

## OGŁOSZENIE

Na podstawie art. 48 ust. 4, ust. 5 i ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) Minister Zdrowia **ogłasza konkurs** ofert na wybór w roku 2012 realizatora lub realizatorów programu zdrowotnego pt.: **Program Wieloletni na lata 2011-2020 „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” w zakresie wdrożenia nowego sposobu leczenia - przeszczepiania kończyny górnej.**

### **Cel zadania:**

Zgodnie z postanowieniami dokumentu Program Wieloletni na lata 2011-2020 „**Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej**” zawartymi w rozdziale VI – Zadania Programu finansowane z budżetu państwa, punkt **Zadania bieżące (roczny okres realizacji), ppkt. 3. Finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ust. 1)** finansowanie innowacyjnych metod w zakresie przeszczepiania komórek, tkanek i narządów realizującym cel zawarty w **rozdziale III pkt 3.2 ppkt 6, ust. 1, pkt. b, jakim jest kontynuacja wdrożenia nowej metody leczenia przeszczepianiem kończyny górnej.**

### **Przedmiot konkursu:**

Wybór realizatora lub realizatorów Programu w 2012 roku, którego zadaniem jest **wdrożenie nowej metody leczenia przeszczepianiem kończyny górnej.**

### **Wymagania formalne:**

1. Dane identyfikujące Oferenta określone w **załączniku nr 1** do niniejszego ogłoszenia pt.: *Zgłoszenie ofertowe.*
2. Aktualny (zgodny ze stanem faktycznym i prawnym na dzień złożenia oferty) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub kopia innego właściwego dokumentu rejestrowego potwierdzającego status prawny Oferenta wraz z danymi osób (osoby) upoważnionych do reprezentowania Oferenta.
3. aktualny (zgodny ze stanem faktycznym i prawnym na dzień złożenia oferty) wyciąg z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w przypadku podmiotu leczniczego)
4. Statut jednostki.
5. Uwierzytelniona kopia polisy ubezpieczenia OC.
6. Informację o przychodach z innych źródeł lub ich braku na realizację zadań tego samego rodzaju.

7. Oświadczenie o:
  - ✓ zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
  - ✓ prawdziwości danych zawartych w ofercie.
8. Oświadczenie o znajomości obowiązujących przepisów w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, w szczególności ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy.
9. Wypełnione załączniki nr 1 i 2 w wersji papierowej oraz w formie elektronicznej na płycie CD.

### **Wymagania merytoryczne:**

1. Oferta realizacji programu, zawierająca plan **wdrożenia nowej metody leczenia przeszczepianiem kończyny górnej** (w formie opisowej zawierającej w szczególności informacje dotyczące planowanej liczby przeszczepień w roku 2012, liczbę i oceną dotychczas wykonanych przeszczepień, ocenę kosztową przeszczepień bez powikłań i z powikłaniami poprzyszczepowymi itp.).
2. Plan rzeczowo – finansowy na rok 2012, określony w **załączniku nr 2** zawierający w szczególności:
  - ✓ harmonogram realizacji Programu,
  - ✓ szacunkową kalkulację kosztów, w odniesieniu do zakresu programu finansowanego z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia zawierającą w szczególności rodzaje kosztów (**określone w zał. nr 3**).
  - ✓ liczbę możliwych do wykonania zadań (procedur) udzielanych przez Oferenta.
3. Informacja na temat prowadzonej przez jednostkę działalności, w tym wielkość i struktura zasobów Oferenta, zapewniających realizację zadania będącego przedmiotem programu ze wskazaniem posiadanego wysokospecjalistycznego sprzętu, w celu wdrożenia nowej metody leczenia przeszczepianiem kończyny górnej.
4. Posiadanie pozwolenia Ministra Zdrowia na prowadzenie działalności w zakresie objętym postępowaniem.
5. Udokumentowane posiadanie systemu jakości (Oferent który posiada pozwolenie Ministra Zdrowia na prowadzenie działalności składa tylko oświadczenie) zawierające:
  - wykaz stosowanych standardowych procedur operacyjnych,
  - wykaz opisanych systemów kontroli wewnętrznej stosowanych procedur,

- określenie osoby lub osób odpowiedzialnych za przebieg stosowanych standardowych procedur operacyjnych,
- 6. Udokumentowanie, minimum dwuletniego doświadczenia w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek lub narządów.
- 7. Zapewnienie specjalistycznej kadry do wykonania zadania związanego z pobieraniem, przechowywaniem i przeszczepianiem komórek, tkanek lub narządów, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.).
- 8. Udokumentowanie zapewnienia zewnętrznej niezależnej kontroli, jakości w zakresie wykonywanej procedury.

