

**POWIATOWY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W RYDUŁTOWACH I WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM
Z SIEDZIBĄ W WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM**

ul. 26 Marca 51
44-300 Wodzisław Śl.
Tel. 032 4591 800
NIP: 647-18-39-389
Regon: 000312455

***Szczegółowe warunki konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych***

*w zakresie wykonywania procedur z zakresu endoskopii dla
potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą
w Wodzisławiu Śląskim*

Zatwierdził

Dyrektor
Dorota Kowalska

**Konkurs ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych
dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śl.
ogłoszony na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności
lecniczej (Dz. U. z 2016 roku poz. 1638 z późn. zm.) w związku z art. 140 i nast. ustawy
z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.)**

PRZEDMIOTEM KONKURSU JEST:

- I. udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur medycznych z zakresu endoskopii dla pacjentów oddziałów szpitalnych tj.:
 - a) opaskowania i sklerotyzacji żyłaków przełyku i żołądka;
 - b) endoskopowej polipektomii / EMR w obrębie górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego;
 - c) endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW), z protezowaniem dróg żółciowych i trzustkowych;
 - d) przezskórnego drenażu dróg żółciowych;
 - e) endoskopowego tamowania krwawień do górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego;
 - f) poszerzania i protezowania zwężeń w obrębie górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

- II. udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie gastrokopii, kolonoskopii dla pacjentów oddziałów szpitalnych PPZOZ oraz dla pacjentów ambulatoryjnych w ramach umowy z NFZ, które będą wykonywane w przypadku nieobecności lekarzy pozostających dotychczas z Udzielającym zamówienie w stosunku pracy lub stosunku zlecenia oraz w przypadkach pilnych i ratujących życie.

Okres realizacji umowy: 26.04.2017r. – 31.03.2018r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:

1. Świadczenia wykonywane będą dla pacjentów Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śl.
2. Udzielający zamówienie wymaga, aby świadczenia były realizowane przez personel posiadający kwalifikacje odpowiadające rodzajowi świadczeń.
3. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie endoskopii będą Pracownie Endoskopii Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.
4. Zabiegi będą wykonywane według potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.

WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM:

1. Zgodnie z obowiązującymi przepisami do konkursu może przystąpić lekarz:

- specjalista w dziedzinie gastroenterologii, lub
- chirurg posiadający certyfikat Sekcji Chirurgii Endoskopowej Towarzystwa Chirurgów Polskich, lub
- lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub chirurgii, lub chirurgii ogólnej, lub chirurgii onkologicznej, lub pediatrii, lub lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych posiadający umiejętności wykonywania określonych badań endoskopowych przewodu pokarmowego udokumentowaną:
 - potwierdzeniem kwalifikacji do wykonywania endoskopii wg systemu opracowanego przez konsultanta krajowego i PTG, lub
 - potwierdzeniem zarządu PTG o złożeniu „Wniosku o przyznanie Dyplomu umiejętności PTG” określonego uchwałą PTG nr 2/06/2006, lub
 - dokumentem wydanym przez PTG przed rokiem 2006 uprawniającym do samodzielnego wykonywania badań endoskopowych przewodu pokarmowego.
- Udzielający zamówienie wymaga od Przyjmującego zamówienie potwierdzenia wykonania w ostatnim roku kalendarzowym zabiegów:
 - **minimum 200 zabiegów endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW), z protezowaniem dróg żółciowych i trzustkowych;**

2. Ofertę niespełniającą powyższych kryteriów podlega odrzuceniu.

3. Oferta na pojedyncze zakresy świadczeń zostanie odrzucona.

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT:

1. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim z możliwością wyłączenia pojęć medycznych.
2. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje osoba(-y) uprawniona(-e) do reprezentacji lub posiadająca pełnomocnictwo, które należy dołączyć do oferty.
3. Strony oferty oraz miejsca, w których oferent naniósł poprawki, podpisuje(-ą) osoba(y), która(-e) podpisała(-y) ofertę. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego. Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych, ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy.
4. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
6. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę zgodnie z postanowieniami punktu - Zasady składania ofert z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

ZASADY SKŁADANIA OFERT:

1. Dokumenty konkursowe należy złożyć w zamkniętej kopercie w sekretariacie Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śl. do dnia **06.04.2017r. do godz. 13:00** opatrzone napisem: „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu endoskopii dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.**”
Otwarcie ofert nastąpi dnia **06.04.2017r. o godzinie 13:15** w siedzibie Dyrekcji Zakładu.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert Udzielający zamówienie może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert.
4. O każdej zmianie lub modyfikacji Udzielający zamówienie zawiadamia niezwłocznie uczestników konkursu na swojej stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń.
5. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, Udzielający zamówienie może przedłużyć termin składania ofert.
6. Wszelka korespondencja (w tym zapytania) do Udzielającego zamówienie powinna być kierowana przez Oferentów pisemnie na adres: Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śl. ul. 26 Marca 51; 44-300 Wodzisław Śl., telefonicznie pod nr **(32) 4591 829**, fax. (32) 4591 777, bądź mailowo na adres: lswierczek@zoz.wodzislaw.pl

ZAWARTOŚĆ OFERT:

