

Kraków, dnia 02.06.2023 r.

Znak postępowania: A.I.4250.1.2023

**KONKURS  
NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE W PORADNI NEUROLOGICZNEJ  
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.**
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 neurologii świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka**  
**Szczegółowy przedmiot konkursu określa załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.**

4. **Termin wykonywania usług wynosi: 3 lata** od dnia podpisania umowy

**Miejsce udzielania świadczeń:** Poradnia Neurologiczna Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. Prof. Bogusława Frańczuka , al. Modrzewiowa 22 w Krakowie.

5. **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.

- 5.1. Oferent będący osobą prawną lub fizyczną musi być wpisany do odpowiedniego rejestru (CEIDG, KRS).
- 5.1.1. Wymagania co do kwalifikacji określone w rozporządzeniu MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- 5.1.2. Porada specjalistyczna:  
- **leczenie neurologiczne:** lekarz specjalista w dziedzinie neurologii albo lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie neurologii, albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii

6. **Warunki udzielania świadczeń:**

- 6.1. Szczegółowe warunki wykonywania przedmiotu konkursu określa wzór umowy stanowiący załącznik nr 3 do warunków konkursu.
- 6.2. Wszyscy lekarze wyłonieni w konkursie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nie podlegają kierownictwu MSOR, są samodzielni i niezależni od kierownictwa MSOR w zakresie metody leczenia (sztuki lekarskiej) i ponoszą wyłącznie odpowiedzialność za rozpoznanie choroby i wybór metody leczenia.
- 6.3. **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.**

**Zamawiający wymaga aby Oferent wskazał minimum jeden dzień w tygodniu w godzinach: 15:00 – 19:45.**

#### **7. Przygotowanie oferty:**

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

##### 7.2. Wymagane dokumenty:

A. Formularz ofertowy – załącznik nr 1

B. Oświadczenie Wykonawcy – załącznik nr 2

C. 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

D. 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.

7.3. 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.

7.4. 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.

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

7.6. 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.

7.7. 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.4250.1.2023 ”**

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

8.1. 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. **Kwalifikacje personelu (Jakość i Kompleksowość)** – 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 (Ciągłość i Dostępność)** – dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych (minimum 1 dzień udzielania świadczeń zdrowotnych w tygodniu w godzinach 15:00 – 19:45).

Kryterium określone w pkt. C zostanie ocenione w sposób, spełnia – nie spełnia. Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

- 8.2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą ilość punktów w kryterium A oraz będzie spełniać kryteria określone w punkcie B i C.
- 8.3. 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.

**9. Termin, miejsce złożenia i otwarcia ofert:**

- 9.1. Oferty należy złożyć **do dnia 09.06.2023 r. do godz. 13.00** 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
- 9.2. Otwarcie ofert nastąpi **09.06.2023 r. o godz. 13.15** w MSORBudynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30 – 224 Kraków.

Pozostałe informacje:

**10. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w siedzibie MSOR przy al. Modrzewiowej 22 w terminie 21 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.**

**11. 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.

**12. Uczestnicy postępowania przekazują sobie informacje telefonicznie, pisemnie, e-mailem.**

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

**14. 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.**

15. 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 Neurologicznej MSOR 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. 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 Poradni Neurologicznej na rzecz pacjentów Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno –  
Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka**

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

.....  
*Data i podpis  
Oferenta*