2019.03.25.

Projekt postępowania konkursowego Poltransplantu w konkursie „na realizację świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie procedur regularnego określania stopnia immunizacji osób wpisanych na Krajową Listę Osób oczekujących na przeszczepienie nerki, nerki z trzustką i innych narządów testem przesiewowym fazy stałej oraz oznaczenia swoistości anty-HLA testem fazy stałej u osób oczekujących na przeszczepienie nerki i trzustki, u których stwierdzono przeciwciała anty-HLA".

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dn. 1 lipca 2010 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 2017.1000) (dalej, jako ustawa transplantacyjna)
2. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dn. 2 lipca 2010 r. ws. Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji Poltransplant. Dz. U. MZ 2010.8.59 z późn. zm.
3. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. 2016.2245).
4. Ustawa z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2018 poz. 1510)
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016.1372 i 1555 oraz Dz. U. 2017.498 i 852).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2017.1279).

Projekt dotyczy konkursu na realizację świadczeń zdrowotnych dla Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów polegających na badaniu HLA i PRA w zakresie:

— oznaczania genetycznego antygenów HLA klasy I –A i –B oraz klasy II -DR na poziomie niskiej rozdzielczości pacjentów wpisanych na Krajową Listę Osób oczekujących na przeszczepienie narządów oraz

akceptuję

Prof. dr hab. n. med. Maciej Siedlar
Konsultant Krajowy
w dziedzinie
immunologii klinicznej

— oznaczania PRA (poziom przeciwciał w surowicy) u pacjentów wpisanych na Krajową Listę Osób oczekujących na przeszczepienie narządów.

Projekt przewiduje, że na potrzeby konkursu będą przygotowane, podpisane przez Dyrektora Poltransplantu oraz opublikowanie na stronie http://bip.poltransplant.org.pl następujące dokumenty opisujące postępowanie konkursowe:

1. Ogłoszenie o konkursie wraz z zaproszeniem do składania ofert;
2. Wymagania dotyczące ofert i szczegółowe warunki konkursu;
3. Załącznik nr 1 do oferty na realizację świadczeń zdrowotnych dla Krajowej Listy Oczekujących na przeszczepienie narządów w zakresie oznaczania HLA i PRA pacjentów zawierający dane świadczeniodawcy;
4. Załącznik Nr 2 do oferty na realizację w (podanie terminu) świadczeń zdrowotnych dla Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów w zakresie oznaczania HLA i PRA pacjentów zawierający ofertę rzeczowo-finansową.
5. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych dla Krajowej Listy Osób oczekujących na przeszczepienie narządów w zakresie oznaczania antygenów układu HLA i oznaczania PRA pacjentów.
6. Umowa na realizację świadczeń zdrowotnych – oznaczanie antygenów HLA i oznaczanie PRA pacjentów wpisanych na Krajową Listę Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów.
7. Załącznik nr 1 do umowy. Wykaz stacji dializ, ośrodków kwalifikujących (przeszczepiających) narządy, które oferent obejmuje swoją działalnością.
8. Załącznik nr 2 do umowy. Wykaz wykonanych badań HLA.
9. Załącznik nr 3 do umowy. Wykaz wykonanych badań PRA.
10. Załącznik nr 4 do umowy. Plan merytoryczno-finansowy.
11. Załącznik nr 5 do umowy. Rozliczenie merytoryczno-finansowe.
12. Załącznik nr 6 do umowy. Końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe.

13. Załącznik nr 7 do umowy. Zestawienie wykonania świadczeń wedug stanu na dzień 31 października.

Projekt postępowania konkursowego, po jego akceptacji przez krajowego konsultanta w dziedzinie immunologii klinicznej trafia na stronę http://bip.poltransplant.org.pl.

Dokument: „Ogłoszenie o konkursie wraz z zaproszeniem do składania ofert"

Projekt ogłoszenia konkursowego jest następujący:

Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 87 na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (tj. Dz.U. z 2017 r. poz. 1000), Statutu Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant" oraz zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ogłasza konkurs ofert i zaprasza świadczeniodawców do składania ofert na realizację świadczeń zdrowotnych w okresie (podanie okresu) dla Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów w zakresie badania HLA i PRA.

Przedmiotem konkursu jest:

1. oznaczanie genetyczne antygenów HLA klasy I –A i –B oraz klasy II -DR na poziomie niskiej rozdzielczości pacjentów wpisanych na Krajową Listę Osób oczekujących na przeszczepienie narządów (z podaniem maksymalnej ceny jednostkowej);
2. oznaczanie PRA (poziom przeciwciał w surowicy) u pacjentów wpisanych na Krajową Listę Osób oczekujących na przeszczepienie narządów (z podaniem maksymalnej ceny jednostkowej).

