

Zamawiający:

Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o. o.
prowadząca Szpital Powiatowy w Pszczynie
ul. Antesa 11, 43-200 Pszczyna
e-mail: zamowienia.publiczne@szpital.pszczyna.pl
tel. 32 214 83 01

O G Ł O S Z E N I E

o rokowaniach w postępowaniu na świadczenie usług medycznych w postaci:
wykonania badań rezonansu magnetycznego i mammografii
dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Pszczynie.

postępowanie prowadzone jest w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021r., poz. 711 ze zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.).

1. Opis przedmiotu zamówienia:

Usługa wykonania badań rezonansu magnetycznego i mammografii dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Pszczynie. Szacowana wartość tego zamówienia (obie części) wynosi 165 286,00 zł. brutto. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 1 do Zaproszenia do składania ofert wstępnych, zwanego dalej *Zaproszeniem* (Formularz Cenowy). Zamówienie to podzielone jest na n/w części:

1.1. Część 1 - Usługa wykonania badań rezonansu magnetycznego – zał. nr 1.1.

1.2. Część 2 - Usługa wykonania badań mammografii – zał. nr 1.2.

Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.

Kod ze słownika CPV: 85111200-2 – medyczne usługi szpitalne.

UWAGA !!!

W odniesieniu do usług rezonansu magnetycznego okres ten obejmuje maksymalny czas trwania umowy, tj. 12 miesięcy. Zamawiający przewiduje jednakże opcjonalny czas trwania tego zamówienia, bowiem w najbliższym okresie w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie zostanie oddana do użytku pracownia rezonansu magnetycznego. Termin uruchomienia „własnej” pracowni rezonansu magnetycznego nie został jeszcze precyzyjnie określony, zatem udzielenie zamówienia z uwzględnieniem opcjonalnych okresów wykonywania usługi jest uzasadniony.

2. Termin realizacji zamówienia:

2.1. usługi rezonansu magnetycznego:

2.1.1. Opcja I – 12 /dwanaście/ miesięcy od daty podpisania umowy, jednak nie wcześniej niż od dnia 1.08.2021 r do dnia 31.07.2022 r.

2.1.2. Opcja II – 9 /dziewięć/ miesięcy od daty podpisania umowy, jednak nie wcześniej niż od dnia 1.08.2021 r do dnia 30.04.2022 r.

2.1.3. Opcja III – 6 /sześć/ miesięcy od daty podpisania umowy, jednak nie wcześniej niż od dnia 1.08.2021 r do dnia 31.01.2022 r.

2.2. **usługi mammografii:** 12 /dwanaście/ miesięcy od daty podpisania umowy, jednak nie wcześniej niż od dnia 1.08.2021 r do dnia 31.07.2022 r.

3. Płatność: przelew w terminie 45 dni od daty wystawienia faktury po wykonaniu usługi, rozliczana w cyklach miesięcznych za rzeczywistą liczbę wykonanych badań.

4. Kryterium wyboru oferty: Podstawą oceny ofert, a tym samym kryterium wyboru najkorzystniejszej oferty jest najniższa cena.

