



НАРОДНИ ФРОНТ

гинеколошко - акушерска клиника

Гинеколошко-акушерска клиника «НАРОДНИ ФРОНТ»

Београд, Краљице Наталије 62.

Тел.: 011/ 2068 395, факс 3610 863

ПИБ: 100219891, МАТИЧНИ БРОЈ: 07035888

ДЕЛ. БРОЈ: М16/40-5-2

ДАТУМ: 26.12.2016.

ПРЕДМЕТ: Одговори на питања заинтересованих лица у поступку јавне набавке бр.М16/40 за 2016. год. (услуга осигурања)

- 1) Навести тачан назив, адресу, матични број, шифру делатности, ПИБ и број текућег рачуна подносиоца понуде за осигурање, односно осигураника и уговарача осигурања:

ГИНЕКОЛОШКО-АКУШЕРСКА КЛИНИКА "НАРОДНИ ФРОНТ", БЕОГРАД, КРАЉИЦЕ НАТАЛИЈЕ 62, МАТ. БР. 07035888, ШИФРА ДЕЛ. 8510, ПИБ 100219891, Т.Р. 840-198667-95

- 2) Датум оснивања фирме: 26.05.1953.године
- 3) Детаљан опис делатности којом се подносилац понуде бави:

СПЕЦИЈАЛИЗОВАНА ПОЛИКЛИНИЧКА И БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ, ОБРАЗОВНА И НАУЧНО ИСТРАЖИВАЧКА ДЕЛАТНОСТ. ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ ОБУХВАТА ПРУЖАЊЕ ПРЕВЕНТИВНЕ, ДИЈАГНОСТИЧКЕ И ТЕРПИЈСКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ ИЗ ОБЛАСТИ ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА, ПЕДИЈАТРИЈЕ СА НЕОНАТОЛОГИЈОМ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЈЕ, ПАТОЛОШКЕ АНАТОМИЈЕ, ТРАНСФУЗИОЛОГИЈЕ, БИОХЕМИЈЕ, ИНТЕРНЕ МЕДИЦИНЕ, РАДИОЛОГИЈЕ, ОНКОЛОГИЈЕ, МИКРОБИОЛОГИЈЕ, ХИРУРГИЈЕ И УРОЛОГИЈЕ

- 4) Навести прописе (законе, упутства, правилнике и сл.) који регулишу Вашу делатност: **ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ, ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ, ПРАВИЛНИК О СИСТЕМАТИЗАЦИЈИ И УНУТРАШЊОЈ ОРГАНИЗАЦИЈИ**
- 5) Ако је фирма нова, навести детаље о искуству и сазнањима о врсти делатности којом ће се бавити: **НИЈЕ НОВА.**
- 6) У којој мери трећа лица имају приступ просторијама у којима се обавља делатност? **ТРЕЋА ЛИЦА ИМАЈУ ПРИСТУП 24 САТА ДНЕВНО. У АДМИНИСТРАЦИЈИ КЛИНИКЕ САМО ОД 07 ДО 15 САТИ.**
- 7) Која врста заштите на раду постоји и које мере безбедности примењујете? **ЗА ЗАПОСЛЕНЕ МЕДИЦИНСКЕ РАДНИКЕ ЈЕ ПРЕДВИЂЕНО НОШЕЊЕ МЕДИЦИНСКЕ УНИФОРМЕ И ОБУЂЕ У СКЛАДУ СА АКТОМ О БЕЗБЕДНОСТИ И ЗДРАВЉУ НА РАДУ**
- 8) Да ли сте до сада осигуравали општу одговорност? **ДА**
- 9) Да ли је било одштетних захтева из основа опште одговорности у последњих пет година? Уколико је било, наведите датуме, износе, кратки опис природе и статус (плаћен/нерешен) одштетног захтева. **НЕ**
- 10) Наведите да ли имате сазнања о томе какве штете могу настати: **ФИЗИЧКИ СУКОБ, ДА СЕ ПАЦИЈЕНТ ОКЛИЗНЕ НА СТЕПЕНИШТУ, ПАД СА ПРОЗОРА, ПАД СА КРЕВЕТА**
- 11) Наведите износ суме осигурања по осигураном случају и укупно за период покрића (највише до 4 суме осигурања) - мин. 5.000 евра: **НАВЕДЕНО У КОНКУРСНОЈ ДОКУМЕНТАЦИЈИ**
- 12) Наведите податак о укупном приходу за претходну годину или укупном планираном приходу за текућу годину: **1.292.769.549 ДИНАРА ПЛАНИРАНИ ПРИХОД ЗА 2015. ГОДИНУ, 1.375.550.000 ПЛАН УКУПНИХ ПРИХОДА ЗА 2017.**
- 13) Да ли желите да у осигуравајуће покриће укључите одговорност послодавца за штете које претрпи запослени на раду или у вези са радом? Уколико је одговор "ДА", наведите број запослених: **ДА, БРОЈ ЗАПОСЛЕНИХ ЈЕ НАВЕДЕН У КОНКУРСНОЈ ДОКУМЕНТАЦИЈИ**
- 14) Уколико желите да у осигуравајуће покриће укључите додатног осигураника, наведите име/ имена: **НЕ.**
- 15) Наведите почетак и завршетак периода трајања осигуравајућег покрића: **01.01.2017. ДО 31.12.2017. ГОДИНЕ**
- 16) Молимо Вас наведите по организационим деловима (одељењима) број и специјализацију лекара:

ОДЕЉЕЊЕ АНЕСТЕЗИЈЕ: 12 СПЕЦ. АНЕСТЕЗИОЛОГА, ОДЕЉЕЊЕ НЕОНАТОЛОГИЈЕ: 12 СПЕЦ. ПЕДИЈАТРИЈЕ, ОДЕЉЕЊЕ ЛАБОРАТОРИЈЕ: 3 СПЕЦ. ПАТОЛОГА, 3 СПЕЦ. БИОХЕМИЧАРА, 2 СПЕЦ. ТРАНСФУЗИОЛОГА, 3 СПЕЦ. МИКРОБИОЛОГА, ОДЕЉЕЊЕ АПОТЕКЕ: 2 ДИПЛ. ФАРМАЦЕУТА, ОДЕЉЕЊЕ ЗА ПРИЈЕМ: 6 СПЕЦ. ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА, ОДЕЉЕЊЕ ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ: 5 СПЕЦ. ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА, ОДЕЉЕЊЕ А.Р.Т.: 7 СПЕЦ. ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА, ОДЕЉЕЊЕ ПОРОДИЛИШТА: 9 СПЕЦ. ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА; ОДЕЉЕЊЕ ПРЕОПЕРАТИВНО, ОПЕРАТИВНО И ПОСТОПЕРАТИВНО: 13 СПЕЦ. ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА; ОДЕЉЕЊЕ СТЕРИЛИТЕТА 5 СПЕЦ. ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА, АКУШЕРСКА ОДЕЉЕЊА: 6 СПЕЦ. ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА, КОНЗЕРВАТИВНА ОДЕЉЕЊА 5 СПЕЦ. ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА И ОДЕЉЕЊЕ ВИСОКОРИЗИЧНИХ ТРУДНОЋА 12 СПЕЦ. ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА

17) Наведите по организационим деловима (одељењима) број осталог медицинског особља:

ОДЕЉЕЊЕ ПРИЈЕМА: 26 МЕД. СЕСТРА, 2 ЛАБ. ТЕХНИЧАРА, 1 РЕНТГЕН ТЕХНИЧАР; ОДЕЉЕЊЕ ЛАБОРАТОРИЈЕ: 36 ЛАБ. ТЕХНИЧАРА, 2 ФАРМАЦ. ТЕХНИЧАРА; ОДЕЉЕЊЕ АНЕСТЕЗИЈЕ: 28 АНЕСТЕТИЧАРКИ, ОДЕЉЕЊЕ ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ: 2 СОЦ. РАДНИКА, 9 МЕД. СЕСТАРА; ОДЕЉЕЊЕ ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ ПАТОЛОГИЈЕ ТРУДНОЋЕ: 5 СЕСТАРА; ОДЕЉЕЊЕ СТАТИСТИКЕ: 1 ДОКТОР СОЦИЈАЛНЕ МЕДИЦИНЕ, 2 ИНЖЕЊЕРА СТАТИСТИКЕ, 3 МЕД. СЕСТРЕ СТАТИСТИЧАРИ; ОДЕЉЕЊЕ А.Р.Т. 17 МЕД. СЕСТАРА; ОДЕЉЕЊЕ ПОРОДИЛИШТА: 22 МЕД. СЕСТРЕ; ОПЕРАТИВНО ОДЕЉЕЊЕ: 27 МЕД. СЕСТРЕ, 26 ИНСТРУМЕНТАРКИ; ОДЕЉЕЊЕ СТЕРИЛИТЕТА: 10 МЕД. СЕСТАРА, 1 ИНСТРУМЕНТАРКА; АКУШЕРСКА ОДЕЉЕЊА: 40 СЕСТАРА; КОНЗЕРВАТИВНА ОДЕЉЕЊА: 23 СЕСТРЕ, ОДЕЉЕЊЕ ВРТ: 29 СЕСТАРА,, ОДЕЉЕЊЕ НЕОНАТОЛОГИЈЕ: 81 МЕД. СЕСТРА

18) Да ли ангажујете лекаре по уговору о допунском раду и уколико је одговор "Да", наведите број ангажованих лекара. ДА, 13 ЛЕКАРА.

19) Да ли осим законом прописане евиденције (протокол болесника, историја болести и сл.) имате и неку додатну евиденцију и контролу те евиденције? НЕ

20) Како обезбеђујете стручну контролу запослених и како је спроводите? ИНТЕРНИ СТРУЧНИ НАДЗОР КОЈИ СПРОВОДИ КОМИСИЈА ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

21) Да ли поседујете мере заштите и начине одржавања санитарних и техничких стандарда у вашој установи изнад законом прописаних и које? НЕ

22) Да ли и на који начин поштујете законску обавезу обавештавања пацијената? ДА, УСМЕНО И ПИСАНО ОБАВЕШТЕЊЕ

- 23) Да ли сте до сада били осигурани од професионалне одговорности лекара? ДА
- 24) Да ли је било одштетних захтева из основа професионалне одговорности за лекаре у последњих пет година? Уколико је било, наведите датуме, износе, кратки опис природе и статус (плаћен/нерешен) одштетног захтева. НЕ
- 25) Наведите да ли имате сазнања о томе какве штете могу настати: НЕ
- 26) Број кревета: 330
- 27) Број операција годишње: 17.500
- 28) Наведите суму осигурања по осигураном случају (мин. 10.000,00 EUR) и укупно за период покрића (највише до четири суме укупно): НАВЕДЕНО У КОНКУРСНОЈ ДОКУМЕНТАЦИЈИ
- 29) Наведите да ли желите да учествујете у штети 5%: не

Комисија за јавну набавку М16/40