

Poznań 14 stycznia 2019 r.

Zatwierdzam

Dyrektor

OGŁOSZENIE
w sprawie szczegółowych warunków konkursu ofert
w zakresie Podstawowej Opieki Medycznej

Dyrektor Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ w Poznaniu działając na podstawie:

1. Ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (tj. z dnia 9 listopada 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190))
2. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2019.1373 t.j. z dnia 2019.07.24),
3. Zarządzenia Dyrektora WSPL SP ZOZ w Poznaniu.

jako Udzielający Zamówienia ogłasza konkurs ofert na udzielanie świadczeń medycznych z zakresu **lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej** oraz przedstawia warunki udziału w postępowaniu:

I. Udzielający Zamówienia:

Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Solna 21, 61-736 Poznań

II. Przedmiot konkursu ofert:

Udzielanie świadczeń medycznych na rzecz pacjentów WSPL SP ZOZ w Poznaniu w zakresie: **Podstawowej Opieki Medycznej.**

Szczegółowo przedmiot konkursu i warunki wymagane przedstawione zostały w złączniku nr 3 – umowa.

Okres obowiązywania umowy 48 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

III. Miejsce udzielania świadczeń

Poradnia lekarza rodzinnego WSPL SP ZOZ w Poznaniu ul. Szylinga1, ul. Solna 21.

IV. Miejsce i czas ukazania się ogłoszenia:

Ogłoszenie zostało zamieszczone na stronie internetowej (www.wspl.info.pl) oraz tablicy informacyjnej WSPL SP ZOZ w Poznaniu

V. Obowiązki Oferenta

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tj. z dnia 9 listopada 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190)), oraz lekarze posiadający kwalifikacje zgodne z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2019.537 t.j. z dnia 2019.03.21), spełniający n/w wymogi:

- 1) Obligatoryjne:
 - a. Posiadający dyplom lekarz,
 - b. Posiadający czynne prawo wykonywania zawodu na terenie RP,
 - c. zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej - oświadczenie,
 - d. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich - kopia,
 - e. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis KRS - kopia,
 - f. polisa obowiązkowego OC na czas udzielania świadczeń,
 - g. Wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - oświadczenie,

VI. Sposób przygotowania oferty

1. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.
2. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim na formularzu ofertowym stanowiącym załącznik nr 1 wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami.
3. Wszystkie dokumenty oferty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone „**za zgodność z oryginałem**” przez Oferenta lub osoby uprawnione do działania w jego imieniu.
4. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta lub osoby uprawnione do działania w jego imieniu.
5. Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Oferenta należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej: „**Konkurs ofert – POZ**”. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne, w tym zakresie pytania.
6. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
7. Kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od Oferenta są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

VII. Warunki udzielania świadczeń:

1. Świadczenia udzielane będą w Poradni lekarza rodzinnego – WSPL SP ZOZ w Poznani ul. Szylinga 1, ul. Solna 21 (szczegółowe warunki określa umowa).
2. Wymagamy, aby udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza POZ wykonywane było zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówieniem na warunkach określonych w umowie, której wzór stanowi **załącznik nr 3**.
3. Udzielający Zamówienia z Przyjmującym Zamówienie będzie rozliczał się wg zasad określonych w umowie i stawek wykazanych w ofercie Przyjmującego zamówienie (**Załącznik nr 1**).
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem sporządzanym i zatwierdzanym przez Udzielającego zamówienie.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w wymiarze minimum 5 godz. w gabinecie w godzinach przed i popołudniowych w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej plus wizyty domowe, płatnych według stawki określonej zaproponowanej w ofercie.
6. Przyjmujący Zamówienie w czasie udzielania świadczeń nie może opuszczać miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do niewykonywania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia u innego Świadczeniodawcy w czasie uwzględnionym w harmonogramie Udzielającego Zamówienia pod rygorem zapłaty kar umownych, o których mowa w umowie.

VIII. Dokumenty jakie powinien złożyć Oferent oraz warunki wymagane od Oferenta:

1. Wypełniony Formularz ofertowy, zgodny ze wzorem (**załącznik nr 1**) wraz załącznikami punkt V ogłoszenia.
2. Dokumenty potwierdzające posiadane specjalizację.
3. Oświadczenie Oferenta, stanowiące **Załącznik nr 2** do niniejszych warunków.
4. Zaakceptowany (parafowany) wzór umowy.

IX. Opis kryteriów oceny ofert, ich znaczenie oraz sposób oceny ofert:

1. Na kryterium oceny złożonych ofert składać się będzie:
CENA – 100%
2. W toku badania i oceny ofert Udzielający Zamówienia może żądać od Oferenta wyjaśnień i prowadzić negocjacje dotyczące treści złożonej oferty.

