

Kraków, dnia 13.12.2023 r.

**Konkurs ofert**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy**  
**w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii**  
**nr sprawy A.I.4250.10.2023**

**WARUNKI UDZIAŁU**

- 1. Udzielający zamówienie:** ZOZ Małopolski Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka, 30-224 Kraków, Al. Modrzewiowa 22.
- 2. Podstawa prawna:** art. 26, art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020. 295 tekst jednolity z późn. zm.) 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 (Dz. U. z 2019 r. 1373 t.j. z późn. zm.)
- 3. Przedmiot konkursu**
  - 3.1. Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie przez Przyjmujących zamówienie świadczeń zdrowotnych w charakterze pielęgniarki na: Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
  - 3.2. Warunki wymagane od Oferenta:
    - 1) **Oferentem** może być podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa
    - 2) Udzielający zamówienie odrzuci oferty oferentów, z którymi w ciągu ostatnich 2 lat (licząc od daty opublikowania ogłoszenia o konkursie) rozwiązał umowę o pracę lub umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z winy leżącej po stronie Przyjmującego zamówienie lub Przyjmujący zamówienie przy wykonywaniu umowy nie wywiązywał się z ciężących na nim obowiązków wynikających z obowiązujących u Zamawiającego procedur.
  - 3.3. 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.
  - 3.4. **Miejsce udzielania świadczeń:** Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz inne komórki medyczne Szpitala.
  - 3.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju na podstawie umowy oraz harmonogramu przedstawianego każdorazowo Przyjmującemu zamówienie.
  - 3.6. 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.
  - 3.7. Niniejsze szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym oferentem.
  - 3.8. 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) Kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe Oferenta mającego udzielać świadczeń tj.:
- prawo wykonywania zawodu,
  - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe

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. Stawka wynagrodzenia (Cena)** Przyjmującego zamówienie, rozumianego jako obliczona na zasadach poniżej wartość punktowa następujących wynagrodzeń (podanych w formularzu ofertowym stawek brutto):

1. Za realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie – **max. 80 pkt.**

Wzór dla obliczania liczby punktów:

$$C = \frac{\text{wynagrodzenie, najniższe wśród ofert niepodlegających odrzuceniu}}{\text{wynagrodzenie, badanej oferty}} \times 100 \times 0,70$$

Oferty zostaną przeliczone według powyższego wzoru (przeliczenie odbywa się do osiągnięcia pełnych punktów, wg zasady zaokrąglenia – poniżej 5 należy końcówkę pominąć, powyżej i równe 5 należy zaokrąglić w górę).

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

1) Oceniając **jakość świadczeń** Zamawiający:

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

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

Niespełnienie kryterium powoduje odrzucenie oferty.

- b) przyznaje punkty za posiadanie stopnia naukowego:
    - 1. specjalizacja – **10 pkt.**
    - 2. brak specjalizacji – **0 pkt.**
  - c) przyznaje punkty za doświadczenie zawodowe:
    - 1. poniżej 2 lat doświadczenia – **0 pkt.**
    - 2. powyżej 2 lat doświadczenia – **10 pkt.**
- 2) Oceniając **kompleksowość świadczeń** Zamawiający wymaga, aby Przyjmujący zamówienie posiadał umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mu na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Bloku Operacyjnym zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu.

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 ustalonym harmonogramem.

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.

**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.**

**Zamawiający dokona wyboru ofert w ilości zapewniającej zabezpieczenie potrzeb Zamawiającego na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.**

## **7. Czas, na który zostanie zawarta umowa**

- 7.1. Okres obowiązywania umowy zostanie ustalony z Oferentem. Umowa zostanie podpisana na czas określony 12 miesięcy.

## **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;

**„A.I.4250.10.2023”**

- 8.3. Oferty należy składać w Sekretariacie (budynek nr 4, al. Modrzewiowa 22, Kraków) lub nadać w formie przesyłki pocztowej, tak by oferta dotarła do Szpitala nie później niż **do dnia 18.12.2023 r. do godziny 9:00**. O terminie wpływu 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 **18.12.2023 r. o godz. 9.45** w 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 59.

**14. 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)

### II. Poniżej należy wpisać stawkę brutto za jedną godzinę świadczeń w polskich złotych:

**Stawka:.....zł/h brutto (słownie:.....zł)**

### III. Oświadczam, iż:

1. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem.
2. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania.
3. Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych w tym: Bloku Operacyjnym zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu.

.....  
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 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.
- II. Oświadczam, że zapoznałem się z Informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych znajdującą się na stronie internetowej Administratora Danych - <https://www.kcr.pl/o-centrum/ochrona-danych-osobowych/>
- III. 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 uznaję iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
- IV. 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