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 13.04.2015 r.

Znak postępowania: A.I.4240- 6/15

KONKURS
NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE W PORADNI NEUROLOGICZNEJ PRZEZ LEKARZY SPECJALISTÓW NA RZECZ PACJENTÓW 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 2013 r., nr 217).
3. **Przedmiot konkursu:**

   - **udzielanie przez lekarzy specjalistów w zakresie neurologii świadczeń zdrowotnych 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 23.04.2015 r. do 22.04.2016 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 Neurologiczna 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 101 ustawy. 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 ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1413)

6.2.1. Porada specjalistyczna:

- **neurologia :** lekarz specjalista w dziedzinie neurologii albo lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie neurologii, albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii

1. **Warunki udzielania świadczeń:**

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

1.2. 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 zakresie metody leczenia (sztuki lekarskiej) i ponoszą wyłącznie odpowiedzialność za rozpoznanie choroby i wybór metody leczenia.

1.3. **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 przypadku Poradni Neurologicznej ilość punktów nie może być większa niż 120 pkt. 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.**

2. **Przygotowanie oferty:**

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

2.2. 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,
- nr karty specjalizacyjnej – jeżeli dotyczy
- procentowy udział w wartości punktu zakontraktowanego z NFZ,
- 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,
- 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.

2.3. 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.

2.4. 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.

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

2.6. 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.

2.7. 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. 4240-6/15
Oferta na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej
Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii"

3. Kryteria i sposób oceny ofert:

3.1. Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:

A. **Cena** - procentowy udział Oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego przez NFZ

W kryterium A punkty będą liczone w następujący sposób:
liczba punktów badanej oferty = (Umin /U bad) x 100 pkt
gdzie: Umin – najniższy procentowy udział spośród badanych ofert
Ubad – procentowy udział 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 (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.

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

3.3. 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.

4. Termin, miejsce złożenia i otwarcia ofert:

4.1. Oferty należy złożyć **do dnia 21.04.2015 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

4.2. Otwarcie ofert nastąpi **21.04.2015 r. o godz. 11.30** w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30 – 224 Kraków.

Pozostałe informacje:

5. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w siedzibie KCRiO przy al. Modrzewiowej 22 do dnia 28.04. 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.

6. **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.

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

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

9. **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 Anna Studzińska- Szosler, tel.: 12 428 73 83.**

10. 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.4240- 6/15

……
(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 udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych (porad specjalistycznych) w Poradni……. Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii w zakresie……. na warunkach:

Proponowany procentowy udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ wynosi ……..%

Zobowiązuję się w następujących godzinach i dniach tygodnia (należy uwzględnić warunki określone w pkt. 1.3. 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.*
** W przypadku Poradni Neurologicznej ilość punktów nie może być większa niż 120 pkt. miesięcznie.*

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

Załącznik nr 2 do konkursu
Znak sprawy: A.I.4240-6/15

OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych
w Poradni……. na rzecz pacjentów Krakowskiego Centrum
Rehabilitacji i Ortopedii.

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

_____

_____

Adres Oferenta:

_____

_____

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych , 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).
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. 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 zdrowotne w zakresie……..
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

……
Data i podpis
Oferenta