(Zostanie także podana orientacyjna lub maksymalna wartość przedmiotu zamówienia).

Świadczeniodawcami mogą być podmioty wykonujące działalność leczniczą, posiadające udokumentowane doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu i spełniające warunki określone w szczegółowych warunkach konkursu i materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu.

Podmioty zainteresowane składaniem ofert mogą zapoznać się z wymaganiami dotyczącymi ofert, szczegółowymi warunkami konkursu, materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu wraz z projektem umowy w siedzibie Poltransplantu w godzinach 9-16 i na stronie internetowej bip.poltransplant.org.pl.

Oferty należy składać w zamkniętej kopercie w formie pisemnej z dopiskiem na kopercie: „Konkurs ofert na realizację świadczeń zdrowotnych w okresie (podanie okresu) dla

Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów w zakresie badania HLA i PRA" w terminie do dnia (podany dzień i godzina, do kiedy można składać oferty) na adres:

Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant,

Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa.

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Poltransplantu w dniu (podany dzień i godzina otwarcia ofert).

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu nastąpi w ciągu 14 dni od daty otwarcia ofert poprzez zamieszczenie informacji na stronie bip.poltransplant.org.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Poltransplantu.

Poltransplant zastrzega sobie prawo odwołania konkursu, prawo przesunięcia terminu składania ofert oraz przesunięcia terminu ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert.

Oferenci są związani ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Świadczeniodawcy, którego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Poltransplant zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o wykonywanie świadczeń będących przedmiotem konkursu, przysługuje prawo protestu, odwołania i skargi opisane w szczegółowych warunkach konkursu.

Dokument: Wymagania dotyczące ofert i szczegółowe warunki konkursu

Projekt tego dokumentu jest następujący:

Wymagania dotyczące ofert i szczegółowe warunki konkursu na realizację w okresie (podanie okresu) świadczeń zdrowotnych dla Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów polegających na oznaczaniu HLA i PRA w zakresie:

1. oznaczania genetycznego antygenów HLA klasy I –A i –B oraz klasy II -DR na poziomie niskiej rozdzielczości pacjentów wpisanych na Krajową Listę Osób oczekujących na przeszczepienie narządów za maksymalną cenę jednostkową (podanie kwoty) oraz
2. oznaczania PRA (poziom przeciwciał w surowicy) u pacjentów wpisanych na Krajową Listę Osób oczekujących na przeszczepienie narządów za maksymalną cenę jednostkową (podanie ceny).

Termin realizacji: (podanie terminu)

Konkurs ogłasza Dyrektor Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant" z siedzibą 02-001 Warszawa, Al. Jerozolimskie 87, działając na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2017 r. poz. 1000.), Statutu Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant" oraz zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2018 poz. 1510)

Warunki przystąpienia do konkursu:

1. posiadanie pozwolenie Ministra Zdrowia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem (zgodnie z art. 37 ustawy transplantacyjnej);
2. współpraca w zakresie badania antygenów zgodności tkankowej i wykonywania prób krzyżowych z jednostką podmiotu leczniczego mającą pozwolenie na przeszczepianie narządów lub unaczynionych przeszczepów wielotkankowych;
3. współpraca z ośrodkami transplantacyjnymi w obszarze krajowej dystrybucji surowic potencjalnych biorców narządów;
4. Przedstawienie oferty rzeczowo-finansowej.

Oferta powinna zawierać:

1. dane o oferencie wg załącznika nr 1;
2. zgodę na przystąpienie świadczeniodawcy do konkursu;
3. oświadczenie świadczeniodawcy o zapoznaniu się i akceptacji: treści ogłoszenia, szczegółowych warunków konkursu, zasad realizacji świadczenia zdrowotnego o realizację którego ubiega się oferent, projektu umowy;
4. oświadczenie o posiadaniu polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującej świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu;
5. potwierdzoną za zgodność kopię posiadanego pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia na testowanie komórek, tkanek i narządów zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów;
6. potwierdzoną za zgodność kopię posiadanej umowy z ośrodkiem transplantacyjnym na rzecz którego wykonywane są próby krzyżowe dla przeszczepów narządów i/lub unaczynionych przeszczepów wielotkankowych, w której oferent - świadczeniodawca jest zleceniobiorcą.
7. oświadczenie że w poprzednich latach (podanie okresu) świadczeniobiorca zawierał w tym okresie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub informacja, że nie zawierał tego rodzaju umów;
8. oświadczenie, że oferent uczestniczy w krajowej sieci dystrybucji surowic potencjalnych dawców;
9. ofertę rzeczowo-finansową wg załącznika nr 2;