X. Miejsce i termin składania ofert.

1. Ofertę w zaklejonej kopercie należy złożyć w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. A. Szylinga 1, 60-782 Poznań, sekretariat przychodni w terminie do dnia **19 grudnia 2019 roku, do godziny 10:00**. Godziny pracy Kancelarii: od poniedziałku do piątku od 8:00 do 14:30.
2. Ofertę przesłaną drogą pocztową uważa się za złożoną w terminie, jeżeli zostanie ona dostarczona w terminie nie późniejszym niż wyżej określony.
3. Dopuszcza się przesłanie oferty w formie elektronicznej na adres: zam.pub@wspl.info.pl

4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.
5. Celem dokonania zmian bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania wcześniej wyznaczonego terminu.

XI. Miejsce, termin, tryb otwarcia ofert oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert.

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. A. Szylinga 1, 60-782 Poznań, pokój 357, w dniu **19 grudnia 2019 r. o godzinie 10:05.**
2. Do chwili otwarcia ofert Zamawiający przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.
3. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora WSPL SP ZOZ w Poznaniu.
4. Komisja konkursowa informuje oferenta na piśmie o odrzuceniu jego oferty, jeżeli zaistnieją przesłanki, o których mowa w art. 149 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
5. Informacja o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczona na stronie internetowej oraz tablicy informacyjnej WSPL SP ZOZ w Poznaniu w terminie związania z ofertą.

XII. Termin związania ofertą.

1. Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni.
2. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

XIII. Środki odwoławcze przysługujące Oferentowi.

1. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15.04.2011 R. o działalności leczniczej (tj. z dnia 9 listopada 2018 r. (Dz.U. Z 2018 r. poz. 2190)) oraz art. 152 i 153 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2019.1373 tj. z dnia 2019.07.24), oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do Komisji Konkursowej protestu w terminie 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności, nie później jednak niż do czasu zakończenia postępowania.
2. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15.04.2011 R. o działalności leczniczej (tj. z dnia 9 listopada 2018 r. (Dz.U. Z 2018 r. poz. 2190)) oraz art. 152 i 154 ustawy z dnia 27.08.2004 O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ((Dz.U.2019.1373 tj. z dnia 2019.07.24), oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do Udzielającego Zamówienie odwołania w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

Załączniki:

1. Formularz Ofertowy.
2. Oświadczenie Oferenta.
3. Wzór umowy

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane osobowe/ Nazwa firmy: (tel. email, adres)

.....

.....

tel.

email.

2. NIP.....

3. REGON.....

4. Nr prawa wykonywania zawodu.....

5. Wypis do rejestru podmiotów wykonujących działalność **leczniczą pod nr**

.....

6. Posiadane kwalifikacje.....

W okresie pierwszych 6 miesięcy świadczenia usług zdrowotnych, w celu umożliwienia Przyjmującemu zamówienie stworzenia listy aktywnej, Udzielający zamówienie proponuje do wyboru Przyjmującemu zamówienie określenie wariantowości jego wynagrodzenia wg następujących zasad:

7. Proponowana cena brutto realizacji zamówienia po 6 miesiącu wykonywania świadczeń:

7.1. Propozycja wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie wyrażona w % do wartości stawki kapitałowej określony w umowie z NFZ **obligatoryjne podanie:**

Rodzaj usługi	Propozycja wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie wyrażona w % do wartości stawki kapitałowej określony w umowie z NFZ
Świadczenie usług medycznych lekarza POZ w lokalizacjach poradni POZ WSPL. %

6.2. Oferta wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie w okresie o 1 do 6 miesiąca wykonywania świadczeń:

W okresie pierwszych 6 miesięcy świadczenia usług proponuję wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości **zł. brutto za 1 godz.**

Zapisy pkt. 6.1 mają zastosowania po 6 miesiącu obowiązywania umowy.

8. Zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych minimum 5 godz. dziennie w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00 na podstawie harmonogramu pracy. Harmonogram Pracy ustala Udzielający Zamówienie.
9. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

Dni tygodnia	Godziny przyjęć w gabinecie	Wizyty domowe
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

Proponowane godziny świadczenia usług medycznych są propozycją i zostaną dostosowane do potrzeb Udzielającego zamówienie w uzgodnieniu z Przyjmującym zamówienie.

Załączniki:

Dokumenty wymienione w punkcie **V** ogłoszenia – obowiązkowo dostarczyć do dnia podpisania umowy.

Podpis i data

.....
Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że **spełniam warunki** określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
2. Oświadczam, że zapoznałem **się** z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że **zapoznałem się** wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty **są zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do orzekania o czasowej niezdolności do pracy.
8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia lekarza przyjmującego deklaracje wyboru, samodzielnie.
9. Oświadczam, że posiadam zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej,
10. Oświadczam, że posiadam wypis do rejestru podmiotów wykonujących działalność **leczniczą pod nr**

.....
Data i podpis Oferenta