

県立北薩病院医事業務等委託プロポーザル実施要領

1 趣旨目的

この要領は、「県立北薩病院医事業務等委託」(以下「本業務」という。)において、公募型プロポーザル方式により、事業者を選定するために必要な事項を定めるものである。

2 委託業務の概要等

- (1) 委託業務名
県立北薩病院医事業務等委託
- (2) 委託業務内容
別紙「県立北薩病院医事業務等仕様書」(以下「仕様書」という。)による。
- (3) 委託業務の場所
伊佐市大口宮人502番地4
県立北薩病院
- (4) 委託の期間
令和3年2月1日から令和6年1月31日まで
(地方自治法第234条の3の規定に基づく長期継続契約とする。)
- (5) 委託業務に係る経費
委託期間中の委託費の上限は、159,630千円(消費税抜き)とする。

3 公告

本業務に係る公募型プロポーザルに参加する民間事業者等(以下「参加者」という。)を広く募集するため、本実施要領を県立北薩病院ホームページで公告する。

4 応募資格

本プロポーザルへの参加に必要な資格は、次に掲げる項目を全て満たす者とする。

- (1) 鹿児島県が発注する役務の提供等の業務に関する競争入札に参加するための入札参加資格を取得している者であること。
- (2) 県内に登記上の本店または支店(営業所)を有する法人であること。
- (3) 平成30年4月以降に次の条件を全て満たす医療機関と医事業務等の契約実績を有すること。
 - ① 県立北薩病院と類似または同等以上の規模を有する医療機関
 - ② 電子カルテ導入医療機関
 - ③ DPC対象医療機関
- (4) 地方自治法施行令第167条の4の各号の規定に該当しない者であること。
- (5) 鹿児島県から指名停止措置を受けていない者であること。
- (6) 平成29年11月以降に医療機関において契約不履行による契約解除を受けていない者であること。
- (7) 本業務を円滑に遂行できる安定的かつ健全な財政能力を有すること。

- (8) 都道府県税,消費税及び地方消費税を滞納していない者であること。
- (9) 鹿児島県が行う契約からの暴力団排除措置に関する要綱(平成23年生文第197号)第3条の暴力団排除措置の対象となる法人等に該当しない者であること。

5 応募手続き

- (1) 仕様書,様式等の配布期間及び配布場所

配布期間 令和2年11月10日(火)から令和2年11月24日(火)まで
期間及び時間は土日,祝日を除く平日の午前9時から午後5時までとする。(以下同様)

配布場所 伊佐市大口宮人502-4

県立北薩病院 経営課

電話番号 :0995-22-8511

FAX番号 :0995-22-6783

E-mail :hok-hos-keiei@pref.kagoshima.lg.jp

※県立北薩病院ホームページからダウンロード可能

HPアドレス:<http://hospital.pref.kagoshima.jp/hokusatsu/>

- (2) 提出書類及び提出部数

① 提出書類

ア 参加表明書(様式1)

イ 参加申込書(様式2)

ウ 参加者概要(様式3)

エ 鹿児島県の入札参加資格審査結果通知書(写し)

オ 医事業務実績調書(様式4)

カ 医事業務に係る契約書の写し又は委託医療機関が発行する証明書(様式4の2)

ク 提案書(様式は任意)

ケ 見積書(様式は任意)

② 提出部数

ア 参加表明書 正本1部

イ 参加表明書以外の提出書類 正本1部,副本10部

- (3) 書類作成時の留意事項

- ① 提案書の内容は,医事業務に係る理念や方針等基本的な提案に併せて,仕様書に記載してある個別業務において,効果的・効率的に処理する方法等の提案がある場合は,仕様書の項目ごとに整理し,記載すること。

