

**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 Zespole  
Poradni Specjalistycznych w Wodzisławiu Śląskim  
i Rydułtowach w zakresie Ambulatoryjnej Opieki  
Specjalistycznej w Poradni Chirurgii Ogólnej  
w Wodzisławiu Śląskim oraz Rydułtowach, dla potrzeb  
Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą  
w Wodzisławiu Śląskim.***

Zatwierdził

Dnia 21.11.2018 roku

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 2018 roku poz. 160) 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 2018 r., poz. 1510 ze zm.)*

### **PRZEDMIOT KONKURSU:**

#### ***I. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych:***

- **w Poradni Chirurgii Ogólnej w Wodzisławiu Śląskim oraz Rydułtowach w Zespole Poradni Specjalistycznych w Wodzisławiu Śląskim i Rydułtowach przy ul. 26 Marca 164 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 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 tj.:
  - lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej albo
  - lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej, albo
  - lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej, albo
  - lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej oraz lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub specjalista w dziedzinie chirurgii dziecięcej.
3. Udzielający zamówienie wymaga aby świadczenia były realizowane zgodnie z wymaganiami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określone w Zarządzeniu Nr 22/2018/DSOZ z dnia 14 marca 2018 r. 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 2013 r. 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 ogólnej, zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym zamówienie.
2. Udzielający zamówienie dopuszcza składania ofert częściowych.

### **IV. Warunki składania ofert oraz okres realizacji umowy:**

Okres realizacji umowy: **od 14.12.2018r. 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.
4. Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy. 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 26.11.2018 r. do 13.00** opatrzone napisem: „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Chirurgii Ogólnej w Wodzisławiu Śląskim i Rydułtowach w Zespole Poradni Specjalistycznych w Wodzisławiu Śląskim i Rydułtowach, dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.** Otwarcie ofert nastąpi **26.11.2018 r. 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 Rydułtówach 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 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej – **Załącznik nr 1**,
- 2) Oświadczenie – **Załącznik nr 2**,
- 3) **Wzór umowy** (parafowanej na każdej stronie) – **Załącznik nr 3**,
- 4) **Wzór umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych** (parafowanej na każdej stronie) – **Załącznik nr 4**,
- 5) **Aktualny odpis z właściwego rejestru** albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ogłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej,
- 6) **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),
- 7) **Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych:**
  - kopia aktualnego prawa wykonywania zawodu;
  - kopia dokumentów potwierdzających uzyskane specjalizacje;
  - kopia orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy;
  - kopia zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bhp.

**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 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 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 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.*) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (*Dz. U. z 2018 roku, poz. 160*).

## **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 Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej**

**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. Poradnia Chirurgii Ogólnej Rydułtowy/Wodzisław Śl. oraz proponowany harmonogram pracy w poradni).

.....  
.....  
.....  
.....

11. Proponowana cena za oferowane świadczenia w Poradni Chirurgii Ogólnej w Wodzisławiu Śląskim w kwocie:

- wartość za 1 pkt rozliczeniowy (w ramach umowy z NFZ) ..... zł (brutto).

12. Proponowana cena za oferowane świadczenia w Poradni Chirurgii Ogólnej w Rydułtowach w kwocie:

- wartość za 1 pkt rozliczeniowy (w ramach umowy z NFZ) ..... zł (brutto).

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

### 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).
- 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 2018r. poz. 1510 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)