

Kraków, dnia 07.03.2022 r.

Konkurs ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów
w zakresie chirurgii kręgosłupa
nr sprawy A.I.4250.4.2022

WARUNKI UDZIAŁU

1. **Udzielający zamówienie:** SP ZOZ Małopolski Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka, 30-224 Kraków, Al. Modrzewiowa 22, tel. 12 428 73 04, fax. 12 425 12 28 (zwany dalej *Zamawiającym/Szpitałem*)
2. **Podstawa prawna:** art. 26, art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
3. **Przedmiot konkursu**
 - 3.1. Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie przez Przyjmujących zamówienie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza zabezpieczających funkcje i zadania Szpitala w zakresie: **chirurgii kręgosłupa.**
 - 3.2.
 - 3.3. Warunki wymagane od Oferenta:
 - 1) **Oferentem** może być podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji w określonej dziedzinie medycyny (**lekarz specjalność w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub neurochirurg**).
 - 2) Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
 - 3.4. Świadczenia udzielane będą pacjentom Szpitala w ramach kontraktu z NFZ lub z innym dysponentem środków publicznych. Udzielanie świadczeń zdrowotnych powinno odbywać się każdorazowo zgodnie z aktualnymi wytycznymi NFZ odnoszącymi się do przedmiotu zamówienia.
 - 3.5. Świadczenia zdrowotne polegać będą na:
 - a) Udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii kręgosłupa,
 - b) Udzielaniu porad w Poradni Urazowo – Ortopedycznej zgodnie z harmonogramem.
 - 3.6. Standardy udzielania świadczeń zdrowotnych powinny być zgodne z aktualną wiedzą medyczną i spełniać wymogi określone we właściwych Zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
 - 3.7. **Miejsce udzielania świadczeń:** Oddział Chirurgii Urazowej Ortopedii i Rehabilitacji oraz inne komórki medyczne Szpitala.
 - 3.8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju na podstawie umowy oraz harmonogramu przedstawianego każdorazowo Przyjmującemu zamówienie.
 - 3.9. Do organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem stosowane będą wewnętrzne przepisy Szpitala, dotyczące organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w tym w szczególności Statut Szpitala, Regulamin Organizacyjny i wewnętrzne zarządzenia Dyrektora Szpitala.
 - 3.10. Niniejsze szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej

z wybranym oferentem.

3.11. Warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu będą zawarte w umowie, której projekt stanowi załącznik nr 3. Akceptacja projektu umowy jest warunkiem udziału w niniejszym konkursie.

4. Warunki, jakie musi spełniać oferta

4.1. Oferta musi zawierać:

- 1) Formularz ofertowy - **załącznik nr 1**.
- 2) Oświadczenie Oferenta - **załącznik nr 2**.
- 3) Dokumenty potwierdzające dane o Oferencie, tj.:
 - a) Potwierdzenie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską;
 - b) Kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe Oferenta mającego udzielać świadczeń tj.:
 - prawo wykonywania zawodu,
 - dyplom specjalizacji,
 - c) inne certyfikaty/dyplomy/zaświadczenia potwierdzające posiadane umiejętności.
- 4) **Załącznik nr 4** – Oświadczenie oferenta o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych.
- 5) 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.

4.2. Wszystkie strony oferty i załączniki, muszą być parafowane przez Oferenta.

4.3. Wszystkie wymagane dokumenty należy złożyć w formie oryginałów albo kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Oferenta.

4.4. Wszystkie załączone do oferty dokumenty, muszą zawierać dane aktualne na dzień składania oferty.

4.5. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub, gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

5. Kryteria oceny przy wyborze oferty

6.1. Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert spełniających wymagania.

6.2. Oceniane kryteria i ich ranga w ocenie:

A.

Cena:

- 1) procentowy udział Oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego przez NFZ przy wykonywaniu świadczeń na **Oddziale Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji**

W kryterium A punkty będą liczone w następujący sposób:

liczba punktów badanej oferty = $(U_{\min} / U_{\text{bad}}) \times 30 \text{ pkt}$

gdzie: U_{\min} – najniższy procentowy udział spośród badanych ofert

U_{bad} – procentowy udział oferty badanej

- 1) procentowy udział Oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego przez NFZ przy wykonywaniu zabiegów chirurgii kręgosłupa na **Oddziale Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji**

W kryterium A punkty będą liczone w następujący sposób:

liczba punktów badanej oferty = $(U_{\min} / U_{\text{bad}}) \times 30 \text{ pkt}$

gdzie: U_{\min} – najniższy procentowy udział spośród badanych ofert

U_{bad} – procentowy udział oferty badanej

- 2) procentowy udział Oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego przez NFZ przy asystowaniu przy wykonywaniu zabiegów chirurgii kręgosłupa na **Oddziale Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji**

W kryterium A punkty będą liczone w następujący sposób:

liczba punktów badanej oferty = $(U_{\min} / U_{\text{bad}}) \times 20$ pkt

gdzie: U_{\min} – najniższy procentowy udział spośród badanych ofert

U_{bad} – procentowy udział oferty badanej

- 3) procentowy udział Oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego przez NFZ przy wykonywaniu świadczeń w **Poradni Urazowo - Ortopedycznej**

W kryterium tym punkty będą liczone w następujący sposób:

liczba punktów badanej oferty = $(U_{\min} / U_{\text{bad}}) \times 30$ pkt

gdzie: U_{\min} – najniższy procentowy udział spośród badanych ofert

U_{bad} – procentowy udział oferty badanej

B - Opis kolejnych kryteriów oceny ofert (jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość):

- 1) Oceniając **jakość świadczeń** Zamawiający:

- a) wymaga posiadania przez Przyjmującego zamówienie tytułu specjalisty II stopnia adekwatnego do rodzaju udzielanych świadczeń

Kryterium zostanie ocenione w sposób: *spełnia – nie spełnia*.

Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

- b) przyznaje punkty za doświadczenie Przyjmującego zamówienie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych przy wykonywaniu zabiegów w zakresie neurochirurgii i ortopedii, w następującej wysokości:

1. poniżej 5 lat doświadczenia – **10 pkt.**
2. 5 – 10 lat doświadczenia – **15 pkt.**
3. powyżej 10 lat doświadczenia – **20 pkt.**

- 2) Oceniając **kompleksowość świadczeń** Zamawiający wymaga, aby Przyjmujący zamówienie posiadał umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mu na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii kręgosłupa oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych w tym: Poradni Urazowo – Ortopedycznej.

Kryterium zostanie ocenione w sposób: *spełnia – nie spełnia*.

Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

- 3) Oceniając **dostępność świadczeń** Zamawiający wymaga wiążącego zobowiązania się przez Przyjmującego zamówienie do gotowości realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z ustaleniem z kierującym Oddziałem i Zespołem Poradni Specjalistycznych.

Kryterium zostanie ocenione w sposób: *spełnia – nie spełnia*.

Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

- 4) Oceniając **ciągłość świadczeń** Zamawiający wymaga zobowiązania się Przyjmującego zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia przez cały okres obowiązywania umowy.

Kryterium zostanie ocenione w sposób: spełnia – nie spełnia.
Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

Za w/w 4 kryteria (jakość kompleksowość, dostępność, ciągłość) uzyskać można maksymalnie do 20 punktów.

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria (do 100 punktów).

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

7. Czas, na który zostanie zawarta umowa

7.1. Umowa zostanie podpisana na okres 1 roku.

8. Miejsce i termin składania ofert

8.1. Oferty należy składać w zamkniętej kopercie w formie pisemnej pod rygorem nieważności w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie, na której Oferent umieszcza nazwę oraz adres, aby można było odesłać ofertę w przypadku jej opóźnienia.

8.2. Koperta powinna zawierać adnotację:
**„Konkurs ofert na świadczenia medyczne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii
A.I.4250.4.2022”**

8.3. Oferty należy składać w Sekretariacie MSOR, (budynek nr 4, al. Modrzewiowa 22, Kraków) lub nadać w formie przesyłki pocztowej, tak by oferta dotarła do Szpitala nie później niż **do dnia 11.03.2022 r. do godziny 13:15**. O terminie wpłynięcia oferty decyduje data wpływu do Kancelarii Szpitala.

8.4. Oferty nadane jako przesyłka pocztowa, które wpłyną po wyznaczonym terminie zostaną zwrócone Oferentowi bez otwierania.

8.5. Rozpatrywane będą wyłącznie oferty złożone na formularzu udostępnionym przez Udzielającego Zamówienie lub druku sporządzonym na jego podstawie.

9. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu

9.1. Otwarcie ofert nastąpi **11.03.2022 r. o godz. 13.15** w MSOR, Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30 – 224 Kraków.

9.2. **Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w siedzibie MSOR przy al. Modrzewiowej 22 w terminie 21 dni od otwarcia ofert.**

9.3. **O wynikach konkursu Zamawiający poinformuje e-mailem, listownie lub telefonicznie Oferentów biorących udział w konkursie oraz umieści informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego w budynku nr 4.**

10. 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 z zastrzeżeniem art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

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

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

13. 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 58.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie oferenta

Załącznik nr 3 – Wzór umowy

Załącznik nr 4 – Oświadczenie oferenta o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych

.....
Podpis Dyrektora

FORMULARZ OFERTOWY

I. Oznaczenie Oferenta:

.....

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:

II. Poniżej należy wpisać stawki brutto za jedną godzinę świadczeń w polskich złotych.

1. Proponowany procentowy udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ w zakresie wykonywania zabiegów chirurgii kręgosłupa wynosi% *(należy odliczyć koszty implantu)*
2. Proponowany procentowy udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ w zakresie asystowania przy wykonywaniu zabiegów chirurgii kręgosłupa wynosi%
3. Proponowany procentowy udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ w zakresie świadczeń wykonywanych w Poradni Urazowo - Ortopedycznej wynosi%

III. Oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe w zakresie wykonywaniu zabiegów z zakresu chirurgii kręgosłupa *(załączyć kserokopie dokumentów potwierdzających staż pracy)*.
2. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)

.....
.....
.....
.....

3. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustaleniem z kierującym Oddziałem i Zespołem Poradni Specjalistycznych: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)
4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)
- 5) Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii kręgosłupa oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych w tym: Poradni Urazowo – Ortopedycznej: tak / nie (niepotrzebne skreślić)

.....
data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

Oświadczenie Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
- 3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych - zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami.
- 4) Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie czy nieumyślnie i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
- 5) Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 6) Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
- 7) Oświadczam, iż pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia
- 8) Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
- 9) Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

.....
data

.....
podpis (imię i nazwisko) Oferenta

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
W Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii,
al. Modrzewiowa 22, 30 -224 Kraków

- I. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.
- II. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
- III. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta