

MCS/ZP/2214-09/2024

## **WARUNKI KONKURSU OFERT**

W SPRAWIE ZAWARCIA UMOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE LECZENIA STOMATOLOGICZNEGO PRZEZ LEKARZA DENTYSTĘ SPECJALISTĘ W DZIEDZINIE ORTODONCJI W PORADNI ORTODONCJI NA RZECZ PACJENTÓW MAZOWIECKIEGO CENTRUM STOMATOLOGII SP. Z O. O. 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 zamówienia:  
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](http://mcs-przychodnia.pl), adres e-mail: [sekretariat@mcs-przychodnia.pl](mailto:sekretariat@mcs-przychodnia.pl)
2. Przedmiotem konkursu ofert jest: zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego przez lekarza dentystę specjalistę w dziedzinie ortodoncji w Poradni Ortodoncji na rzecz pacjentów Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie oraz pełnienie obowiązków kierownika Poradni Ortodoncji.
3. O zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych mogą ubiegać się Przyjmujący Zamówienie, którzy spełniają następujące warunki:
  - 1) posiadają uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych;
  - 2) spełniają i przyjmują kryteria określone w niniejszych Warunkach konkursu ofert oraz we wzorze umowy;
  - 3) posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie ortodoncji;
  - 4) posiadają aktualne, właściwe terytorialnie prawo wykonywania zawodu lekarza;
  - 5) posiadają umowę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 22.12.2011 r.*;
  - 6) prowadzą działalność gospodarczą;
  - 7) posiadają doświadczenie zawodowe w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ortodontycznego – minimum 5 lat;
4. Zakres świadczeń zdrowotnych: leczenie stomatologiczne – szacunkowa liczba pacjentów w ramach kontraktu Udzielającego zamówienie z NFZ: około 100 osób miesięcznie oraz poza kontraktem z NFZ (świadczenia komercyjne) ok. 50 osób miesięcznie.
5. Czas obowiązywania umowy: **36 miesięcy od dnia podpisania umowy.**
6. Rozpoczęcie świadczeń: **SIERPIEŃ 2024 r.**
7. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Kierownik Udzielającego 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 ogłoszony 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,

### **W ramach kontraktu z NFZ**

- 2) najkorzystniejsza (najniższa) cena za pkt (w PLN) za świadczenia zdrowotne w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ (bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia), w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem:

$$W1 = \frac{25 \text{ pkt} \times \text{najniższa cena wśród złożonych ofert}}{\text{cena danego oferenta}}$$

- 3) najkorzystniejsza (najniższa) cena za pkt (w PLN) za świadczenia zdrowotne w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ (pomniejszona o koszty Udzielającego zamówienia), w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem:

$$W2 = \frac{25 \text{ pkt} \times \text{najniższa cena wśród złożonych ofert}}{\text{cena danego oferenta}}$$

### **Poza kontraktem z NFZ**

- 4) najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych za wykonane świadczenia komercyjne, naliczana od kwot zawartych w aktualnym cenniku Udzielającego Zamówienia (bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia) w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem, max 25 pkt:

$$W3 = \frac{25 \text{ pkt} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

- 5) najkorzystniejsza (najniższa) stawka procentowa dla udzielanych świadczeń zdrowotnych za wykonane świadczenia komercyjne, naliczana od kwot zawartych w aktualnym cenniku Udzielającego Zamówienia pomniejszona o koszty Udzielającego zamówienia w sposób obiektywny zgodnie ze wzorem, max 25 pkt:

$$W4 = \frac{25 \text{ pkt} \times \text{najniższa wartość procentu wśród złożonych ofert}}{\text{wartość procentu danego oferenta}}$$

### **Sposób obliczania punktów:**

$$W_o = W1 + W2 + W3 + W4$$

**Oferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt**

W<sub>o</sub> – wartość całej oferty

W<sub>1</sub> – wartość oferty w ramach NFZ bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia

W<sub>2</sub> – wartość oferty w ramach NFZ pomniejszona o koszty Udzielającego Zamówienia

W<sub>3</sub> – wartość oferty poza kontraktem, bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia

W<sub>4</sub> – wartość oferty poza kontraktem pomniejszona o koszty Udzielającego Zamówienia

### 13. Sposób obliczania wynagrodzenia za wykonane świadczenia zdrowotne.

#### W ramach kontraktu z NFZ

- 1) dla świadczeń zdrowotnych bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia wg. wzoru  
 $C1 \times n = Wś$

C1 – ilość wykonanych punktów w ramach kontraktu z NFZ

n – zaoferowana cena za punkt

Wś – wycena świadczenia

- 2) dla świadczeń zdrowotnych z udziałem kosztów Udzielającego Zamówienia wg. wzoru  
 $(C1 \times n) - Kz = Wś$

