

Kraków, dnia 08.11.2022 r.

Znak postępowania: A.I.4250.13.2022

### **KONKURS**

## **NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE W PORADNI LECZENIA BÓLU PRZEZ LEKARZY SPECJALISTÓW NA RZECZ PACJENTÓW MAŁOPOLSKIEGO SZPITALA ORTOPEDYCZNO – REHABILITACYJNEGO IM. PROF. BOGUSŁAWA FRAŃCZUKA**

### **WARUNKI UDZIAŁU**

1. Organizatorem konkursu jest: **SP ZOZ MAŁOPOLSKI SZPITAL ORTOPEDYCZNO – REHABILITACYJNY IM. PROF. BOGUSŁAWA FRAŃCZUKA 30-224 Kraków, Al. Modrzewiowa 22 (zwanego dalej MSOR).**
2. Postępowanie konkursowe prowadzone jest w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. **Przedmiot konkursu:**
  - **udzielanie przez lekarzy specjalistów w zakresie leczenia bólu świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów**  
**Szczegółowy przedmiot konkursu określa załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.**
4. **Termin wykonywania usług wynosi:** jeden rok od podpisania umowy.
  - 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 Leczenia Bólu, Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka, 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 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 2016 r. poz. 357 z późn. zm.)
    - 6.2.1. Porada specjalistyczna:
      - **leczenie bólu:** lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub medycyny paliatywnej, lub neurochirurgii i neurotraumatologii, lub neurochirurgii.
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 zakresie metody leczenia (sztuki lekarskiej) i ponoszą wyłącznie odpowiedzialność za rozpoznanie choroby i wybór metody leczenia.
  - 7.3. **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. 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. 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.

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 przedkładania druków z właściwych rejestrów nie jest wymagane potwierdzanie ich za zgodność z oryginałem. 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 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, Konkurs ofert znak sprawy A.I.4250.13.2022”**

## **9. Kryteria i sposób oceny ofert:**

9.1. 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 =  $(U_{\min} / U_{\text{bad}}) \times 100$  pkt

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

$U_{\text{bad}}$  – procentowy udział oferty badanej

**B. Jakość świadczeń** – 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.

**D. Ciągłość świadczeń** – zobowiązanie Oferenta do udzielania świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy.  
Kryterium określone w pkt. D 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 14.11.2022 r. do godz. 11.00** do Sekretariatu MSOR, 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 **14.11.2022 r. o godz. 11.30** w MSOR, Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30 – 224 Kraków.

Pozostałe informacje:

**11. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w siedzibie MSOR przy al. Modrzewiowej 22 w terminie 30 dni od otwarcia ofert.**

**11.1 O wynikach konkursu Zamawiający poinformuje telefonicznie, 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 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.

**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 Barbara Łysiak, tel.: 12 428 73 83.**

16. Załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie wykonawcy

Załącznik nr 3 – Wzór umowy

***Dr n. med. Paweł Kamiński***  
*Dyrektor*  
*Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno - Rehabilitacyjnego*  
*im. prof. Bogusława Frańczuka*

.....  
(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):**

.....  
Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych (porad specjalistycznych) w Poradni Leczenia Bólu na warunkach:

**1. Udział oferenta wynosi .....zł za punkt rozliczeniowy zakontraktowany z Narodowym Funduszem Zdrowia (Poradnia Leczenia Bólu),**

**2. Udział oferenta wynosi .....zł za punkt rozliczeniowy zakontraktowany z Narodowym Funduszem Zdrowia (termolezja, kriolezja).**

Zobowiązuję się 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.			

.....  
*Data i podpis*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA  
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu  
konkursowym na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych  
w zakresie leczenia bólu**

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.
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 i zobowiązuję 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 leczenia bólu.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....  
*Data i podpis  
Oferenta*

**KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**  
w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka,  
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