

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT
zwane dalej „SWKO”

**na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie :
wykonywanie opisów badań w zakresie diagnostyki obrazowej (opisywanie badań RTG),
w oparciu o teleradiologię dla pacjentów
Szpitala Dziecięcego Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o.**

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 2018 r. poz. 160 z późn.zm.)

III. Przedmiot konkursu

1. Przedmiotem konkursu jest wykonywanie procedur medycznych, polegających na całodobowym opisywaniu zleconych do opisu badań diagnostycznych tj.: opisywaniu badań radiologicznych (RTG) w oparciu o teleradiologię dla pacjentów Szpitala Dziecięcego Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o. z dostępem 24 godzinnym na dobę przez 7 dni w tygodniu.
2. Zakres rzeczowy oraz wymogi dotyczące kwalifikacji Oferenta określony został w wymaganiach szczegółowych.
3. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych – 24 miesiące od dnia podpisania umowy.
4. Ilość świadczeń zdrowotnych – szacunkowa ilość świadczeń rocznie – ok. 3500

IV. Wymagania stawiane Przyjmującemu zamówienie:

1. Oferentem może być podmiot wykonujący działalność leczniczą, lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zwanym dalej Przyjmującym zamówienie,
2. Oferta musi zawierać: (formularz Oferty stanowi załącznik Nr 1 do SWKO).
 1. dane o Oferencie: imię i nazwisko albo firmę, adres siedziby albo miejsca zamieszkania, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
 2. decyzję o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 3. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej – (wydruk z CEIDG),
 4. kopię decyzji w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej NIP,
 5. kserokopię zaświadczenia GUS o numerze REGON,
 6. oświadczenie Oferenta, stanowiące załącznik Nr 2 do SWKO,
 7. wykaz personelu i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych (wchodzących w skład zespołu dyżurowego) - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje tych osób,
 8. kserokopia aktualnej polisy OC potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie wymaganym przepisami w tym zakresie lub oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia OC na okres obowiązywania umowy, a polisę dostarczyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania zadań,
 9. proponowaną cenę brutto za:
 - opis zwykły (w ciągu 24 godzin)
 - opis w trybie cito - niezwłocznie, jednak nie dłużej niż w ciągu 2 godzin
 10. wypełniony i podpisany przez Oferenta lub upoważnioną osobę do reprezentowania Oferenta druk „Formularz Ofert” 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),
 11. 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,

Sposób przygotowania oferty określono w Regulaminie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

V. Wymagania szczegółowe stawiane Przyjmującemu zamówienie :

I. Wymogi dotyczące kwalifikacji Oferenta i sposobu wykonywania świadczeń zdrowotnych:

- Podmiot leczniczy posiadający udokumentowane doświadczenie w świadczeniu usług w zakresie opisywania badań RTG przez co najmniej okres trzech lat, z co najmniej trzema podmiotami, potwierdzone na podstawie oświadczenia Oferenta.
- Personel lekarski posiadający specjalizację w zakresie radiologii oraz doświadczenie w wykonywaniu i opisywaniu w/w badań.
- Udzielający zamówienie wymaga, aby opisu badań dokonywali wyłącznie lekarze specjaliści w dziedzinie radiologii,
- Organizator konkursu wymaga aby wyniki badań podpisywane były bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu.
- Organizator konkursu wymaga udostępnienia przeglądarki badań oraz opisów w postaci podpisanych elektronicznie plików pdf celem szybkiego poglądu wyników w gabinetach lekarskich ogłaszającego konkurs, zaraz po wykonaniu opisu.
- Wybrany Oferent podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
- Udzielający zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia obrazów w formacie DICOM dla Przyjmującego zamówienie, za pomocą szyfrowego połączenia, za którego konfigurację odpowiada Przyjmujący zamówienie,
- Udzielający zamówienie zobowiązuje się do przesłania skierowania drogą elektroniczną.
- Po przesłaniu obrazów w formacie DICOM oraz skierowania, Udzielający zamówienie informuje o przesłanym badaniu Przyjmującego zamówienie drogą telefoniczną na numer telefonu, pod którym odbywa się dyżur Przyjmującego zamówienie (dotyczy badań zleczanych w trybie cito).
- Dostarczone rozwiązanie powinno być kompletne, tzn. Udzielający zamówienie nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z pełnym uruchomieniem oferowanego rozwiązania.
- Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przesłania opisu badań do Udzielającego zamówienie drogą elektroniczną, z zachowaniem terminu dostarczenia wymienionego w pkt II oraz oryginału opisu wraz z rachunkiem za udzielone świadczenia za dany miesiąc.
- Przyjmujący zamówienie będzie współpracował z personelem medycznym Udzielającego zamówienie.