Świadczeniodawca, który nie spełni wymagań określonych w punktach 1 - 9 zostaje wykluczony z dalszego udziału w konkursie. Komisja może udzielić dodatkowego terminu na uzupełnienie oferty. Jeżeli świadczeniodawca nie uzupełni dokumentów konkursowych w ww. terminie zostanie wykluczony z konkursu.

Oferty należy składać w zamkniętej kopercie, w formie pisemnej pod rygorem nieważności,

z dopiskiem na kopercie: „Konkurs na realizację świadczeń zdrowotnych w (podanie terminu) dla Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów w zakresie oznaczania HLA i PRA" w terminie (podanie terminu) na adres: Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant, Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Poltransplantu w dniu (podanie dnia i godziny).

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu nastąpi w ciągu 14 dni od daty otwarcia ofert poprzez zamieszczenie informacji na stronie www.bip.poltransplant.org.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Poltransplantu.

Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.

W części jawnej Komisja dokonuje w obecności świadczeniodawców (jeśli biorą udział):

- ustalenia prawidłowości ogłoszenia o konkursie i podaje listę zgłoszonych ofert;
- otwiera koperty z ofertami i podaje, które oferty spełniają warunki podane w pkt 1 – 9;
- przyjmuje do protokołu ewentualne wyjaśnienia i oświadczenia świadczeniodawców.

Kryteria wyboru oferentów.

W części niejawnej konkursu Komisja wybiera wszystkie oferty, które zapewniają jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielania przedmiotowych świadczeń.

Uwaga.

Sposób wyboru oferentów w oparciu o szczegółowe wskazówki i kryteria opisane w artykułach 146 i 148 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku konkursu na oznaczanie HLA u potencjalnych biorców narządów i oznaczanie u nich PRA ma zastosowanie ogólne.

Konkurs jest skierowany do wszystkich pracowni zgodności tkankowych współpracujących z ośrodkami przeszczepiającymi narządy w zakresie typowania biorców i dawców przeszczepów, a oferty każdej z pracowni będą przyjęte celem utrzymania systemu przeszczepiania narządów w Polsce.

Liczba przewidzianych badań PRA i HLA zależy de facto od umiejscowienia danej pracowni w

systemie tj.:

- od liczby stacji dializ i ośrodków kwalifikujących współpracujących z pracownią (co jest szczególnie widoczne w przypadku biorców nerek);

- od liczby potencjalnych biorców zgłoszonych do przeszczepienia przez ośrodki kwalifikujące;

- od geograficznego rozmieszczenia pracowni w Polsce;

- od faktu, że każda pracownia współpracuje w krajowym systemie dystrybucji surowic potencjalnych biorców.

System ten został opisany na stronie www.poltransplant.org.pl.

Inne sprawy

Poltransplant zastrzega sobie prawo do zmniejszenia liczby badań zaproponowanych przez oferenta.

Poltransplant zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, przesunięcia terminu otwarcia ofert oraz przesunięcia terminu ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu.

Oferenci są związani ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Świadczeniodawcy, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Poltransplant zasad przeprowadzania konkursu mają prawo złożyć środki odwoławcze i skargę na zasadach określonych w art. 153 i 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. O wniesieniu środków odwoławczych Poltransplant powiadomi niezwłocznie poprzez zamieszczenie informacji na tablicy ogłoszeń i na stronie internetowej bip.poltransplant.org.pl oraz zawiesi postępowanie do czasu rozstrzygnięcia danego środka odwoławczego.

Dokument. Załącznik nr 1 do oferty na realizację świadczeń zdrowotnych dla Krajowej Listy Oczekujących na przeszczepienie narządów w zakresie oznaczania HLA i PRA pacjentów zawierający dane świadczeniodawcy.

Projekt załącznika nr 1 wygląda następująco:

Pieczątka oferenta

Załącznik Nr 1 do oferty

na realizację w (podanie terminu) świadczeń zdrowotnych
dla Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów
w zakresie badania HLA i PRA pacjentów.

Dane świadczeniodawcy

1.	Pełna nazwa podmiotu leczniczego;	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym;	
3.	Adres miejsca wykonywania działalności objętej przedmiotem konkursu:	
4.	Numery telefonów i faksów wraz z numerem kierunkowym;	
5.	Imię i nazwisko osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu;	
6.	Nr rejestru sądowego z podaniem nazwy i siedziby sądu (KRS, jeśli dotyczy);	
7.	Nr rejestru podmiotu leczniczego i wskazanie, przez kogo rejestr jest prowadzony;	
8.	Organ założycielski;	
9.	Nr konta bankowego;	
10.	NIP	
11.	REGON	
12.	Numer konta bankowego wraz z nazwą i siedzibą banku	

Pieczęć i podpis Księgowego

Pieczęć i podpis Dyrektora

Miejscowość i data

Dokument. Załącznik Nr 2 do oferty na realizację w (podanie terminu) świadczeń zdrowotnych dla Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów w zakresie oznaczania HLA i PRA pacjentów zawierający ofertę rzeczowo-finansową.

Projekt załącznika nr 2 jest następujący.

Pieczątka oferenta

Załącznik Nr 2 do oferty

na realizację w (podanie terminu) świadczeń zdrowotnych
dla Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów
w zakresie badania HLA i PRA pacjentów.

Oferta rzeczowo–finansowa

1. Liczba typowań antygenów układu HLA klasy I i II wykonanych w poszczególnych latach 2015 – 2018 dla Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów.
2. Lista ośrodków (stacji dializ, ośrodków kwalifikujących/przeszczepiających narządy), z których pacjenci będą badani w ramach realizacji ww. świadczeń w (podanie terminu) wg wzoru:

Lp.	Miejscowość *(alfabetycznie)*	Nazwa stacji / ośrodka	Adres
1.			
...			

3. Proponowana liczba badań antygenów układu HLA kl. I i II w ramach realizacji ww. świadczeń w (podanie terminu).
4. Cena jednostkowa badania HLA kl. I i II wraz z kosztorysem – nie wyższa niż (podanie maksymalnej kwoty).
5. Proponowana liczba badań PRA w ramach realizacji ww. świadczeń w (podanie terminu).
6. Cena jednostkowa badania PRA wraz z kosztorysem – nie wyższa niż (podanie maksymalnej kwoty).

Miejscowość i data

Pieczątka i podpis Oferenta

Dokument. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych dla Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów w zakresie oznaczania antygenów układu HLA i oznaczanie PRA pacjentów.

Projekt tego dokumentu wygląda następująco.

Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych w okresie (podanie okresu) dla Krajowej Listy Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów w zakresie oznaczania antygenów układu HLA i oznaczanie PRA pacjentów.

Dyrektor Poltransplantu działając na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1000.), Statutu Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant" oraz zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ogłasza konkurs i zleca podmiotom wyłonionym w drodze konkursu ofert wykonanie następujących badań:

1. oznaczanie antygenów HLA potencjalnych biorców narządów i unaczynionych przeszczepów wielotkankowych:
   a. antygeny HLA klasy I –A i –B – oznaczenie genetyczne na poziomie niskiej rozdzielczości,
   b. antygeny HLA klasy II –DR – oznaczenie genetyczne na poziomie niskiej rozdzielczości;
2. oznaczanie PRA (poziom przeciwciał limfocytotoksycznych w surowicy) u ww. chorych co 12 tygodni.

— Dyrektor Poltransplantu zleca badania pacjentów tylko z tych ośrodków, których lista stanowi załącznik do umowy.

— Rozszerzenie listy ośrodków w czasie trwania umowy wymaga sporządzenia aneksu do umowy.

— Badania pacjentów w wieku do lat 18 zakwalifikowanych do przeszczepienia nerki oraz wątroby wykonuje „Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie i Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.

— Świadczeniodawca ma obowiązek wpisania wyników oznaczenia antygenów

zgodności tkankowej do www.rejestrytx.gov.pl w zakładce „Pracownia Zgodności Tkankowej" w ciągu 14 dni po wykonaniu oznaczenia.

— Świadczeniodawca ma obowiązek wpisania wyników oznaczenia PRA do www.rejestrytx.gov.pl w zakładce Pracownia Zgodności Tkankowej w terminie 45 dni od daty pobrania krwi od pacjenta. Data ta musi być podana przy wynikach PRA.

— Wszystkie wyniki badań muszą zawierać imię i nazwisko pacjenta, jego PESEL i nazwę ośrodka skąd pacjent jest skierowany na badania.

Dokument: UMOWA Nr ..... na realizację świadczeń zdrowotnych – oznaczanie antygenów HLA i oznaczanie PRA pacjentów wpisanych na Krajową Listę Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów.

