

**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  
Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie Nocnej  
i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, 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 medycznych dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim ogłoszono na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016, poz. 1638 – j.t.) w związku z art. 146 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.)*

### **PRZEDMIOT KONKURSU:**

**Przedmiotem konkursu jest:**

- **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej według potrzeb oraz zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym Zamówienie dla pacjentów Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.**

***Organizacja Udzielania Świadczeń w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej Nocnej i Świątecznej:***

1. ***Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej***
  - *w godzinach: od poniedziałku do piątku od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w godz. od 8:00 dnia danego do godz. 8:00 dnia następnego.*
2. ***Miejsca realizacji świadczeń:***
  - ***Szpital w Rydułtowach, ul. Plebiscytowa 47,***
  - ***Szpital w Wodzisławiu Śląskim, ul. 26 Marca 51.***
2. **Udzielający Zamówienie wymaga, aby Oferent posiadał kwalifikacje lekarza zgodnie z Zarządzeniem Nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2013r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ( z późn. zmianami) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej(z późn. zmianami).**

### **Warunki składania ofert oraz okres realizacji umowy**

1. **Udzielający zamówienie dopuszcza składanie ofert częściowych, tj. na pojedyncze zakresy świadczeń.**
2. **Udzielający zamówienie wymaga, aby świadczenia były realizowane przez personel posiadający kwalifikacje odpowiadające rodzajowi świadczeń – zgodnie z wymaganiami NFZ oraz zgodnie z ofertą złożoną przez Udzielającego zamówienie, w postępowaniu konkursowym mającym na celu zawarcie umowy z NFZ.**
3. **Okres realizacji umowy: od 19.07.2017r. do 31.12.2019r.**

## **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 osoba(y), która podpisała 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 zamawiającego 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 Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl. **do 30.06.2017r. do 13.00** opatrzone napisem: **„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.**  
Otwarcie ofert nastąpi **30.06.2017r. o godz. 13.15** w siedzibie Dyrekcji.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert zamawiający może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert.
4. O każdej zmianie lub modyfikacji zamawiający zawiadamia niezwłocznie każdego z uczestników konkursu, który poinformował o pobraniu dokumentacji konkursowej.
5. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.
6. Wszelka korespondencja (w tym zapytania) do Zamawiającego powinna być kierowana przez Oferentów pisemnie na adres: Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, ul 26 Marca 51; 44-300 Wodzisław Śl., tel. 324591822, fax. 324591777, lub email: [lswierczek@zoz.wodzislaw.pl](mailto:lswierczek@zoz.wodzislaw.pl)
7. Zamawiający unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
  - nie wpłynęła żadna oferta
  - wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem, że jeżeli w toku konkursu wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert,
  - odrzucono wszystkie oferty
  - kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył

- na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
- nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

### **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: (odpowiedni druk w zależności od realizowanego świadczenia)
  - **Załącznik nr 1** (oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej)
  - **Załącznik nr 2** (Oświadczenie – **wypełniają wszyscy Oferenci**)
- 2) wzór umowy wraz z załącznikami
- 3) aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej,
- 4) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności z rozszerzeniem na choroby zakaźne (w tym WZW i HIV), 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. z 2011r. Nr 293, poz. 1729).
- 5) kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanej specjalizacji lub dokumentów stwierdzających rozpoczęcie specjalizacji i innych dokumentów wymaganych do świadczenia usług objętych umową

**Powyższe załączniki należy dołączyć do oferty jeżeli Udzielający zamówienie 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**

Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Komisja Konkursowa będzie się kierowała następującym kryterium tj.: **cena – 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 zamawiający ogłosi na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej.

**O F E R T A**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej**

**Dane oferenta:**

1. Imię i nazwisko .....

2. Adres .....

3. Nazwa: .....

.....

.....

Oferent prowadzi działalność leczniczą w formie:

.....

.....

4. Nr prawa wykonywania zawodu .....

5. PESEL .....

6. NIP .....

7. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) .....

lub otwarta specjalizacja ( od ..... ) z zakresu .....

8. Telefon kontaktowy .....

9. Oferent posiada aktualne obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)\*

Oferent zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na dzień podpisania umowy.\*

( \* niepotrzebne skreślić )

10. Zakres oferowanych świadczeń (np. POZ Rydułtowy, POZ Wodzisław Śląski).

.....

.....

.....

.....

11. Ilość oferowanych dyżurów medycznych (tygodniowo):.....

12. Proponowana cena za oferowane świadczenia w kwocie

- udzielanie świadczeń medycznych POZ Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna:

- Za dyżur medyczny 14 h - ..... zł (brutto) \* ilość dyżurów
- Za dyżur medyczny 24 h - ..... zł (brutto) \* ilość dyżurów

.....  
podpis i pieczęć oferenta  
( lub podpis osoby upoważnionej)

## Załącznik Nr 2 do Szczegółowych warunków konkursu

### Oświadczenie

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

#### **oświadczam, że:**

- 1) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania określonych prac lub czynności, jeżeli przepisy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
- 2) Spełniam wymogi określone w art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
- 3) Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania zamówienia objętego konkursem.
- 4) Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
- 5) Zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 6) Zapoznałem/am się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.
- 7) Zapoznałem się z projektem mającej być zawartej umowy o świadczenie usług medycznych i nie wnoszę zastrzeżeń do jej zawarcia w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 8) Posiadam aktualne obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)/będę posiadał obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na dzień rozpoczęcia realizacji udzielania świadczeń
- 9) Nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych we właściwym urzędzie skarbowym.
- 10) 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.
- 11) Rodzaj działalności leczniczej i zakres świadczeń zdrowotnych odpowiada przedmiotowi zamówienia zgodnie z art.26 Ustawy z dnia 15.04.2011 roku o działalności leczniczej.

Na każde żądanie zamawiającego zobowiązuję się dostarczyć niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto oświadczam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

Wodzisław Śl., dnia .....

.....  
podpis i pieczęć oferenta  
( lub podpis osoby upoważnionej )