

**WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERT I SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU  
na realizację świadczeń zdrowotnych w okresie do 30 czerwca 2018 r.**

**w zakresie:**

**Poszukiwania i Doboru Haploidentycznych Dawców Komórek Krwiotwórczych.**

**Oferta powinna zawierać:**

I. Oświadczenie świadczeniodawcy o zapoznaniu się i akceptacji:

1. treści ogłoszenia o konkursie;
2. wymagań dotyczących ofert i szczegółowych warunków konkursu;
3. zasad realizacji świadczenia zdrowotnego oraz zalecanego algorytmu poszukiwania i doboru haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych w okresie do 30 czerwca 2018 r.;
4. projektu umowy.

II. Zgodę na przystąpienie świadczeniodawcy do konkursu.

III. Dane o świadczeniodawcy:

1. pełna nazwa podmiotu leczniczego;
2. adres wraz z kodem pocztowym;
3. adres miejsca wykonywania działalności objętej przedmiotem konkursu (tj. adres przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, jeśli dotyczy);
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. statut podmiotu.

IV. Oświadczenie świadczeniodawcy o posiadaniu polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującej świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu lub oświadczenie świadczeniodawcy, że w przypadku podpisania umowy na realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, taką polisę ważną w okresie obowiązywania umowy, przedstawi w terminie 30 dni od daty podpisania umowy.

V. Poświadczoną za zgodność kopię pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia na alogeniczne przeszczepianie komórek krwiotwórczych zgodnie z art. 36 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).

VI. Oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu będącego świadczeniodawcą, że czynności poszukiwania i doboru haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych będą wykonywane przez podmioty mające odpowiednie pozwolenie ministra właściwego do spraw zdrowia zgodnie z ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1000)

Obowiązująca aktualna lista medycznych laboratoriów diagnostycznych, które uzyskały pozwolenie Ministra Zdrowia na prowadzenie działalności wraz z zakresem czynności objętych pozwoleniem dostępna jest na stronie **Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek**: [http://kcbtik.pl/?Pracownie\\_Typowania\\_Tkankowego](http://kcbtik.pl/?Pracownie_Typowania_Tkankowego).

VII. Liczbę przeszczepień od dawców haploidentycznych wykonanych w 2017 roku i wpisanych do Rejestru Przeszczepień ([www.rejestrtyx.gov.pl](http://www.rejestrtyx.gov.pl)).

VIII. Liczbę procedur poszukiwania i doboru haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych, którą świadczeniodawca proponuje zrealizować w okresie 1 stycznia – 30 czerwca 2018 r.

IX. Łączny koszt procedury poszukiwania i doboru haploidentycznego dawcy komórek krwiotwórczych. Świadczeniodawca podaje łączną, skalkulowaną przez siebie całkowitą maksymalną kwotę dofinansowania procedury bez względu na liczbę przebadanych potencjalnych dawców.

X. Cennik - czynności związane z realizacją procedury poszukiwania i doboru haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych, których koszty składają się na całkowity koszt procedury, która zostanie dofinansowana do poziomu zadeklarowanego w ofercie nie więcej niż 8 0000,00 zł.

#### **Objaśnienia do części:**

**III – świadczeniodawca wypełnia zgodnie z Tabelą 1**

**VII, VIII, IX – świadczeniodawca wypełnia zgodnie z Tabelą 2**

**X – świadczeniodawca wypełnia zgodnie z Tabelą 3**

**Tabela 1. Dane o świadczeniodawcy**

Pełna nazwa podmiotu leczniczego;	
Adres wraz z kodem pocztowym;	
Adres miejsca wykonywania działalności objętej przedmiotem konkursu (tj. adres przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, jeśli dotyczy);	
Numery telefonów i faksów wraz z numerem kierunkowym;	
Imię i nazwisko osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu;	
Nr rejestru sądowego z podaniem nazwy i siedziby sądu (KRS, jeśli dotyczy);	
Nr rejestru podmiotu leczniczego i wskazanie, przez kogo rejestr jest prowadzony;	
Organ założycielski;	
Nr konta bankowego;	

Statut podmiotu (w załączeniu)

**Tabela 2. Wskaźniki i wartości ofertowe.**

Nazwa podmiotu (świadczeniodawcy)	
Liczba przeszczepień od dawców haploidentycznych wykonanych w 2017 r. i wpisanych do Rejestru Przeszczepień ( <a href="http://www.rejestrytx.gov.pl">www.rejestrytx.gov.pl</a> )	
Liczba procedur proponowanych do wykonania w okresie 1 stycznia – 30 czerwca 2018 r.	
Łączny koszt procedury (w zł) poszukiwania i doboru haploidentycznego dawcy komórek krwiotwórczych – proponowana maksymalna kwota dofinansowania procedury bez względu na liczbę przebadanych potencjalnych dawców - <b>nie więcej niż 8 0000,00 zł.</b>	

**Tabela 3. Cennik - czynności związane z realizacją procedury poszukiwania i doboru haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych, których koszty składają się na całkowity koszt procedury, która zostanie dofinansowana do poziomu zadeklarowanego w ofercie nie więcej niż 8 0000,00 zł.**

Czynność	Koszt w zł
- typowanie weryfikujące HLA biorcy w zakresie locus A, B, C, DRB1, DQB1 metodą genetyczną do poziomu wysokiej rozdzielczości, o ile wcześniej nie było wykonane.	
- badanie wstępne dawcy (członka rodziny) wskazanego przez ośrodek transplantacyjny, w zakresie HLA A, B i DRB1 metodą genetyczną na poziomie niskiej rozdzielczości o ile wcześniej nie było wykonane	
- typowanie weryfikujące potencjalnego dawcy haploidentycznego potwierdzające zgodność haplotypu HLA metodą wysokiej rozdzielczości dla locus A, B, C, DRB1, DQB1, o ile wcześniej nie było wykonane	
- sprowadzenie próbek krwi biorcy i dawcy (nie więcej niż na podstawie faktury źródłowej)	
- inne czynności doborowe: badanie przeciwciał anti-HLA, próba krzyżowa pozostałe czynności uznane przez jednostkę realizującą dobór za konieczne: ..... ..... .....	
<b>SUMA</b>	

**Jeżeli badania/czynności nie są wykonywane bezpośrednio przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy, konieczne jest przedstawienie szczegółowych cenników źródłowych.**

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

Oferty należy składać w formie pisemnej, w zamkniętej kopercie z dopiskiem „**Konkurs ofert na realizację poszukiwania i doboru haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych**” w terminie do dnia 16 lutego 2018 r. do godz. 10.00 na adres:

Centrum Organizacyjno - Koordynacyjne ds. Transplantacji

**POLTRANSPLANT**

Aleje Jerozolimskie 87

02-001 Warszawa

Otwarcie ofert nastąpi w dniu 16 lutego 2018 roku o godz. 11.00 w siedzibie Poltransplantu.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu nastąpi w ciągu 14 dni od daty otwarcia ofert poprzez zamieszczenie informacji na stronie [www.bip.poltransplant.org.pl](http://www.bip.poltransplant.org.pl), na tablicy ogłoszeń w siedzibie Poltransplantu oraz poprzez pisemne zawiadomienie oferentów.

### **Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.**

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

1. ustalenia prawidłowości ogłoszenia o konkursie i podaje listę zgłoszonych ofert;
2. otwiera koperty z ofertami oraz:
  - podaje, które oferty spełniają warunki formalne podane w pkt I – VI,
  - podaje wartości liczbowe i cenowe podane w pkt. VII -X;
3. przyjmuje do protokołu ewentualne wyjaśnienia i oświadczenia świadczeniodawców.

W części niejawnej konkursu komisja wybiera oferty, które zapewniają jakość i kompleksowość usług w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.

Komisja może przeprowadzić negocjacje ze świadczeniodawcami w celu ustalenia liczby planowanych do wykonania świadczeń objętych konkursem oraz ceny za te świadczenia.

Komisja na podstawie powyższych czynności i ustaleń dokona podziału procedur wśród oferentów, którzy spełnili warunki I – X według następujących kryteriów:

1. Na podstawie liczby wykonanych w 2017 roku i na dzień otwarcia ofert wpisanych do Rejestru Przeszczepień ([www.rejestrtyx.gov.pl](http://www.rejestrtyx.gov.pl)) przeszczepień od dawcy haploidentycznego stworzony zostanie ranking świadczeniodawców od największej od najmniejszej liczby przeszczepień.
2. Wszystkim świadczeniodawcom zostaną przydzielone po dwie (2) procedury.
3. Połowę z pozostałych procedur po równo, jednak nie więcej niż do 40% liczby wpisanych na dzień otwarcia ofert, przeszczepień od dawcy haploidentycznego, do Rejestru Przeszczepień ([www.rejestrtyx.gov.pl](http://www.rejestrtyx.gov.pl)), otrzyma w kolejności zgodnej z rankingiem trzech (3) świadczeniodawców którzy wykonywali najwięcej raportowanych przeszczepień w 2017.

4. Drugą połowę z pozostałych procedur otrzymują po równo trzej (3) świadczeniodawcy, którzy podali w punkcie IX (tabela 2) najniższy łączny koszt dofinansowania procedury poszukiwania i doboru haploidentycznego dawcy komórek krwiotwórczych, a w przypadku podania jednakowych kosztów wg miejsca w rankingu, jednak łącznie z przyznanymi na wcześniejszych etapach nie więcej niż do liczby równej 75% liczby wpisanych na dzień otwarcia ofert, przeszczepień od dawcy haploidentycznego, do Rejestru Przeszczepień ([www.rejestr.tx.gov.pl](http://www.rejestr.tx.gov.pl)).
5. Przy podziale wg punktów 1-4, przewidzianej konkursem puli procedur, żaden ze świadczeniodawców nie otrzyma więcej procedur niż oferował wykonać w okresie objętym konkursem.

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 [www.bip.poltransplant.org.pl](http://www.bip.poltransplant.org.pl) oraz zawiesi postępowanie do czasu rozstrzygnięcia danego środka odwoławczego.