

**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
AmbulATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ W PORADNI
Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, dla potrzeb
Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą
w Wodzisławiu Śląskim.***

Zatwierdził
Dnia 10.07.2017 roku
Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
Dr n. med. Sławomir Świąchowicz

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:

I. Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1. w Poradni Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej w Zespole Poradni Specjalistycznych w Wodzisławiu Śląskim przy ul. 26 Marca 164 wg potrzeb oraz zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym zamówienie.**
- 2. w Poradni Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej w Zespole Poradni Specjalistycznych w Rydułtowach przy ul. Plebiscytowej 47 wg potrzeb oraz zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym zamówienie.**

II. Organizacja Udzielania Świadczeń w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej:

1. Realizacja świadczeń wykonywana będzie dla pacjentów Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.
2. Udzielający zamówienia wymaga, aby świadczenia były realizowane przez personel posiadający kwalifikacje odpowiadające rodzajowi świadczeń - zgodnie z wymaganiami NFZ oraz zgodnie z ofertą złożoną przez Udzielającego zamówienie tj.:
 - lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu albo,
 - lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, albo,
 - lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, albo,
 - lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii, lub ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej lub specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale lub w poradni zgodnych z profilem świadczenia gwarantowanego.
3. Zgodnie z wymaganiami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zarządzenie Nr 62/2016/DSOZ z dnia 29 czerwca 2016r.+ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zmianami) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2011r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej(z późn. zmianami).

III. Godziny pracy poradni:

1. Świadczenia opieki zdrowotnej powinny być udzielane w poradni chirurgii urazowo - ortopedycznej, zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym zamówienie.
2. Udzielający zamówienie dopuszcza składanie ofert częściowych, tj. na pojedyncze dni udzielania świadczeń w poradni.

IV. Warunki składania ofert oraz okres realizacji umowy:

1. Okres realizacji umowy: od 01.08.2017r. do 31.12.2019r.
2. Udzielający zamówienie dopuszcza składanie ofert częściowych, tj. na pojedyncze zakresy świadczeń.

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 Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim **do dnia 13.07.2017r. do godz. 13.00** opatrzone napisem: **„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w.....(wpisać odpowiednią lokalizację)**
Otwarcie ofert nastąpi w dniu **13.07.2017r. 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

- oferę 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. 324591829, fax. 324591777, lub email: 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 udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej - **Załącznik nr 1**
- 2) Oświadczenie – **Załącznik nr 2**
- 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. 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 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

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.

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

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 w Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej

W.....

*** za jeden punkt rozliczeniowy: zł/brutto**

Proponowany harmonogram pracy:

Dzień tygodnia: – w godz. oddo

Dzień tygodnia: – w godz. oddo

Dzień tygodnia: – w godz. oddo

pieczęć oraz podpis osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE

Składając ofertą na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtówach 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), 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

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.

pieczęć i podpis osoby upoważnionej

(imię i nazwisko)

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.”