



Kraków, dnia 26.07.2024 r.

Znak postępowania: A.I.4250.5.2024

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja ambulatoryjna i rehabilitacja dzienna przez lekarzy specjalistów z zakresu rehabilitacji medycznej,  
nr sprawy A.I.4250.5.2024**

**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. 4250.5.2024”**

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

9.1. Oferent powinien wskazać w formularzu ofertowym:

- A. Cena** – A1. cenę porady za przyjęcie pacjenta na rehabilitację dzienną i za wypisanie pacjenta z rehabilitacji dziennej

W kryterium A1 punkty będą liczone w następujący sposób:

liczba punktów badanej oferty =  $(U_{min} / U_{bad}) \times 60$  pkt

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

$U_{bad}$  – cena badanej oferty

A2. stawka za punkt rozliczeniowy w Poradni Rehabilitacyjnej

W kryterium A2 punkty będą liczone w następujący sposób:

liczba punktów badanej oferty =  $(U_{min} / U_{bad}) \times 20$  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 06.08.2024 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 **06.08.2024 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 Pan Tomasz Świętoń tel.: 12 428 73 64.**

**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*

.....  
*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*

