

RO.8010.4.2016

**Burmistrz Supraśla
ogłasza konkurs i zaprasza**

do składania ofert na realizację Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2016.

Konkurs ofert ogłasza się na podstawie art. 48 ust.4, w związku z art.7 ust.1 pkt.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2015 r., poz.581 z późn. zm.) oraz art.114 ust. 1 pkt. 1 i art. 115 ust.1 pkt 1, ust.3, 5 i 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015r. poz. 618 z późn. zm.)

Przewidywalna liczba mężczyzn w wieku 55 do 65 roku życia, uprawnionych do objęcia programem w 2016 roku, którzy zamieszkują na terenie Gminy Supraśl, wynosi maksymalnie 68 osób.

Wymogi wobec oferenta:

- **W konkursie oferty mogą złożyć podmioty uprawnione do wykonywania działalności leczniczej zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015r., poz. 618 z późn zm.) dysponujący punktem wykonania badań na terenie Gminy Supraśl lub na terenie Miasta Białystok.**

Dokumenty związane z konkursem, a w szczególności Programem stanowiącym załącznik do uchwały nr XLII/399/2014 Rady Miejskiej w Supraślu z dnia 20.03.2014r pobrać można ze strony internetowej: www.suprasl.pl lub zapoznać się i odebrać w Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu, Zaścianki ul. Szosa Baranowicka 58/4, 15-521 Białystok w sekretariacie w godzinach pracy Filii.

Informację na temat konkursu można uzyskać także pod numerem telefonu (85) 733-38-40.

Termin rozpoczęcia realizacji programu: od daty podpisania umowy do 31 grudnia 2016 roku.

Opis sposobu przygotowania oferty:

1. Oferta powinna być przygotowana na formularzu oferty (według załącznika).
2. Formularz ofertowy wraz z załącznikami winne być ostemplowane pieczęcią firmową oraz podpisane, a strony parafowane przez osoby upoważnione do reprezentowania oferenta.
3. Zaleca się, aby wszystkie dokumenty tworzące ofertę były spięte – zszyte w sposób uniemożliwiający ich dekompletację, a strony kolejno ponumerowane.
4. Oferta winna być złożona w zamkniętej, opieczetowanej pieczęcią firmową kopercie, opisaną: **oferta na realizację Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2016 z dopiskiem: nie otwierać przed dniem posiedzenia Komisji Konkursowej.**

Oferty należy składać w sekretariacie Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu, Zaścianki, ul. Szosa Baranowicka 58/4, 15-521 Białystok , **do dnia 12.08.2016 r. do godz.14.00**

Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Rozstrzygnięcia konkursu dokona komisja powołana przez Burmistrza Supraśla w terminie 14 dni roboczych od upływu terminu składania ofert. Miejscem rozstrzygnięcia konkursu będzie Filia Urzędu Miejskiego w Supraślu, Zaścianki, ul. Szosa Baranowicka 58/4, 15-521 Białystok.

Szczegółowe warunki konkursu ofert

I. Przedmiot konkursu ofert: Realizacja Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2016 ”.

Opis przedmiotu konkursu:

Realizacja przedmiotu konkursu polega na wykonaniu następujących czynności:

- 1) wykonanie jednego tzw. pakietu urologicznego; na jeden pakiet urologiczny składa się konsultacja z lekarzem urologiem, wykonanie USG, oznaczenie PSA ,
- 2) przygotowanie ankiety dotyczącej występowania czynników ryzyka raka prostaty i przeprowadzenie jej wśród osób zgłaszających się do udziału w programie,
- 3) przygotowanie i rozpropagowanie informacji na temat raka prostaty wśród osób zgłaszających się do udziału w programie,
- 4) skierowanie osób, u których stwierdzone zostaną nieprawidłowe wyniki badań, do dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia, w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ,
- 5) prowadzenie dokumentacji potwierdzającej realizowania zadania w formie rejestru z uwzględnieniem:
 - daty badania,
 - imienia i nazwiska, rok urodzenia/nr PESEL, oraz miejsce zameldowania/zamieszkania osoby badanej,
 - informacji o występowaniu czynników ryzyka raka prostaty (na podstawie przeprowadzonej ankiety),
 - wyniku badania poziomu markera nowotworowego PSA we krwi oraz wykonanego USG,
 - informacji o skierowaniu do dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia osoby, u której zostanie stwierdzony nieprawidłowy wynik badania.
- 6) opracowanie pod względem statystycznym i merytorycznym realizowanego zadania, w postaci raportu ze szczególnym uwzględnieniem:
 - opisu realizowanego badania
 - statystycznego opracowania wyników badań,
 - opisu i interpelacji wyników przeprowadzonych badań,
 - podsumowania,
 - przekazania raportu do Burmistrza Supraśla.

Przewidywalna liczba uprawnionych do objęcia programem wynosi **maksymalnie 68 osób**.

II. Wymagania od oferentów – warunki podmiotowe:

W konkursie oferty mogą złożyć podmioty uprawnione do wykonywania działalności leczniczej zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015r. poz. 618 z późn zm.) dysponujący odpowiednim pomieszczeniem wraz z aparaturą odpowiadającym przepisom prawa w tym zakresie na terenie Gminy Supraśl lub na terenie Miasta Białystok.

Termin przyjęć pacjentów: co najmniej 1 raz w tygodniu w godz. 9.00 – 17.00.

III. Zasady ogólne:

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej zgodnie z treścią obowiązującego formularza oferty, w zaklejonej i opisanej nazwą i adresem oferenta oraz nazwą konkursu kopercie.
2. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

3. Oferta musi być podpisana i opieczetowana przez oferenta lub upoważnionego przedstawiciela oferenta. W przypadku złożenia i podpisania oferty przez upoważnionego przedstawiciela oferenta, należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo.
4. Wszystkie strony oferty wraz z załącznikami i dokumentami składającymi się na ofertę muszą być podpisane lub parafowane przez składającego ofertę. Zaleca się, aby były spięte – zszyte w sposób uniemożliwiający ich dekompletację, a strony kolejno ponumerowane.
5. Kopie oryginalnych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem oraz posiadać datę potwierdzenia zgodności.
6. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, muszą być dokonane jedynie przez czytelne przekreślenie błędnego zapisu, wpisanie poprawki i wstawienie obok parafy przez osobę podpisującą ofertę.
7. Oferty należy składać osobiście lub za pośrednictwem poczty w sekretariacie Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu, Zaścianki, ul. Szosa Baranowicka 58/4, 15-521 Białystok w terminie do dnia **12.08.2016 roku do godz. 14.00**. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu oferty do siedziby Filii Urzędu. Oferty, które wpłyną do Filii Urzędu Miejskiego w Supraślu po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.
8. Oferent może wycofać złożoną ofertę tylko w formie pisemnej.
9. Konkurs ofert rozpoczyna się w terminie wskazanym w ogłoszeniu i trwa do czasu rozstrzygnięcia.
10. Oferty mające braki formalne mogą być uzupełnione w terminie wyznaczonym przez Komisję Konkursową nie dłuższym niż 7 dni od otrzymania wezwania do uzupełnienia.
11. Ogłoszenie wyników konkursu ofert nastąpi niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.
12. Rozstrzygnięcie konkursu będzie stanowiło podstawę do zawarcia umowy na realizację zadania na okres od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2016 roku.
13. Zamawiający zastrzega sobie prawo zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że zadanie może być wykonane przez oferenta nienależycie lub zaoferowana cena szczybień przekracza możliwości finansowe zamawiającego, a także zgodnie z pkt.17.
14. Warunki realizacji zadania reguluje umowa zawarta między Zamawiającym a wyłonionym w drodze konkursu Świadczeniodawcą.
15. Oferty uczestniczące w postępowaniu konkursowym nie podlegają zwrotowi.
16. Wszelkie koszty sporządzenia oferty ponosi oferent.
17. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert, jak również odwołania konkursu lub zmiany warunków konkursu w wypadku wystąpienia istotnych okoliczności uzasadniających, które ujawnią się po dniu ogłoszenia konkursu, ale przed jego rozstrzygnięciem.

BURMISTRZ
dr Radosław Bobrowolski

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczący realizacji Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2016.

1. Oferent (pełna nazwa)

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

2. Adres siedziby, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

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

3. Nazwisko i imię osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta (telefon kontaktowy)

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

4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

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

5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do właściwego rejestru /ewidencji zakładów opieki zdrowotnej – wymienić:

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

6. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych programów profilaktycznych

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

7. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program

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

8. Proponowana liczba świadczeń możliwa do wykonania przez świadczeniodawcę (liczba osób - adresatów programu, mieszkańców gminy)

.....

9. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu

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

10. Określenie miejsca realizacji programu oraz dni tygodnia i godzin udzielania świadczeń

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

11. Określenie warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności)

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

12. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście – adres, godziny; telefonicznie – numer, godziny)

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

13. Świadczenia zdrowotne wykonywać będzie personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi. Poniżej przedstawiamy imienny wykaz personelu medycznego (np. lekarz urolog, pielęgniarka), który będzie realizował zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego.

Imię i nazwisko	Zawód, stopień specjalizacji Zawód, stopień specjalizacji	Pozostałe informacje Pozostałe informacje
-----------------	--------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

Wykaz załączonych kserokopii: dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

14. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno-edukacyjną skierowaną do adresatów programu w celu jak najpełniejszej realizacji zadania oraz zapewnienia powszechnego, równego dostępu do świadczeń osobom uprawnionym.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Jednostkowy koszt realizacji świadczeń zdrowotnych obejmujący koszty wszystkich czynności określonych w opisie przedmiotu konkursu:

- 1) cena brutto tzw. jednego pakietu urologicznego (na który składa się konsultacja z lekarzem urologiem, wykonanie USG, oznaczenie PSA) wynosi PLN (słownie zł:)

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zobowiązuje się, w przypadku wyboru jego oferty, do:

- zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania,
- przedłożenia stosownej dokumentacji potwierdzającej, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).

