

SPECYFIKACJA

do postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert
na świadczenia zdrowotne udzielane przez technika protetyka w Poradni
Stomatologicznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa
Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie – Przychodnia w Tarnowie

I. OGÓLNE WARUNKI POSTĘPOWANIA

Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie art. 26 - 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. 2023.991 ze zm.) zwanej dalej ustawą,

1. Do konkursu mogą przystąpić osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania protez na zlecenie lekarza dentystry.
2. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych.
3. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych nie wcześniej niż od 01 stycznia 2024 r.
4. Umowa zawarta będzie na okres 3 lat .

II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

1. Przedmiotem konkursu jest wykonywanie protez dentystycznych na zlecenie lekarza dentystry, w Poradni Stomatologicznej Przychodni w Tarnowie SP ZOZ MSWiA w Krakowie zgodnie ze „Szczegółowymi materiałami informacyjnymi w rodzaju: leczenie stomatologiczne” stosowanymi do umów z NFZ.

(CPV 85131000-6 – usługi stomatologiczne)

2. Szacunkowa wartość zamówienia wynosi 201 833,00 zł.
3. Szacunkowa ilość usług protetycznych w okresie obowiązywania umowy:
 - a) Protezy całkowite – 360
 - b) Protezy częściowe duże (pow. 8 zębów)– 288
 - c) Proteza częściowa (5-8 zębów) - 180
 - d) Naprawy – 30
 - e) Podścielenie szczęki – 10
 - f) Podścielenie żuchwy - 10

III. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

1. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał świadczenia zdrowotne, o których mowa w specyfikacji na terenie Tarnowa od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 do 17.00 po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym z lekarzem dentystrą.
2. Przyjmujący zamówienie zapewnia wszystkie materiały niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia w ramach otrzymywanej stawki.
3. Do odbioru dostarczenia zleconych prac zobowiązany jest Przyjmujący zamówienie codziennie po uzgodnieniu telefonicznym z lekarzem stomatologiem.
4. Maksymalny termin wykonania protez i podścielen – 30 dni, naprawek – 2 dni.
5. Maksymalna cena wykonania:
 - a) Protezy całkowite – 250,00 zł
 - b) Protezy częściowe duże - 250,00 zł
 - c) Protezy częściowe – 207,40 zł
 - d) Naprawy – 36,60 zł
 - e) Podścielenie szczęki – 67,10 zł
 - f) Pościelenie żuchwy – 73,20

6. Przyjmujący zamówienie zapewnia ciągłość, kompleksowość, dostępność i jakość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Zamawiającego z Narodowym Funduszem Zdrowia zakresie przedmiotu zamówienia.
7. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot zamówienia nie może być zakłócanie lub ograniczane z powodu innych zobowiązań Przyjmującego zamówienie.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do udzielania świadczeń nieprzerwanie przez cały okres trwania umowy.
9. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z tytułu nienależytego wykonywania umowy w wysokości do 15% kwoty faktury miesięcznej;
10. Termin płatności wynagrodzenia - do 30 dni od dnia otrzymania faktury.
11. Umowa może być rozwiązana za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
12. Okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem:
 1. przez Udzielającego zamówienia w przypadku wystąpienia u niego sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej zakładu lub konieczności zmiany organizacji świadczeń oraz jeśli Przyjmujący zamówienie nie wypełnia podstawowych obowiązków umownych, a w szczególności, gdy:
 - a) ograniczy dostępność w zakresie udzielania świadczeń – nieuzasadniona odmowa przyjęcia pacjenta
 - b) zawęzi zakres udzielania świadczeń;
 - c) będzie udzielał świadczeń zdrowotnych złej jakości (uzasadnione skargi pacjentów oraz fachowych pracowników Zamawiającego);
 - d) nie przedstawi aktualnej polisy ubezpieczeniowej;
 - e) nie będzie przestrzegał ustalonej organizacji udzielania świadczeń;
 - f) nie będzie przestrzegał obowiązujących przepisów prawnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - g) spowoduje szkodę u Udzielającego zamówienia z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.
 2. przez Przyjmującego zamówienie w przypadku opóźnienia przez Udzielającego zamówienia w zapłacie należności, przekraczającego 60 dni.
13. W przypadku wystąpienia u Udzielającego zamówienia sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej zakładu, mogą zostać zawarte aneksy do umowy uwzględniające nowe warunki, w tym stosowne zmiany wynagrodzenia)
14. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:
 - 1) Wykonywanie protez dentystycznych na zlecenie lekarza dentysty SP ZOZ MSW w Krakowie – Przychodnia w Tarnowie w terminie z nim uzgodnionym
 - 2) Zapewnienie wszystkich materiałów niezbędnych do wykonania przedmiotu zamówienia w ramach otrzymywanej stawki
 - 3) Należyte i terminowe wykonywanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zaleceniami Udzielającego zamówienia i warunkami określonymi przez NFZ
 - 4) poddawanie się procedurom kontrolnym Udzielającego zamówienia;
 - 5) zobowiązanie się do poddania kontroli Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy;
 - 6) prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnym Rozporządzeniem MSWiA w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych
 - 7) sprawozdawczości statystycznej w zakresie przedmiotu zamówienia,
 - 8) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych, zasad bezpieczeństwa, higieny pracy, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 9) zapewnienie ochrony danych objętych dokumentacją medyczną;

IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

A . DOKUMENTY

Dla udokumentowania spełnienia wymaganych warunków oraz uznania formalnej poprawności, oferta musi zawierać następujące dokumenty (odpisy/kserokopie) poświadczające za zgodność z oryginałem/wydruki z systemu teleinformatycznego nie wymagającego podpisu. Załączone dokumenty muszą posiadać atrybut aktualności.

formularz ofertowy wraz załącznikiem
oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i specyfikacją
Dokumenty stwierdzające wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
Dyplom ukończenia odpowiedniej szkoły
Zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy wydane przez Poradnię Medycyny Pracy
Informacje o ofercie
Inne dokumenty, które oferent uzna za stosowne

Uwaga:

1. **Potwierdzenia kserokopii dokumentów dokonuje Oferent lub osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.**
2. **W przypadku ofert zawierających braki formalne lub gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów, zostanie on wezwany przez komisję Udzielającego zamówienia do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.**
3. **W przypadku ofert zawierających oczywiste błędy, pomyłki pisarskie lub rachunkowe, Komisja Udzielającego zamówienia może poprawić je po uzgodnieniu z Oferentem.**

B. POZOSTAŁE WARUNKI:

1. **Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oferenta zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi odpowiadać przedmiotowi zamówienia.**
2. **Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia – 1 o której mowa w pkt. 3.**
3. **Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych muszą legitymować się nabyciem fachowych kwalifikacji do wykonywania świadczeń objętych konkursem.**
4. **Przyjmujący zamówienie zapewnia ciągłość, kompleksowość, dostępność i jakość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia zakresie przedmiotu zamówienia.**

V. KRYTERIA OCENY OFERT.

1. Ocenie podlegają oferty złożone przez oferentów spełniających warunki w zakresie jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości określone w niniejszej specyfikacji z uwzględnieniem następującego kryterium cenowego:

Łączna wartość zamówienia - max. 100 pkt

$$\frac{C_n}{C_o} \times 100$$

Gdzie: **Cn** oznacza najniższą zaoferowaną wartość
Co oznacza wartość zaproponowaną w danej ofercie

2. W przypadku, kiedy więcej niż dwie najlepsze oferty uzyskają tę samą liczbę punktów, o przyjęciu zdecyduje staż pracy.

VI. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty w zaklejonych kopertach powinny być zaadresowane wg poniższego wzoru:

SP ZOZ MSWiA w Krakowie
ul. Kronikarza Galla 25, 30 – 053 Kraków
Konkurs ofert 34/2023
Nie otwierać przed 18 grudnia 2023 r.

Ponadto koperta powinna zawierać nazwę i adres Oferenta napisane w lewym górnym rogu.

2. Oferty należy składać w Kancelarii Zakładu przy ul. Kronikarza Galla 25 w Krakowie, do dnia 18 grudnia 2023 r. do godz. 10⁰⁰
3. Oferty złożone po terminie będą zwracane bez otwierania.
4. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane w ciągłości i podpisane przez Oferenta. Wszystkie strony oferty należy spiąć w sposób uniemożliwiający jej zdekompletowanie.
5. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.
6. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.

I. DODATKOWE INFORMACJE DLA OFERENTÓW

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 18 grudnia 2023 r. o godz. 11.00 w Dziale Statystyki i Obsługi Umów Medycznych Udzielającego zamówienia w Krakowie przy ul. Kronikarza Galla 25 (Budynek C, pok. 11). Oferenci mogą uczestniczyć w otwarciu ofert, w trakcie którego zostaną odczytane nazwy oferentów i proponowane stawki.
2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert zostanie ogłoszone na tablicy informacyjnej w siedzibie SP ZOZ MSWiA w Krakowie oraz na stronie internetowej do dnia 20 grudnia 2023 r.
3. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta w terminie 21 dni, licząc od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert, z oferentami niepodlegającymi odrzuceniu, spełniającymi warunki określone w niniejszym postępowaniu, których oferty zostaną uznane za najkorzystniejsze w oparciu o ustalone kryteria oceny.
4. W razie, gdy złożona została tylko jedna oferta, Zamawiający może przyjąć tę ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, że spełnia ona wymagania.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu i przesunięcia terminu składania ofert.
6. Odrzuca się ofertę:
 - a) złożoną po terminie,
 - b) zawierającą nieprawdziwe informacje,
 - c) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń,
 - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
 - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
 - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Zamawiającego w postępowaniu konkursowym,