### **Kryteria wyboru Oferenta:**

- ✓ Spełnienie wymagań określonych w Programie.
- ✓ Koszt realizacji Programu.
- ✓ Punktacja każdego zadania:
  1. Ocena oferty realizacji Programu, zawierająca wykaz i zakres zadań projektowanych w ramach Programu-od 1 do 10 punktów.
  2. Ocena planu rzeczowo- finansowego, programu określonego w załączniku nr 2 – od 1 do 5 punktów;
  3. Ocena posiadania wyposażenia i specjalistycznego sprzętu do wykonania przeszczepieniem kończyny górnej-od 1 do 10 punktów.
  4. Ocena złożonego przez Oferenta wykazu kadry, umożliwiającej realizację wykonania przeszczepieniem kończyny górnej– od 1 do 10 punktów.
  5. Ocena zapewnienia jakości i bezpieczeństwa w zakresie wykonywania **wdrożenia nowej metody leczenia przeszczepianiem kończyny górnej** ze szczególnym uwzględnieniem:
    - a) stosowanych standardowych procedur operacyjnych – od 1 do 2 punktów,
    - b) zapewnienia opisanych systemów kontroli wewnętrznej stosowanych procedur – od 1 do 2 punktów,
    - c) określenie osoby lub osób odpowiedzialnych za przebieg stosowanych standardowych procedur operacyjnych – od 1 do 2 punktów.
  6. Ocena zapewnienia zewnętrznej niezależnej kontroli w zakresie wykonywanej procedury - od 1 do 2 punktów.

7. Ocena doświadczenia w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek lub narządów.- od 1 do 5 punktów.

Oferty będą rozpatrywane zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych (Dz. Urz. MZ Nr 4, poz. 32).

### **Sposób sporządzenia oferty:**

- ✓ Załączniki przedstawione przez Oferenta, stanowiące składowe części ofert, winny być ponumerowane oraz wyszczególnione na piśmie.
- ✓ Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane, a oferta powinna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności, tzn.: kserokopie oryginałów aktualnych dokumentów i certyfikatów zebranych w celu złożenia oferty, uwiarygodnione przez upoważnionego przedstawiciela Oferenta, przez zapis na każdej kserokopii formuły: „Za zgodność z oryginałem, data i podpis”.
- ✓ Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
- ✓ **Oferty składane są w dwóch oddzielnych kopertach:**
  1. **Pierwsza koperta** pozwalająca stwierdzić spełnienie warunków formalnych pt.: „**Informacje dotyczące spełnienia warunków formalnych**” powinna zawierać wszystkie dokumenty wymienione w pozycji pt. „**Wymagania formalne**” oraz dodatkowo dane zawarte w załączniku nr 1 i 2 w formie elektronicznej (płyta CD).
  2. **Druga koperta** zawierająca dane merytoryczne pt. „**Informacje dotyczące spełnienia warunków merytorycznych**” – powinna zawierać dokumenty wymienione w pozycji pt. „**Wymagania merytoryczne.**”

### **Obie odpowiednio opisane koperty należy umieścić w jednej kopercie z dopiskiem:**

Konkurs na wybór realizatorów zadania w roku 2012 Programu Wieloletniego na lata 2011-2020 „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” w zakresie **wdrożenia nowej metody leczenia przeszczepianiem kończyny górnej.**

### **Uwaga!**

1. Zastrzega się możliwość przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu lub unieważnienia konkursu.

2. Informacja o przesunięciu terminu składania ofert, odwołaniu konkursu lub unieważnieniu konkursu jest zamieszczana na tablicy ogłoszeń w siedzibie i na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.
3. Lista ofert spełniających warunki formalne zostanie umieszczona na tablicy ogłoszeń w siedzibie i na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.
4. Lista ofert niespełniających warunków formalnych zawierająca wskazanie braków formalnych zostanie umieszczona na tablicy ogłoszeń w siedzibie i na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia wraz z informacją o możliwości uzupełniania przez Oferenta braków formalnych w 7 – dniowym terminie liczonym od dnia ukazania się listy.
5. O zachowaniu terminu złożenia oferty/uzupełnienia braków formalnych decyduje dzień wpływu oferty/przedmiotowych braków do siedziby urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia. W przypadku niedotrzymania tego terminu oferta podlega odrzuceniu.
6. Możliwe jest uwzględnienie oferty i uzupełnienia braków formalnych po upływie terminów przewidzianych do ich złożenia, jeżeli Oferent uprawdopodobni, iż niedotrzymanie terminu nastąpiło bez jego winy.
7. **Oferent może wskazać, które z informacji zawartych w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2001 r., Nr 112, poz. 1198) podlegającą wyłączeniu z dostępu dla innych podmiotów.**

**Termin i miejsce składania ofert:**

Oferty składa się w terminie 15 dni od dnia ukazania się na tablicy ogłoszeń w siedzibie, i na stronie internetowej urzędu zapewniającego obsługę ministra właściwego do spraw zdrowia, ogłoszenia o przeprowadzeniu konkursu ofert. Oferty należy składać listownie w nieprzekraczalnym terminie do dnia 18 czerwca 2012 roku na adres:

Ministerstwo Zdrowia,  
Departament Polityki Zdrowotnej,  
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa.