ただし,次の項目については,必ず提案書に記載すること。

ア 委託業務を円滑・適正に処理するための人員配置に関する提案

イ 診療録の適正な記載に関する提案

ウ 施設基準の上位及び新規取得に関する提案

エ DPCコーディング及びDPC分析ソフト(EVE)の活用に関する提案

オ 診療報酬改定による診療収益への影響など診療情報の提供及びデータ分析に

関する提案

カ 病院運営に支障を生じさせない医事業務引継方法等に関する提案

- ② 見積書の見積額は、委託費予算の上限内とし、消費税抜きで記載すること。
- ③ 文字サイズは、10.5ポイント以上とすること。
- ④ 書類サイズは、A4版とする。ただし、イメージ図等については、A3版をA4版サイズに折りたたんで使用しても差し支えない。
- ⑤ 提出書類(参加表明書を除く。)は、上記(2)の①の順にインデックスを付けて編綴し、正本及び副本ともそれぞれファイルに綴じること。

(4) 受付期間、提出先及び提出方法

① 受付期間

令和2年11月10日(火)から令和2年11月30日(月)まで

ただし、参加表明書は令和2年11月17日(火)まで

② 提出先及び提出方法

上記(1)の配付場所に持参又は郵送(書留郵便等の配達記録が残る者に限る。)による。

(5) 質問及び質問に対する回答

参加者は、本委託業務に係る公募型プロポーザルについての質問がある場合は、質問書(様式5)を次により提出すること。

① 質問書の受付

ア 受付期間：令和2年11月10日(火)から令和2年11月17日(火)まで

イ 提出先及び提出方法

上記(1)の配付場所に持参、FAX又は電子メールによる。

② 質問に対する回答

参加者全員に対して、令和2年11月20日(金)までにFAXで回答する。

(7) 参加者によるプレゼンテーション

参加者は、提出書類により、提案内容等の説明を行うものとする。

なお、プレゼンテーションでは、提出書類を使用するものとするが、同内容をパソコン等を使用して説明する場合は、上記(1)の配付場所に連絡すること。

プレゼンテーションの実施日時は、別途参加者に通知する。

6 選定方法及び契約に関する事項

(1) 選定方法

院内審査委員会を設置し、提案書、プレゼンテーションの内容等に基づいて審査を行い、最優秀提案者を選定する。

(2) 選定結果の通知

選定結果は、全ての参加者へ文書で通知する。

(3) 契約に関する事項

- ① 選定された最優秀提案者と、提案内容に基づき仕様書の内容等についての協議を行い、協議が整った場合に契約の相手として契約手続を行うものとする。
- ② 選定された最優秀提案者との協議が整わず、契約締結に至らなかった場合は、次点と評価した提案者と同様の契約手続を行うものとする。

7 その他

- (1) 参加に必要な経費は、参加者の負担とする。
- (2) 提出された書類は返却しない。
- (3) 企画提案に関し、提出された提案書等は、本業務における選定以外の目的で使用しない。
- (4) 提案書等の提出期限後の変更及び追加については認めない。
- (5) 定められた期限までに提案書等を提出しなかった場合及び提案書等に虚偽の記載があった場合は、本プロポーザルへの参加を無効とする。
- (6) 選定後、参加者の会社名等は公表することがある。選定結果については、最優秀提案者以外は、参加者が特定されない方法で公表する。

(様式1)

令和 年 月 日

県立北薩病院長 殿

参 加 表 明 書

所 在 地
商 号
代表者職氏名 印

令和2年11月6日付けで募集がありました県立北薩病院医事業務等委託プロポーザルに参加の意思を表明します。

なお、県立北薩病院医事業務等委託プロポーザル実施要領の4「応募資格」に掲げる要件をすべて満たしていることを誓約します。

(担当者)

