



# 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, 11.03.2014 r.

Znak postępowania: A.I.271– 40/14

## KONKURS NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE Z ZAKRESU AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ: PORADA SPECJALISTYCZNA 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: porada specjalistyczna – Neurologia w Poradni Neurologicznej na rzecz pacjentów Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii. Szczegółowy przedmiot konkursu określa pkt 7 oraz załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.**
4. **Termin wykonywania świadczeń wynosi:** od podpisania umowy do dnia 31.12.2017 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 odpis 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 Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013, poz. 1413).
  - 6.4. Lekarz specjalista w dziedzinie neurologii
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. 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 – minimum 4.45 godziny, z wyjątkiem następujących godzin: wtorek 14.00-20.00, środa 7.30-11.45, piątek 15.00-19.00. 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. 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. Prawo wykonywania zawodu
  - H. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy w postępowaniu albo do reprezentowania Wykonawcy w postępowaniu i zawarcia 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.
- 8.2. 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.
- 8.3. 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.
- 8.4. Termin związania ofertą 30 dni.
- 8.5. W przypadku niedołączenia do oferty dokumentów wskazanych w pkt. 8.1. 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.
- 8.6. 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. 271-40/14**

**Oferta na świadczenia zdrowotne z zakresu AOS - Neurologia”**

## **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.  
Wartość punktu zgodnie z umową na rok 2014 r.– 8.44 zł. Ilość punktów do zrealizowania przez Zamawiającego w 2014 r. wynosi 8736. Punkty zostaną podzielone pomiędzy Wykonawcę, a lekarza udzielającego porad w Poradni Neurologicznej proporcjonalnie, w stosunku do godzin udzielania świadczeń zakontraktowanych przez NFZ (19 godzin tygodniowo), według godzin udzielania

porad lekarza obecnie udzielającego porad w Poradni Neurologicznej i godzin udzielania porad ustalonych z Wykonawcą zgodnie z pkt 7.3.

- B. procentowy udział Oferenta w cenie porady określonej w Cenniku Zamawiającego. Obecna cena wynosi 50 zł za poradę.

#### 9.2. Kryterium wyboru:

- A. Wysokość zaproponowanej stawki wynagrodzenia, o której mowa w pkt. 9.1 lit. A, za które uzyskać można maksymalnie 80 pkt.

W kryterium punkty będą liczone w następujący sposób:

$$\text{liczba punktów badanej oferty} = (C_{\min} / C_{\text{bad}}) \times 100 \text{ pkt}$$

gdzie:  $C_{\min}$  – najniższa cena spośród badanych ofert

$C_{\text{bad}}$  – cena oferty badanej

- B. Wysokość zaproponowanej stawki wynagrodzenia, o której mowa w pkt. 9.1 lit. B, za które uzyskać można maksymalnie 20 pkt.

W kryterium punkty będą liczone w następujący sposób:

$$\text{liczba punktów badanej oferty} = (C_{\min} / C_{\text{bad}}) \times 100 \text{ pkt}$$

gdzie:  $C_{\min}$  – najniższa cena spośród badanych ofert

$C_{\text{bad}}$  – cena oferty badanej

- C. Kwalifikacje personelu – spełniające wymogi określone przepisami prawa niezbędne do wykonywania badań objętych przedmiotem konkursu, wskazane w pkt. 6.3. Kryteria określone w pkt. C zostaną ocenione w sposób, spełnia – nie spełnia. Nie spełnienie kryteriów powoduje odrzucenie oferty.
- D. Dostępność świadczeń – dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymogami określonymi w pkt 7.3 (minimum 4.45 godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w tygodniu). Kryterium określone w pkt. D 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 i B) 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 19.03.2014 r. do godz. 11.00** 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 **19.03.2014 r. o godz. 11.15** 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: Pani Agnieszka Janczar tel. 12 428 73 82.**

**15. Załączniki:**

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie wykonawcy

Załącznik nr 3 – Wzór umowy

.....  
(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 neurologii 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 neurologii 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 –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 porada specjalistyczna – neurologia**, 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 (tekst jedn. Dz. U. 2013, poz. 217).
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji złożonych w ofercie, wymaganych do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym przez NFZ na uzyskanie kontraktu do prowadzenia poradni Neurologicznej.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....  
*Data i podpis*  
*Oferenta*