O zachowaniu terminu złożenia oferty decyduje dzień wpływu oferty do Ministerstwa Zdrowia.

## Załącznik nr 1

.....

Pieczęć oferenta

### Zgłoszenie ofertowe

|   |  |
|---|--|
| <b>Pełna nazwa oferenta</b>   |  |
| <b>Adres wraz z kodem pocztowym</b>   |  |
| <b>Województwo</b>  |  |
| <b>Numer telefonu</b>   |  |
| <b>Numer faxu</b>   |  |
| <b>Adres e-mail</b>   |  |
| <b>Nazwisko i imię<br/>Dyrektora podmiotu leczniczego<br/>(Oferenta)</b>                                  |  |
| <b>Organ założycielski podmiotu<br/>leczniczego (Oferenta)</b>  |  |
| <b>Data i nr wpisu do KRS lub innego<br/>właściwego dokumentu rejestrowego,<br/>nazwa i siedziba sądu</b> |  |
| <b>Nr wpisu do rejestru ZOZ Wojewody</b>  |  |
| <b>NIP</b>  |  |
| <b>Regon</b>  |  |
| <b>Nazwa banku i nr konta bankowego</b>   |  |

.....

pieczęć i podpis Głównego Księgowego  
lub osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe oferenta

.....

pieczęć i podpis Dyrektora

Data.....

## Załącznik 2

Data.....

Pieczęć oferenta

### Oferta realizacji zadania

Informacja na temat :

- ✓ harmonogramu realizacji Programu,
- ✓ szacunkowej szczegółowej kalkulacji kosztów, w odniesieniu do zakresu programu finansowanego z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia zawierającą w szczególności rodzaje kosztów (**określoną w zał. nr 3**).
- ✓ liczby możliwych do wykonania zadań (procedur) udzielanych przez Oferenta z określeniem zwiększenia ich liczby lub przy zachowanej liczbie z lat poprzednich określenie postępowania mającego na celu poprawę ich jakości.

### Plan rzeczowo-finansowy 2012

Liczba możliwych do wykonania zadań.....

#### Szacunkowa kalkulacja kosztów wykonania zadania

| Lp.          | Etap Procedury | Proponowane koszty w PLN |
|--------------|----------------|--------------------------|
| 1.           |                |                          |
| 2.           |                |                          |
| 3.           |                |                          |
| 4.           |                |                          |
| 5.           |                |                          |
| <b>RAZEM</b> |                |                          |

pieczęć i podpis Głównego Księgowego  
lub osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe oferenta

pieczęć i podpis Dyrektora

Data.....

## ZAŁĄCZNIK NR 3 - KALKULACJA CENOWA

**I. Standardowy czas przygotowania do zabiegu:** \_\_\_\_ godzin/dni <sup>i</sup>

### II. Kalkulacje cenowe

**Tabela 1. Kalkulacja cenowa procedury kończyny górnej**

| Lp.               | Rodzaj kosztów   | Kalkulacja cenowa   | Uwagi |
|-------------------|--|---|-------|
| 1.                | <b>Czynności związane z pobraniem stanowiące koszt szpitala biorcy</b> | Koszty szpitala dawcy związane z pobraniem (a)                                |       |
|                   |  | Transport potencjalnego biorcy (potencjalnych biorców) i biorcy (biorców) (b) |       |
|                   |  | Transport komórek albo narządu/narządów (c)                                   |       |
|                   |  | Pozostałe - jakie ? (d)   |       |
|                   |  | Koszty ogółem (a + b + c + d)   |       |
| 2.                | <b>Część przygotowawcza</b>  | Diagnostyka (a)   |       |
|                   |  | Produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze (b)                   |       |
|                   |  | Hospitalizacja (c)  |       |
|                   |  | Konsultacje (d)   |       |
|                   |  | Pozostałe - jakie ? (e)   |       |
|                   |  | Część przygotowawcza ogółem (a + b + c + d + e)                               |       |
| 3.                | <b>Część zabiegowa</b>   | Diagnostyka (a)   |       |
|                   |  | Produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze (b)                   |       |
|                   |  | Pozostałe - jakie ? (c)   |       |
|                   |  | Część zabiegowa ogółem (a + b + c)  |       |
| 4.                | <b>Opieka pooperacyjna</b>   | Diagnostyka (a)   |       |
|                   |  | Produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze (b)                   |       |
|                   |  | Pozostałe - jakie ? (c)   |       |
|                   |  | Intensywna opieka pooperacyjna ogółem (a + b + c)                             |       |
| 5.                | <b>Koszty osobowe ogółem</b>   |   |       |
| Koszty 1-5 ogółem |  |   |       |



