



00-301 Warszawa
ul. Nowy Zjazd 1
centrala: (022) 556 93 00
sekretariat: (022) 556 94 00
fax (022) 556 94 03
www.mcs-przychodnia.pl
e-mail: sekretariat@mcs-przychodnia.pl

MCS/ZP/2214-06/2017

WARUNKI KONKURSU OFERT

**W SPRAWIE UMOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA DENTYSTĘ W ZAKRESIE
LECZENIA STOMATOLOGICZNEGO ORAZ LEKARZA DENTYSTĘ
W ZAKRESIE LECZENIA STOMATOLOGICZNEGO ZE
SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM PACJENTÓW Z GRUPY
WYSOKIEGO RYZYKA CHORÓB ZAKAŹNYCH, W TYM CHORYCH
NA AIDS, W PORADNI OGÓLNOSTOMATOLOGICZNEJ
„MAZOWIECKIEGO CENTRUM STOMATOLOGII” Sp. z o.o.
z siedzibą w Warszawie**

Podstawy prawne:

- 1) *ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,*
- 2) *ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,*
- 3) *Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 22.12.2011 r.*

1. Udzielający Zamówienie:

Mazowieckie Centrum Stomatologii Spółka z o.o. w Warszawie, 00-301 Warszawa, ul. Nowy Zjazd 1, NIP: 5252465327; REGON: 142049482; tel. 22 556 93 00, fax. 22 556 94 03, www// mcs-przychodnia.pl, adres e-mail: sekretariat@mcs-przychodnia.pl

2. Przedmiotem konkursu ofert: jest zawarcie umów na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez:

- lekarza dentystę w zakresie leczenia stomatologicznego – jedna umowa
- lekarza dentystę w zakresie leczenia stomatologicznego ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS – jedna umowa

w Poradni Ogólnostomatologicznej dla pacjentów Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie

3. O zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych mogą ubiegać się Przyjmujący Zamówienie, którzy spełniają następujące warunki:

- 1) są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi;
- 2) posiadają uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych;
- 3) spełniają i przyjmują kryteria określone w niniejszych Warunkach konkursu ofert oraz we wzorze umowy;
- 4) posiadają umowę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej zgodnie *Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 22.12.2011 r.;*
- 5) posiadają aktualne, właściwe terytorialnie prawo wykonywania zawodu lekarza;
- 6) prowadzą działalność gospodarczą.

4. Zakres świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa: leczenie stomatologiczne – szacunkowa liczba pacjentów w ramach kontraktu Udzielającego zamówienie z NFZ: około 30 osób miesięcznie oraz poza kontraktem z NFZ (świadczenia komercyjne) ok. 30 osób miesięcznie.

5. Czas obowiązywania umów: 02.01.2018 r. – 31.12.2020 r.

6. Rozpoczęcie świadczeń: 02.01.2018 r.

7. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Kierownik Udzielający zamówienia powołał Komisję konkursową.

8. Komisja konkursowa odrzuci oferty w przypadkach określonych w przepisie art. 149 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

9. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszonym ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

10. Kierownik Udzielającego Zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne na podstawie art. 150 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

11. Przyjmującym Zamówienie, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia zasad postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art. 153 i 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

12. Kryteria oceny ofert – Komisja konkursowa dokona wyboru **najkorzystniejszej oferty** biorąc pod uwagę następujące kryteria:

1) spełnianie warunków określonych w pkt 3 „Warunków Konkursu Ofert” ,

2) **W ramach kontraktu z NFZ** - najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych w cenie jednostkowej za pkt w PLN za świadczenia udzielane w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem:

$$W_o = \frac{100 \text{ pkt} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

wartość procentu danego oferenta

W_o – wartość oferty

proponowany udział procentowy nie może być wyższy niż: **20,00 %**

3) **Poza kontraktem z NFZ** - najkorzystniejsze (najniższe) stawki procentowe dla udzielanych świadczeń zdrowotnych za wykonane świadczenia odpłatne naliczane od kwot zawartych w aktualnym cenniku Udzielającego Zamówienia w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem:

$$W_o = \frac{100 \text{ pkt} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

wartość procentu danego oferenta

W_o – wartość oferty

proponowany udział procentowy nie może być wyższy niż: **33,30 %**

Wartość zaoferowanego procentu nie może być wyższa od stawek zawartych w wykazie odpłatnych świadczeń stomatologicznych stanowiącym załącznik nr 2 do WKO.

Sposób obliczania wynagrodzenia za wykonane świadczenia zdrowotne wg wzoru

$$C \times n\% = W_s$$

C – cena procedury wg cennika NFZ lub Udzielającego zamówienia

n% - stawka procentowa wynikająca z umowy

W_s – wycena świadczenia

Konkurs ofert wygrywa najkorzystniejsza (z najniższymi stawkami procentowymi) oferta. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do dodatkowych negocjacji po otwarciu ofert.

Warunkiem koniecznym do złożenia oferty jest zobowiązanie świadczenia leczenia stomatologicznego przez minimum 15 godzin w tygodniu, w tym co najmniej jeden dzień w godzinach popołudniowych (do godziny 18:00) oraz wg ustalonego harmonogramu.

13. W toku postępowania, do czasu zakończenia postępowania, Przyjmujący Zamówienie może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
14. Oferty zostaną rozpatrzone w terminie 7 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
15. Udzielający Zamówienia rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłosi niezwłocznie na swojej stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń, a także przekaze w formie określonej w pkt 22 Warunków Konkursu Ofert wszystkim uczestnikom konkursu ofert.
16. Udzielający Zamówienia zawrze umowę z Przyjmującym Zamówienie, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą – w terminie 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
17. Do umów na świadczenia zdrowotne stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.
18. Składanie ofert:
 - 1) każdy Przyjmujący Zamówienie składa tylko jedną ofertę,
 - 2) ofertę należy złożyć w formie pisemnej w zamkniętej kopercie pod rygorem nieważności.

