



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/2214-07/2017

WARUNKI KONKURSU OFERT

**W SPRAWIE UMOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZY DENTYSTÓW SPECJALISTÓW
W DZIEDZINIE PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ W PORADNI
PROTETYKI „MAZOWIECKIEGO CENTRUM STOMATOLOGII”
Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie**

MCS/ZP/2214-07/2017

Podstawy prawne:

- 1) *ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o działalności leczniczej,*
- 2) *ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. 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 Sp. 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](http://www/mcs-przychodnia.pl), adres e-mail: sekretariat@mcs-przychodnia.pl

2. Przedmiotem konkursu ofert:

Część 1. Dwóch lekarzy dentyistów specjalistów w dziedzinie protetyki stomatologicznej

Przedmiotem konkursu jest zawarcie dwóch umów na świadczenia zdrowotne wykonywane przez lekarzy **dentyistów specjalistów w dziedzinie protetyki stomatologicznej** w ramach **kontraktu z NFZ** oraz **poza kontaktem z NFZ** w Poradni Protetyki Stomatologicznej dla pacjentów Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie.

Część 2. Jeden lekarz dentyista specjalista w dziedzinie protetyki stomatologicznej

Przedmiotem konkursu jest zawarcie umowy na świadczenia zdrowotne **poza kontraktem z NFZ** wykonywane przez **lekarza dentyistę specjalistę w dziedzinie protetyki stomatologicznej** w Poradni Protetyki Stomatologicznej 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 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 tytuł specjalisty dentyisty protetyka lub tytuł specjalisty II stopnia w dziedzinie protetyki stomatologicznej;
- 6) posiadają aktualne, właściwe terytorialnie prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty;
- 7) prowadzą działalność gospodarczą.

4. Przyjmujący Zamówienie może złożyć ofertę tylko na jedną część określoną w WKO, złożenie dwóch ofert spowoduje ich odrzucenie.

5. Zakres świadczeń zdrowotnych lekarza dentyistę protetyki:

Część 1 leczenie protetyczne – szacunkowa ilość pacjentów w ramach kontraktu Udzielającego zamówienie z NFZ: około 60 osób miesięcznie oraz poza kontraktem z NFZ ok. 20 osób miesięcznie.

Część 2 leczenie protetyczne - szacunkowa ilość pacjentów poza kontraktem z NFZ ok. 20 osób miesięcznie.

6. Czas obowiązywania umowy: 36 miesięcy

7. Rozpoczęcie świadczeń: od dnia podpisania umowy.

8. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Kierownik Udzielający Zamówienia powołał Komisję konkursową.
9. Komisja konkursowa odrzuci oferty w przypadkach określonych w przepisie art. 149 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o działalności leczniczej.
10. 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.
11. 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 (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej.
12. 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 (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o działalności leczniczej.
13. 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:

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

W_o – wartość oferty w ramach NFZ

proponowany udział procentowy **nie może być wyższy niż 25,00 %**

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

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

W_o – wartość oferty

Sposób obliczania wynagrodzenia za wykonane świadczenia zdrowotne.

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

C – cena procedury w ramach kontraktu z NFZ lub z cennika Udzielającego Zamówienia

n% - stawka procentowa wynikająca z umowy
WŚ – wycena świadczenia

Konkurs ofert wygrywa najkorzystniejsza (z najniższymi stawkami procentowymi) oferta. Udzielający zamówienia 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) ustalonego harmonogramu – dotyczy części 1.

14. Oferty zostaną rozpatrzone w terminie do 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 prześle w formie określonej w pkt 20 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 umowy na świadczenia zdrowotne przez lekarza dentystę, specjalistę w dziedzinie protetyki stomatologicznej w Poradni Protetyki Nr ref. KO/07/17”

**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 12.12.2017 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.

18. Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym wg załączonego wzoru – Formularz oferty (załączniki 1.1 lub 1.2), oraz pozostałymi dokumentami wymienionymi w pkt 19. 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.
19. **Oferta musi zawierać:**
 - 1) Formularz oferty (załączniki nr 1.1 lub 1.2)
 - 2) Wykaz odpłatnych świadczeń stomatologicznych - lekarz wykonujący świadczenia zdrowotne w ramach kontraktu z NFZ i poza kontraktem z NFZ (załącznik nr 2.1 do oferty i umowy);
 - 3) Wykaz odpłatnych świadczeń stomatologicznych - lekarz wykonujący świadczenia zdrowotne poza kontraktem z NFZ (załącznik nr 2.2);

- 4) Kopia prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty;
- 5) Kopia dyplomu ukończenia studiów o kierunku lekarsko-dentystycznym;
- 6) Kopie dyplomów o uzyskaniu tytułu specjalisty w dziedzinie protetyki;
- 7) Aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
- 8) Kopia decyzji uprawniającej do wystawiania zaświadczeń lekarskich;
- 9) Kopia decyzji o nadaniu NIP;
- 10) Kopia zaświadczenia o nadaniu numeru REGON;
- 11) Kopia polisy lub pisemne zobowiązanie Przyjmującego Zamówienie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lekarz i lekarzy dentystów – stosownie do przepisów – (kopia polisy załącznik nr 1 do umowy).