Projekt tego dokumentu wygląda następująco.

UMOWA Nr ..... na realizację świadczeń zdrowotnych – oznaczanie antygenów HLA i oznaczanie PRA pacjentów wpisanych na Krajową Listę Osób Oczekujących na przeszczepienie narządów.

zawarta w Warszawie dnia ..... pomiędzy: Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym ds. Transplantacji Poltransplant (02-001 Warszawa, al. Jerozolimskie 87, NIP 526-17-37-736, REGON 012146065) zwanym dalej „Poltransplantem" lub „Zleceniodawcą", reprezentowanym przez dr. hab. med. Artura Kamińskiego, Dyrektora a

.....

z siedzibą:

.....

reprezentowanym przez:

.....

zwanym dalej „Zleceniobiorcą".

Niniejsza umowa zostaje zawarta na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2017 r poz. 1000) i Statutu Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant" w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert ogłoszonego przez Poltransplant zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2018 poz. 1510 z późn. zm.) na realizację świadczeń zdrowotnych – oznaczanie antygenów HLA i oznaczanie przeciwciał w surowicy PRA pacjentów wpisanych na „Krajową Listę Osób oczekujących na przeszczepienie narządów" (zwanej dalej „KLO") – stanowiących przedmiot umowy.

stanowiących przedmiot umowy.

§ 1

1. Poltransplant zleca, a Zleceniobiorca przyjmuje do realizacji w okresie (podanie okresu) świadczenia zdrowotne:

   a. oznaczanie genetyczne antygenów HLA potencjalnych biorców narządów metodą genetyczną HLA klasy I i II – nie więcej niż ..... badań za cenę jednostkową ..... zł.

   b. okresowe – co 12 tygodni – oznaczanie poziomu przeciwciał limfocytotoksycznych w surowicy u potencjalnych biorców narządów i unaczynionych przeszczepów wielotkankowych PRA – nie więcej niż ..... badań za cenę jednostkową ..... zł.

2. Zleceniobiorca wykona badania określone w ust.1 pacjentom wpisanym na Krajową Listę Osób oczekujących na przeszczepienie narządów, pochodzącym z ośrodków umieszczonych na liście, która stanowi załącznik nr 1 do umowy.

3. Wyniki badań HLA (I i II klasa) będą przekazywane do Poltransplantu w postaci wykazu stanowiącego załącznik nr 2 do umowy oraz zostaną wpisane przez Zleceniobiorcę do www.rejestrytx.gov.pl w zakładce „Pracownia Zgodności Tkankowej" w ciągu 14 dni od daty oznaczenia antygenów zgodności tkankowej.

4. Wyniki badań PRA będą przekazywane do Poltransplantu w postaci wykazu wg załącznika nr 3 do umowy oraz zostaną wpisane przez Zleceniobiorcę do www.rejestrytx.gov.pl w zakładce „Pracownia Zgodności Tkankowej" w ciągu 45 dni od daty otrzymania przez Zleceniobiorcę surowicy z ośrodka dializ.

5. Zleceniobiorca, któremu na podstawie niniejszej umowy, na czas jej obowiązywania i w zakresie koniecznym do jej wykonania powierza się przetwarzanie danych osobowych pacjentów wpisanych na Krajową Listę Osób oczekujących na przeszczepienie, zobowiązany jest do ścisłej współpracy w zakresie wynikającym z

§ 2

1. Na realizację niniejszej umowy Poltransplant przekaże Zleceniobiorcy środki publiczne w wysokości nieprzekraczającej kwoty ..... złotych (słownie:..... złotych) stanowiące wynagrodzenie za realizację przedmiotu umowy.
2. Szczegółową liczbę, cenę jednostkową oraz wartość całkowitą wynagrodzenia za realizację świadczeń zdrowotnych określono w załączniku nr 4 do umowy.
3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 będzie przekazywane wyłącznie za badania osób określonych w § 1 ust. 2 umowy.
4. Środki publiczne, o których mowa w ust. 1, Zleceniobiorca przeznaczy wyłącznie na realizację niniejszej umowy.
5. Zleceniobiorca nie może zlecać realizacji przedmiotu umowy osobom trzecim. Zastrzeżenie to nie dotyczy sytuacji, gdy laboratorium diagnostyczne wykonujące badania znajduje się w strukturach szkoły wyższej / uczelni medycznej będącej organem założycielskim Zleceniobiorcy.

§ 3

1. Rozliczenie i wypłata wynagrodzenia w ramach umowy następować będzie w okresach miesięcznych.
2. Podstawę wypłaty wynagrodzenia stanowić będzie faktura wystawiona przez Zleceniobiorcę za dany miesiąc, do której dołączone będzie rozliczenie merytoryczno-finansowe sporządzone według wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do umowy oraz wykazy, o których mowa w § 1 ust. 3 i 4 stanowiące załączniki nr 2 i 3 do umowy.
3. Fakturę oraz dokumenty określone w ust. 2 Zleceniobiorca przekazuje do Poltransplantu w terminie do 10 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni z zastrzeżeniem ust. 7.
4. Oryginały dokumentów określone w ust. 2 Zleceniobiorca przesyła do Poltransplantu na adres: Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji POLTRANSPLANT, Al. Jerozolimskie 87, 02- 001 Warszawa

5. Wynagrodzenie należne Zleceniobiorcy przekazywane będzie na rachunek bankowy: ....

6. w terminie 30 dni od przekazania do Poltransplantu kompletnego i prawidłowego, zgodnego ze stanem faktycznym, rozliczenia wraz z Fakturą, o której mowa w ust. 2.

7. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w dokumentach stanowiących podstawę wypłacenia wynagrodzenia, Poltransplant zwróci się do Zleceniobiorcy o dokonanie korekty i wstrzymuje zapłatę wynagrodzenia do czasu złożenia prawidłowego dokumentu.

8. Faktury wraz z dokumentami za grudzień (podanie roku) Zleceniobiorca przekaże do Poltransplantu w terminie do 15 grudnia (podanie roku), a Poltransplant zapłaci wynagrodzenia do 31 grudnia (podanie roku).

9. Faktury złożone przez Zleceniobiorcę w siedzibie Poltransplantu po 15 grudnia (podanie roku) nie będą realizowane.

10. Jeżeli Zleceniobiorca realizował zadania wymienione w § 1 ust.1 niniejszej umowy w okresie poprzedzającym datę jej podpisania, rozliczenie wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 2, za okres od 1 stycznia (podanie roku) do dnia podpisania umowy Zleceniobiorca złoży w Poltransplancie w terminie 14 dni od daty zawarcia niniejszej umowy.

11. Końcowe rozliczenie z otrzymanych środków publicznych Zleceniobiorca przekaże Poltransplantowi w terminie do 15 stycznia (podanie roku), wg wzoru stanowiącego załącznik nr 6 do umowy.

12. W razie wcześniejszego rozwiązania lub wygaśnięcia umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest złożyć końcowe rozliczenie umowy za cały okres jej trwania w terminie do 15 dnia następnego miesiąca po jej rozwiązaniu, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 6 do umowy na adres wskazany w ust. 4.

13. W przypadku stwierdzenia przez Strony, że przekazane Zleceniobiorcy, na podstawie wystawionej przez niego faktury środki publiczne, nie są mu należne w wysokości

wskazanej w fakturze, Zleceniobiorca zobowiązuje się do niezwłocznego dokonania ich zwrotu, po korekcie faktury, bez odrębnego wezwania, na rachunek bankowy Poltransplantu w Narodowym Banku Polskim Oddział Okręgowy w Warszawie, numer: 59 1010 1010 0026 0022 3000 0000.

14. Na wniosek Poltransplantu Zleceniobiorca zobowiązuje się udzielić wszelkich dodatkowych informacji i przedłożyć wszystkie dokumenty niezbędne do rozliczenia kosztów realizacji przedmiotu umowy, w tym także dotyczące bieżących rozliczeń.

15. Zleceniobiorca zobowiązuje się nie obciążać Poltransplantu odsetkami, w wypadku opóźnienia terminu zapłaty jeżeli zwłoka spowodowana była nie przekazaniem przez Ministerstwo Zdrowia środków do Poltransplantu.

16. Wierzytelności wynikające z niniejszej umowy nie mogą być przedmiotem przelewu (cesja wierzytelności) bez zgody Zleceniodawcy.

§ 4

1. Do dnia 10 listopada (podanie roku) Zleceniobiorca przedstawi Poltransplantowi zestawienie wykonania świadczeń według stanu na dzień 31 października (podanie roku), wraz z określeniem przewidywanej do wykonania liczby procedur do czasu zakończenia umowy. Wzór zestawienia określa załącznik nr 7.

2. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, może stanowić podstawę do zmiany przez Poltransplant umowy w zakresie liczby procedur, określonej w § 1 ust. 1 i odpowiednio wartości przedmiotu umowy, określonego w § 2 ust. 1 w drodze aneksu.

