

Kraków, dnia 23.06.2021 r.

Konkurs ofert

**konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów
w zakresie reumatologii w Poradni Reumatologicznej, na rzecz pacjentów którzy za
udzielone im świadczenia zdrowotne zobowiązali się dobrowolnie zapłacić i do
których nie stosuje się postanowień umów zawartych z Narodowym Funduszem
Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych
nr sprawy A.I.4250.6.2021**

WARUNKI UDZIAŁU

1. **Udzielający zamówienie:** SP ZOZ Małopolski Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka, 30-224 Kraków, Al. Modrzewiowa 22, tel. 12 428 73 04, fax. 12 425 12 28 (zwany dalej *Zamawiającym/Szpitałem*)
2. **Podstawa prawna:** art. 26, art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020. 295 tekst jednolity z późn. zm.) oraz odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. 1373 t.j. z późn. zm.)
3. **Przedmiot konkursu**
 - 3.1. Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych w zakresie reumatologii w Poradni Reumatologicznej, na rzecz pacjentów którzy za udzielone im świadczenia zdrowotne zobowiązali się dobrowolnie zapłacić i do których nie stosuje się postanowień umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.
 - 3.2. Warunki wymagane od Oferenta:
 - 1) **Oferentem** może być podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji w określonej dziedzinie medycyny (**lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii**).
 - 2) Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
 - 3.3. Świadczenia udzielane będą na rzecz pacjentów którzy za udzielone im świadczenia zdrowotne zobowiązali się dobrowolnie zapłacić i do których nie stosuje się postanowień umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.
 - 3.4. Świadczenia zdrowotne polegać będą na udzielaniu lekarskich świadczeń specjalistycznych w Poradni Reumatologicznej (Centrum Ambulatoryjne).
 - 3.5. Standardy udzielania świadczeń zdrowotnych powinny być zgodne z aktualną wiedzą medyczną i spełniać wymogi określone we właściwych przepisach.
 - 3.6. **Miejsce udzielania świadczeń:** Poradnia Reumatologiczna w Centrum Ambulatoryjnym Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka.
 - 3.7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju na podstawie umowy oraz harmonogramu przedstawianego każdorazowo Przyjmującemu zamówienie.

- 3.8. Do organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem stosowane będą wewnętrzne przepisy Szpitala, dotyczące organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w tym w szczególności Statut Szpitala, Regulamin Organizacyjny i wewnętrzne zarządzenia Dyrektora Szpitala.
- 3.9. Niniejsze szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym oferentem.
- 3.10. Warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu będą zawarte w umowie, której projekt stanowi załącznik nr 3. Akceptacja projektu umowy jest warunkiem udziału w niniejszym konkursie.
- 3.11. **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 .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.**

4. Warunki, jakie musi spełniać oferta

4.1. Oferta musi zawierać:

- 1) Formularz ofertowy - **załącznik nr 1**.
- 2) Oświadczenie Oferenta - **załącznik nr 2**.
- 3) Dokumenty potwierdzające dane o Oferencie, tj.:
 - a) Potwierdzenie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską;
 - b) Kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe Oferenta mającego udzielać świadczeń tj.:
 - prawo wykonywania zawodu,
 - dyplom ukończenia studiów medycznych,
 - dyplom specjalizacji w zakresie reumatologii,
 - inne certyfikaty/dyplomy/zaświadczenia potwierdzające posiadane umiejętności.
- 4) **Załącznik nr 4** – Oświadczenie oferenta o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 5) 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.

4.2. Wszystkie strony oferty i załączniki, muszą być parafowane przez Oferenta.

4.3. Wszystkie wymagane dokumenty należy złożyć w formie oryginałów albo kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Oferenta.

4.4. Wszystkie załączone do oferty dokumenty, muszą zawierać dane aktualne na dzień składania oferty.

4.5. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub, gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

5. Kryteria oceny przy wyborze oferty

6.1. Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert spełniających wymagania.

6.2. Oceniane kryteria i ich ranga w ocenie:

A. **Stawka wynagrodzenia (Cena)** - procentowy udział Oferenta w cenie porady

W kryterium A punkty będą liczone w następujący sposób:

liczba punktów badanej oferty = $(U_{\min} / U_{\text{bad}}) \times 80$ pkt

gdzie: U_{\min} – najniższy procentowy udział spośród badanych ofert

U_{bad} – procentowy udział oferty badanej

Oferty zostaną przeliczone według powyższego wzoru (przeliczenie odbywa się do osiągnięcia pełnych punktów, wg zasady zaokrąglenia – poniżej 5 należy końcówkę pominąć, powyżej i równe 5 należy zaokrąglić w górę).

B - Opis kolejnych kryteriów oceny ofert (jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość):

1) Oceniając **jakość świadczeń** Zamawiający:

- a) wymaga posiadania przez Przyjmującego zamówienie tytułu specjalisty II stopnia adekwatnego do rodzaju udzielanych świadczeń;

Kryterium zostanie ocenione w sposób: *spełnia – nie spełnia*.
Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

2) Oceniając **kompleksowość świadczeń** Zamawiający wymaga, aby Przyjmujący zamówienie posiadał umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mu na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Reumatologicznej oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu.

Kryterium zostanie ocenione w sposób: *spełnia – nie spełnia*.
Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

3) Oceniając **dostępność świadczeń** Zamawiający wymaga wiążącego zobowiązania się przez Przyjmującego zamówienie do gotowości realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Kryterium zostanie ocenione w sposób: *spełnia – nie spełnia*.
Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

4) Oceniając **ciągłość świadczeń** Zamawiający wymaga zobowiązania się Przyjmującego zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia przez cały okres obowiązywania umowy.

Kryterium zostanie ocenione w sposób: *spełnia – nie spełnia*.
Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

Za w/w 4 kryteria (jakość kompleksowość, dostępność, ciągłość) uzyskać można maksymalnie do 20 punktów.

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria (do 100 punktów).

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

7. Czas, na który zostanie zawarta umowa

7.1. Umowa zostanie podpisana. na okres 2 lat.

8. Miejsce i termin składania ofert

- 8.1. Oferty należy składać w zamkniętej kopercie w formie pisemnej pod rygorem nieważności w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie, na której Oferent umieszcza nazwę oraz adres, aby można było odesłać ofertę w przypadku jej opóźnienia.
- 8.2. Koperta powinna zawierać adnotację;
„Konkurs ofert na świadczenia medyczne w zakresie porad reumatologicznych A.I.4250.6.2021”
- 8.3. Oferty należy składać w Sekretariacie MSOR (budynek nr 4, al. Modrzewiowa 22, Kraków) lub nadać w formie przesyłki pocztowej, tak by oferta dotarła do Szpitala nie później niż **do dnia 30.06.2021 r. do godziny 13:00**. O terminie wpłynięcia oferty decyduje data wpływu do Kancelarii Szpitala.
- 8.4. Oferty nadane jako przesyłka pocztowa, które wpłyną po wyznaczonym terminie zostaną zwrócone Oferentowi bez otwierania.
- 8.5. Rozpatrywane będą wyłącznie oferty złożone na formularzu udostępnionym przez Udzielającego Zamówienie lub druku sporządzonym na jego podstawie.

9. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu

- 9.1. Otwarcie ofert nastąpi **30.06.2021 r. o godz. 13.30** w MSOR, Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30 – 224 Kraków.
- 9.2. **Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w siedzibie MSOR przy al. Modrzewiowej 22 w terminie 21 dni od otwarcia ofert.**
- 9.3. **O wynikach konkursu Zamawiający poinformuje e-mailem, listownie lub telefonicznie Oferentów biorących udział w konkursie oraz umieści informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego w budynku nr 4.**

10. Środki ochrony prawnej:

- Środki ochrony prawnej przysługujące Świadczeniodawcom biorącym udział w postępowaniu zgodnie z art. 153 i 154 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) z zastrzeżeniem art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.
11. Uczestnicy postępowania przekazują sobie informacje pisemnie, e-mailem lub faksem.
 12. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przedłużenia terminu składania ofert lub terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.
 13. 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 Pani Barbara Łysiak, tel.: 12 428 73 85.

14. Załączniki:

- Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
- Załącznik nr 2 – Oświadczenie oferenta
- Załącznik nr 3 – Wzór umowy
- Załącznik nr 4 – Oświadczenie oferenta o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych

.....
Podpis Dyrektora

Załącznik nr 1 konkursu

FORMULARZ OFERTOWY

I. Oznaczenie Oferenta:

.....

Adres:

ul.

kod miejscowość

Telefon: , adres e-mail.....

NIP..... REGON PESEL:

Nr prawa wykonywania zawodu: (dołączyć kserokopię)

Nr wpisu do właściwego rejestru: (dołączyć kserokopię)

Nazwa organu, który dokonał wpisu:

1. Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych (porad specjalistycznych) w Centrum Ambulatoryjnym w zakresie reumatologii na warunkach:

Proponowany udział% w cenie porady, określonej w Cenniku Zamawiającego

Zobowiązuję się 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

Dzieńgodzina: od do

2. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)

3. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)

4. Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Reumatologicznej oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)

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.			

.....
data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

Oświadczenie Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
- 3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych - zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami.
- 4) Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie czy nieumyślnie i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
- 5) Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 6) Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
- 7) Oświadczam, iż pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia
- 8) Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
- 9) Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

.....
data

.....
podpis (imię i nazwisko) Oferenta

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka,
al. Modrzewiowa 22, 30 -224 Kraków

- I. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.
- II. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
- III. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta