



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

Znak postępowania: A.I.271– 100/13

KONKURS NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE Z ZAKRESU AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ: PORADA SPECJALISTYCZNA – LECZENIE BÓLU, NEUROLOGIA 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 (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., nr 217).
3. **Przedmiot konkursu: przejęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej:**
 - a) **Porada specjalistyczna – Leczenie bólu**
 - b) **Porada specjalistyczna – Neurologia**

na rzecz pacjentów Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii. Szczegółowy przedmiot konkursu określa pkt 7 oraz załączniki nr 3A i 3B stanowiące wzory umów.
4. **Termin wykonywania usług wynosi:** od 01.01.2014 r. do 31.12.2016 r.
5. **Miejsce udzielania świadczeń:** Zespół Poradni Specjalistycznych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, al. Modrzewiowa 22 w Krakowie.
6. **W konkursie mogą wziąć udział jedynie:**
 - 6.1. Podmioty wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., nr 217), jeżeli 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 odpisu z właściwego rejestru (CEIDG, KRS).
 - 6.2. Oferent będący osobą prawną lub fizyczną musi być wpisany do odpowiedniego rejestru.
 - 6.3. Wymagania co do kwalifikacji określone w rozporządzeniu MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – rozporządzenie podpisane przez Ministra Zdrowia nieopublikowane w Dzienniku Ustaw – dostępne na stronie Ministerstwa Zdrowia pod adresem internetowym <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=&ma=032861>.

- 6.3.1. Porada specjalistyczna - Leczenia Bólu:
- a) Lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub medycyny paliatywnej, lub neurochirurgii i neurotraumatologii, lub neurochirurgii.
 - b) Lekarz z ukończonymi studiami podyplomowymi z zakresu medycyny bólu.
- 6.3.2. Porada specjalistyczna – Neurologia:
- a) Lekarz specjalista w dziedzinie neurologii

7. Warunki udzielania świadczeń:

- 7.1. Szczegółowe warunki wykonywania przedmiotu konkursu określa wzór umowy stanowiący załącznik nr 3A (Poradnia Leczenia Bólu) i 3B (Poradnia Neurologiczna) 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. Poradnie specjalistyczne powinny być czynne nie krócej niż trzy razy w tygodniu po 4 godzinny dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych w przedziale czasowym między godz. 7.30 a 14.00, oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych w godzinach 14.00 do 20.00.

Wykonawca zobowiązany jest wskazać w formularzu ofertowym (załącznik nr 1) dni oraz godziny, w których gotowy jest udzielać świadczeń medycznych w wybranym zakresie – zgodnie z zasadami określonymi powyżej. Wskazane przez Wykonawcę w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję. Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Wykonawcami.

8. Przygotowanie oferty:

- 8.1. Wykonawca może złożyć ofertę na jeden lub dwa zakresy świadczeń objętych przedmiotem konkursu.
- 8.2. Wymagane dokumenty:
- A. Formularz ofertowy – załącznik nr 1
 - B. Oświadczenie Wykonawcy – załącznik nr 2
 - C. Aktualny odpis z właściwego rejestru (CEIDG, KRS)
 - D. Aktualny odpis z właściwego rejestru potwierdzający fakt, że wykonawca jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą
 - E. Odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych
 - F. Odpis dyplomu tytułu specjalisty
 - G. Odpis dyplomu ukończenia studiów podyplomowych z zakresu medycyny bólu – dotyczy Poradni Leczenia Bólu.
 - H. Prawo wykonywania zawodu
 - I. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy w postępowaniu albo do reprezentowania Wykonawcy w zawarciu umowy, jeżeli osoba reprezentująca Wykonawcę 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 Wykonawcy na każdej zapisanej stronie poświadczanego dokumentu (poświadczenie za zgodność z oryginałem musi być dokonane przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy). 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.

