

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11,
22-500 Hrubieszów
www.spzozhrubieszow.pl
e. mail: sekretariat@spzozhrubieszow.pl
sekretariat tel. 84 5353219,
fax 84 6970686
NIP 9191517717, REGON 000308376

**MATERIAŁY INFORMACYJNE
I SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

I. NAZWA I ADRES UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie,
ul. Piłsudskiego 11,
22-500 Hrubieszów,
tel. 845353219 fax 84 6970686
www.spzozhrubieszow.pl

II. PODSTAWA PRAWNA:

Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie:

- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2020r.,poz.295),
- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020r., poz.1398),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U.z 2019r, poz. 834)

III. PRZEDMIOT KONKURSU OFERT:

1. Przedmiotem konkursu ofert jest całodobowe wykonywanie opisu badań tomografii komputerowej (TK) w systemie teleradiologii, tj. zdalnym wykonywaniu opisów cyfrowych diagnostycznych badań obrazowych tomografii komputerowej dla pacjentów Udzielającego Zamówienia.
2. Jako pojedyncze badanie należy rozumieć badanie dotyczące jednej okolicy anatomicznej ustalonej zgodnie z regułami sztuki medycznej, które stanowią: głowa, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kręgosłup z podziałem na okolice anatomiczne (kręgosłup szyjny, piersiowy, lędźwiowy), kończyna górna, z podziałem na odcinki anatomiczne oraz kończyna dolna z podziałem na odcinki anatomiczne.
3. Obrazy diagnostyczne wykonywane będą przez wykwalifikowany personel w pracowni tomografii komputerowej Udzielającego Zamówienia.
4. Opisy badań tomografii komputerowej dotyczyć będą badań bez użycia środka kontrastowego oraz ze wzmocnieniem kontrastowym.
5. Przyjmujący Zamówienie zapewnia dostęp do wykonywania opisów badań 24 godziny na dobę 365 dni w roku.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest dostarczyć (przesłać) Udzielającemu Zamówienia wykonane opisy badań w ciągu:
 - 5 dni roboczych od chwili otrzymania badania TK – badania planowe,
 - 48 godzin od chwili otrzymania badania TK – badania pilne .
 - 60 minut od chwili otrzymania badania TK – badania cito
7. Przyjmujący Zamówienie w trakcie wykonywania umowy będzie stosował do świadczenia zamówionych usług system informatyczny zintegrowany z systemem wykorzystywanym przez Udzielającego Zamówienia RIS (ARCHIMEDIC) oraz HIS (GEM).
8. Przesyłanie danych powinno odbywać się w oparciu o technologię DICOM, VPN z możliwością gromadzenia obrazów w formacie DICOM na serwerze PACS będącego w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.
9. Przyjmujący Zamówienie zestawi kanał VPN do przesyłania danych obrazowych w formacie DICOM na własny koszt.
10. Przyjmujący Zamówienie ponosi koszty połączenia z serwerem PACS.
11. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest zapewnić zabezpieczenie (zakodowanie), transmitowanych danych w sposób uniemożliwiający ich odczyt przez osoby nieupoważnione.
12. Przyjmujący Zamówienie przekaże Udzielającemu zamówienia w ramach umowy instrukcję obsługi systemu teleradiologii, jak i procedury związane z odbiorem i wysyłaniem danych za jego pośrednictwem oraz dokona przeszkolenia personelu Udzielającego Zamówienia w

zakresie obsługi systemu w terminie wskazanym przez Przyjmującego zamówienie w ciągu 14 dni od dnia zawarcia umowy.

13. Przyjmujący Zamówienie udostępni bezpośredni kontakt lekarzy zlecających i techników wykonujących badania z lekarzem opisującym pod jednym numerem telefonu dostępnym 24/7/365.
14. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania konsultacji/informacji telefonicznej lekarzowi SPZOX zlecającemu badanie TK.

WARUNKI DODATKOWE:

1. Oryginały opisów badań będą dostarczane do Udzielającego Zamówienia 2 razy w miesiącu pocztą na koszt Przyjmującego Zamówienie.
2. Do faktury Przyjmujący Zamówienie dołączy wykaz wykonanych opisów badań TK wg poniższego wzoru:

Nazwa badania	Imię, nazwisko i nr PESEL pacjenta	Imię i nazwisko lekarza zlecającego opis badania	Opis badania		
			planowy	pilne	cito

IV. WARUNKI JAKIE MUSI SPEŁNIAĆ OFERENT I OFERTA

1. Do konkursu mogą przystąpić jednostki, o których mowa w art.4 ustawy o działalności leczniczej, których działalność lecznicza obejmuje przedmiot zamówienia. Oferty złożone przez podmioty nieuprawnione zostaną odrzucone jako nieważne.
2. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest złożenie kompletnej oferty wraz z wymaganymi załącznikami, sporządzonej w języku polskim, z wyłączeniem pojęć medycznych, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, pismem czytelnym. Oferty nieczytelne zostaną odrzucone.
3. Przyjmujący zamówienie może złożyć tylko jedną ofertę, która musi obejmować wszystkie pozycje niniejszego postępowania konkursowego
4. Zaleca się ponumerowanie stron oferty.
5. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście muszą być podpisane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
 6. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
 7. Oferta powinna zawierać:
 - Formularz ofertowy - załącznik nr 1,
 - Aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
 - Dokumenty potwierdzające posiadanie uprawnień i kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym, którymi oferent będzie się posługiwał przy udzieleniu świadczeń zdrowotnych (dyplom, prawo wykonywania zawodu).
 - Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego lub aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
 - Potwierdzenie nadania nr REGON, NIP.
 - Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej.