C1 – ilość wykonanych punktów w ramach kontraktu z NFZ

n – zaoferowana cena za punkt

Kz – koszt Udzielającego Zamówienia

Wś – wycena świadczenia

#### Poza kontraktem z NFZ

- 3) dla świadczeń zdrowotnych bez udziału kosztów Udzielającego Zamówienia wg. wzoru  
 $C2 \times n\% = Wś$

C2 – cena procedury z cennika

n% - zaoferowana stawka procentowa

Wś – wycena świadczenia

- 4) dla świadczeń zdrowotnych z udziałem kosztów Udzielającego Zamówienia wg. wzoru  
 $(C2 \times n\%) - Kz = Wś$

C2 – cena procedury z cennika

n% - zaoferowana stawka procentowa

Kz – koszt Udzielającego Zamówienia

Wś – wycena świadczenia

### 14. Rozstrzygnięcie postępowania

- 1) Udzielający zamówienia wyłoni Oferenta/Oferentów, których oferta odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w WKO oraz przedstawia najkorzystniejszą ofertę, wg podanych kryteriów;
- 2) komisja w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia korzystniejszej ceny za udzielane świadczenia zdrowotne;
- 3) do negocjacji zaprasza się Oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru. Komisja przeprowadzi negocjacje co najmniej z dwoma Oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Dopuszczalne są również negocjacje z jednym Oferentem, o ile w konkursie złożono jedną ofertę;
- 4) do negocjacji kwalifikuje się Oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów konkursowych.
- 5) przed dokonaniem wyboru komisja może rozszerzyć listę Oferentów zaproszonych do negocjacji;
- 6) komisja konkursowa dokumentuje przebieg negocjacji z Oferentami w protokole z negocjacji;
- 7) ustalenie w procesie negocjacji ceny nie oznacza dokonania wyboru Oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy;
- 8) Udzielający zamówienia zastrzega możliwość wybrania kilku ofert, o największej uzyskanej punktacji, o ile cena ofert nie przekracza kwoty, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na realizację zamówienia, celem zabezpieczenia realizacji kontraktu oraz świadczeń komercyjnych.

15. 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.
16. Oferty zostaną rozpatrzone w terminie związania ofertą.
17. Udzielający zamówienia rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłosi niezwłocznie na swojej stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń, a także przekaże w formie wiadomości e-mail wszystkim uczestnikom konkursu ofert.
18. Udzielający zamówienia zawrze umowę z Przyjmującym zamówienie, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą.
  - 1) Podpisanie umowy / umów nastąpi w miejscu i czasie określonym przez Udzielającego zamówienia, w jego siedzibie.
  - 2) Przed podpisaniem umowy Oferent winien złożyć dodatkowo następujące dokumenty:
    - **kopię zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy;**
    - **kopię zaświadczenia o przeszkoleniu BHP;**
    - **kopię polisy OC, jeżeli nie została złożona w ofercie konkursowej;**
19. Do umów na świadczenia zdrowotne stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.
20. Składanie ofert:

ofertę należy złożyć w formie pisemnej w zamkniętej kopercie pod rygiem nieważności.

**Kopertę należy zaadresować wg wzoru:**

<p>KONKURS W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA DENTYSTĘ SPECJALISTĘ W DZIEDZINIE ORTODONCJI „Nr ref. KO/09/24”</p> <p>NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 15.07.2024 r. GODZ: 13:00</p>
--

**21. Miejsce i termin składania ofert:**

Ofertę należy złożyć w Sekretariacie pokój 321 Mazowieckiego Centrum Stomatologii Sp. z o.o. w Warszawie **do dnia 15.07.2024 r. do godz. 12:30.**

Otwarcie ofert nastąpi **w dniu 15.07.2024 r. o godz. 13:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienia w sali Wykładowej III piętro p. 326.

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

22. Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym wg załączonego wzoru – Formularz oferty (załączniki nr 1) oraz pozostałymi dokumentami wymienionymi w pkt 23. Oferta winna być napisana w języku polskim w sposób czytelny, wszystkie strony oferty muszą być podpisane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Przyjmującego zamówienie.
23. **Oferta musi zawierać:**
  - 1) Formularz oferty (załącznik nr 1.) - złożony w oryginale;
  - 2) Kopia prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty;
  - 3) Kopia dyplomu ukończenia studiów o kierunku lekarskim;
  - 4) Kopie dyplomów o uzyskaniu tytułu specjalisty lub tytułu specjalisty II stopnia w ww. dziedzinie;
  - 5) Kopia polisy lub pisemne zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej – stosownie do przepisów;
  - 6) Oświadczenie o zatrudnieniu - Załącznik nr 3.
24. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie przekazywać będą w formie pisemnej lub pocztą elektroniczną.