II. Zakres świadczeń udzielanych w ramach umowy:

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przesłania opisu badań do Udzielającego zamówienie:
 - wyniku badania RTG zwykłego w ciągu 24 godzin, jednak nie później niż do godziny 11:00 dnia następnego (w każdym dniu tygodnia),
 - w trybie nagłym (cito) opis badania RTG, niezwłocznie, jednak nie dłużej niż w ciągu 2 godzin od momentu przekazania na serwer Przyjmującego zamówienie,
2. Szacunkowa liczba badań: ok. 3500/rocznie (w tym szacunkowa liczba badań pilnych – 40%).
3. Udzielający zamówienie zastrzega, że są to wartości szacunkowe i nie jest w stanie zagwarantować minimalnej ilości zleczanych badań.
4. Opisy badań RTG wykonywane będą przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną i standardami, z zachowaniem najwyższej staranności.

VI. Kryteria oceny złożonych ofert

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

VII. Termin i warunki płatności

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 10 dnia następnego miesiąca za świadczenia wykonane w miesiącu poprzednim. Rachunek musi zawierać rodzaj i ilość udzielonych świadczeń.

VIII. Klauzula informacyjna dla personelu udzielającego świadczenia oraz osób kontaktowych Oferenta

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2, a także art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku (80-308), ul. Polanki 119, adres do korespondencji: 80-308 Gdańsk ul. Polanki 119 z dopiskiem IOD.

2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iod@szpitalpolanki.pl
3. Celem przetwarzania Pana/i danych osobowych jest postępowanie na udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach konkursu ofert SWKO oraz w przypadku zawarcia umowy jej wykonywanie, a także dochodzenie roszczeń wynikających z przepisów prawa. Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c) RODO.
4. Odbiorcami przetwarzanych Pana/i danych osobowych w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja konkursu ofert SWKO.
5. Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do przeprowadzenia konkursu ofert SWKO oraz w przypadku zawarcia umowy przez czas jej trwania, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy dotyczące przechowywania dokumentacji medycznej.
6. Ma Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania przysługuje Panu/i w przypadku danych przetwarzanych bezpodstawnie.
7. Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce Pan/i zwykłego pobytu.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem związanym z udziałem w konkursie ofert SWKO oraz niezbędnym do wzięcia w nim udziału.
9. Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
„OFERTA”

I. DANE DOTYCZĄCE OFERENTA:

Pełna nazwa

Adres siedziby

NIP:..... REGON.....

Tel..... e-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY / PROPONOWANA ILOŚĆ ŚWIADCZEŃ W MIESIĄCU

Oferta dotyczy zamówienia na udzielanie świadczeń w zakresie

III. PROPONOWANE WYNAGRODZENIE BRUTTO

1. Opis zdjęć rtg zwykły (w ciągu 24 godzin) – zł/badanie

(słownie:.....)

2. Opis zdjęć rtg tryb cito (niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 2 godzin) – zł/badanie

(słownie

IV. PROPONOWANY OKRES UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**V. Personel udzielający świadczeń;** (wykaz osób wraz z posiadanymi kwalifikacjami)

.....

VI. Załączniki:Wykaz załączników do oferty, które stanowią jej integralną część:

1. oświadczenie Oferenta (załącznik Nr 2 do SWKO),
2. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (wydruk z CEIDG),
3. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. kopię decyzji w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej NIP,
5. zaświadczenie GUS o numerze REGON,
6. kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń,
7. kserokopia aktualnej polisy OC potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie wymaganym przepisami w tym zakresie lub oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia OC na okres obowiązywania umowy, a polisę dostarczyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania zadań,
8. pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, w przypadku, gdy Oferenta reprezentuje pełnomocnik.

kserokopie należy poświadczyc za zgodność z oryginałem

Oferta została złożona na ponumerowanych kolejno stronach łącznie ze wszystkimi załącznikami wymaganymi przez Organizatora Konkursu.

Oświadczam, że wszelkie podane w ofercie informacje są prawdziwe.

.....
 podpis Oferenta/pełnomocnika

.....
pieczęć oferenta

Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu oraz projektem umowy.
2. Nie posiadam zaległości w opłatach do ZUS i US.
3. Zatrudniony personel posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe, a sytuacja ekonomiczna gwarantuje należyte wykonanie świadczeń objętych niniejszym konkursem.
4. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
5. Nie korzystam z usług podwykonawców przy wykonywaniu świadczeń (nie zlecam opisu badań zewnętrznej pracowni).
6. Znany jest mi termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).
7. Wymienione w ofercie i warunkach szczegółowych konkursu warunki zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
8. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obowiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.
9. Posiadam doświadczenie w świadczeniu usług w zakresie opisywania badań RTG przez co najmniej okres trzech lat, z co najmniej trzema podmiotami leczniczymi.
10. Zobowiązuję się do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, z zachowaniem obowiązujących przepisów w tym zakresie.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie, administrowanie, archiwizowanie danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym i w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.).

.....
miejsce i data

.....
podpis i pieczęćka Oferenta/pełnomocnika