2. Jest/ nie jest* podatnikiem podatku VAT. (*niepotrzebne skreślić)

3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

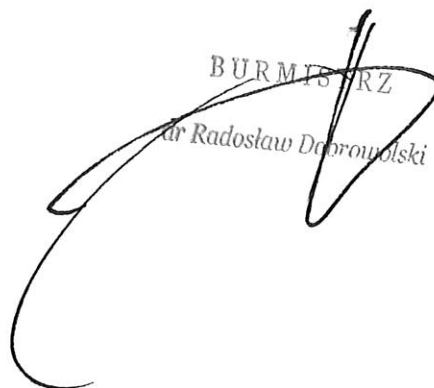
Podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentacji oferenta

.....

Wymagane załączniki do oferty:

1. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji treści umowy, wg. załącznika nr 1 do oferty.
2. kserokopia dokumentu dotyczącego statusu prawnego oferenta (np. aktualny wypis z KRS lub aktualne zaświadczenie o wpisie do CEiDG).
3. kserokopia wpisu do właściwego rejestru, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015r., poz. 618 z późn. zm.)
4. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia, wymienionych w pkt 13 oferty.

BURMISTRZ
dr Radosław Dobrowolski



Oświadczenie

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie ofert na realizację **Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2016**, po zapoznaniu się ze szczegółowymi warunkami ogłoszonego konkursu i informacjami o przedmiocie konkursu, a także po uzyskaniu wszelkich niezbędnych informacji niżej podpisani reprezentujący oferenta oświadczamy, iż:

1. Uzyskaliśmy konieczne informacje i niezbędne dokumenty do przygotowania i złożenia oferty.
2. Jesteśmy podmiotem, który posiada odpowiednie przygotowanie, potencjał finansowy i kadrowy, który w momencie uzyskania zamówienia pozwala na jego realizację zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Pomieszczenia, w których realizować będziemy świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).
4. Na niniejszą ofertę składa się kolejno ponumerowanych i parafowanych (podpisanych) stron.
5. Uważamy się za związanych z ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego. W momencie podpisania umowy dostarczymy kopie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w całym okresie trwania umowy oraz dokumentację potwierdzającą, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).
7. Akceptujemy treść załączonego projektu umowy na realizację w/w programu.

dnia

.....
Podpis i pieczęć oferenta lub
osoby upoważnionej przez oferenta

BURMISTRZ
dr Radosław Dobrowolski

Załącznik Nr 3 (do umowy)
Rozliczenie miesięczne

Nazwa zadania: realizacja Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2016.

1. Dane Dotowanego:

nazwa.....

adres

NIP

2. świadczenia zdrowotne wykonanie w miesiącu 2016 roku

3. wnioskowana kwota do refundacji

4.

<i>Cena jednostkowa</i>	<i>ilość wykonanych świadczeń w miesiącu (pakietów)</i>	<i>Kwota ogółem</i>
RAZEM		

Załączniki

Rejestr wykonanych badań, imienna lista osób korzystających w danym miesiącu z badań, dla danej osoby wraz z własnoręcznym podpisem potwierdzającym skorzystanie przez pacjenta ze świadczeń zdrowotnych (tzw. pakietu urologicznego).

Kwota zł słownie:

Jednocześnie oświadczamy, że przedstawiona do rozliczenia liczba świadczeń jest zgodna ze stanem faktycznym. Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki:

(nazwa, adres)

dnia

BURMISTRZ
dr Radosław Dobrowolski
zstęp Dotowanego)

Rozliczenie końcowe

Nazwa zadania: realizacja Programu profilaktyki raka prostaty w Gminie Supraśl w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2016.

1. przekazane kwoty dotacji na podstawie składanych wniosków za wykonane świadczenia:

<i>miesiąc</i>	<i>Kwota</i>
Razem	

BURMISTRZ
dr Radosław Dobrowolski

Lp.	Imię i nazwisko osoby badanej	Pesel	Adres zamieszkania (ulica, nr domu, mieszkania)	Miesiące, w których dokonano badań (liczby rzymskie)	Wartość przeprowadzonych świadczeń
Razem					

Jednocześnie oświadczamy, że przedstawiona do rozliczenia liczba świadczeń jest zgodna ze stanem faktycznym. Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki:

(nazwa, adres)

dnia

.....
(podpis i pieczęć Dotowanego)

BURMISTRZ
dr Radosław Dotrowski