3. Zwiększenie liczby procedur ponad liczbę określoną w § 1 ust. 1 może nastąpić tylko w drodze aneksu do umowy.

4. W wypadku nie przesłania przez Zleceniobiorcę zestawienia, o którym mowa w ust. 1 w terminie określonym w tym przepisie, albo w wypadku zakończenia przez Zleceniobiorcę do dnia 31 października (podanie roku) mniej niż 60% ogólnej liczby procedur, Zleceniodawca może dokonać jednostronnie skorygowania liczby procedur i odpowiednio maksymalnej kwoty, o której mowa w § 2 ust. 1, według

dotychczasowego ich wykonania powiadamiając Zleceniobiorcę pisemnie o podjętej decyzji.

§ 5

1. Strony wyznaczają do kontaktów związanych z realizacją umowy następujące osoby:

Poltransplant:

w sprawach merytorycznych	- dr Dorota Lewandowska	tel. 22 626 80 28
w sprawach finansowych	- mgr Marcin Macher	tel. 22 622 58 06

Zleceniobiorca:

w sprawach merytorycznych	–	tel. .....
w sprawach finansowych	–	tel. .....

2. Korespondencja dla Zleceniobiorcy doręczana będzie na adres:

.....

§ 6

1. W okresie trwania umowy oraz po jej wygaśnięciu albo rozwiązaniu Zleceniodawca lub osoba przez niego upoważniona może przeprowadzić u Zleceniobiorcy kontrolę w zakresie oceny:
    a. jakości realizacji przedmiotu umowy,
    b. celowości i gospodarności w wykorzystaniu środków publicznych otrzymanych od Zleceniodawcy na realizację świadczeń zdrowotnych, które są przedmiotem niniejszej umowy,
    c. sposobu i rodzaju prowadzenia dokumentacji określonej w przepisach,
    d. stanu realizacji umowy,
    e. terminowości rozliczania przez Zleceniobiorcę realizacji umowy,
    f. oceny prawidłowości dokonywania rozliczeń merytorycznych i finansowych

umowy.

2. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w realizacji niniejszej umowy Zleceniodawca zaleci ich usunięcie w wyznaczonym terminie, a w razie rażących uchybień lub niezastosowania się do zaleceń, Zleceniodawca może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia.

3. Stwierdzone przez Zleceniodawcę nienależyte wykonanie umowy, a w szczególności nieterminowe przekazywanie wyników badań może stanowić podstawę do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.

§ 7

1. Zleceniobiorca oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wykonywanych na podstawie niniejszej umowy zgodnie z art.136 b Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz.2135).

2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do posiadania ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy.

3. W przypadku nie posiadania ważnej umowy, o której mowa w ust. 1, umowa o przekazanie środków publicznych na realizację świadczeń zdrowotnych – oznaczanie antygenów HLA i oznaczanie PRA pacjentów zgłoszonych do Krajowej Listy Osób oczekujących na przeszczepienie narządów ulegnie rozwiązaniu bez wypowiedzenia, a Zleceniobiorca jest zobowiązany do zwrotu otrzymanych środków za okres wykonywanych świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy bez posiadania ważnej umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Umowa niniejsza wygasa:

   a. z upływem terminu, na który została zawarta,

   b. w razie wystąpienia okoliczności uniemożliwiających wykonanie umowy, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a których powstania Strony nie mogły

przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

2. W przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust.1 pkt b Strona występująca o wygaśnięcie umowy zobowiązana jest przedstawić uzasadnienie na potwierdzenie okoliczności uniemożliwiających realizację umowy.

3. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze Stron z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia, albo bez wypowiedzenia przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w sytuacjach, o których mowa w § 6 ust. 2 i 3 i § 7 ust. 3.

4. W przypadku nienależytego wykonania umowy przez Zleceniobiorcę stanowiącego przyczynę rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną w wysokości 10% środków publicznych, o których mowa w § 2 ust. 1.

5. Strony dołożą wszelkich starań, aby ewentualne spory powstałe w związku z realizacją umowy były załatwione polubownie. Negocjacje zmierzające do ugodowego załatwienia sprawy Strony podejmą niezwłocznie i w dobrej wierze. Jeśli w ciągu 14 dni od ich rozpoczęcia negocjacje nie doprowadzą do zawarcia porozumienia, każda ze Stron może wystąpić o rozstrzygniecie sporu do sądu właściwego dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 9

Zmiana postanowień umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron, w formie aneksu, pod rygorem nieważności z wyłączeniem przypadku, o którym mowa w § 4 ust. 4.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają:

a. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.),

b. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.),

c. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 459 z późn. zm.),

d. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2077),

e. Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1311 z późn. zm.),

f. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1000).

