

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT
zwane dalej „SWKO”

na udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach Zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie w zakresie :

1. OPIEKI LEKARSKIEJ
2. OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ
3. REHABILITACJI

I. Informacja ogólna

Organizatorem Konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych jest Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o., zwany dalej Udzielającym zamówienie

II. Podstawa prawna

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn.zm.)

III. Przedmiot konkursu

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w wymienionych powyżej zakresach.
2. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych – od dnia 01.01.2018r. do 31.12.2020r.*
3. Ilość świadczeń zdrowotnych i miejsce ich udzielania – określono w wymaganiach szczegółowych
4. Udzielający zamówienie dopuszcza możliwość składania ofert częściowych, ze wskazaniem miejsca zamieszkania pacjenta.

IV. Wymagania stawiane Przyjmującemu zamówienie:

1. Oferentem może być podmiot wykonujący działalność leczniczą (praktyka lekarska, praktyka pielęgniarska), lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny (fizjoterapeuta), zwanym dalej „Przyjmującym zamówienie”;
2. Oferta musi zawierać:
 - 1) aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – dot. praktyk zawodowych;
 - 2) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej – (wydruk z CEIDG);
 - 3) kserokopia decyzji w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej NIP
 - 4) kserokopia zaświadczenia GUS o numerze REGON
 - 5) kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje osób udzielających świadczeń objętych ofertą
 - 6) aktualna polisa OC potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie wymaganym przepisami lub oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia OC na okres obowiązywania umowy, a polisę dostarczyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania zadań;
 - 7) wypełniony i podpisany przez Oferenta lub upoważnioną osobę do reprezentowania Oferenta druk „Formularz Oferty” na udostępnionym przez Udzielającego zamówienie druku – do pobrania ze strony internetowej www.szpitalpolanki.pl lub w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji (poniedziałek – piątek, w godzinach 7.30 – 14.00);
 - 8) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Przyjmującego zamówienie, w szczególności do złożenia oferty, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania Przyjmującego zamówienie wynika z przedstawionych dokumentów;

- 9) oświadczenie oferenta, że wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym i w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu;
 - 10) oświadczenie o niekaralności za przestępstwa zawodowe lub umyślne;
 - 11) aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu (od lekarza medycyny pracy) – dostarczyć nie później niż w dniu podpisania umowy.
3. Sposób przygotowania oferty określono w Regulaminie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
 4. Kserokopie dokumentów należy poświadczyć za zgodność z oryginałem.

V. Wymagania szczegółowe stawiane Przyjmującemu zamówienie :

1. OPIEKA LEKARSKA

1. ilość pacjentów do objęcia opieką – 11 pacjentów
2. miejsce udzielania świadczeń – miejsce zamieszkania pacjenta:
 - Gdańsk – 2 pacjentów
 - Gdynia – 1 pacjent
 - Chojnice* – 1 pacjent na okres 1.01.2018. - 31.03.2018.
 - Łebcz gm. Puck – 1 pacjent
 - Połczyno gm. Puck – 1 pacjent
 - Gurcz k/Kwidzyna – 1 pacjent
 - Olszówka k/Kwidzyna – 1 pacjent
 - Gniewskie Pole gm. Kwidzyn – 1 pacjent
 - Frank gm. Kaliska – 1 pacjent
 - Bytów – 1 pacjent na okres 1.01.2018. - 31.08.2018.
3. wymagania stawiane Przyjmującemu zamówienie:
 - czynne prawo wykonywania zawodu,
 - specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
 - wizyty w domu pacjenta nie rzadziej niż 1 raz w tygodniu przez min. 1h30'
 - pozostawanie w stałej dostępności pod telefonem,
 - prowadzenie dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych,
 - prowadzenie sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami
 - prowadzenie ewidencji czasu udzielanych świadczeń

2. OPIEKA PIELEŃNIARSKA

1. ilość pacjentów do objęcia opieką – 19 pacjentów
2. miejsce udzielania świadczeń – miejsce zamieszkania pacjenta:
 - Gdańsk – 4 pacjentów
 - Nowy Świat – 1 pacjent na okres 1.01.2018. - 31.10.2018.
 - Gdynia – 1 pacjent
 - Chojnice* – 1 pacjent na okres 1.01.2018. - 31.03.2018.
 - Garcz gm. Chmielno – 1 pacjent
 - Strzebielino pow. Wejherowo – 1 pacjent
 - Połczyno gm. Puck – 1 pacjent
 - Kościerzyna – 1 pacjent
 - Gowidlino gm. Sierakowice – 1 pacjent
 - Cieszenie gm. Chmielno – 2 pacjentów
 - Gurcz k/Kwidzyna – 1 pacjent
 - Olszówka k/Kwidzyna – 1 pacjent
 - Gniewskie Pole gm. Kwidzyn – 1 pacjent
 - Frank gm. Kaliska – 1 pacjent
 - Bytów – 1 pacjent na okres 1.01.2018. - 31.08.2018.
3. wymagania stawiane Przyjmującemu zamówienie:
 - czynne prawo wykonywania zawodu,
 - posiadanie specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub opieki paliatywnej, lub opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta wentylowanego mechanicznie, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów,
 - minimum 1 rok doświadczenia zawodowego,
 - wizyty w domu pacjenta nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu przez min. 1h30",
 - pozostawanie w stałej dostępności pod telefonem,