- 8.6. W przypadku niedołączenia do oferty dokumentów wskazanych w pkt. 8.2. Zamawiający wezwie Wykonawcę 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 Wykonawcy
Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, znak sprawy A.I. 271- 100/13
Oferta na świadczenia zdrowotne z zakresu AOS ”**

9. Kryteria i sposób oceny ofert:

9.1. Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:

- A. Porada specjalistyczna - leczenie bólu - procentowy udział Oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego przez NFZ.
Wartość punktu zgodnie z umową na rok 2014 r.– 10 zł. Ilość punktów do zrealizowania przez Zamawiającego w roku 2014 r. wynosi 11 569. W przypadku wyboru więcej niż jednego Wykonawcy punkty zostaną podzielone w sposób odpowiadający liczbie Wykonawców oraz dni udzielania świadczeń,
- B. Porada specjalistyczne - neurologia - procentowy udział Oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego przez NFZ.
Wartość punktu zgodnie z umową na rok 2014 r.– 8.44 zł. Ilość punktów do zrealizowania przez Zamawiającego w roku 2014 r. wynosi 8736. W przypadku wyboru więcej niż jednego Wykonawcy punkty zostaną podzielone w sposób odpowiadający liczbie Wykonawców oraz dni udzielania świadczeń.

9.2. Kryterium wyboru:

- A. Wysokość zaproponowanej stawki wynagrodzenia, o której mowa w pkt. 9.1 lit. A lub B (danego zakresu), za które uzyskać można maksymalnie 100 pkt.

W kryterium punkty będą liczone w następujący sposób:
liczba punktów badanej oferty = $(C_{\min} / C_{\text{bad}}) \times 100 \text{ pkt}$

gdzie: C_{\min} – najniższa cena spośród badanych ofert
 C_{bad} – cena oferty badanej

- B. Kwalifikacje personelu – spełniające wymogi określone przepisami prawa niezbędne do wykonywania badań objętych przedmiotem konkursu, wskazane w pkt. 6.3. danego zakresu. Kryteria określone w pkt. B zostaną ocenione w sposób, spełnia – nie spełnia. Nie spełnienie kryteriów 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.

9.3. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą łączną ilość punktów z kryteriów wskazanych w pkt 9.2 (A) oraz będzie spełniać kryteria określone w punkcie B i C.

9.4. W przypadku uzyskania takiej samej ilości punktów w łącznym kryterium, o którym mowa w pkt 9.2 Zamawiający wezwie Wykonawców do złożenia dodatkowych ofert z nowymi cenami jednakże cena w kryterium A nie może być wyższa od tej zaproponowanej w pierwszej ofercie.

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

10. Termin, miejsce złożenia i otwarcia ofert:

- 10.1. Oferty należy złożyć **do dnia 5.12.2013 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 -15.05
- 10.2. Otwarcie ofert nastąpi **5.12.2013 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 lub listownie Wykonawców biorących udział w konkursie oraz umieści informację na swojej stronie internetowej.

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 (tekst jedn. 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 lub faksem.

14. Wszelkie zapytania dotyczące Konkursu proszę kierować pisemnie na nr faksu: 12. 425-12-28 Osobą upoważnioną do kontaktów ze strony Zamawiającego jest: Pan Mariusz Chudzik tel. 12 428 73 83.

15. Załączniki:

- Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
- Załącznik nr 2 – Oświadczenie wykonawcy
- Załącznik nr 3A (Poradnia Leczenia Bólu)
- Załącznik nr 3B (Poradnia Neurologiczna)

.....
...
(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 wykonywanie – udzielanie świadczeń zdrowotnych (porad specjalistycznych) w zakresie w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii na warunkach:

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

Proponowany udział% w cenie porady określonej w Cenniku Zamawiającego. Obecna cena wynosi 50 zł za poradę.

Zobowiązuję się pełnić porady specjalistyczne z zakresu 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

Dzień godzina: od do

Dzień godzina: od do

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

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 WYKONAWCY LUB PEŁNOMOCNIKA WYKONAWCY
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnej opieki
specjalistycznej: porada specjalistyczna – leczenie bólu, neurologia 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** ,
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 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zw. z pkt 6.3 warunków konkursu w zakresie, na który składam ofertę.
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 (teks jedn. Dz. U. 2013, poz. 271).
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji złożonych w ofercie, wymaganych do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym przez NFZ na uzyskanie kontraktu do prowadzenia poradni
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....

*Data i podpis
Oferenta*