SP ZOZ KRAKOWSKIE CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII

30-224 Kraków, Al. Modrzewiowa 22

tel. centrala: (+48 12) 425-12-28 e-mail: office@kcr.pl
tel. sekretariat: (+48 12) 428 73 04 http://www.kcr.pl
fax: (+48 12) 425-12-28
NIP: 677-17-03-375 PKO BANK POLSKI S.A.
19 1020 2892 0000 5102 0188 7975

Kraków, 18 .12.2014 r.

Znak postępowania: A.I.271–1-102/14

KONKURS NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE W ORTOPEDYCZNYM CENTRUM ZABIEGOWYM KRAKOWSKIEGO CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII NA RZECZ PACJENTÓW KTÓRZY ZA UDZIELONE 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 PRZEZ:

1) **LEKARZY SPECJALISTÓW w zakresie ortopedii i traumatologii – operator**
2) **LEKARZY specjalistów lub w trakcie specjalizacji w zakresie ortopedii i traumatologii – asysta I, II**
3) **LEKARZY SPECJALISTÓW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii - anestezjolog**
4) **LEKARZY SPECJALISTÓW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lub neurochirurgii – termolezja, termonucleoplastyka**
5) **LEKARZY SPECJALISTÓW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lub neurochirurgii – asysta do termonucleoplastyki**
6) **PIELĘGNIARKI ANESTEZJOLOGICZNE**
7) **PIELĘGNIARKI OPERACYJNE – instrumentariuszka I, instrumentariuszka II,**

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 ze zm.).
3. **Przedmiot konkursu:**

   udzielanie świadczeń zdrowotnych w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii pacjentom którym za udzielone 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 w zakresie:

   a) **chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo – ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu,**
   b) **anestezjologii,**
   c) **neurochirurgii,**
   d) **pielęgniarstwa anestezjologicznego,**
   e) **pielęgniarstwa operacyjnego,**

   3.1. świadczenia udzielane będą od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:05 do 7:00 oraz w sobotę i niedzielę całodobowo,

   3.2. świadczenia zlecane będą i rozliczne zgodnie z Regulaminem udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.

Szczegółowy przedmiot konkursu określa załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.

4. **Termin wykonywania usług:** od dnia zawarcia umowy do 31.12.2015 r.

4.1. 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:** Ortopedyczne Centrum Zabiegowe Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, al. Modrzewiowa 22 w Krakowie.

6. **W konkursie mogą wziąć udział:**
Lekarze i pielęgniarki/pielęgniarze wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej w formie indywidualnej praktyki w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst. jedn. Dz. U. z 2013 r., nr 217) 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, 101 lub 102 ustawy.
Na potwierdzenie spełnienia tego warunku Zamawiający wymaga odpisu 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 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2013 r. poz. 1520)

6.2.1 lekarzy specjalistów w zakresie ortopedii i traumatologii:
lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej albo
lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii urazowo - ortopedycznej albo
lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii albo
lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;

6.2.2 lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii
lekarz specjalista w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

6.2.3 lekarzy specjalistów w zakresie neurochirurgii
lekarz specjalista w zakresie neurochirurgii

6.2.4 pielęgniarka anestezjologiczna
kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego (intensywnej opieki medycznej i anestezjologii) lub specjalizację w tym zakresie

6.2.5 pielęgniarka operacyjna
kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego lub specjalizację w tym zakresie

7. **Warunki udzielania świadczeń:**

7.1. Szczegółowe warunki wykonywania przedmiotu konkursu określa wzór umowy stanowiący załącznik nr 3 do warunków konkursu.

7.2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do współdziałania z lekarzami innych specjalności, reprezentującymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii inne podmioty, z którymi Centrum ma zawarte umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów komercyjnych Centrum.

7.3. 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.

8. **Przygotowanie oferty:**

8.1. Oferent może złożyć jedną ofertę na dany zakres. Zakres świadczeń został wskazany w załącznikach do formularza ofertowego. Oferent, który złoży więcej niż jedną ofertę w danym zakresie zostanie odrzucony z postępowania.

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 – jeżeli dotyczy,

- nr karty specjalizacji,

B. Oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2,

C. Aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert (CEIDG, KRS),

E. Aktualny odpis z właściwego rejestru potwierdzający fakt, że wykonawca jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą.

F. Dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje:

- odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych,
- odpis dyplomu uzyskania tytułu specjalisty w zakresie wymaganym w pkt 6.2.,
- prawo wykonywania zawodu
- inne dokumenty potwierdzające wymagania w pkt 6.2.

G. 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. 271-1-102/14
Oferta na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym"

9. **Kryteria i sposób oceny ofert:**

9.1. Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:

cenę brutto w każdej pozycji formularza cenowego, z zastrzeżeniem iż cena proponowana przez Oferenta nie może być większa niż cena maksymalna określona przez Udzielającego zamówienie. Nie wpisanie ceny w pozycji w formularzu cenowym lub wpisanie ceny 0,00 zł skutkowało będzie odrzuceniem oferty.

9.2. **Kryterium wyboru:**

A. cena

Udzielający zamówienia spośród złożonych ofert, wybierze jedną najkorzystniejszą ofertę, która uzyska największą ilość punktów za kryterium cena oraz spełnienia wymagania dodatkowe. W kryterium cena punkty będą liczone na podstawie danych z załączników do formularza ofertowego w następujący sposób:

$$C_1 = \frac{\text{cena najniższa cena}}{\text{cena badanej oferty}} \times \text{waga danej pozycji formularza ofertowego}$$

Punkty wg podanych wzorów zostaną wyliczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

Podsumowanie kryterium **Cena** nastąpi według poniższego wzoru:

$$C = C_1 + C_2 + C_3 + \ldots\ldots + C_n$$

gdzie:

C – ogólna ilość zdobytych punktów w kryterium **Cena**

B. **Kwalifikacje personelu**
spełniające wymogi określone przepisami prawa niezbędne do udzielania świadczeń objętych przedmiotem konkursu, wskazane w pkt. 6.

9.3. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą ilość punktów w kryterium cena oraz będzie spełniać kryteria określone w punkcie B.

9.4. W przypadku uzyskania takiej samej ilości punktów Zamawiający dokona wyboru ofert o takiej samej ilości punktów.

9.5. 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 29.12.2014 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 -15.00

10.2. Otwarcie ofert nastąpi **29.12.2014 r. o godz. 11.30** w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30 – 224 Kraków.
Pozostałe informacje:

11. **Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w siedzibie KCRiO przy al. Modrzewiowej 22, do dnia 05.01.2015 r.**

11.1 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 nr 4.

12. **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 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) 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 przedłużenia terminu składania ofert lub terminu ogłoszenia 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 Pani Agnieszka Zielińska, tel.: 12 428 73 83**

16. Załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
Załącznik nr 2 – Oświadczenie wykonawcy
Załącznik nr 3 – Wzór umowy
Załącznik nr 4 – Formularz ofertowy

mgr Teresa Zalewińska-Cieślik

Dyrektor
Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii

Załącznik nr 1 konkursu
Znak sprawy: A.I.271 –1-102/14

……
(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):

.....

Inne: .....

.....

Oferuję udzielanie lekarskich/pielęgniarskich* świadczeń zdrowotnych w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii w zakresie …….**

**niepotrzebne skreślić*
*** wpisać zakres na jaki składana jest oferta*

Proponowana kwota (w zł) z tytułu udzielenia świadczenia, określona w załączniku do formularza cenowego *(uzupełnić formularz zgodnie z oferowanym zakresem udzielanego świadczenia)*.
Zobowiązuję się:

1. **udzielać świadczenia zdrowotne od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:05 do 7:00 oraz w sobotę i niedzielę całodobowo zgodnie z Regulaminem udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii,**
2. **rozliczać świadczenia zdrowotne zgodnie z formularzem ofertowym**

Ilość stron oferty .....
Wykaz załączników dołączonych do oferty:
1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

……
Data i podpis Oferenta

Załącznik nr 2 do konkursu
Znak sprawy: A.I.271- 1-102/14

OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

konkursowym na udzielanie lekarskich/pielęgniarskich* świadczeń zdrowotnych w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym na rzecz pacjentów Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.

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

Adres Oferenta:

Składając ofertę na lekarskie/pielęgniarskie* świadczenia zdrowotne w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym, 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 leczenia szpitalnego (Dz.U. 2013 r. poz. 1520)
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. z 2013 r., nr 217ze zm.) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

……
Data i podpis
Oferenta

**niepotrzebne skreślić*