

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 PIELĘGNIARSKIEJ**
2. **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 2018 r. poz. 2190)

III. Przedmiot konkursu

1. Przedmiotem postępowania konkursowego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w wymienionych powyżej zakresach.
2. Okres udzielania świadczeń – od dnia podpisania umowy do **24.02.2021** r.
3. Ilość świadczeń zdrowotnych – określono w wymaganiach szczegółowych.
4. Miejsce udzielania świadczeń :
 - a) PRUSZCZ GDAŃSKI - 1 pacjent: PIELĘGNIARKA, FIZJOTERAPEUTA,

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) poświadczony za zgodność z aktualnymi danymi wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk książki rejestrowej) – dostarczyć nie później niż w dniu podpisania umowy.
 - 2) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej – (wydruk z CEIDG); poświadczony za zgodność z aktualnymi danymi wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk książki rejestrowej) – dostarczyć nie później niż w dniu podpisania umowy.
 - 3) dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje osób udzielających świadczeń objętych ofertą (poświadczony za zgodność kserokopie);
 - 4) 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;
 - 5) 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);
 - 6) 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;
 - 7) oświadczenie o niekaralności za przestępstwa zawodowe lub umyślne;
 - 8) wypełniony i podpisany kwestionariusz osobowy w celu uzyskania informacji z rejestru sprawców przestępstw na tle seksualnym;

- 9) aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu, w tym zaświadczenie sanitarno-epidemiologiczne – dostarczyć nie później niż w dniu podpisania umowy.
3. Sposób przygotowania oferty określono w Regulaminie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

V. Wymagania szczegółowe stawiane Przyjmującemu zamówienie:

1. OPIEKA PIELEGNIARSKA

- ilość pacjentów do objęcia opieką – **1 PACJENT**
- miejsce udzielania świadczeń – miejsce zamieszkania pacjenta: **PRUSZCZ GDAŃSKI**
- 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 obowiązujących zasadach w podmiotach leczniczych,
 - prowadzenie sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - prowadzenie ewidencji czasu udzielanych świadczeń.

1. REHABILITACJA

- ilość pacjentów do objęcia opieką – **1 PACJENT**
- miejsce udzielania świadczeń – miejsce zamieszkania pacjenta: **PRUSZCZ GDAŃSKI**
- 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,
 - prowadzenia dokumentacji na obowiązujących zasadach i zgodnie z przepisami w tym zakresie,
 - prowadzenie sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 - prowadzenie ewidencji czasu udzielanych świadczeń,
 - czynne prawo wykonywania zawodu.

VI. Suma gwarancyjna ubezpieczenia

- 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, 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 2018 r. poz. 2190 z późn.zm.) oraz rozporządzenie MF z dnia 9 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 2019, poz. 866).
- 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

- Umowa zostanie zawarta na czas określony **od dnia 25.02.2020 r. do dnia 24.02.2021 r.**
- Zapłata za usługi realizowana będzie przelewem na konto wskazane przez „Przyjmującego zamówienie” w terminie **do 14 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. Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 Płazyńskiego 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 udział w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190). Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b) i lit. c) RODO.
4. Odbiorcami przetwarzanych Pana/i danych osobowych w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO są osoby lub podmioty które zapoznają się z rozstrzygnięciem konkursu ofert, firmy archiwizujące dokumenty, podmiot zajmujący się obsługą informatyczną.
5. Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
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 dobrowolne lecz niezbędne do wzięcia udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
9. Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

X. Pozostałe warunki

1. Z materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu, w tym z projektami umów można zapoznać się w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji – budynek Nr 2, pok. 44, od poniedziałku do piątku w godz. 7.30 – 14.00, tel. (58) 520-93-60.
2. 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.
3. Oferta powinna spełniać wymagania określone w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert, dostępnego na stronie www.szpitalpolanki.pl