SP ZOZ KRAKOWSKIE CENTRUM REHABILITACJI
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

Znak postępowania: A.I.271– 43/11

KONKURS NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE Z ZAKRESU AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ: PORADA SPECJALISTYCZNA – LECZENIE BÓLU, NEUROLOGIA NA RZECZ PACJENTÓW KRAKOWSKIEGO CENTRUM REHABILITACJI

WARUNKI UDZIAŁU

1. Organizatorem konkursu jest: **SP ZOZ KRAKOWSKIE CENTRUM REHABILITACJI, 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 (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654)

3. **Przedmiot konkursu: przejęcie obowiązków udzielania świadczeń medycznych z zakresu Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej:**

   a) **Porada specjalistyczna – Leczenie bólu**
   b) **Porada specjalistyczna – Neurologia**

   na rzecz pacjentów Krakowskiego Centrum Rehabilitacji. Szczegółowy przedmiot konkursu określa pkt 7, załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.
4. **Termin wykonywania usług wynosi:** od 01.01.2012 r. do 30.06.2012 r. z możliwością przedłużenia do 31.12.2012 r.
5. **Miejsce udzielania świadczeń:** Zespół Poradni Specjalistycznych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji, 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 (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654)

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 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2011 r. nr 111, poz. 653).

6.3.1. Porada specjalistyczna - Leczenia Bólu:

a) Lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,

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 3 do warunków konkursu.

7.2. Wszyscy lekarze wyłonieni w konkursie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nie podlegają kierownictwu Krakowskiego Centrum Rehabilitacji, są samodzielni i niezależni od kierownictwa Krakowskiego Centrum Rehabilitacji 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 (np. Ewidencja działalności gospodarczej, 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 medycy bólu – dotyczy Poradni Leczenia Bólu.
H. Prawo wykonywania zawodu
I. 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.

8.3. 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 nie dołączenia 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, znak sprawy A.I. 271- 43/11
Oferta na świadczenia zdrowotne z zakresu AOS ”

9. Kryteria i sposób oceny ofert:

9.1. Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:

A. Porady specjalistyczne neurologia - stawka wynagrodzenia za 1 punkt rozliczeniowy NFZ; stawka nie może być wyższa niż **5,00 zł za 1 punkt NFZ** ,
Ilość punktów do zrealizowania wynosi 3.580 W przypadku wyboru więcej niż jednego Wykonawcę punkty zostaną podzielone w sposób odpowiadający liczbie Wykonawców oraz dni udzielania świadczeń.

B. Porady specjalistyczne leczenie bólu – stawka wynagrodzenia za 1 punkt rozliczeniowy NFZ; stawka nie może być wyższa niż **6,00 zł za 1 punkt NFZ** ,
Ilość punktów do zrealizowania wynosi 1.840 W przypadku wyboru więcej niż jednego Wykonawcę 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. (danego zakresu), za które uzyskać można maksymalnie 100 pkt.
W kryterium punkty będą liczone w następujący sposób:
liczba punktów badanej oferty = (C_{min} /C_{bad}) x 100 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.

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 punktach B.

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 14.12.2011 r. do godz. 10.00** do Sekretariatu Krakowskiego Centrum Rehabilitacji, 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 **14.12.2011 r. o godz. 10.15** w Krakowskim Centrum Rehabilitacji, 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 (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 Anna Młynarczyk Tel: 12 428 73 82

15. Załączniki:
Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
Załącznik nr 2 – Oświadczenie wykonawcy
Załącznik nr 3 – Wzór umowy

Załącznik nr 1 konkursu
Znak sprawy: A.I.271 – 43/11

……
(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 na warunkach:

Proponowana stawka wynagrodzenia ..... zł za 1 punkt rozliczeniowy NFZ.

Nie więcej jednak niż 5,00 zł (neurologia); 6,00 zł (leczenie bólu); .

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 .....

** 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

Załącznik nr 2 do konkursu
Znak sprawy: A.I.271 – 43/11

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

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 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2011 r. nr 111, poz. 653) 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 (Dz. U. 2011 r. nr 112 poz. 654) oraz aktem wykonawczym wydanym na
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