Dokumenty o których mowa w pkt 4-11 można złożyć w formie kopii poświadczonej „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.

20. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie przekazywać będą w formie pisemnej, faksem lub pocztą elektroniczną.
21. Informacji o przedmiocie konkursu ofert udzielają: w godz. 8:00-16:00 w kwestiach merytorycznych Dyrektor ds. Medycznych fax. 22 556 94 00, w kwestiach formalnych Zespół Zamówień Publicznych fax. 22 556 94 31, tel. 22 556 94 30 zamowienia@mcs-przychodnia.pl
22. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Konkursu Ofert mają zastosowanie przepisy:
 - 1) ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o działalności leczniczej,
 - 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych,
 - 3) Kodeksu cywilnego.
23. Warunki Konkursu Ofert zawierają następujące załączniki:
 - 1) Formularze oferty – **załączniki nr 1.1 i 1.2**
 - 2) Wykaz odpłatnych świadczeń stomatologicznych - lekarz wykonujący świadczenia zdrowotne w ramach kontraktu z NFZ i poza kontraktem z NFZ – **załącznik nr 2.1**
 - 3) Wykaz odpłatnych świadczeń stomatologicznych - lekarz wykonujący świadczenia zdrowotne poza kontraktem z NFZ – **załącznik nr 2.2**
 - 4) Projekt umowy - **załącznik nr 3**

.....
(nazwa Przyjmującego Zamówienie)

FORMULARZ OFERTY

OFERTA – CZĘŚĆ 1

Ja ,

Imię i nazwisko osoby Przyjmującej Zamówienie

działając w imieniu i na rzecz Przyjmującego Zamówienie:

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

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na lekarskie świadczenia zdrowotne przez **lekarza dentystę specjalistę w dziedzinie protetyki stomatologicznej** na rzecz „Mazowieckiego Centrum Stomatologii” Sp. z o. w Warszawie, składam ofertę i:

1. Zobowiązuję się do realizacji świadczeń zdrowotnych – **lekarza dentysty specjalisty w dziedzinie protetyki stomatologicznej** zgodnie z warunkami konkursu ofert.

2. Wartość oferty (odpowiednio dla wybranego rodzaju świadczeń) określám 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 25,00%**).

2) stawki % od ceny zrealizowanego świadczenia zgodnie z aktualnym cennikiem Udzielającego Zamówienia za świadczenia nie refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z Wykazem odpłatnych świadczeń stomatologicznych – stanowiących załącznik nr 2.1.

3. Oświadczam, że zapoznałam/-em 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 uprawniona/-y 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 **02.01.2018 r. do 31.12.2020 r.**
Zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie do **31.12.2017 r.**
9. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Data

.....
/Podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie/

.....
 (nazwa Przyjmującego Zamówienie)

FORMULARZ OFERTY
OFERTA – CZĘŚĆ 2

Ja ,

Imię i nazwisko osoby Przyjmującej Zamówienie

działając w imieniu i na rzecz Przyjmującego Zamówienie:

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

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na lekarskie świadczenia zdrowotne przez **lekarza dentystę specjalistę w dziedzinie protetyki stomatologicznej** na rzecz „Mazowieckiego Centrum Stomatologii” Sp. z o. w Warszawie, składam ofertę i:

1. Zobowiązuję się do realizacji świadczeń zdrowotnych – **lekarza dentysty specjalisty w dziedzinie protetyki stomatologicznej** zgodnie z warunkami konkursu ofert.
2. Wartość oferty określam na:
 stawki % od ceny zrealizowanego świadczenia zgodnie z aktualnym cennikiem Udzielającego Zamówienia za świadczenia nie refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z Wykazem odpłatnych świadczeń stomatologicznych – stanowiących załącznik nr 2.2.
3. Oświadczam, że zapoznałam/-em 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.

MCS/ZP/2214-07/2017

4. Jestem uprawniona/-y 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 **02.01.2018 r. do 31.12.2020 r.**
Zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie do **31.12.2017 r.**
9. Załącznikami do niniejszej oferty są:
 11.
 12.
 13.
 14.
 15.
 16.
 17.
 18.
 19.
 20.

Data

.....
/Podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie/