

**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 dla potrzeb  
Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim  
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.*

Zatwierdził

dnia 29.11.2019r.

Dyrektor

*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. 2190) 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 2019 r., poz. 1373).*

### **PRZEDMIOT KONKURSU:**

***I. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Zespole Poradni Specjalistycznych w Wodzisławiu Śląskim i Rydułtowach wg potrzeb oraz zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym zamówienie.***

#### **Zespół Poradni Specjalistycznych w Wodzisławiu Śląskim przy ulicy 26 Marca 164:**

- Poradnia Chirurgii Ogólnej
- Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
- Poradnia Preluksacyjna
- Poradnia Dermatologiczna
- Poradnia Urologiczna
- Poradnia Chorób Zakaźnych
- Poradnia Ginekologiczno – Położnicza
- Poradnia Neurologiczna dla Dzieci

#### **Zespół Poradni Specjalistycznych w Rydułtowach przy ulicy Plebiscytowej 47:**

- Poradnia Okulistyczna
- Poradnia Geriatryczna
- Poradnia Gastroenterologiczna
- Poradnia Chirurgii Ogólnej
- Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
- Poradnia Preluksacyjna
- Poradnia Urologiczna
- Poradnia Onkologiczna
- Poradnia Ginekologiczno – Położnicza

## **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 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z późn. zm) oraz zgodnie z ofertą złożoną przez Udzielającego Zamówienie.
3. Udzielający zamówienie wymaga aby świadczenia były realizowane zgodnie z wymaganiami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określone w Zarządzeniu Nr 88/2019/DSOZ z dnia 28 czerwca 2019 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. zm).

## **III. Godziny pracy poradni:**

Świadczenia opieki zdrowotnej będą udzielane w poradniach specjalistycznych zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym Zamówienie.

## **IV. Okres realizacji umowy:**

Okres realizacji umowy: **od 01.01.2020 r. do 31.03.2022 r.**

---

### **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 06.12.2019 r. do 12.00** opatrzone napisem: „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim**”.  
Otwarcie ofert nastąpi **06.12.2019 r. o godz. 12.30** 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. 324591829, fax. 324591777 lub email: [marta@zoz.wodzislaw.pl](mailto:marta@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) wraz z załącznikami - **Załącznik nr 3,**
- 4) **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,
- 5) **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 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019 poz. 866 z późn. zm.),

6) **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 2019 r. poz. 1373.*), 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 2019 r. poz. 1373*) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (*Dz. U. z 2018 roku, poz. 2190*).

#### **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. Zakres oferowanych świadczeń: ( np. Poradnia Urologiczna w Wodzisławiu Śląskim oraz proponowany harmonogram pracy w poradni).

.....

.....

.....

.....

10. Proponowana cena za oferowane świadczenia:

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

(słownie:.....

- proponowana kwota za udzielenie porady dla podmiotów zewnętrznych, dla których PPZOZ świadczy usługi .....zł (brutto) - (dotyczy poradni chirurgii ogólnej, poradni chirurgii urazowo – ortopedycznej, poradni chorób zakaźnych oraz poradni ginekologicznej).

.....  
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, niezbędnym 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 oraz ZUS.
- 10) Posiadam uprawnienia do wystawiania elektronicznych dokumentów medycznych, w tym m.in. recept oraz zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy.
- 11) 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 2019r. poz. 1373 z późniejszymi zmianami), uniemożliwiająca realizację zawarcia umowy.
- 12) 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)