Kraków, dnia 16.09.2016 r.

Znak postępowania: A.I.4240– 5/16

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie geriatrii w Dziennym Domu Opieki Medycznej 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 2015.618 z późn. zm.).
3. **Przedmiot konkursu: przejęcie obowiązków udzielania:**
   osoba, która posiada tytuł:
   - lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii lub gerontologii albo
   - lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrii.

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Oś Priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych, nr wniosku: WND -POWR.05.02.00-00-0129/15

Szczegółowy przedmiot konkursu określa załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.

4. **Termin wykonywania usług wynosi:** od dnia 01.10.2016 r. do 31.12.2018 r.

5. **Miejsce udzielania świadczeń:** Dzienny Dom Opieki Medycznej 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 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 101 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).

7. Osoba, udzielająca świadczeń zdrowotnych musi posiadać tytuł:
   - lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii lub gerontologii albo
   - lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrii.
8. Dodatkowe wymagania:
   - gotowość do podpisania oświadczenia uczestnika projektu,
   - podpisanie deklaracji łącznego zaangażowania zawodowego w realizacji wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz innych źródeł finansowych w trakcie trwania umowy w wymiarze nieprzekraczającym 276 godzin miesięcznie,
   - odpowiedzialność, pracowitość, uczciwość,

- umiejętność pracy w zespole.

9. Warunki udzielania świadczeń:

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

9.2. 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.

9.3. **Ogólny zakres obowiązków:**

1) określenie występowania niewydolności serca (NYHA) - badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;

2) dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywanie całościowej oceny geriatrycznej (COG) - składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzona wykonaniem oceny według skali VES-13.

3) udział w pracach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego dokonującego oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków.

4) opieka nad chorymi i odpowiada za należyte jej wykonanie;

5) dokładne zbadanie każdego chorego

6) ustalenia przy pomocy wszelkich dostępnych środków rozpoznania i kierunku leczenia

7) przestrzeganie, aby każdy chory przybyły do Ośrodka był niezwłocznie zbadany i aby była mu udzielona właściwa pomoc lekarska

8) organizowanie pracy własnej w taki sposób, aby rozpoznanie można było postawić w jak najkrótszym czasie,

9) dbanie, aby chorzy byli leczeni zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej oraz mieli zapewnioną opiekę lekarską i należytą obsługę;

10) udzielanie informacji rodzinie o stanie zdrowia pacjentów w oznaczonych dniach i godzinach,

11) w razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego lub stwierdzeniu stanu zagrożenia życia powiadamia bezpośrednio rodzinę chorego lub jego opiekunów;

12) kontrolowanie wykonywania wydanych zleceń i pielęgnowania chorych;

13) wpisywanie na bieżąco danych do systemu informatycznego w ramach przeznaczonych do tego modułów

14) skrupulatne i bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej chorych, sporządzanie dokładne wpisów i oddawanie historii choroby do sekretariatu

15) kontrola postępów w leczeniu przez logopedę zaburzeń mowy i efektów zabiegów psychoterapeutycznych stosowanych przez psychologa;

16) zapisywanie leków w receptariuszach

17) czuwanie nad bezpieczeństwem chorych w Ośrodku;

18) przestrzeganie praw pacjenta;
19) zachowanie w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentów, które pozna w związku z wykonywaniem obowiązków
20) realizowanie indywidualnego planu wsparcia - planu pracy terapeutycznej z uczestnikiem, tworzonego na podstawie sporządzonej diagnozy potrzeb oraz diagnozy możliwości psychofizycznych uczestnika i wspólnie z nim realizowany;
21) udział w pracach zespołu terapeutycznego

9.4. **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 – w przedziale: od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 16:00, w wymiarze tygodniowym: 9 godzin 29 minut tj. 42 godziny 30 minut miesięcznie. 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.**

10. Przygotowanie oferty:

10.1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na w./w zakres świadczeń. Złożenie więcej niż jednej oferty powoduje odrzucenie ofert.

10.2. Wymagane dokumenty:

A. Formularz ofertowy – załącznik nr 1
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,
   - prawo wykonywania zawodu
   - inne dokumenty potwierdzające wymagania w pkt 6.2.1
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.
G. Oświadczenie Wykonawcy zaangażowania zawodowego – załącznik nr 4.

10.1. 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. Odpisy z rejestrów nie wymagają potwierdzenia zgodności z oryginałem.

10.2. 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.

10.3. Termin związania ofertą 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

10.4. W przypadku nie dołączenia do oferty dokumentów wskazanych w pkt. 10 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.

10.5. 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. 4240- 5/16
Oferta na świadczenia zdrowotne z zakresu geriatrii w Dziennym Domu Opieki Medycznej ”

11. Kryteria i sposób oceny ofert:

11.1. 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 = (Umin /U bad) x 80 pkt
gdzie: Umin – najniższy procentowy udział spośród badanych ofert
Ubad – procentowy udział oferty badanej

B. Wynagrodzenie brutto z tytułu udzielonej jednej konsultacji lekarskiej – waga kryterium 20%

W kryterium B punkty będą liczone w następujący sposób:
Liczba punktów badanej oferty = (Wmin /W bad) x 20 pkt
gdzie: Wmin – najniższe wynagrodzenie za jedną konsultację lekarską spośród badanych ofert,
Wbad –wynagrodzenie za jedną konsultację lekarską w ofercie badanej

C. Kwalifikacje personelu – spełniające wymogi określone przepisami prawa niezbędne do udzielania świadczeń objętych przedmiotem konkursu, wskazane w pkt. 6.
Kryterium określone w pkt. C zostanie ocenione w sposób, spełnia – nie spełnia. Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

D. 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. D zostanie ocenione w sposób, spełnia – nie spełnia. Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

11.1.1. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą sumę punktów w kryterium A i B oraz będzie spełniać kryteria określone w punkcie C i D.

11.1.2. 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 oraz wynagrodzenie za konsultacje lekarskie nie może być wyższe 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.

12. Termin, miejsce złożenia i otwarcia ofert:

12.1. Oferty należy złożyć **do dnia 23.09.2016 r. do godz. 12.00** 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

12.2. Otwarcie ofert nastąpi **23.09.2016 r. o godz. 12.30** w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30 – 224 Kraków.

Pozostałe informacje:

13. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w siedzibie KCRiO przy al. Modrzewiowej 22, do dnia 26.09.2016 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.

14. 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.

15. Uczestnicy postępowania przekazują sobie informacje pisemnie, e-mailem lub faksem.

16. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przedłużenia terminu składania ofert lub terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.

17. 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 83.

18. Załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
Załącznik nr 2 – Oświadczenie wykonawcy
Załącznik nr 3 - Oświadczenie uczestnika projektu
Załącznik nr 4 – Wzór umowy
Załącznik nr 5 – Oświadczenie zaangażowania zawodowego

mgr Teresa Zalewińska-Cieślik
Dyrektor
Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii

Załącznik nr 1 konkursu
Znak sprawy: A.I.4240 – 5/16

……
(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: ..... , adres e-mail:……

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/konsultacji specjalistycznych) w zakresie geriatrii w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii na warunkach:

1. **Proponowane wynagrodzenie brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń…….. zł**

Zobowiązuję się pełnić porady/konsultacje specjalistyczne z zakresu geriatrii w następujących godzinach i dniach tygodnia (należy uwzględnić warunki określone w pkt. 9.4. 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 .....

……

Data i podpis
Oferenta

Załącznik nr 2 do konkursu
Znak sprawy: A.I.2420 – 5/16

OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na świadczenia zdrowotne z zakresu geriatrii na rzecz pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.

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

_____

_____

Adres Oferenta:

_____

_____

Składając ofertę na świadczenia zdrowotne w zakresie geriatrii, 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. 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 2015.618) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
5. 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 Geriatrycznej.
6. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

……
Data i podpis
Oferenta