



Kraków, dnia 31.10.2023 r.

Znak postępowania: A.I.4250.4.2023

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja ambulatoryjna i rehabilitacja dzienna przez lekarzy specjalistów z zakresu rehabilitacji medycznej,  
nr sprawy A.I.4250.4.2023**

**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 (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., nr 295 z późn. zm.).
3. **Przedmiot konkursu:**
  - **udzielanie przez lekarzy specjalistów w zakresie rehabilitacji świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej w Poradni rehabilitacyjnej i/lub rehabilitacji dziennej**  
**Szczegółowy przedmiot konkursu określa załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.**
4. **Termin wykonywania usług wynosi:** od dnia podpisania umowy 2 lata.
  - 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:** Ośrodek Rehabilitacji Diennej oraz inne medyczne komórki organizacyjne udzielające świadczenia w zakresie dziennej rehabilitacji medycznej Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka
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 2020, nr 295) 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). Najpóźniej w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń oferent musi mieć wpis o rozpoczęciu udzielania świadczeń.
  - 6.2. Wymagania co do kwalifikacji określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.).
  - 6.3. Wymagania:
    - 1) **lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub**

- 2) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
- 3) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej

#### 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, są samodzielni i niezależni od kierownictwa w zakresie metody leczenia (sztuki lekarskiej) i ponoszą wyłącznie odpowiedzialność za rozpoznanie choroby i wybór metody leczenia.

**Oferent zobowiązany jest wskazać w formularzu ofertowym (załącznik nr 1) proponowaną cenę porady za przyjęcie pacjenta na rehabilitację dzienną i za wypisanie pacjenta z rehabilitacji dziennej i/lub proponowany udział w wartości punktu rozliczeniowego z NFZ.**

- 7.3. Udzielający zamówienia może dokonać wyboru więcej, niż jednej oferty, do wyczerpania kwoty, jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, lub liczby wykonawców umożliwiających prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.

- 7.4. **. 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. Dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje:
- odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych,
  - odpis dyplomu uzyskania tytułu specjalisty w zakresie wymaganym w pkt 6.3
  - prawo wykonywania zawodu,
  - inne dokumenty potwierdzające wymagania.
- 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.
- E. **Załącznik nr 4** – Oświadczenie oferenta o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych

- 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). Odpisy z rejestrów nie wymagają potwierdzenia 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  
znak sprawy A.I. 4250.4.2023”**

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

9.1. Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:

- A. Cena** - cenę porady za przyjęcie pacjenta na rehabilitację dzienną i za wypisanie pacjenta z rehabilitacji dziennej/procentowy udział w wartości punktu rozliczeniowego

W kryterium A punkty będą liczone w następujący sposób:

liczba punktów badanej oferty =  $(U_{min} / U_{bad}) \times 80$  pkt

gdzie:  $U_{min}$  – najniższa proponowana cena badanych ofert

$U_{bad}$  – cena badanej oferty

- B. Jakość świadczeń** – kwalifikacje personelu spełniające wymogi określone przepisami prawa niezbędne do udzielania świadczeń objętych przedmiotem konkursu, wskazane w pkt. 6.3 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 następujący sposób:

- 1) 1 dzień – 0 pkt,
- 2) 2 dni – 10 pkt,
- 3) 3 dni – 20 pkt.

- 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 3 Zamawiający wezwie Wykonawców do złożenia dodatkowych ofert, jednakże:

3.4. 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 02.11.2023 r. do godz. 13.00** do Sekretariatu Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka, 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 **02.11.2023 r. o godz. 13.15** w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym im. prof. Bogusława Frańczuka, 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 21 dni od otwarcia ofert**

**11.1 O wynikach konkursu Zamawiający poinformuje e-mailem, telefonicznie 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 (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) 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 - Jankowicz, tel.: 12 428 73 58.**

**16. Załączniki:**

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie wykonawcy

Załącznik nr 3 – Wzór umowy

Załącznik nr 4 - Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych

*dr n. med. Paweł Kamiński*

*Dyrektor*

*Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno- Rehabilitacyjnego  
im. prof. Bogusława Frańczuka*

**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 w zakresie rehabilitacji dziennej na warunkach:

**Proponowana cena porady :**

- za przyjęcie/wypis pacjenta – rehabilitacja dzienna-..... zł.

- udział w wartości punktu rozliczeniowego -..... %

Zobowiązuję się udzielać świadczeń zdrowotnych w następujących godzinach i dniach tygodnia:

**Ośrodek Rehabilitacji Diennej**

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

Dzień ..... godzina: od ..... do .....

**Poradnia Rehabilitacyjna**

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 Ośrodku Rehabilitacji Diennej/Poradni Rehabilitacyjnej 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 Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.).
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. 2020 r., nr 295) 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 rehabilitacji leczniczej.
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 – Rehabilitacyjnym 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