5. **Warunki udziału w postępowaniu:** Wykonawca ubiegający się o przedmiotowe zamówienie musi spełniać wymogi, którym podlega świadczeniodawca usług medycznych zdefiniowany w art. 5 pkt. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz być podmiotem wykonującym działalność leczniczą w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
6. **Zaproszenie do złożenia oferty wstępnej, na które winien odpowiedzieć zainteresowany Wykonawca zawiera następujące załączniki:**
 - 6.1. Załącznik nr 1 – Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia (Formularz Cenowy).
 - 6.2. Załącznik nr 2 – Wzór Umowy (załącznik nr 2.1 – MRI, załącznik nr 2.2. – mammografia).
 - 6.3. Załącznik nr 3 – Formularz Oferty Wstępnej.
7. **Warunki realizacji umowy (dotyczy usług MRI):**
 - 7.1. Świadczenia udzielane będą w siedzibie Wykonawcy po uprzednim telefonicznym uzgodnieniu terminu, nie później jednak niż:
 - 7.1.1. czas oczekiwania na badania MRI dla pacjentów szpitalnych zgłaszanych w trybie pilnym – niezwłocznie, nie później niż w ciągu 2 godzin;
 - 7.1.2. czas oczekiwania na badania MRI dla pacjentów szpitalnych nie wymagających diagnostyki w trybie pilnym - niezwłocznie jednak nie dłużej niż 24 godziny;
 - 7.2. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania badań codziennie, z całodobową dostępnością do pilnych badań MRI, z możliwością podawania kontrastu. Praca będzie utrzymywana w ruchu ciągłym - 24 godzinnym, 7 dni w tygodniu, we wszystkie dni w roku.
 - 7.3. Wyniki będą przekazywane niezwłocznie w trybie pilnym nie dłużej niż 2 godziny, w trybie planowym nie dłużej niż 24 godziny.
 - 7.4. Wykonawca zapewni niezwłocznie na własny koszt przesyłanie wyników badań z opisem: elektronicznie za pomocą szyfrowego połączenia internetowego lub na nośniku cyfrowym do siedziby Zamawiającego. W przypadku złej jakości technicznej wykonanych zdjęć Zamawiający ma prawo żądać od Wykonawcy ponownego wykonania badania. Koszt badania pokrywa Wykonawca.
 - 7.5. Zmiana terminu wykonywania świadczeń może nastąpić za zgodą Zamawiającego.
 - 7.6. W przypadku niemożności wykonania zleconego świadczenia zdrowotnego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, zobowiązany jest on do zorganizowania zastępczego wykonania usługi oraz pokrycia ewentualnej różnicy w wartości wykonywanego świadczenia zdrowotnego.
 - 7.7. W przypadku nie zorganizowania przez Wykonawcę zastępczego wykonania usługi będącej przedmiotem nin. umowy, Zamawiającemu przysługuje prawo do zorganizowania zastępczego wykonania świadczenia zdrowotnego oraz obciążenia Wykonawcy ewentualną różnicą w wartości wykonywanego świadczenia zdrowotnego.
 - 7.8. Wykonawca zobowiązany jest poinformować Zamawiającego o każdorazowej przerwie w świadczeniu usług w lokalizacji podstawowej na min. 5 dni przed jej wystąpieniem.
 - 7.9. W przypadku braku możliwości wykonania badań w miejscu zlokalizowanym najbliżej siedziby Zamawiającego (wskazanym w ofercie) spowodowanych awarią sprzętu lub też inną przyczyną powodującą przerwę w świadczeniu usług Wykonawca zostanie obciążony różnicą kosztów transportu pacjenta do placówki, w której badania zostaną wykonane.
 - 7.10. Maksymalna odległość od siedziby udzielającego zamówienie do najbliższej placówki świadczącej usługę nie może przekroczyć 30 km.
8. **Warunki realizacji umowy (dotyczy usług mammografii):**
 - 8.1. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania badań z dostępnością w dni robocze, od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00.
 - 8.2. Wykonawca zapewni niezwłocznie przekazywanie wyników badań z opisem: bezpośrednio pacjentowi lub przez osoby upoważnione przez Zamawiającego.
 - 8.3. W przypadku niemożności wykonania zleconego świadczenia zdrowotnego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, zobowiązany jest on do zorganizowania zastępczego

wykonania usługi oraz pokrycia ewentualnej różnicy w wartości wykonywanego świadczenia zdrowotnego.

- 8.4. W przypadku nie zorganizowania przez Wykonawcę zastępczego wykonania usługi będącej przedmiotem nin. umowy, Zamawiającemu przysługuje prawo do zorganizowania zastępczego wykonania świadczenia zdrowotnego oraz obciążenia Wykonawcy ewentualną różnicą w wartości wykonywanego świadczenia zdrowotnego.
- 8.5. Wykonawca zobowiązany jest poinformować Zamawiającego o każdorazowej przerwie w świadczeniu usług w lokalizacji podstawowej na min. 5 dni przed jej wystąpieniem.
- 8.6. W przypadku braku możliwości wykonania badań w miejscu zlokalizowanym najbliżej siedziby Zamawiającego (wskazanym w ofercie) spowodowanych awarią sprzętu lub też inną przyczyną powodującą przerwę w świadczeniu usług Wykonawca zostanie obciążony różnicą kosztów transportu pacjenta do placówki, w której badania zostaną wykonane.
- 8.7. Maksymalna odległość od siedziby udzielającego zamówienie do najbliższej placówki świadczącej usługę nie może przekroczyć 30 km.