- prowadzenie dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych,
- prowadzenie sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami
- prowadzenie ewidencji czasu udzielanych świadczeń

3. REHABILITACJA

1. ilość pacjentów do objęcia opieką – 25 pacjentów

2. miejsce udzielania świadczeń – miejsce zamieszkania pacjenta:

- Gdańsk – 7 pacjentów
- Nowy Świat – 1 pacjent na okres 1.01.2018. - 31.10.2018.
- Gdynia – 2 pacjentów
- Garcz gm. Chmielno – 1 pacjent
- Łebcz gm. Puck – 1 pacjent
- Pruszcz Gdański – 1 pacjent
- Strzebielino pow. Wejherowo – 1 pacjent
- Sławutowo gm. Puck – 1 pacjent
- Połczyno gm. Puck – 1 pacjent
- Kościerzyna – 1 pacjent
- Gowidlino gm. Sierakowice – 1 pacjent
- Cieszenie gm. Chmielno – 2 pacjentów
- Olszówka k/Kwidzyna – 1 pacjent
- Łaguszewo gm. Trąbki Wlk. – 1 pacjent
- Malary gm. Skarszewy – 1 pacjent
- Frank gm. Kaliska – 1 pacjent
- Bytów – 1 pacjent na okres 1.01.2018. - 31.08.2018.

3. wymagania stawiane Przyjmującemu zamówienie:

- posiadanie kwalifikacji wymaganych do wykonywania zadań objętych konkursem (fizjoterapeuta),
- doświadczenie zawodowe w pracy z dziećmi w zakresie przedmiotu konkursu,
- częstotliwość udzielania świadczeń – nie mniej niż 2 razy w tygodniu po 60 minut. Częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych jest ustalana indywidualnie przez lekarza udzielającego świadczeń i może być zwiększona,
- miejsce udzielania świadczeń – miejsce zamieszkania pacjenta,
- prowadzenia dokumentacji na obowiązujących zasadach i zgodnie z przepisami w tym zakresie,
- prowadzenie sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

VI. Suma gwarancyjna ubezpieczenia

1. Suma gwarancyjna ubezpieczenia nie może być niższa niż równowartość :

- 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń – lekarz,
 - 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń – pielęgniarka,
 - 25.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia – fizjoterapeuta,
- których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tj. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2015r. poz. 618 z późn.zm.) oraz rozporządzenie MF z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ((Dz.U. Nr 293,poz. 1729).

2. Kwoty, o których mowa w pkt.1 są ustalane przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC zostaje zawarta.

VII. Kryteria oceny złożonych ofert

- Cena – 100%, wyrażona w złotych polskich.
- Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta z najniższą ceną brutto.

VIII. Umowy, terminy i warunki płatności

1. Umowa zostanie zawarta na czas określony od dnia 01-01-2018r. do dnia 31-12-2020r., z zastrzeżeniem pkt.2.
2. W przypadku pacjentów, którzy w trakcie trwania umowy osiągną pełnoletność, umowa zostanie zawarta na okres do uzyskania pełnoletności.
3. Zapłata za usługi realizowana będzie przelewem na konto wskazane przez „Przyjmującego zamówienie” w terminie do 30 dni od daty złożenia prawidłowo sporządzonego rachunku, wystawionego do 5 dnia następnego miesiąca za świadczenia wykonane w miesiącu poprzednim. Rachunek musi zawierać rodzaj i ilość udzielonych świadczeń.

IX. Pozostałe warunki

- Z materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu, w tym z projektami umów można zapoznać się w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji – budynek Nr 2, pok. 42, od poniedziałku do piątku w godz. 7.30 – 14.00, tel. (58) 520-93-60
- Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub odwołania konkursu w poszczególnych zakresach – w każdym czasie lub przesunięcia terminów składania lub otwarcia ofert, bądź terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert, bez podania przyczyny.
- Oferta powinna spełniać wymagania określone w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert, dostępnego na stronie www.szpitalpolanki.pl