§ 11

Umowa obowiązuje od ..... (podanie roku) do 31 grudnia (podanie roku)

§ 12

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po dwa dla każdej ze Stron.

Dokument. Załącznik nr 1 do umowy

Projekt tego dokumentu wygląda następująco.

.....
Nazwa i adres Zleceniobiorcy

Załącznik Nr 1
do umowy Nr.....
z dnia ..... r.

Wykaz stacji stacji dializ, ośrodków kwalifikujących/przeszczepiających narządy, które obejmuje swoją działalnością ..... w ..... roku.

Lp.	Miejscowość	Nazwa stacji / ośrodka	Adres

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

Dokument. Załącznik nr 2 do umowy. Wykaz wykonanych badań HLA.

Projekt tego dokumentu wygląda następująco.

.....
Nazwa i adres Zleceniobiorcy

Załącznik Nr 2
do umowy Nr.....
z dnia ..... r.

Wykaz wykonanych badań w okresie od .....do.....

Lp.	Nazwisko pacjenta	Imię pacjenta	PESEL	Ośrodek dializ	Wynik badania HLA

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

Kierownik jednostki

Dokument. Załącznik nr 3 do umowy. Wykaz wykonanych badań PRA.

Projekt tego dokumentu wygląda następująco.

.....
Nazwa i adres Zleceniobiorcy

Załącznik Nr 3
do umowy Nr.....
z dnia ..... r.

Wykaz wykonanych badań w okresie od .....do.....

Lp.	Nazwisko pacjenta	Imię pacjenta	PESEL	Ośrodek dializ	Data surowicy	Wynik badania PRA (%)

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

Kierownik jednostki

Dokument. Załącznik nr 4 do umowy. Plan merytoryczno-finansowy.

Projekt tego dokumentu wygląda następująco.

.....
Nazwa i adres Zleconiobiorcy

Załącznik Nr 4
do umowy Nr.....
z dnia .....

Plan merytoryczno-finansowy

Lp.	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej	Liczba badań HLA klasa I i II	Cena badania antygenów zgodności tkankowej	Wartość usługi	Liczba badań PRA	Cena badania PRA	Wartość usługi

....., dnia.....

Główny księgowy

Kierownik jednostki

Dokument. Załącznik nr 5 do umowy. Rozliczenie merytoryczno-finansowe.

Projekt tego dokumentu wygląda następująco.

.....
Nazwa i adres Zleceniobiorcy

Załącznik Nr 5
do umowy Nr.....
z dnia .....

Rozliczenie merytoryczno - finansowe

za okres od ..... do .....

Lp.	Nazwa zleceniobiorcy	Liczba badań HLA	Cena badania antygenów zgodności tkankowej	Wartość usługi	Liczba badań PRA	Cena badania PRA	Wartość usługi

....., dnia.....

Główny księgowy

Kierownik jednostki

Dokument. Załącznik nr 6 do umowy. Końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe.

Projekt tego dokumentu wygląda następująco.

.....
Nazwa i adres Zleceniobiorcy

Załącznik Nr 6
do umowy Nr.....
z dnia .....

Końcowe rozliczenie merytoryczno - finansowe

za okres od ..... do .....

Lp.	Nazwa zleceniobiorcy	Liczba badań HLA	Cena badania antygenów zgodności tkankowej	Wartość usługi	Liczba badań PRA	Cena badania PRA	Wartość usługi

....., dnia.....

Główny księgowy

Kierownik jednostki

Dokument. Załącznik nr 7 do umowy. Zestawienie wykonania świadczeń według stanu na dzień 31 października.

Projekt tego dokumentu wygląda następująco.

.....
Nazwa i adres Zleceniobiorcy

Załącznik Nr 7
do umowy Nr.....
z dnia .....

Zestawienie wykonania świadczeń według stanu na dzień 31 października .....r.

Lp.	Nazwa badania	Liczba badań wykonanych w okresie od 01.01..... do 31.10..... r.	Cena jednostkowa	Wartość	Liczba badań przewidywanych do wykonania od 01.11..... do 31.12..... r.	Uzasadnienie możliwości wykonania takiej liczby badań
1	HLA					
2	PRA					

....., dnia.....

Główny księgowy

Kierownik jednostki