

Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o.
11-700 Mrągowo, ul. Wolności 12

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT
zwane dalej „SWKO”

**do postępowania w trybie konkursu ofert w sprawie umowy na udzielenie
zamówienia**

w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych przez

1. Świadczenie usług położnej zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala w oddziale położniczo-ginekologicznym z p/oddz. noworodkowym.

I. Przedmiot zamówienia

1. Udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych a także w razie innych zachorowań - w zakresie wynikającym z posiadania **zawodu medycznego**, kwalifikacji nabytych w drodze kształcenia podyplomowego oraz posiadanych uprawnień, polegające na:
 - 1) Świadczenie usług położnej zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala w oddziale położniczo-ginekologicznym z p/oddz. noworodkowym.
 - 2) pozostawaniu w gotowości do udzielania świadczeń w razie wystąpienia nadzwyczajnych zagrożeń bądź potrzeb wynikających z bieżących zadań udzielającego zamówienia.
2. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych: **01 wrzesień 2023 r.**

II. Realizacja przedmiotu zamówienia

1. Czas udzielania świadczeń: według miesięcznych grafików ustalanych w porozumieniu i dla Przyjmującego Zamówienie przez Udzielającego Zamówienia, zapewniających ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
3. Stosowanie cennika świadczeń zdrowotnych, obowiązującego w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o.
4. Stosowanie wymaganej odzieży ochronnej i roboczej.
5. Udzielający Zamówienia udostępni Przyjmującemu Zamówienie:
 - 1) pomieszczenia przeznaczone do udzielania świadczeń,
 - 2) aparaturę, sprzęt medyczny oraz inne sprzęty, środki i rzeczy, stanowiące wyposażenie środków transportu oraz pomieszczeń,
 - 3) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
 - 4) miejsca wypoczynkowe w pomieszczeniach socjalnych, w miarę istniejących warunków lokalowych,
 - 5) dostęp do systemu informatycznego Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o. po uzyskaniu odpowiednich uprawnień. Brak tych uprawnień uniemożliwia udzielanie świadczeń na podstawie niniejszej umowy.

III. Przyjmujący zamówienie

1. Zamówienie może zostać udzielone **wyłącznie osobom** spełniającym warunki przyjmującego zamówienie, tj. legitymującym się posiadaniem fachowych **kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych przez położną** prowadzącą w tym zakresie **działalność gospodarczą** na warunkach określonych w ustawie z dnia 6.03.2018 r. Prawo Przedsiębiorców, oraz spełniającym wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.

2. Wymagane kwalifikacje i doświadczenie zawodowe

- 1) Położna
w Oddziale położniczo-ginekologicznym z p/oddz. noworodkowym osoba, która posiada wykształcenie wymagane dla położnej:
 - bez kursu kwalifikacyjnego i bez specjalizacji z min. półrocznym stażem pracy lub,
 - posiadającej kurs kwalifikacyjny w zakresie położnictwa i ginekologii lub,
 - posiadającej specjalizację w zakresie położnictwa i ginekologii.

IV. Opis sposobu przygotowania oferty

1. Oferenci przedstawiają ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w niniejszej specyfikacji.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta - pod rygorem nieważności - powinna być napisana w języku polskim, **na formularzu ofertowym**, stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszej specyfikacji oraz winna być podpisana przez Oferenta.
4. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.

5. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy złożyć w papierowym, zamkniętym opakowaniu, opatrzonym napisem: „Konkurs ofert -”
6. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
7. Oferta powinna zawierać - wszystkie niżej wymienione informacje, oświadczenia i dokumenty:

1) I n f o r m a c j e:

- a) dane o Oferencie: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, adres, numer telefonu,
- b) Numer PESEL,
- c) Numer REGON,
- d) Numer identyfikacji podatkowej NIP,
- e) oferowany rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- f) oferowane stawki ryczałtowe należności za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

Powyższe informacje Oferent przedstawia **na formularzu oferty**, stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszej specyfikacji.