Uwaga:

Dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczętką oferenta lub osoby przez niego upoważnionej. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez oferenta.

Komisja konkursowa może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kserokopii dokumentu, gdy przedstawiona przez oferenta kopia jest nieczytelna lub budzi uzasadnione wątpliwości co do jej prawdziwości.

V. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:

1. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami, opatrzoną danymi Oferenta należy złożyć w zaklejonej kopercie w Sekretariacie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie ul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów do dnia **08.01.2021 r. do godz. 12:00** z adnotacją:

**„ Oferta na konkurs nr 29/2020.
nie otwierać do dnia 08.01.2021 r. godz: 12:00”**

2. O terminie złożenia ofert decyduje data i godzina wpływu ofert do Sekretariatu SPZOZ w Hrubieszowie. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane i zostaną zwrócone Oferentowi bez otwierania.
3. Oferent przed upływem końcowego terminu składania ofert, może ofertę zmienić lub całkowicie wycofać. W przypadku wycofania oferty, Oferent składa pisemne oświadczenie, że ofertę swą wycofuje.
4. Złożone do konkursu oferty po ich otwarciu nie podlegają zwrotowi. Oferent nie może po otwarciu ofert żądać zwrotu czy zmiany dokumentów będących częścią oferty.

VI. MIEJSCE, TERMIN I TRYB OTWARCIA OFERT

1. Otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej i odbędzie się w siedzibie Udzielającego Zamówienia - przy ul. Piłsudskiego 11 w Sali Konferencyjnej w dniu **08.01.2021 r. o godz. 13:00**
2. Komisja Konkursowa rozpoczyna pracę z dniem powołania Zarządzeniem Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie a rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.
3. W części jawnej konkursu Komisja:
 - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz podaje liczbę otrzymanych ofert;
 - b) ustala, które oferty wpłynęły w terminie,
 - c) otwiera koperty z ofertami,
 - d) ogłasza, które z ofert spełniają warunki konkursu, a które zostały odrzucone;
 - e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów.
4. Oferenci mogą być obecni w części jawnej konkursu.
5. W części zamkniętej (niejawnej) posiedzenia Komisja Konkursowa:
 - a) ustala, które z ofert spełniają warunki jakie musi spełniać oferta i oferent,
 - b) odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom lub zgłoszone po wyznaczonym terminie,
 - c) wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w dniu **08.01.2021 r.**
7. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadamia Dyrektora SP ZOZ w Hrubieszowie o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie.
8. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora SPZOZ w Hrubieszowie.

9. Udzielający Zamówienia niezwłocznie zawiadamia Oferentów, których oferty nie zostały odrzucone o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie.
10. Postępowanie konkursowe umarza się, gdy nie zostanie zakończone wyłonieniem właściwej oferty, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

VII. KRYTERIA OCENY OFERT:

1. Cena – 100%
2. Spełnienie wymogów określonych w materiałach informacyjnych.

VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:

1. Składający ofertę pozostaje związany ofertą przez okres 30 dni.
2. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

IX. ZAWARCIE UMOWY:

1. Zawarcie umowy nastąpi po upływie 7 dni roboczych od dnia powiadomienia o wynikach postępowania konkursowego zgodnie z wybraną przez Komisję Konkursową najkorzystniejszą ofertą.
2. Zamawiający dopuszcza możliwość wprowadzania zmian do zawartej umowy dotyczących warunków podlegających ocenie przy wyborze oferty, wyłącznie w przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

X. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZEŃ:

- 2 lata od daty podpisania umowy.

XI. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIENI:

1. Oferent może zwracać się do Udzielającego Zamówienia o wyjaśnienie wszelkich wątpliwości związanych ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, kierując swoje zapytanie osobiście lub na piśmie.
2. Komórki uprawnione do bezpośredniego kontaktowania się z Oferentami:
 - w sprawach dotyczących przedmiotu zamówienia – specjalista ds. organizacji i nadzoru – tel. 84 53 53 221, e. mail: sekretariat@spzozhrubieszow.pl
 - w sprawach technicznych – kierownik działu informatyki i rozliczeń medycznych – tel. 84 53 53 311, e. mail: informatyk@spzozhrubieszow.pl

XII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOM:

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
1. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
5. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Udzielającego Zamówienia w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
7. W przypadku uwzględnienia odwołania Udzielający Zamówienia powtarza konkurs ofert.

Udzielający Zamówienie może unieważnić konkurs ofert bez podania przyczyny.

ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 - Projekt umowy

**Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
lek. med. Dariusz Gałeczki
(*podpis nieczytelny*)**