



SP ZOZ KRAKOWSKIE CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII

30-224 Kraków, Al. Modrzewiowa 22

tel. centrala: (+48 12) 428 73 00

tel. sekretariat: (+48 12) 428 73 04

fax: (+48 12) 425-12-28

e-mail: office@kcr.pl

<http://www.kcr.pl>

NIP: 677-17-03-375

PKO BANK POLSKI S.A. 19 1020 2892 0000 5102 0188 7975

Kraków, dnia 25 lipca 2013r.

Znak postępowania: A.I.271- 18/13

KONKURS NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE Z ZAKRESU REHABILITACJI NA RZECZ PACJENTÓW KRAKOWSKIEGO CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII

WARUNKI UDZIAŁU

1. Organizatorem konkursu jest: **SP ZOZ KRAKOWSKIE CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII, 30-224 Kraków, Al. Modrzewiowa 22**
2. Postępowanie konkursowe prowadzone jest w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654 z późn. zm.).
3. **Przedmiot konkursu: przejęcie obowiązków udzielania świadczeń medycznych z zakresu rehabilitacji leczniczej – lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna realizowana przez poradę lekarską rehabilitacyjną w Poradni Rehabilitacyjnej na rzecz pacjentów Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii. Szczegółowy przedmiot konkursu określa załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.**
4. **Termin wykonywania usług wynosi:** od 19.08.2013r. do 31.12.2014r. Wskazany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń może zostać zmieniony w przypadku niezakończenia do tego czasu procedury konkursowej lub terminu przewidzianego do wnoszenia środków zaskarżenia postępowania konkursowego.
5. **Miejsce udzielania świadczeń:** Poradnia Rehabilitacyjna Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, al. Modrzewiowa 22 w Krakowie.
6. **W konkursie mogą wziąć udział:**
Podmioty wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654) oraz ich działalność nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 lub 101 ustawy. Na potwierdzenie spełnienia tego warunku Zamawiający wymaga odpis z właściwego rejestru.
 - 6.1. Oferent będący osobą prawną lub fizyczną musi być wpisany do odpowiedniego rejestru (CEIDG, KRS).
 - 6.2. Wymagania co do kwalifikacji określone w rozporządzeniu MZ z dnia 31 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2009r. nr 140, poz. 1145 z późn. zm.).

- 6.2.1. Porada lekarska rehabilitacyjna: lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej.

7. Warunki udzielania świadczeń:

- 7.1. Szczegółowe warunki wykonywania przedmiotu konkursu określa wzór umowy stanowiący załącznik nr 3 do warunków konkursu.
- 7.2. Wszyscy lekarze wyłonieni w konkursie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nie podlegają kierownictwu Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, są samodzielni i niezależni od kierownictwa Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii w tym, w zakresie metody leczenia (sztuki lekarskiej) i ponoszą wyłącznie odpowiedzialność za rozpoznanie choroby i wybór metody leczenia.
- 7.3. Czas pracy poradni: poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek – 7:30 – 15:05, środa – 11:00 – 18:00. Minimalny czas pracy wskazany przez Oferenta nie może być krótszy niż 1 dzień, zgodnie z harmonogramem pracy poradni. Oferent może zaproponować godziny udzielania świadczeń również poza obecnie obowiązującym harmonogramem pracy poradni.
- 7.4. **Oferent zobowiązany jest wskazać w formularzu ofertowym (załącznik nr 1) dni oraz godziny, w których gotowy jest udzielać świadczeń medycznych w zakresie będącym przedmiotem konkursu – zgodnie z zasadami określonymi powyżej. Wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję. Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.**