2) O ś w i a d c z e n i a:

- a) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursu ofert,
- b) oświadczenie o zapoznaniu się z niniejszą Specyfikacją Warunków Opracowania Oferty,
- c) oświadczenie o zapoznaniu się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych i miejscem ich realizacji,
- d) oświadczenie o posiadaniu wiedzy i umiejętności do realizacji zamówienia oraz udzielaniu świadczeń medycznych w sposób rzetelny oraz zgodny z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością,
- e) oświadczenie o zgodzie do przetwarzania danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym,
- f) oświadczenie o spełnianiu wymagań zdrowotnych, określonych we właściwych przepisach,
- g) oświadczenie o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, odpowiednio do wymogów cz. III. ust. 2 niniejszej specyfikacji,
- h) oświadczenie o aktualnym świadczeniu, u Udzielającego zamówienia, pracy o charakterze zgodnym z przedmiotem oferty, wraz z podstawą świadczenia tej pracy,
- i) oświadczenie o samodzielnym rozliczaniu się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,
- j) oświadczenie o przyjęciu obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
- k) oświadczenie o przyjęciu obowiązku odbycia przeszkolenia przez oferentów z procedur, programów informatycznych, ochrony danych osobowych oraz z zasad eksploatacji ambulansów obowiązujących w Szpitalu Mragowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o.
- l) oświadczenie w sprawie prowadzenia działalności konkurencyjnej względem Udzielającego Zamówienia,
- m) oświadczenie, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałem,

3) D o k u m e n t y:

- a) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wraz z numerem właściwego rejestru,
- b) zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym REGON i NIP / wyciąg z CEDG,
- c) dyplom uzyskania tytułu zawodowego, licencjat pielęgniarstwa/położnictwa, magister pielęgniarstwa/położnictwa,
- d) zaświadczenia o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych,
- e) zaświadczenia/dyplomy ukończonych kursów, szkoleń, studiów kierunkowych (dodatkowo, punktowane)
- f) orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy wydane przez lekarza medycyny pracy,
- g) zaświadczenie potwierdzające szczepienia WZW.

V. Kryteria oceny ofert

Ocenę negatywną, skutkującą odmową udzielenia zamówienia, otrzyma oferta :

- 1) nie spełniająca wymogów określonych w cz. III i IV niniejszej specyfikacji,

- 2) jeżeli Udzielający Zamówienia posiada wiedzę o uprzednim rozwiązaniu z Oferentem, z przyczyn leżących po jego stronie, umowy o pracę lub innego stosunku o świadczenie pracy bądź udzielanie świadczeń,
- 3) w przypadku braku wymaganych dokumentów,
- 4) na podstawie negatywnej oceny dotychczasowej pracy lub świadczenia usług przez Oferenta,

Punktacja zostanie przeprowadzona z zastosowaniem następujących kryteriów:

Wykształcenie	
Wyższe magisterskie w zakresie pielęgniarstwa lub położnictwa	30 pkt
Wyższe licencjackie w zakresie pielęgniarstwa lub położnictwa	20 pkt
Specjalizacja w wymaganym zakresie	30 pkt
Kurs kwalifikacyjny w wymaganym zakresie	10 pkt
Staż pracy na stanowisku pielęgniarki lub położnej w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o. o.	
powyżej 10 lat	10 pkt
9-10 lat	5 pkt
7-8 lat	4 pkt
5-6 lat	3 pkt
2-4 lat	2 pkt
Doskonalenie zawodowe	
kurs specjalistyczny	po 2 pkt
szkolenia / seminaria	po 1 pkt
dodatkowe uprawnienia	po 1 pkt
Liczba oferowanych świadczeń	
powyżej 160 godzin	5 pkt
Obecne zatrudnienie / dyspozycyjność / opinie	
Osoba aktualnie zatrudniona w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej	10 pkt
Osoba obecnie zatrudniona u innego świadczeniodawcy w charakterze pielęgniarki lub położnej	2 pkt
Pozytywne opinie, w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu, od pracodawcy / świadczeniodawcy / usługodawcy	po 2 pkt
Zgodnie z warunkami określonymi w specyfikacji przedmiotu zamówienia	
termin zawarcia umowy zgodny ze specyfikacją	5 pkt

Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo podpisania umowy z oferentami, którzy uzyskali najwyższe pozycje w rankingu w ilości niezbędnej do zabezpieczenia potrzeb Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o.

Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo podpisania umowy z oferentami, którzy zaoferowali stawki zgodne z oczekiwaniami Udzielającego zamówienia.

VI. Możliwość składania skarg i protestów

Możliwość składania skarg i protestów odbywa się zgodnie z art. 152, art.153, art. 154 ust 1i 2 Ustawy o działalności leczniczej.