**Tabela 1.1. Szczegółowa kalkulacja cenowa w zakresie diagnostyki**

| Lp.   | Nazwa badania               | Ilość | Cena jednostkowa        | Wartość |
|-------|-----------------------------|-------|-------------------------|---------|
| I.    | <b>Część przygotowawcza</b> |       |                         |         |
| 1.    |                             |       |                         |         |
| 2.    |                             |       |                         |         |
| 3.    |                             |       |                         |         |
| 4.    |                             |       |                         |         |
| 5.    |                             |       |                         |         |
| 6.    |                             |       |                         |         |
| 7.    |                             |       |                         |         |
| 8.    |                             |       |                         |         |
| 9.    |                             |       |                         |         |
| 10.   |                             |       |                         |         |
|       |                             |       | Razem (I)               |         |
| II.   | <b>Część zabiegowa</b>      |       |                         |         |
| 1.    |                             |       |                         |         |
| 2.    |                             |       |                         |         |
| 3.    |                             |       |                         |         |
| 4.    |                             |       |                         |         |
| 5.    |                             |       |                         |         |
| 6.    |                             |       |                         |         |
| 7.    |                             |       |                         |         |
| 8.    |                             |       |                         |         |
| 9.    |                             |       |                         |         |
| 10.   |                             |       |                         |         |
|       |                             |       | Razem (II)              |         |
| III.  | <b>Opieka pooperacyjna</b>  |       |                         |         |
| 1.    |                             |       |                         |         |
| 2.    |                             |       |                         |         |
| 3.    |                             |       |                         |         |
| 4.    |                             |       |                         |         |
| 5.    |                             |       |                         |         |
| 6.    |                             |       |                         |         |
| 7.    |                             |       |                         |         |
| 8.    |                             |       |                         |         |
| 9.    |                             |       |                         |         |
| 10.   |                             |       |                         |         |
|       |                             |       | Razem (III)             |         |
| I-III |                             |       | <b>RAZEM (I+II+III)</b> |         |

**Tabela 1.2. Szczegółowa kalkulacja cenowa w zakresie stosowanych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych**

| Lp.         | Nazwa stosowanych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych | Dawka | Ilość | Cena jednostkowa | Wartość |
|-------------|--|-------|-------|------------------|---------|
| I.          | <b>Część przygotowawcza</b>  |       |       |                  |         |
| 1.          |  |       |       |                  |         |
| 2.          |  |       |       |                  |         |
| 3.          |  |       |       |                  |         |
| 4.          |  |       |       |                  |         |
| 5.          |  |       |       |                  |         |
| 6.          |  |       |       |                  |         |
| 7.          |  |       |       |                  |         |
| 8.          |  |       |       |                  |         |
| 9.          |  |       |       |                  |         |
| 10.         |  |       |       |                  |         |
| Razem (I)   |  |       |       |                  |         |
| II.         | <b>Część zabiegowa</b>   |       |       |                  |         |
| 1.          |  |       |       |                  |         |
| 2.          |  |       |       |                  |         |
| 3.          |  |       |       |                  |         |
| 4.          |  |       |       |                  |         |
| 5.          |  |       |       |                  |         |
| 6.          |  |       |       |                  |         |
| 7.          |  |       |       |                  |         |
| 8.          |  |       |       |                  |         |
| 9.          |  |       |       |                  |         |
| 10.         |  |       |       |                  |         |
| Razem (II)  |  |       |       |                  |         |
| III.        | <b>Opieka pooperacyjna</b>   |       |       |                  |         |
| 1.          |  |       |       |                  |         |
| 2.          |  |       |       |                  |         |
| 3.          |  |       |       |                  |         |
| 4.          |  |       |       |                  |         |
| 5.          |  |       |       |                  |         |
| 6.          |  |       |       |                  |         |
| 7.          |  |       |       |                  |         |
| 8.          |  |       |       |                  |         |
| 9.          |  |       |       |                  |         |
| 10.         |  |       |       |                  |         |
| Razem (III) |  |       |       |                  |         |
| I-III       | <b>RAZEM (I+II+III)</b>  |       |       |                  |         |

---