8. Przygotowanie oferty:

- 8.1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na w./w zakres świadczeń. Złożenie więcej niż jednej oferty powoduje odrzucenie ofert.
- 8.2. Wymagane dokumenty:
- A. Formularz ofertowy – załącznik nr 1
W formularzu należy wpisać:
 - nazwę praktyki/ imię i nazwisko, adres
 - numer prawa wykonywania zawodu
 - numer rejestrowy zgodny z wpisem w rejestrze, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej (księga rejestrowa),
 - nazwa organu, który dokonał wpisu,
 - posiadany tytuł specjalisty,
 - procentowy udział w wartości punktu zakontraktowanego z NFZ,
 - personel, który będzie udzielał świadczeń – jeżeli dotyczy,
 - B. Oświadczenie Wykonawcy – załącznik nr 2
 - C. aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert (CEIDG, KRS),
 - D. aktualny odpis z właściwego rejestru potwierdzający fakt, że wykonawca jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą.
 - E. Dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje:
 - odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych,
 - odpis dyplomu uzyskania tytułu specjalisty w zakresie wymaganym w pkt 6.2.1,
 - prawo wykonywania zawodu
 - F. Pełnomocnictwo do reprezentowania Oferenta w postępowaniu albo do reprezentowania Oferenta w postępowaniu i zawarcia umowy, jeżeli osoba reprezentująca Oferenta w postępowaniu o udzielenie zamówienia nie jest wskazana jako upoważniona do jego reprezentacji we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej.
- 8.3. Wszystkie dokumenty muszą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania

Oferenta na każdej zapisanej stronie poświadczanego dokumentu (poświadczenie za zgodność z oryginałem musi być dokonane przez osoby upoważnione do reprezentowania Oferenta). W przypadku Pełnomocnictw dokument musi być przedłożony wyłącznie w formie oryginału lub kopii poświadczonej przez notariusza.

- 8.4. Oferta pod rygorem nieważności, powinna być sporządzona w formie pisemnej (na maszynie, komputerze lub czytelnie ręcznie) w języku polskim oraz podpisana przez osoby upoważnione/ą do reprezentowania Oferenta.
- 8.5. Termin związania ofertą 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
- 8.6. W przypadku nie dołączenia do oferty dokumentów wskazanych w pkt. 8.2. Zamawiający wezwie Oferenta do uzupełnienia braków we wskazanym terminie. Nieuzupełnienie braków w terminie powoduje odrzucenie oferty. Brak w ofercie Formularza ofertowego stanowiącego załącznik nr 1 powoduje odrzucenie oferty bez wzywania.
- 8.7. Ofertę należy złożyć w nieprzejrzystej i trwale zamkniętej kopercie lub opakowaniu. Na kopercie lub opakowaniu należy umieścić następujące informacje:

**„Nazwa i adres Oferenta
Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, znak sprawy A.I. 271- 18/13
Oferta na świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej ”**

9. Kryteria i sposób oceny ofert:

9.1. Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:

A. Procentowy udział Oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego przez NFZ,

W kryterium A punkty będą liczone w następujący sposób:
liczba punktów badanej oferty = (U_{min} / U_{bad}) x 100 pkt

gdzie: U_{min} – najniższy procentowy udział spośród badanych ofert
U_{bad} – procentowy udział oferty badanej

B. Kwalifikacje personelu – spełniające wymogi określone przepisami prawa niezbędne do udzielania świadczeń objętych przedmiotem konkursu, wskazane w pkt. 6.2.1
Kryterium określone w pkt. B zostanie ocenione w sposób, spełnia – nie spełnia.
Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

C. Dostępność świadczeń – dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymogami określonymi w pkt 7.3 (minimum 1 dzień udzielania świadczeń zdrowotnych w tygodniu).
Kryterium określone w pkt. C zostanie ocenione w sposób, spełnia – nie spełnia.
Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

9.2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą ilość punktów w kryterium A oraz będzie spełniać kryteria określone w punkcie B i C.

9.3. W przypadku uzyskania takiej samej ilości punktów w łącznym kryterium, o którym mowa w pkt 9.2 Zamawiający wezwie Wykonawców do złożenia dodatkowych ofert, jednakże:
- procentowy udział w kryterium A nie może być wyższy od zaproponowanego w pierwszej ofercie

9.4. Zamawiający zastrzega sobie prawo wyboru większej ilości ofert odpowiadających potrzebom Zamawiającego w celu zabezpieczenia prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych.