VII. Pozostałe postanowienia

1. Umowa zawarta będzie na czas określony od dnia **01.07.2023 r.** nie dłużej niż do dnia **31.03.2026 r.**
2. Oferent związany jest złożoną ofertą przez 30 dni licząc od następnego dnia po upływie terminu składania ofert.

VIII. Załączniki :

1. Formularz oferty.
2. Formularz oświadczeń Oferenta.

OŚWIADCZENIA OFERENTA

O ś w i a d c z a m , ż e :

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
2. Zapoznałam(em) się ze Specyfikacją warunków opracowania oferty.
3. Zapoznałam(em) się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych i miejscem ich realizacji.
4. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia.
5. Udzielam świadczeń medycznych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
6. Spełniam wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
7. Aktualnie jestem zatrudniony w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. / u innego świadczeniodawcy w charakterze położnej:
 - a) na podstawie umowy o pracę w ilości godzin miesięcznie
 - b) na podstawie umowy cywilno-prawnej w ilości godzin miesięcznie
 - c) zgłoszona w Urzędzie pracy jako osoba bezrobotna*
8. Posiadam następujący staż pracy :
 - 1) ogółem na stanowisku :
 - a) pielęgniarki-(lat, miesięcy)
 - b) położnej-.....(lat, miesięcy)
 - 2) W Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. na stanowisku :
 - a) pielęgniarki -(lat, miesięcy)
 - b) położnej-.....(lat, miesięcy)
9. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
10. Składając ofertę, wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
11. Przyjmuję obowiązek zawarcia, najpóźniej w dniu poprzedzającym datę rozpoczęcia udzielania świadczeń, umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
12. Przyjmuję obowiązek odbycia przeszkolenia przez oferentów z procedur, programów informatycznych, ochrony danych osobowych obowiązujących w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. przed datą rozpoczęcia udzielania świadczeń.
13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania konkursowego –zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1791)
14. Jestem * Nie jestem * (* **niepotrzebne skreślić**)
Zatrudniona/ -ny u przedsiębiorcy prowadzącego konkurencyjną względem Udzielającego Zamówienia działalność gospodarczą polegającą na organizowaniu lub świadczeniu usług zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa/położnictwa lub świadczeniu innych usług dotyczących ochrony zdrowia, wykonywanych przez Udzielającego Zamówienia.
15. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.

Podpis Oferenta:

(* **niepotrzebne skreślić**)

Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o.
11-700 Mrągowo
ul. Wolności 12

nazwa oferenta

FORMULARZ OFERTOWY

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert na świadczenie usług medycznych opublikowanego na stronie internetowej i na tablicy ogłoszeń Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o. składam następującą ofertę:

1. Nazwa Oferenta / Podmiot.....

2. Adres działalności.....

3. Adres zamieszkania.....

4. Nr dyplomu Data wydania

5. Nr Regon Nr NIP PESEL

6. Oferuję:

a)

..... zł	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych dla położnej bez specjalizacji
..... zł	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych dla położnej posiadającej specjalizację

b) liczba oferowanych świadczeń: godzin miesięcznie

c) termin zawarcia umowy:

od dnia do dnia

7. Załączam następujące dokumenty których załączenie nie jest wymagane, jeżeli udzielający zamówienia jest już w ich posiadaniu (kserokopie) : (**niepotrzebne skreślić**) :

- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wydane przez gminę właściwą dla miejsca zamieszkania przedsiębiorcy, wraz z numerem właściwego rejestru / lub wyciąg z CEDG,
- Zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym REGON,
- Zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym NIP,
- Aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / wpis do rejestru specjalistycznych indywidualnych praktyk pielęgniarskich,
- Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i posiadanych studiach, specjalizacjach, kursach kwalifikacyjnych i specjalistycznych,
- oświadczenia o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, odpowiednio do wymogów cz. III. ust. 2 niniejszej specyfikacji,
- pozostałe zaświadczenia/dyplomy ukończonych kursów, szkoleń (dodatkowo, punktowane)
- potwierdzenie odbytych szczepień przeciwko WZW,
- orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań lekarskich do wykonywania pracy wydane przez lekarza medycyny pracy
- polisa ubezpieczeniowa OC.

Data sporządzenia oferty :

Podpis Oferenta :