

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

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

***Szczegółowe warunki konkursu ofert
na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
w zakresie rehabilitacji leczniczej, dla potrzeb
Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu
Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.***

Zatwierdził

dnia 6.12.2017r.

Dyrektor
Dorota Kowalska

**Konkurs ofert na udzielanie 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 leczniczej
(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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.)**

PRZEDMIOT KONKURSU:

1. Przedmiotem konkursu jest:
 - a) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej przez osoby prowadzące fizjoterapię na potrzeby pacjentów hospitalizowanych na oddziałach Szpitala w Wodzisławiu Śląskim funkcjonujących w strukturze Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim,
 - b) udzielania świadczeń rehabilitacyjnych na Oddziale Udarowym przez osobę prowadzącą fizjoterapię w wymiarze 0,5 etatu,
 - c) prowadzenie fizjoterapii na Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej w ramach rehabilitacji po przeprowadzonych operacjach z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego (równoważnik co najmniej 2 etatów), wymagane potwierdzenie wykonania usługi na liście obecności.
2. Miejscem udzielania świadczeń:
 - Oddziały Szpitala w Wodzisławiu Śląskim przy ulicy 26 Marca 51.
3. Zakres wykonywanych świadczeń obejmuje:
 - a) diagnostykę fizjoterapeutyczną – po konsultacji z lekarzem prowadzącym,
 - b) kinezyterapię,
 - c) fizykoterapię,
 - d) dobranie i dopasowanie protezy lub ortezy oraz naukę posługiwania się protezą.
4. Świadczenia będą wykonywane **od poniedziałku do soboty między godziną 7.00 a 15.00, zgodnie z potrzebami oddziałów Szpitala w Wodzisławiu Śląskim.**
5. Osoby prowadzące fizjoterapię winny spełniać wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 poz. 694 z późn. zm.).
6. Niespełnienie wymogów w/w rozporządzenia uniemożliwi udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu.
7. Dane osób prowadzących fizjoterapię zostaną wprowadzone do umowy zawartej pomiędzy Zamawiającym a Narodowym Funduszem Zdrowia.
8. Oferent zobowiązuje się do zapewnienia sprzętu niezbędnego do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, w tym objętego wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia dla rodzaju leczenia szpitalne.

9. Zamawiający **nie dopuszcza składania ofert częściowych.**

10. Świadczenia usług wymienione w przedmiocie umowy będą realizowane zgodnie z potrzebami oraz harmonogramem ustalonym z Udzielającym zamówienie.

Okres realizacji umowy: od 01.01.2018r. do 31.07.2018r.

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 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 Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl. **do 11.12.2017r. do godz. 12:00** opatrzone napisem:
„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim”.
Otwarcie ofert nastąpi **11.12.2017r. o godzinie 12:15** w 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 Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl. ul 26 Marca 51; 44-300 Wodzisław Śl., tel. (32) 4591829, fax. (32) 4591777, e-mail: 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) Wykaz personelu – Zał. Nr 4,
- 5) **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,
- 6) **Polisa ubezpieczenia** od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności, 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. 2011 nr 293 poz. 1729).

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

Brak wyżej wymienionych dokumentów lub złożenie dokumentu w niewłaściwej formie (niepoświadczony za zgodność z oryginałem) skutkować będzie wezwaniem do uzupełnienia braków pod rygorem odrzucenia oferty.

KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Udzielający zamówienie 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 2017r. poz. 1938 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 2017 r. poz. 1938 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 z późn. zm).

POWIADOMIENIE O WYNIKACH

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

UMOWA

Zaoferowana cena za świadczenie nie ulegnie zmianie przez okres obowiązywania umowy.

OFERTA

Dane Oferenta:

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu

Nr faksu.....

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru

Numer NIP:

Numer REGON:

Ubezpieczenie OC – wysokość i termin ważności

Zakres oferowanych świadczeń:.....

.....

Proponowany kwota ryczałtu:.....(słownie:.....),

z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej przez osoby prowadzące fizjoterapię na potrzeby pacjentów hospitalizowanych na oddziałach Szpitala w Wodzisławiu Śląskim funkcjonującego w strukturze Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, prowadzenie fizjoterapii na Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej w ramach rehabilitacji po przeprowadzonych operacjach z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego (równoważnik co najmniej 2 etatów) oraz zapewnienie udzielania świadczeń rehabilitacyjnych na Oddziale Udarowym przez osobę prowadzącą fizjoterapię w wymiarze 0,5 etatu.

.....

miejsowość, data

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla potrzeby pacjentów Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl.

oświadczam, że:

- 1) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac lub czynności, jeżeli uregulowania prawne nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
- 2) Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania danego zamówienia.
- 3) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
- 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 usługi zamówienia.
- 6) Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy o świadczenie usług medycznych i zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
- 7) 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 2017r. poz. 1938 z późniejszymi zmianami), uniemożliwiająca realizację zawarcia umowy.
- 8) Spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011r. 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.

(imię i nazwisko)
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.”

..... dnia 2017 r.

.....
(pieczęć Wykonawcy)

Lista osób zapewniających udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii na Oddziale Udarowym.

Lp.	Imię i Nazwisko	Pesel	Wykształcenie i kwalifikacje	Data uzyskania dyplomu zawodowego	Wymiar etatu
1.					
2.					
3.					

Lista osób zapewniających udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii na Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej.

Lp.	Imię i Nazwisko	Pesel	Wykształcenie i kwalifikacje	Data uzyskania dyplomu zawodowego	Wymiar etatu
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Oświadczam, że wszystkie osoby prowadzące fizjoterapię spełniają wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 poz. 694).

.....
data i podpis osoby upoważnionej