10. Termin, miejsce złożenia i otwarcia ofert:

10.1. Oferty należy złożyć **do dnia 02.08.2013 r. do godz. 10.00** do Sekretariatu Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30-224 Kraków.
Sekretariat jest czynny od poniedziałku do piątku w godz. 7.30 -15.00

10.2. Otwarcie ofert nastąpi **02.08.2013 r. o godz. 10.15** w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30 – 224 Kraków.

Pozostałe informacje:

11. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w ciągu 30 dni od opływu terminu składania ofert. O wynikach konkursu Zamawiający poinformuje faksowo, e-mailem lub listownie Oferentów biorących udział w konkursie oraz umieści informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego w budynku nr4.

12. Środki ochrony prawnej:

Środki ochrony prawnej przysługujące Świadczeniodawcą biorącym udział w postępowaniu zgodnie z art. 153 i 154 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027) z zastrzeżeniem art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

13. Uczestnicy postępowania przekazują sobie informacje pisemnie, e-mailem lub faksem.

14. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminu składania ofert i rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.

15. Wszelkie zapytania dotyczące Konkursu proszę kierować pisemnie na nr faksu: 12. 425-12-28 lub adres e-mail: office@kcr.pl. Osobą upoważnioną do kontaktów ze strony Zamawiającego jest Pan Tadeusz Szewczyk, tel: 12 428 73 83.

16. Załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie wykonawcy

Załącznik nr 3 – Wzór umowy

mgr Teresa Zalewińska-Cieślik

Dyrektor

Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii

.....
(Pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTY

Nazwa praktyki

(w przypadku innych podmiotów proszę o podanie nazwy placówki, adresu siedziby, danych dotyczących placówki, personelu medycznego, liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń): *

.....
Imię i nazwisko:

.....
Adres:

ul.

kod miejscowość

Telefon:

NIP..... REGON PESEL:

Nr prawa wykonywania zawodu: (dołączyć kserokopię)

Nr wpisu do właściwego rejestru: (dołączyć kserokopię)

Nazwa organu, który dokonał wpisu:

Posiadam tytuł specjalisty (dołączyć kserokopię):

.....

.....

.....

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych (porad specjalistycznych) w zakresie rehabilitacji leczniczej w Poradni Rehabilitacyjnej w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii na warunkach:

Proponowany procentowy udział Oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ wynosi%,

Zobowiązuję się pełnić porady specjalistyczne z zakresu rehabilitacji leczniczej w następujących godzinach i dniach tygodnia (należy uwzględnić warunki określone w pkt. 7.3. konkursu) : *

Dzień godzina: od do

Dzień godzina: od do

Dzień godzina: od do

Dzieńgodzina: od do

Dzień godzina: od do

** Wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję. Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.*

Wykaz personelu (jeżeli świadczenie będą świadczone przez większą ilość osób)

L.p.	Imię i nazwisko	Nr wykonywania zawodu	Specjalizacja (nazwa i stopień)
1.			
2.			
3.			
4.			

Ilość stron oferty

Wykaz załączników dołączonych do oferty:

1.
2.
3.
4.

.....
*Data i podpis
Oferenta*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej – lekarska
ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna realizowana przez poradę lekarską
rehabilitacyjną w Poradni Rehabilitacyjnej na rzecz pacjentów Krakowskiego Centrum
Rehabilitacji i Ortopedii.**

Imię i Nazwisko / Nazwa Oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia:

Adres Oferenta:

Składając ofertę na świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji leczniczej, zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, określone w przepisach obowiązującego prawa;
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego.
3. Oświadczam, że wzór umowy, stanowiący załącznik do warunków konkursu został przeze mnie zaakceptowany. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że spełniam wymagania określone w rozporządzeniu MZ z dnia 31 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2009r. nr 140, poz. 1145).
5. Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 r. nr 112 poz. 654 z późn. zm.) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji złożonych w ofercie, wymaganych do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym przez NFZ na uzyskanie kontraktu do prowadzenia poradni rehabilitacyjnej.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....
*Data i podpis
Oferenta*