń w dziedzinie terapii zajęciowej:

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 **tj. terapii zajęciowej** (dyplom ukończenia studiów/szkoły medycznej właściwej dla zakresu świadczeń, którego dotyczy oferta, specjalizacja w tym zakresie, *jeżeli odrębne przepisy wymagają jej posiadania*),

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 2 (**UWAGA! – dokument niezbędny do oceny w kryterium „jakości” opisanym w Zał. Nr 3).**

3.5. W przypadku opiekuna medycznego:

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 **tj. opieki medycznej** (dyplom ukończenia studiów/szkoły medycznej właściwej dla zakresu świadczeń, którego dotyczy oferta, specjalizacja w tym zakresie, *jeżeli odrębne przepisy wymagają jej posiadania*),

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 2 (**UWAGA! – dokument niezbędny do oceny w kryterium „jakości” opisanym w Zał. Nr 3).**

3.6. W przypadku psychoterapeuty i świadczeń w dziedzinie psychoterapii:

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 tj. **psychoterapii** (dyplom ukończenia studiów/szkoły medycznej właściwej dla zakresu świadczeń, którego dotyczy oferta, specjalizacja w tym zakresie, *jeżeli odrębne przepisy wymagają jej posiadania*),
- 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 2 (**UWAGA! – dokument niezbędny do oceny w kryterium „jakości” opisanym w Zał. Nr 3**).

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. – 31.12.2019 r.

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

Miejsce i termin otwarcia ofert: gabinet dyrektora Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu - **01.12.2017r.** godz. 15.00.

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:

- **Cena** za realizację zamówienia: 80%
- **Jakość** tj. ocena doświadczenia zawodowego osoby przewidzianej do realizacji zamówienia: 20%.

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