Kopertę należy zaadresować wg wzoru:

**„Konkurs ofert w sprawie umów na świadczenia zdrowotne
wykonywane przez lekarzy dentystów w Poradni
Ogólnostomatologicznej Nr ref. KO/06/17”**

**Mazowieckie Centrum Stomatologii Sp. z o.o.
ul. Nowy Zjazd 1
00 – 301 Warszawa**

NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 14.12.2017 r. GODZ: 10:00

19. Miejsce i termin składania ofert:

Ofertę należy złożyć w Sekretariacie pokój 321 Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie **do dnia 14.12.2017 r. do godz. 09:30.**

Otwarcie ofert nastąpi **w dniu 14.12.2017 r. o godz. 10:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienia w sali Wykładowej III piętro p. 326.

Okres związania ofertą wynosi 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

20. Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym wg załączonego wzoru – Formularz oferty (załącznik nr 1), oraz pozostałymi dokumentami wymienionymi w pkt 21. Oferta winna być napisana w języku polskim w sposób czytelny, maszynowo lub komputerowo za pomocą edytora tekstu bądź inną trwałą techniką, wszystkie strony oferty muszą być podpisane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.
21. **Oferta musi zawierać:**
 - 1) Formularz oferty (załącznik nr 1);
 - 2) Wykaz procedur komercyjnych wraz ze stawkami procentowymi za wykonane świadczenia (załącznik nr 2)
 - 3) Kopia prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty;
 - 4) Kopia dyplomu ukończenia studiów o kierunku lekarskim;

- 5) Aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
- 6) Kopia decyzji uprawniającej do wystawiania zaświadczeń lekarskich;
- 7) Kopia decyzji o nadaniu NIP;
- 8) Kopia zaświadczenia o nadaniu numeru REGON;
- 9) Kopia polisy lub pisemne zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentyków – stosownie do przepisów – (kopia polisy załącznik nr 1 do umowy).

Dokumenty, o których mowa w pkt 3-9 można złożyć w formie kopii poświadczonych „za zgodność z oryginałem” przez Przyjmującego Zamówienie lub osobę uprawnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.

Wszystkie dokumenty tworzące ofertę muszą być podpisane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.

22. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie przekazywać będą w formie pisemnej, faksem lub pocztą elektroniczną.
23. Informacji o przedmiocie konkursu ofert udzielają: w godz. 8:00-16:00 w kwestiach merytorycznych Dyrektor ds. Medycznych tel. 22 55 69 400 w kwestiach formalnych Zespół Zamówień Publicznych fax. 22 556 94 31, tel. 22 556 94 30 zamowienia@mcs-przychodnia.pl
24. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Konkursu Ofert mają zastosowanie przepisy:
 - 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
 - 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych,
 - 3) Kodeksu cywilnego.
25. Warunki Konkursu Ofert zawierają następujące załączniki:
 - 1) Formularz oferty - **załącznik nr 1**
 - 2) Wykaz odpłatnych świadczeń stomatologicznych – **załącznik nr 2**
 - 3) Projekt umowy - **załącznik nr 3**

.....
(nazwa Przyjmującego Zamówienie)

FORMULARZ OFERTY

OFERTA

Ja,

Imię i nazwisko osoby Przyjmującej Zamówienie

działając w imieniu własnym:

Nazwa Przyjmującego Zamówienie	
Adres	
NIP	
REGON	
Nr telefonu	
Nr fax	
e-mail	

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza dentystę w zakresie leczenia stomatologicznego / leczenia stomatologicznego ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS * w Poradni Ogólnostomatologicznej dla pacjentów Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie, składam ofertę i:

1. Zobowiązuję się do realizacji lekarskich świadczeń zdrowotnych zgodnie z warunkami konkursu ofert.
2. Wartość oferty (odpowiednio dla wybranego rodzaju świadczeń) określam na:
 - 1)% ceny jednostkowej za punkt rozliczeniowy za świadczenia zrealizowane w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia – według normy ustalonej przez

Dyrektora ds. Medycznych Udzielającego zamówienia; **(wartość nie może być wyższa niż odpowiednio: 20,00%)**

- 2)% od ceny zrealizowanego świadczenia zgodnie z aktualnym cennikiem Udzielającego Zamówienia za świadczenia nierefundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia – **(wartość nie może być wyższa niż 33,30%)** zgodnie z Załącznikiem nr 2 do oferty;
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu, szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia, projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam niezbędne informacje do przygotowania oferty.
4. Jestem uprawniony/-na do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
5. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania świadczeń zdrowotnych oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do ich wykonywania.
6. Oświadczam, że złożona oferta odpowiada warunkom konkursu i jest ważna przez okres związania ofertą wynoszący **30 dni** od daty upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczam, że oferowane świadczenia zdrowotne będą wykonywane rzetelnie, celowo, na poziomie zgodnym z obowiązującymi standardami zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia i zachowaniem obowiązujących przepisów prawnych medycznych, sanitarnych, epidemiologicznych, BHP itp.
8. Wyrażam zgodę na podpisanie umowy na okres **od 02.01.2018 r. do 31.12.2020 r.** Zobowiązuje się do zawarcia pisemnej umowy w terminie **do 31.12.2017 r.**
9. Załącznikami do niniejszej oferty są:
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.

Data

.....
/Podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie/

**niepotrzebne skreślić*