- h) złożoną przez oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Zamawiającego umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn zawinionych przez oferenta.
7. Unieważnia się postępowanie gdy:
- a) nie wpłynęła żadna oferta, lub wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, nieprzyjęta przez Komisję,
 - b) odrzucono wszystkie oferty,
 - c) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń,
 - d) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

VII. POSTĘPOWANIE ODWOŁAWCZE.

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Komisja konkursowa rozpatruje protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zwieszeniu, chyba, że protest jest oczywiście bezzasadny. Protest wniesiony po terminie nie podlega rozpoznaniu.
3. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, oferent może wnieść do dyrektora SP ZOZ MSW w Krakowie odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
4. Dyrektor SP ZOZ MSW w Krakowie rozpatruje odwołanie w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Udzielający zamówienia

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 2016, Nr 119, dalej RODO), informujemy że w odniesieniu do danych osobowych osób fizycznych reprezentujących kontrahenta oraz osób fizycznych wskazanych przez ten podmiot jako osoby do kontaktu/koordynatorzy/ osoby odpowiednie za wykonanie Umowy/porozumienia/Zamówienia itp.:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie z siedzibą w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków, NIP: 677-20-75-248, REGON: 350995109;
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych w tym realizacją przysługujących Pani/Panu w tym zakresie praw można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych drogą mailową, pisząc na adres: iod@zozmswiakrakow.pl, drogą listowną, pisząc na adres siedziby administratora lub telefonicznie, dzwoniąc pod numer: +48 663 307 507.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane jedynie w celu i zakresie niezbędnym do wykonania zadań administratora danych osobowych związanych z realizacją Umowy/ Porozumienia/Zamówienia w kategorii dane zwykle – imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer ewidencyjny PESEL, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu, służbowy adres email. Dane osobowe o których mowa w niniejszym punkcie przetwarzane są na podstawie art. 6., ust. 1., pkt b, c, f;
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom wykonującym działalność komercyjną na podstawie umów udostępnienia lub powierzenia przetwarzania danych, zajmujących się naprawą, serwisem i nadzorem autorskim oprogramowania funkcjonującego w siedzibie Administratora w zakresie niezbędnym do usunięcia awarii, podmiotom szkoleniowym, doradczym, konsultacyjnym, w zakresie danych niezbędnych do przeprowadzenia usług, organom nadzorczym, kontrolnym, audytowym;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
6. Pani/Pana dane osobowe stanowiące dokumentację dotyczącą wykonania umowy oraz będą przechowywane przez okres 5 lat liczonego od dnia zakończenia obowiązywania umowy;
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu oraz prawo do przenoszenia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia w każdym momencie sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych – z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją np. naruszeniem prywatności;
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
10. Podanie danych osobowych, o których mowa w ust. 1, jest wymagane do zawarcia Umowy/Porozumienia, Zamówienia. Odmowa podania danych osobowych skutkuje niemożnością zawarcia i realizacji Umowy/Porozumienia/Zamówienia;
11. Podane przez Panią/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

Kontrahent zobowiązuje się poinformować wskazane przez siebie osoby fizyczne nie podpisujące Umowy/Porozumienia/ Zamówienia itp., o których mowa w ust. 1, o treści niniejszej klauzuli informacyjnej.

(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa i adres oferenta zgodna z nazwą w **KRS lub CEIDG**

.....
.....
.....

2. Data sporządzenia oferty:.....

3. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie świadczenia zdrowotne proponuję następującą cenę za:

- a) Protezy całkowite Zł
- b) Protezy częściowe duże - zł
- c) Protezy częściowe - Zł
- d) Naprawy - zł
- e) Podścielenie szczęki - zł
- f) Pościelenie żuchwy - zł

4. Wykaz załączników do oferty:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)
- h)

5. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję warunek, że nie złożenie przeze mnie żądanych przez Udzielającego zamówienia dokumentów może spowodować odrzucenie oferty.

Miejsce i data:.....

(podpis)_____

(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Ja (imię i nazwisko)

.....

W imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy (nazwa podmiotu leczniczego)

.....

.....

.....

Niniejszym oświadczam, co następuje:

1. Zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie przedmiotu zamówienia.
2. Posiadam/Personel posiada wskazane kwalifikacje zawodowe i doświadczenie w celu przyjęcia obowiązków udzielania określonych w specyfikacji świadczeń zdrowotnych.
3. Znane mi są warunki postępowania konkursowego, przedstawione w specyfikacji warunków przygotowania oferty i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostaję związany przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w przypadku przyjęcia mojej oferty.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w niniejszym postępowaniu. TAK/NIE* ?

Miejsce i data:.....

(podpis)_____

Informacje o ofercie

1. Dokładna nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą

2. numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

3. nr wpisu do KRS _____

4. nr wpisu do KIDL _____

5. osoba upoważniona do występowania w imieniu oferenta _____

6. NIP _____

7. REGON _____

8. Adres do korespondencji _____

9. Nr konta bankowego _____

10. Adres e-mail _____

11. Kontaktowy numer telefonu _____

12. Nr fax _____

Miejsce i data:.....

(podpis)_____