Kraków, dnia 24.07.2024 r.

Znak postępowania: A.I.4250.4.2024

**KONKURS**

**NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE W PORADNI URAZOWO -ORTOPEDYCZNNEJ** **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 ortopedii i traumatologii narządu ruchu świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka**

 **Szczegółowy przedmiot konkursu określa załącznik nr 3 stanowiący wzór umowy.**

1. **Termin wykonywania usług wynosi:** od 01.08.2024 r. do 30.06.2025 r.

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

1. **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.

* 1. Oferent będący osobą prawną lub fizyczną musi być wpisany do odpowiedniego rejestru (CEIDG, KRS).
		1. Wymagania co do kwalifikacji określone w rozporządzeniu MZ z dnia 6 listopada 2013 r.
		w sprawie świadczeń gwarantowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
		2. Porada specjalistyczna:

1) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu albo

2) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, albo

3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, albo

4) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii, lub ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej lub specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale lub w poradni zgodnych z profilem świadczenia gwarantowanego.

1. **Warunki udzielania świadczeń:**
	1. Szczegółowe warunki wykonywania przedmiotu konkursu określa wzór umowy stanowiący załącznik nr 3 do warunków konkursu.
	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.
	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.**
2. **Przygotowanie oferty:**
	1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na w./w zakres świadczeń. Złożenie więcej niż jednej oferty powoduje odrzucenie ofert.
	2. Wymagane dokumenty:
3. Formularz ofertowy – załącznik nr 1
4. Oświadczenie Wykonawcy – załącznik nr 2
5. 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

1. 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.
	1. 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.
	2. 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.
	3. Termin związania ofertą 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
	4. 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.
	5. 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.4250.4.2024 ”**

1. **Kryteria i sposób oceny ofert:**
	1. Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:
2. **Cena** – kwotowy udział Oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego przez NFZ

W kryterium A punkty będą liczone w następujący sposób:

liczba punktów badanej oferty = (Umin /U bad) x 100 pkt

gdzie: Umin – najniższy udział spośród badanych ofert

 Ubad – procentowy udział oferty badanej

1. **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.

1. **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.

* 1. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą ilość punktów w kryterium A oraz będzie spełniać kryteria określone w punkcie B i C.
	2. 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.

1. **Termin, miejsce złożenia i otwarcia ofert:**
	1. Oferty należy złożyć **do dnia 31.07.2024 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

* 1. Otwarcie ofert nastąpi **31.07.2024 r. o godz. 13.30** w MSOR Budynek nr 4, Al. Modrzewiowa 22, 30 – 224 Kraków.

Pozostałe informacje:

1. **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.**

1. **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.

1. **Uczestnicy postępowania przekazują sobie informacje telefonicznie, pisemnie, e-mailem.**
2. **Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przedłużenia terminu składania ofert lub terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.**
3. **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 Pan Tomasz Świętoń, tel.: 12 428 73 64.**
4. 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*

 *Załącznik nr 2 do konkursu*

Znak sprawy: A.I.4250.4.2024

**OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

**konkursowym na udzielanie przez lekarzy specjalistów w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu świadczeń zdrowotnych w Poradni Urazowo – Ortopedycznej 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 naudzielanie 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*