9. Klauzula informacyjna z art. 13 RODO zastosowana w celu przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 /ogólne rozporządzenie o ochronie danych/ (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”:

- a) Administratorem danych osobowych przekazanych przez Wykonawcę jest Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o. z siedzibą w Woli prowadząca Szpital Powiatowy w Pszczynie, ul. dr Witolda Antesa 11, 43-200 Pszczyna, e-mail: zamowienia.publiczne@szpital.pszczyna.pl.
- b) Z inspektorem ochrony danych w Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o. można się kontaktować pisemnie na adres: ul. dr Witolda Antesa 11, 43-200 Pszczyna lub e-mail: iod@szpital.pszczyna.pl.
- c) Dane osobowe przekazane przez Wykonawcę przetwarzane będą w związku ze złożoną ofertą, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c i f RODO w celu związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, a w przypadku wyboru oferty w celu zawarcia i realizacji umowy, zlecenia usług lub zamówienia dostaw oraz ich realizacji (*dane identyfikujące postępowanie, numer oraz tryb jego przeprowadzenia określone zostaną w SWZ/Zaproszeniu do złożenia oferty*).
- d) Odbiorcami danych osobowych przekazanych przez Wykonawcę będą osoby lub podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o przepisy o dostępie do informacji publicznej.
- e) Wykonawca jak i osoby których dane Wykonawca przekazał posiadają:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania danych osobowych - skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Prawo zamówień publicznych oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników;
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO
 - prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego;
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

10. Oferta wstępna musi zawierać:

- 10.1. Wypełniony i podpisany Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia (Formularz Cenowy) – Załącznik nr 1 do Zaproszenia, adekwatnie do liczby części na które składana jest oferta.
- 10.2. Wypełniony i podpisany Formularz Oferty Wstępnej – Załącznik nr 3 do Zaproszenia.
- 10.3. Dokumenty potwierdzające, że Wykonawca jest świadczeniodawcą w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 10.4. Dokumenty potwierdzające, że Wykonawca posiada niezbędne uprawnienia i kwalifikacje do realizacji przedmiotu umowy.
- 10.5. Dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów.

11. Wstępną ofertę, tj. dokumenty wymienione w pkt. 10), należy przesłać Zamawiającemu w formie lub postaci elektronicznej na adres:

zamowienia.publiczne@szpital.pszczyna.pl
do dnia 22.07.2021r. do godziny 10.00.

12. Rokowania w zakresie złożonych ofert wstępnych przeprowadzone zostaną z zainteresowanymi Podmiotami w dniu 26.07.2021r. w siedzibie Zamawiającego, tj. Sala Konferencyjna (IX piętro, Administracja Szpitala), po uprzednim uzgodnieniu konkretnej godziny spotkania.

13. Rozstrzygnięcie postępowania nastąpi niezwłocznie po przeprowadzeniu rokowań oraz dokonaniu oceny złożonych ofert ostatecznych przez Komisję Konkursową. Informacja w tym względzie opublikowana zostanie na stronie internetowej Zamawiającego, dostępnej pod adresem: <https://www.szpital.pszczyna.pl/news-categories/4/konkursy-ofert>

14. Zamawiający zastrzega sobie prawo do: odwołania Zaproszenia do składania ofert, przedłużenia terminu do składania ofert, zmiany terminu otwarcia ofert oraz rozstrzygnięcia postępowania.

15. Wykonawcom ubiegającym się o udzielenie przedmiotowego zamówienia przysługują środki odwoławcze, o których mowa w art. 153 i 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przywołanej na wstępie ogłoszenia.

16. Wykaz Świadczeniodawców zapraszanych do rokowań:

Badanie rezonansu magnetycznego

- Tomograf Tychy al. Bielska 105 23 km tel. 32 217-51-40
- Szpital Wojewódzki Bielsko- Biała ul. Armii Krajowej 101
- Helimed Żory ul. Bankowa 2 tel. [32 355 95 10](tel:323559510) 23 km
- Szpital św. Łukasza, Bystrzańska 94B, 43-309 Bielsko-Biała, tel. [33 819 95 10](tel:338199510)

Mammografia

- Gomed Pszczyna tel. 32 212-77-08
- Tomograf Tychy al. Bielska 105 23 km tel. 32 217-51-40
- Helimed Żory ul. Bankowa 2 tel. [32 355 95 10](tel:323559510) 23 km

.....
podpis Kierownika Zamawiającego lub osoby
upoważnionej do występowania w jego imieniu