所 属

職・氏名

所在地

電 話

FAX

E-mail

令和 年 月 日

県立北薩病院長 殿

参 加 申 込 書

所 在 地
商 号
代表者職氏名 印

県立北薩病院医事業務等委託プロポーザル実施要領に基づき、下記の提出書類を添えて県立北薩病院医事業務等委託プロポーザルへの参加を申し込みます。

記

1 提出書類

- (1) 参加者概要(様式3)
- (2) 鹿児島県の入札参加資格審査結果通知書(写し)
- (3) 医事業務実績調書(様式4)
- (4) 医事業務に係る契約書の写し又は委託医療機関が発行する履行証明書(様式4の2)
- (5) 提案書
- (6) 見積書

2 提出部数

- (1) 正本 : 1部
- (2) 副本 : 10部

(担当者)

所 属

職・氏名

所在地

電 話

FAX

E-mail

参 加 者 概 要

令和 年 月 日現在

| | | | | | | |
|---|------------------------|--------------|------------|----------------|------------|----------|
| 法 人 名 | | | | | | |
| 住 所 | 本 社 | | | | | |
| | 支 店 ・ 営 業 所 | | | | | |
| 法人創設・開設年月日 | | | | | | |
| 資 本 金 | | | | | | 千円 |
| 売 上 高 | 決算期:平成・令和 年 月 ~ 令和 年 月 | | | | | 千円 |
| 経 営 成 績 | 営業利益: | | | | | 千円 |
| | 経常利益: | | | | | 千円 |
| | 税引前利益: | | | | | 千円 |
| 株 主 構 成 | | | | | | |
| 従 業 員 数 | 正 社 員 人 | 派 遣 社 員 人 | パ ー ト 人 | ア ル ハ イ ト 人 | そ の 他 人 | 合 計 人 |
| 医 事 業 務 に 関 す る 有 資 格 者 の 状 況 ※ 資格名・人数を 記載のこと。 | | | | | | |
| そ の 他 特 記 事 項 | | | | | | |

- ※ 「住所」については、支店・営業所が参加者となる場合は、本社の住所も記載すること。
- ※ 応募資格(7)を確認できる財務諸表などの資料を添付すること。
- ※ 参加者の概要に関するパンフレット等の資料があれば添付すること。

医 事 業 務 実 績 調 書

| | |
|---------------|---|
| 受託医療機関の名称 | |
| 許可病床数 | |
| 診療科目 | (診療科数:) |
| 入院基本料7:1の取得時期 | 平成・令和 年 月 |
| DPC対象病院の取得時期等 | 平成・令和 年 月 医療機関別係数: (11月1日現在) 〔基礎係数: 機能評価係数Ⅰ: 機能評価係数Ⅱ: 〕 |
| 受託業務の内容 | |
| 受託期間 | 平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月 |
| 受託業務の従業員体制 | |
| その他特記事項 | |

【記載上の留意事項】

- 1 応募資格(3)に該当する医療機関との契約実績について、記載してください。
- 2 令和元年4月以降に、複数の受託実績があるときは、医療機関別に作成してください。
なお、受託実績が多数ある場合は、県立北薩病院に最も類似する3か所の医療機関について作成してください。
3か所の医療機関以外は、鹿児島県内に所在する医療機関を下表に記載してください。

| 受託医療機関の名称 | 平成・令和 年 月～平成・令和 年 月 |
|-----------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

(様式4の2)

履 行 証 明 書

| | | |
|---------------|-----------------------|--|
| 委託先業者 | 名 称 | |
| | 住 所 | |
| | 代表者職・氏名 | |
| 受 託 業 務 の 内 容 | | |
| 受 託 期 間 | 平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月 | |

上記の内容に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

代表者氏名

印

(様式5)

令和 年 月 日

質 問 書

| | |
|---------|--|
| 事業者の商号 | |
| 代表者職氏名 | |
| 担当者職氏名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| FAX番号 | |
| E-mail | |

質問事項

※ 質問書の受付期間 令和2年11月10日(火)から令和2年11月17日(火)まで

提出先 県立北薩病院 経営課
F A X 0995-22-6783
E-mail hok-hos-keiei@pref.kagoshima.lg.jp