



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
**Szpital Specjalistyczny**  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Jeleniej Górze  
ul. Cieplicka 69-71 · 58-560 Jelenia Góra  
tel. 75 64 35 700 · faks 75 64 35 741  
[www.szpitalmsw.net](http://www.szpitalmsw.net), [sekretariat@szpitalmsw.net](mailto:sekretariat@szpitalmsw.net)

Jelenia Góra, dnia 20.06.2024 r.

**ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY**

**Nr 1/2024**

na realizację programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego na obszarze miasta i powiatu kamiennogórskiego

ZAMAWIAJĄCY:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze**

ul. Cieplicka 69-71, 58-560 Jelenia Góra, NIP: 611 22 23 286

Osoba do kontaktów w sprawie:

Renata Szuba, kierownik Sudeckiego Centrum Zdrowia Psychicznego

e-mail: [sekretariat@szpitalmsw.net](mailto:sekretariat@szpitalmsw.net)

telefon: 75 64 35 706 lub 726 320 505

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest realizacja świadczeń medycznych w ramach Sudeckiego Centrum Zdrowia Psychicznego na rzecz populacji mieszkańców powiatu kamiennogórskiego (TERYT: 0207) w komórkach medycznych:

- poradnia zdrowia psychicznego (1700);
- oddział dzienny psychiatryczny (2700);
- zespół leczenia środowiskowego (2730).

Zamawiający określa wymagany potencjał personalny i lokalowy zgodnie z powszechnie obowiązującym prawem odnoszącym się do aktów prawnych: Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27.08.2004 r. z późniejszymi zmianami,



**Sudeckie Centrum  
Zdrowia Psychicznego**

Rozporządzenia Ministra Zdrowia ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 19.06.2019 r. z późniejszymi zmianami, Rozporządzenia Ministra Zdrowia ws. programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z dnia 27.04.2018 r. z późniejszymi zmianami.

Formularz ofertowy oraz warunki realizacji zamówienia zawarte są w Załączniku nr 1 (Opis przedmiotu zamówienia).

3. Przedmiot zamówienia określony został we Wspólnym Słowniku Zamówień kodem CPV: 85121270-6 Usługi psychiatryczne lub psychologiczne.

### **III. TERMIN REALIZACJI**

Termin realizacji zamówienia: od dnia 15 lipca 2024 r. do 31 grudnia 2024 r.

### **IV. WYNAGRODZENIE**

Kwota jaką Zamawiający przeznaczył na sfinansowanie usług określonych niniejszym postępowaniem to: 130 000,00 zł. brutto miesięcznie.

### **V. PODSTAWOWE WARUNKI UDZIAŁU**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się oferenci (łącznie nazywani dalej „Wykonawcami”), osoby prawne, którzy spełniają łącznie:

- 1) warunek dysponowania personelem medycznym o niezbędnych kwalifikacjach zawodowych lub wykształceniu w odniesieniu do minimalnych wymagań określonych w „koszyku” świadczeń gwarantowanych dla określonych wyżej komórek medycznych;
- 2) potencjałem lokalowym potwierdzonym prawem do dysponowania nieruchomością, zgodnym z wymaganiami określonymi w ww. aktach prawnych posiadającym wymagane pozwolenia dopuszczające Wykonawcę do prowadzenia działalności leczniczej;
- 3) posiadającym wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL);

Zamawiający dopuszcza do złożenia oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.

4) nie zachodzą wobec Wykonawcy przesłanki wykluczenia z postępowania opisane w art. 7 ust.1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022 poz. 835). W przypadku złożenia oferty przez Oferenta wykluczonego zgodnie z ww. ustawą, ofertę taką wyklucza się z dalszego postępowania.

5) warunkiem udziału w postępowaniu jest udostępnienie Zamawiającemu pełnego wglądu do dokumentów dotyczących posiadanego personelu medycznego oraz umożliwienie Zamawiającemu dokonania wizji lokali, które służyć miałyby realizacji świadczeń objętych niniejszym postępowaniem. Brak możliwości wglądu do dokumentów pracowniczych i dokonania wizji lokali wyklucza oferenta z dalszego postępowania.