Dla uznania ważności oferta musi zawierać następujące dokumenty w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez upoważnioną osobę do reprezentowania Oferenta:

- 1) **Oferta** - zał. nr 1,
- 2) **Oświadczenie** – zał. nr 2,
- 3) **Wzór umowy** — zał. Nr 3 (parafowany na każdej stronie),
- 4) **Aktualny odpis z właściwego rejestru** albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP,
- 5) **Polisa ubezpieczenia** od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności, w tym za szkody wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych – HIV i WZW, w wysokości nie niższej niż wynikająca z rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729),
- 6) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - kopię aktualnego prawa wykonywania zawodu,
 - kopię dokumentów potwierdzających uzyskane specjalizacje,
 - kopię certyfikatów wskazanych w punkcie 1 – potwierdzające umiejętności wykonywania zabiegów z zakresu endoskopii zabiegowej układu pokarmowego.

Powyższe załączniki należy dołączyć do oferty jeżeli Zamawiający nie jest w ich posiadaniu.

Oferta wraz z załącznikami powinna być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Oferenta. W przypadku podpisania oferty przez pełnomocnika należy załączyć ważne pełnomocnictwo.

KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Udzielający zamówienia będzie oceniał oferty według następujących kryteriów oceny:

CENA: 100%

Cena będzie obliczana według następującego wzoru:

$$\text{cena} = \frac{\text{najniższa cena oferowana brutto}}{\text{cena oferty badanej brutto}} \times 100\% \times 100$$

Udzielającemu Zamówienie przysługuje prawo do przesunięcia terminu składania ofert, odwołania lub unieważnienia konkursu na podstawie art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.*), a także do negocjacji cen i wyboru większej ilości ofert celem realizacji całości zamówienia oraz dla zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

ŚRODKI ODWOŁAWCZE

Oferentowi przysługuje prawo składania protestów i odwołań dotyczących konkursu zgodnie z zasadami określonymi w art. 152, 153 oraz 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.*) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (*Dz. U. z 2016 roku, poz. 1638*).

POWIADOMIENIE O WYNIKACH

O rozstrzygnięciu konkursu Udzielający zamówienie poinformuje wszystkich Oferentów na stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń.

OFERTA

Imię i nazwisko Oferenta/Nazwa

Adres/ siedziba

PESEL:

Telefon kontaktowy:

Oferent prowadzi działalność gospodarczą w formie:

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru

Numer prawa wykonywania zawodu:

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

lub otwarta specjalizacja (od) z zakresu

Numer NIP

Numer REGON

Proponowany średni czas pracy:.....godzin tygodniowo.**Zobowiązania Oferenta**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i treścią dokumentacji konkursowej, akceptuję warunki w niej zawarte oraz dysponuję właściwymi kwalifikacjami zawodowymi do wykonania przedmiotowych świadczeń.

Oferuję realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur z zakresu endoskopii:

- **opaskowanie i sklerotyzacja żyłaków przelyku i żołądka:..... zł. brutto (słownie:.....) za 1 zabieg;**
- **endoskopowa polipektomia / EMR w obrębie górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego:..... zł. brutto (słownie:.....) za 1 zabieg;**
- **endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW), z protezowaniem dróg żółciowych i trzustkowych:..... zł. brutto (słownie:.....) za 1 zabieg;**
- **przezskórnego drenażu dróg żółciowych:..... zł. brutto (słownie:.....) za 1 zabieg;**
- **endoskopowe tamowanie krwawień do górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego:..... zł. brutto (słownie:.....) za 1 zabieg;**
- **poszerzanie i protezowanie zwężeń w obrębie górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego:..... zł. brutto (słownie:.....) za 1 zabieg;**
- **gastroskopia:..... zł. brutto (słownie:.....) za 1 zabieg;**
- **kolonoskopia:..... zł. brutto (słownie:.....) za 1 zabieg;**
- **świadczenia w Pracowni Endoskopii w ramach kontraktu z NFZ w kwocie: - wartość za 1 pkt rozliczeniowy zł (brutto) (słownie:.....)**

OŚWIADCZENIE

Składając ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śl.

oświadczam, iż:

- 1) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
- 2) Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania zamówienia.
- 3) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego.
- 4) Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 5) Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
- 6) Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy na świadczenie usług zdrowotnych i zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.
- 7) Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych we właściwym urzędzie skarbowym oraz składek na ubezpieczenia społeczne w ZUS.
- 8) Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793 z późniejszymi zmianami), uniemożliwiająca realizację zawarcia umowy,
- 9) Spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej.¹
- 10) Wykonałem/wykonałam w ostatnim roku kalendarzowym:
 - **200 zabiegów endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW), z protezowaniem dróg żółciowych i trzustkowych.**
- 11) Oświadczam, że posiadam minimum 10 letnie doświadczenie zawodowe w oddziale: Chorób Wewnętrznych lub Chirurgii Ogólnej lub Gastroenterologicznym.

Na każde żądanie Zamawiającego dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto zapewniam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

..... dn.

(imię i nazwisko)
pieczęć i podpis osoby upoważnionej

¹ Art. 26 ust.2.u.o.d.l.: „Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.”