25. 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 tel. 22 556 94 30 [zamowienia@mcs-przychodnia.pl](mailto:zamowienia@mcs-przychodnia.pl)
26. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny.
27. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:
- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Mazowieckie Centrum Stomatologii Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie 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](http://www.mcs-przychodnia.pl), e-mail: [sekretariat@mcs-przychodnia.pl](mailto:sekretariat@mcs-przychodnia.pl)
  - 2) inspektorem ochrony danych osobowych w Mazowieckim Centrum Stomatologii Sp. z o.o. jest Pani Iga Paplińska, adres e-mail - [iod@mcs-przychodnia.pl](mailto:iod@mcs-przychodnia.pl), telefon: 22 55 69 400;
  - 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z konkursem ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych (**nr ref. sprawy: KO/09/24**);
  - 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja konkursowa w oparciu o *art. 135 ust. 1 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*;
  - 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 5 lat od dnia zakończenia konkursu ofert, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 5 lat, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
  - 4) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach: *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, związanym z udziałem w konkursie ofert;
  - 6) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
  - 7) posiada Pani/Pan:
    - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
    - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
    - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
    - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
  - 8) nie przysługuje Pani/Panu:
    - w związku z art. 17 ust. 3 lit. d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
    - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
    - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
28. 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.

29. Warunki Konkursu Ofert zawierają następujące załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 - Formularz oferty
- 2) Załącznik nr 2 - Projekt umowy na świadczenia zdrowotne
- 3) Załącznik nr 3 - Oświadczenie o doświadczeniu

## Załącznik nr 1 do WKO i UMOWY

### FORMULARZ OFERTY OFERTA

Ja ,

Imię i nazwisko osoby Przyjmującej Zamówienie

działając w imieniu i na rzecz Przyjmującego zamówienie:

Nazwa Przyjmującego zamówienie	
Adres	
NIP	
REGON	
Nr telefonu	
e-mail	

1. Zobowiązuję się do realizacji lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego **w dziedzinie ortodoncji przez lekarza dentystę specjalistę w dziedzinie ortodoncji** na rzecz „Mazowieckiego Centrum Stomatologii” Sp. z o. w Warszawie zgodnie z warunkami konkursu ofert.
2. Wartość oferty (odpowiednio dla wybranego rodzaju świadczeń) określam na:
  - 1) .....PLN za punkt rozliczeniowy za świadczenia zdrowotne zrealizowane w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, bez pomniejszenia o koszty Udzielającego Zamówienia – według normy ustalonej przez Dyrektora ds. Medycznych Udzielającego zamówienia;
  - 2) .....PLN za punkt rozliczeniowy za świadczenia zdrowotne zrealizowane w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia **pomniejszoną o koszty Udzielającego Zamówienia** – według normy ustalonej przez Dyrektora ds. Medycznych Udzielającego zamówienia;
  - 3) .....% od ceny zrealizowanego świadczenia zdrowotne, zgodnie z aktualnym cennikiem Udzielającego Zamówienia za świadczenia nie refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, bez pomniejszenia o koszty Udzielającego Zamówienia;
  - 4) .....% od ceny zrealizowanego świadczenia zdrowotne, zgodnie z aktualnym cennikiem Udzielającego Zamówienia **pomniejszonej o koszty Udzielającego Zamówienia**, za świadczenia nie refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

*\*jeśli dotyczy, należy wpisać TAK.*



3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu, 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. Wyrażam zgodę na podpisanie umowy na okres : 36 miesięcy od dnia podpisania umowy.
8. Zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy od 1 sierpnia 2024 r.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

Data .....

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

.....  
/pieczęć lub nazwa Przyjmującego zamówienie /

....., dnia.....2024 r.

## OŚWIADCZENIE

Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania oświadczam, że w ostatnich **5. latach**, licząc od daty złożenia oferty w przedmiotowym konkursie **wykonywałam(-em) należycie**, zgodnie z obowiązującą(-ymi) umową(-ami) **świadczenia zdrowotne w zakresie ortodoncji w następującym(-ch) podmiocie(-ach) leczniczym(-ych):**

Lp.	Opis
1.	Nazwa podmiotu leczniczego: ..... Okres realizacji świadczenia: .....
2.	Nazwa podmiotu leczniczego: ..... Okres realizacji świadczenia: .....
3.	Nazwa podmiotu leczniczego: ..... Okres realizacji świadczenia: .....

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