6) przedstawienia wraz z uzupełnionym formularzem ofertowym załączników w postaci:

- a) dokument potwierdzający prawo do dysponowania lokalem;
- b) kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje wykazanego personelu;
- c) wypis z Krajowego Rejestru Sądowego;
- d) wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- e) wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (jeżeli dotyczy);
- f) polisę ubezpieczeniową z tytułu prowadzonej działalności leczniczej;

Ocena spełnienia powyższych wymagań zostanie dokonana na podstawie treści Formularza ofertowego na zasadzie „spełnia/nie spełnia”.

## **VI. KRYTERIA OCENY OFERT**

1. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty, Zamawiający będzie kierować się kryterium „Dostępność do usług medycznych” oraz „Potencjał lokalowy”.

1a. W kryterium „dostępność” najwyższą liczbę punktów (100) otrzyma oferta zawierająca najwyższą deklarowaną dostępność do usług medycznych/specjalistów wymaganych zgodnie z rozporządzeniem „koszykowym” w komórkach medycznych określonych w części II.

Dostępność – waga 50 %; Liczba punktów = dostępność oferty z najwyższym poziomem dostępu do usług medycznych/specjalistów / dostępność oferty ocenianej) x 100

1b. W kryterium „Potencjał lokalowy” najwyższą liczbę punktów (100) otrzyma oferta zawierająca najwyższą liczbę lokali przystosowanych do działalności medycznej uwzględniających specyfikę świadczenia usług medycznych w komórkach określonych w części II niniejszego zaproszenia.

Potencjał lokalowy – waga 50 %; Liczba punktów = (potencjał lokalowy oferty z najwyższym poziomem dostępu do lokali medycznych / dostępność oferty ocenianej) x 100

2. Oferta najkorzystniejsza, to oferta która uzyska najwyższą zsumowaną liczbę punktów w wyżej określonych kryteriach.

3. Kryteria określone w pkt. 1 przez Zamawiającego oraz inne warunki wykonania zamówienia nie podlegają negocjacji w trakcie oceny.

4. W przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia przepisy i wymagania dotyczące Wykonawcy stosuje się do wszystkich Wykonawców.

5. Dokumenty i informacje wskazane na potrzeby oceny w kryterium nie podlegają uzupełnieniu.

6. Zamawiający zastrzega prawo do wezwania Wykonawców, którzy złożyli ofertę (jednego lub wszystkich według własnego wyboru) do złożenia dokumentów potwierdzających doświadczenie i kwalifikacje zawodowe oraz potencjał lokalowy będący przedmiotem oceny, lub do złożenia wyjaśnień, z zastrzeżeniem pkt 6. Nie złożenie wyjaśnień lub wymaganych dokumentów, bądź ich złożenie po terminie, może spowodować odrzucenie oferty (uznanie oferty za niespełniającą wymagań).

## **VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

Ofertę należy złożyć w terminie do dn. 04.07.2024 r., godz. 12:00

1. Drogą elektroniczną – na adres: sekretariat@szpitalmsw.net (w tytule maila prosimy wpisać nazwę postępowania) podpisaną (odrzęcznie (skan) lub podpisem kwalifikowanym);

Formularz oferty wraz z wymaganymi załącznikami powinien być przesłany w postaci elektronicznej w formie pliku nieedytowalnego np. .pdf.;

2. Listownie bądź kurierem (decyduje data i godzina dostarczenia oferty) – przesyłając ofertę na adres Zamawiającego: 58-560 Jelenia Góra, ul. Cieplicka 69-71;

3. Osobiście - złożyć w zaklejonej kopercie osobiście w siedzibie Zamawiającego przy ul. Cieplickiej 69-71 w Jeleniej Górze w dni powszednie w godzinach 7.00 – 14.35.

Zaleca się przygotowanie oferty zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do Zaproszenia (w przeciwnym przypadku, oferta musi zawierać wszystkie informacje wymagane przez Zamawiającego).

Oferta złożona po terminie (liczy się data wpływu oferty) nie będzie podlegała ocenie.

## **VIII. ZASTRZEŻENIE O MOŻLIWOŚCI ODWOŁANIA LUB ZMIANY ZAPROSZENIA DO SKŁADANIA OFERT, WYJAŚNIENIA I MODYFIKACJI ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

1. Zamawiający zastrzega sobie możliwość odwołania lub zmiany Zaproszenia do złożenia oferty bez podania przyczyny. Jednocześnie Zamawiający informuje, iż zgodnie z obowiązującym prawem niniejsze Zaproszenie nie stanowi oferty w myśl art. 66 Kodeksu cywilnego, jak również nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy Prawo zamówień publicznych. Zamawiający zastrzega sobie możliwość nieudzielenia zamówienia również w sytuacji, w której cena oferty najkorzystniejszej będzie przekraczała kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, a Zamawiający nie będzie mógł jej zwiększyć do kwoty oferty najkorzystniejszej.

2. W sytuacji, gdy Wykonawca uchyła się od zawarcia umowy a została złożona więcej niż jedna oferta, Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert.

3. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z wnioskiem o wyjaśnienie treści Zaproszenia do złożenia oferty, poprzez zadanie pytania poprzez mail, na adres sekretariat@szpitalmsw.net. Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, pod warunkiem że wniosek o wyjaśnienie treści Zaproszenia wpłynie do Zamawiającego nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert. W przypadku gdy wniosek nie wpłynął w terminie, o którym mowa powyżej, Zamawiający nie ma obowiązku udzielania wyjaśnień oraz obowiązku przedłużenia terminu składania ofert.

4. Nie przewiduje się żadnych środków odwoławczych od podjętych rozstrzygnięć.

5. Zamawiający poprawi w treści oferty oczywiste omyłki pisarskie oraz omyłki rachunkowe w obliczeniu ceny, niezwłocznie powiadamiając o tym Wykonawców, których oferta jest poprawiana w tym trybie.

## VIII. ZAŁĄCZNIKI

### Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Treść postępowania opracowali:

- Renata Szuba – kierownik Sudeckiego Centrum Zdrowia Psychicznego;
- Michał Piwowarski – koordynator ds. organizacyjnych

.....  
(kierownik podmiotu leczniczego – dyrektor

SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA

w Jeleniej Górze)

## FORMULARZ OFERTOWY

I. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA			PIECZEĆ, PODPIS
<b>Dane identyfikacyjne i adresowe oferenta - świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>			
Nazwa			
Adres siedziby			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona/e do reprezentowania		Telefon	
<b>Dane rejestrowe</b>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<b>Certyfikaty</b>			
Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	

## FORMULARZ OFERTOWY

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY OFERTA				PIECZĘĆ, PODPIS		
CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO						
ZAKRES WNIOSKU						
Kod przedmiotu postępowania	1700	Nazwa przedmiotu postępowania	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH W CZP			
MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ						
1	Nazwa miejsca udzielania świadczeń	<b>PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO</b>				
	Adres miejsca				TERYT	0207
	Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)	1700 - PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO		
	Kod przedmiotu postępowania	1700	Nazwa przedmiotu postępowania	<b>ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH W CZP</b>		
	Kod profilu	<b>HC.1.3. - 30</b>	Nazwa profilu medycznego	<b>Leczenie ambulatoryjne - Psychiatria</b>		
	Liczba gabinetów		Liczba sal terapeutycznych		Rejestracja	
DOSTĘPNOŚĆ						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu minimum 30 godzin tygodniowo						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz

## FORMULARZ OFERTOWY

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY OFERTA				PIECZĘĆ, PODPIS		
CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO						
ZAKRES WNIOSKU						
Kod przedmiotu postępowania	2700	Nazwa przedmiotu postępowania	ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH W CZP			
MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ						
2	Nazwa miejsca udzielania świadczeń	<b>ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNY</b>				
	Adres miejsca				TERYT	0207
	Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)	2700 – ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNY (OGÓLNY)		
	Kod przedmiotu postępowania	2700	Nazwa przedmiotu postępowania	ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH W CZP		
	Kod profilu	<b>HC.2.2. - 30</b>	Nazwa profilu medycznego	Rehabilitacja dzienna - Psychiatryczna		
			Liczba miejsc dziennych	Minimum 18		
	Liczba gabinetów		Liczba sal terapeutycznych		Rejestracja	
DOSTĘPNOŚĆ						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu minimum 37,55 godzin tygodniowo						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz



## FORMULARZ OFERTOWY

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY OFERTA					PIECZĘĆ, PODPIS	
CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO						
ZAKRES WNIOSKU						
Kod przedmiotu postępowania	2730	Nazwa przedmiotu postępowania	LECZENIE ŚRODOWISKOWE (DOMOWE) W CZP			
MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ						
1	Nazwa miejsca udzielania świadczeń	<b>ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO (DOMOWEGO)</b>				
	Adres miejsca				TERYT	0207
	Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)	2730 – ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO (DOMOWEGO)		
	Kod przedmiotu postępowania	2730	Nazwa przedmiotu postępowania	LECZENIE ŚRODOWISKOWE (DOMOWE) W CZP		
	Kod profilu	<b>HC.1.3.3. - 30</b>	Nazwa profilu medycznego	Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne - Psychiatria		
	Liczba gabinetów			Rejestracja		
DOSTĘPNOŚĆ						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz

## FORMULARZ OFERTOWY

<b>III. WYKAZ PERSONELU</b>						
						PIECZEĆ, PODPIS
<b>CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO</b>						
<b>ZASOBY KADROWE PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO</b>						
Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

## FORMULARZ OFERTOWY

<b>III. WYKAZ PERSONELU</b>						
PIECZEĆ, PODPIS						
<b>CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO</b>						
<b>ZASOBY KADROWE ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNY</b>						
Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

## FORMULARZ OFERTOWY

<b>III. WYKAZ PERSONELU</b>						
PIECZEĆ, PODPIS						
<b>CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO</b>						
<b>ZASOBY KADROWE ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO (DOMOWEGO)</b>						
Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa			Nr prawa wykonywania zawodu lub/i nr dyplomu			

**Ocena informacji zawartych w części V. zaproszenia do składania ofert „PODSTAWOWE WARUNKI UDZIAŁU”**

**(uzupełnia Zamawiający)**

Lp.	Nazwa warunku	Spełnia*	Nie spełnia*	Nie dotyczy*
1	Dysponowanie personelem medycznym o niezbędnych kwalifikacjach zawodowych lub wykształceniu w odniesieniu do minimalnych wymagań określonych w „koszyku” świadczeń gwarantowanych dla określonych wyżej komórek medycznych (kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje wykazanego personelu)			
2	Potencjał lokalowy potwierdzony prawem do dysponowania nieruchomością, zgodny z wymaganiami posiadający wymagane pozwolenia dopuszczające Wykonawcę do prowadzenia działalności leczniczej (dokument potwierdzający prawo do dysponowania lokalem)			
3	Posiadanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL)			
4	Brak przesłanek wykluczenia z postępowania opisanych w art. 7 ust.1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022 poz. 835).			

5	Udostępnienie Zamawiającemu pełnego wglądu do dokumentów dotyczących posiadanego personelu.			
6	umożliwienie Zamawiającemu dokonania wizji lokali, które służyć miałyby realizacji świadczeń objętych niniejszym postępowaniem.			
7	Wypis z Krajowego Rejestru Sądowego			
8	Wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą			
9	Wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej			
10	Polisa ubezpieczeniowa z tytułu prowadzonej działalności leczniczej			

\*wstawić „X” przy właściwym

Oceny dokonali:

1. ....
2. ....
3. ....