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

Kraków, dnia 06.05.2014 r.

Znak postępowania: A.I.271– 56/14

KONKURS NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE Z ZAKRESU AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ: PORADA SPECJALISTYCZNA – REUMATOLOGIA NA RZECZ PACJENTÓW KRAKOWSKIEGO CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII, 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,

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 - reumatologia w Poradni Reumatologicznej na rzecz pacjentów Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii,
Szczegółowy przedmiot konkursu określa załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.

4. **Termin wykonywania usług wynosi:** 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:** Poradnia Reumatologiczna 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 (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 lub 101ustawy. 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 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1413).

6.2.1. Porada specjalistyczna - reumatologia: lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie reumatologii, lub specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale zgodnym z profilem świadczenia – reumatologia.

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 wyłączną odpowiedzialność za rozpoznanie choroby i wybór metody leczenia.

7.3. Czas pracy poradni: 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 4 godziny dziennie Minimalny czas pracy wskazany przez Oferenta nie może być krótszy niż 1 dzień.

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. <u>Wymagane dokumenty:</u>

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
   - nr karty specjalizacyjnej – jeżeli dotyczy,
   - potwierdzenie 5-cio letniego okresu pracy – jeżeli dotyczy,
   - proponowany udział % w cenie porady,
   - 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,
   - kserokopie karty specjalizacji - jeżeli dotyczy,
   - potwierdzenie 5-cio letniego okresu pracy – jeżeli dotyczy
   - 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 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- 56/14
Oferta na świadczenia zdrowotne z zakresu reumatologii

9. Kryteria i sposób oceny ofert:

9.1. Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:

A. **Cena** – procentowy udział oferenta w cenie porady:
W kryterium A punkty będą liczone w następujący sposób
liczba punktów badanej oferty = (Cmin /C bad) x 100 pkt. gdzie:
Cmin – najniższa cena spośród badanych ofert
Cbad – cena 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 20.05.2014 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 **20.05.2014 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 30.05.2014 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 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 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 Katarzyna Tuszyńska, 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

Załącznik nr 1 konkursu
Znak sprawy: A.I.271 – 44/14

……
(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 świadczeń zdrowotnych (porad specjalistycznych) w zakresie reumatologii w Poradni Reumatologicznej w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii na warunkach:

1. Proponowany udział …….%, w cenie porady, określonej w Cenniku Zamawiającego

Zobowiązuję się pełnić porady specjalistyczne z zakresu reumatologii 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 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

Załącznik nr 2 do konkursu
Znak sprawy: A.I.271 – 44/14

OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: porada specjalistyczna – reumatologia, w Poradni Reumatologicznej 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 reumatologii, 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 ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1413), porada specjalistyczna – reumatologia.
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 217) 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 w celu uzyskania kontraktu z MOW NFZ na świadczenia w zakresie Poradni Reumatologicznej.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

……
Data i podpis
Oferenta