



Chorzów, dnia 12 sierpnia 2020r.

## OGŁOSZENIE

**O otwartym naborze placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej do współpracy w ramach projektu pn. „Program profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski” w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach**

Szpital Specjalistyczny w Chorzowie ogłasza otwarty nabór placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej z województw: śląskiego, dolnośląskiego i opolskiego do współpracy w ramach projektu pn. „Program profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski” w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach. Nabór jest realizowany w odpowiedzi na konkurs nr POWR.05.01.00-00-0014/19-00 ogłoszony przez Ministerstwo Zdrowia w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 dla realizatorów Modułu Regionalnego.

### **I. Dane Zamawiającego**

Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217

REGON: 271503395

KRS: 0000050560

Tel. 32 34 63 688

e-mail: [org-adm@sswch.pl](mailto:org-adm@sswch.pl)

adres strony internetowej: [www.szpitalspecjalistycznywchorzowie.pl](http://www.szpitalspecjalistycznywchorzowie.pl)

### **II. Tryb udzielenia zamówienia**

Do udzielenia przedmiotowego zamówienia stosuje się przepisy dotyczące zamówień na usługi społeczne i inne szczególne usługi, wymienione w rozdziale 6 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2164, z późn. zm.). Wartość zamówienia nie przekracza kwot określonych w art. 138g ust.1., więc do udzielenia zamówienia stosuje się przepisy art. 138 o ust. 2-4 ww. Ustawy Pzp.

### III. Cel naboru

Celem naboru jest nawiązanie współpracy z placówkami POZ w zakresie świadczenia usług podstawowej opieki zdrowotnej z terenu 3 województw (śląskiego, dolnośląskiego, opolskiego) w zakresie działań profilaktycznych oraz przeszkolenia co najmniej po dwie osoby (lekarze lub pielęgniarki) z każdego podmiotu, z którym podpisana zostanie ww. umowa współpracy w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz strategii leczenia nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV). Zakażenia HBV i HCV odpowiadają łącznie za 96% zgonów w przebiegu zapaleń wątroby, głównie w przebiegu marskości i raka wątrobowokomórkowego (HCC). Ponadto do wystąpienia HCC przyczyniają się modalne, nieinfekcyjne czynniki ryzyka związane ze spożywaniem alkoholu, narażeniem na aflatoksyny w żywności oraz nawyki żywieniowe i choroby sprzyjające wystąpieniu niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby (nonalcoholic fatty liver disease - NAFLD) w tym: dieta i zachowania prowadzące do otyłości, cukrzyca typu-2. W Polsce od 2015 r. dostępne są nowe terapie o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym umożliwiające skuteczne wyleczenie pacjentów zakażonych HCV. W przypadku zakażeń HBV dostępne jest leczenie ograniczające postęp choroby. Leczenie może skutecznie zapobiegać komplikacjom obu tych zakażeń, łącznie z zapobieganiem rozwojowi raka wątrobowokomórkowego. Skuteczne leczenie zmniejsza również zakaźność pacjentów, co przekłada się również na mniejsze ryzyko nowych zakażeń (u których z czasem może dojść do rozwoju nowotworu). W konsekwencji, wczesne rozpoznawanie i leczenie PWZW zmniejsza zapadalność na raka wątrobowokomórkowego.

### IV. Opis przedmiotu naboru

Przedmiotem naboru jest współpraca placówki POZ z Zamawiającym w ramach realizacji projektu pn. „Program profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski” nr POWR.05.01.00-00-0014/19-00 ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia,

Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 w zakresie:

**1. Realizacji świadczeń zdrowotnych** na poziomie placówki POZ na rzecz pacjentów z populacji ogólnej osób dorosłych (tj. które ukończyły 18 r.ż.), zamieszkujące jeden z regionów objętych modułami regionalnymi (tj. śląskiego, dolnośląskiego i opolskiego), ze szczególnym uwzględnieniem grup podwyższonego ryzyka zakażeń HBV i HCV obejmujących między innymi osoby:

- urodzone w latach 1986-1995 (HBV);
- po transfuzjach wykonanych przed 1992r. (HCV);
- hospitalizowane 3 i więcej razy i/lub hospitalizacja długotrwała ( $\geq 10$  dni);
- posiadające partnera zakażonego HCV i/lub HBV;
- posiadające partnera przyjmującego środki odurzające w iniekcji;

- używanie/użycie środków odurzających w iniekcji lub donosowo;
- wykonanie tatuażu;
- nieszczepione, mające kontakt domowy z osobą zakażoną HBV;

W przypadku osób wcześniej badanych w kierunku HBV i HCV, u których nie stwierdzono zakażenia należy wziąć pod uwagę jedynie czynniki ryzyka, które miały miejsce od momentu wyników ujemnych.

**2. Udziału zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ personelu medycznego tj. lekarze, pielęgniarki (minimum 2 osoby z placówki POZ) w szkoleniach** organizowanych przez Moduł Centralny, tj. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w zakresie zwiększenia wiedzy o epidemiologii i leczeniu PWZW oraz czynników ryzyka zakażeń HBV i HCV, a także sposobach minimalizowania ryzyka tych zakażeń. Realizacja szkoleń odbędzie się **w formie e-learningu** zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Realizatora Modułu Centralnego, tj. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny po zakończeniu naboru placówek POZ, i który będzie na bieżąco przekazywany placówkom POZ.

Koszty organizacji szkoleń w całości pokrywa Realizator Modułu Centralnego. **Nie dopuszcza się przystąpienia do projektu placówki POZ, która nie zadeklaruje udziału w szkoleniu personelu medycznego.**

## **V. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie i kryteria wyłączenia z programu oraz sposób udzielania świadczeń zdrowotnych przez placówki POZ w ramach realizacji zadań projektowych**

Kryterium podstawowym do kwalifikacji do programu jest wyrażenie świadomej zgody przez pacjenta na:

- udział w programie i przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji i ewaluacji programu;
- poddanie się testowi przesiewowemu (Rapid Diagnostic Test – RDT) w kierunku zakażenia HBV i HCV (osoby urodzone przed 1996 r.) lub HCV (osoby urodzone po roku 1995) ;
- poddanie się laboratoryjnemu badaniu potwierdzającemu w przypadku stwierdzenia wyniku pozytywnego w teście przesiewowym;
- podjęcie leczenia w odpowiednim programie lekowym w przypadku stwierdzenia wyniku pozytywnego w teście potwierdzającym.

Kryteria wykluczenia z uczestnictwa w programie obejmują:

- wiek poniżej 18 r.ż.
- uczestnictwo w programie lekowym PWZWB lub C lub rozpoznane przypadki wzw B lub C oczekujące na włączenie do leczenia w programie lekowym;

-wystąpienie kryterium dyskwalifikującego do udziału w programie lekowym pwzw B lub pwzw C.

## **Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych przez placówki POZ w ramach realizacji zadań projektowych**

**1. Wizyta kwalifikująca do programu.** Wizyta obejmuje przeprowadzenie wywiadu z pacjentem i ocenę, czy spełnia on kryteria kwalifikacji do programu. Wizyta kwalifikacyjna dostępna jest dla pacjentów którzy zgłoszą się do programu indywidualnie oraz dla pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi, u których lekarz poweźmie podejrzenie, że pacjent spełnia kryteria kwalifikacji do programu.

Wymagane załączniki do wypełnienia: Deklaracja przystąpienia do programu, oświadczenie lekarza POZ o wykonanej usłudze, oraz pacjenta o otrzymanej usłudze, Ankieta uczestnika projektu sl2014, oświadczenie uczestnika projektu (RODO).

**2. Elementem wizyty kwalifikacyjnej,** w przypadku spełnienia warunków, będzie szybki test przesiewowy (RDT). Przewidywany czas wizyty 20 minut, uwzględniający przeprowadzenie szybkich testów przesiewowych (RDT) w kierunku zakażenia HBV i HCV. Pacjenci, którzy w badaniu przesiewowym uzyskają wynik negatywny otrzymają materiały informacyjne z zaleceniami zachowań obniżających ryzyko: zakażenia HBV/HCV i innych, niezakaźnych czynników sprzyjających rozwojowi HCC (ulotka dla pacjentów bez rozpoznanego PWZW) oraz adresem strony internetowej programu jak i profili w mediach społecznościowych utworzonych w ramach programu i realizujących edukację zdrowotną odnośnie tematyki programu. Ponadto, w przypadku pacjentów, którzy nie zostali zaszczepieni przeciw WZW B lekarz poinformuje o możliwości skorzystania z zalecanego w ramach Programu Szczepień Ochronnych szczepienia ochronnego przeciw WZW B. Program nie przewiduje finansowania szczepienia ochronnego przeciw WZW B. Pacjenci z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego (szacunkowo 1 na 200 osób badanych testem przesiewowym) są informowani o konieczności przeprowadzenia dalszych, potwierdzających badań laboratoryjnych. Lekarz kieruje pacjenta na pobranie krwi do badania potwierdzającego. Pobranie powinno być wykonane w tym samym dniu, po zakończeniu wizyty kwalifikacyjnej, tak by pacjent nie musiał ponownie przychodzić w tym celu do poradni.

Wymagane załączniki do wypełnienia: oświadczenie lekarza POZ o wykonanej usłudze, oraz pacjenta o otrzymanej usłudze.

**3. Pobranie próbki krwi do badania potwierdzającego** w kierunku zakażeń HBV i HCV. Od pacjentów z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego w kierunku PWZWB i PWZWC, pobrana zostanie jednorazowo próbka krwi obwodowej o objętości 5-10 ml. Próbka zostanie przekazana do laboratorium w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych w kierunku HBV lub HCV odpowiednio dla potwierdzenia wyniku badania przesiewowego.

Wymagane załączniki do wypełnienia: oświadczenie lekarza POZ o wykonanej usłudze, oraz pacjenta o otrzymanej usłudze.

**4. Przeprowadzenie laboratoryjnego badania HBsAg lub HCV-RNA.** Próbkę krwi wszystkich pacjentów zakwalifikowanych do badań potwierdzających (z pozytywnym wynikiem testu przesiewowego) w ramach programu zostaną zbadane w kierunku PWZWB na obecność antygenu powierzchniowego HBV (badanie HBsAg) lub w kierunku PWZWC na obecność kwasu nukleinowego HCV (badanie jakościowe HCV-RNA).

**5. Wizyta edukacyjna z omówieniem wyniku badania potwierdzającego.** W trakcie wizyty edukacyjnej, lekarz przekazuje pacjentowi wynik badania potwierdzającego i omawia znaczenie wyniku dla zdrowia pacjenta oraz wyjaśnia jak będzie przebiegać dalsze leczenie pacjenta. W przypadku potwierdzenia rozpoznania PWZW lekarz przekazuje materiały informacyjne w formie wydruku (ulotka dla pacjentów z potwierdzonym PWZW). W przypadku potwierdzenia PWZWB (dodatni wynik HBsAg) lub PWZWC (dodatni wynik HCVRNA) **lekarz kieruje pacjenta do specjalistycznej opieki zdrowotnej – tj. do Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, ośrodka wskazanego przez regionalnego operatora programu, celem wykonania dalszych badań potwierdzających rozpoznanie PWZW i zakwalifikowanie do właściwego programu lekowego.** Jednocześnie, w trakcie wizyty edukacyjnej pacjentowi z potwierdzonym PWZW przekazane zostaną dane kontaktowe do koordynatora pacjenta po stronie Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, który będzie służył pomocą pacjentowi w dalszym postępowaniu leczniczym. Lekarz wyjaśni pacjentowi rolę i zadania koordynatora pacjenta i wręczy mu stosowny materiał informacyjny w formie wydruku (ulotka informacyjna o zadaniach Koordynatora Pacjenta). W przypadku braku potwierdzenia PWZW (ujemne wyniki badania potwierdzającego) lekarz wyjaśni pacjentowi znaczenie uzyskanego wyniku i wręczy mu wydruk materiału promującego zachowania minimalizujące ryzyko zakażenia HCV/HBV (ulotka dla pacjentów bez rozpoznanego PWZW). Ponadto, w przypadku pacjentów, którzy nie zostali zaszczepieni przeciw WZW B lekarz poinformuje o możliwości skorzystania z zalecanego w ramach PSO szczepienia ochronnego przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Program nie przewiduje finansowania szczepienia ochronnego przeciw WZW B.

Wymagane załączniki do wypełnienia: oświadczenie lekarza POZ o wykonanej usłudze, oraz pacjenta o otrzymanej usłudze.

**Ponadto lekarz POZ wykona u pacjenta podczas końcowej wizyty ocenę satysfakcji pacjenta.** Pod koniec wizyty, w której pacjent kończy udział w programie, lekarz przekazuje mu ankietę oceny satysfakcji z prośbą o wypełnienie. Należy zapewnić pacjentowi takie warunki techniczne wypełnienia i pozostawienia ankiety, by gwarantowana była jej anonimowość. Ankieta satysfakcji pacjenta zawiera pole, w którym lekarz zaznacza właściwy etap zakończenia przez pacjenta udziału w programie, przed przekazaniem ankiety pacjentowi.

Wymagane załączniki do wypełnienia: ankieta satysfakcji pacjenta

## **VI. Rozliczanie udzielonych świadczeń przez POZ w ramach zadań projektowych**

W trakcie trwania projektu włączy do Projektu (etap I) ok. 150 pacjentów z grupy docelowej spełniających kwalifikacje określone w pkt. 1 z czego (etap II) u ok. 135 osób wykona szybki test

(RDT) w kierunku HBV i HCV. Zamawiający szacuje, że do dalszej diagnostyki (pacjenci z pozytywnym testem przesiewowym) skierowanych zostanie 0,5% pacjentów (1 pacjent na 200 osób).

Wobec powyższego jeżeli u pacjenta wyjdzie wynik dodatni szybkiego testu, lekarz POZ skieruje pacjenta do badania laboratoryjnego (etap III) w celu pobrania próbki krwi do badania potwierdzającego w kierunku zakażeń HBV i HCV. Próbkę krwi zostaną przesłane do laboratorium Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie (etap IV). Po otrzymaniu wyniku laboratoryjnego lekarz POZ przeprowadza z pacjentem wizytę edukacyjną z omówieniem wyniku (etap V).

W przypadku potwierdzenia rozpoznania PWZW lekarz przekazuje materiały informacyjne w formie wydruku (ulotka dla pacjentów z potwierdzonym PWZW). W przypadku potwierdzenia PWZWB (dodatni wynik HBsAg) lub PWZWC (dodatni wynik HCVRNA) lekarz kieruje pacjenta do Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie celem wykonania dalszych badań potwierdzających rozpoznanie PWZW i zakwalifikowanie do właściwego programu lekowego. Ponadto lekarz POZ na końcowej wizycie przekazuje pacjentowi ankietę oceny satysfakcji z prośbą o wypełnienie. Należy zapewnić pacjentowi takie warunki techniczne wypełnienia i pozostawienia ankiety, by gwarantowana była jej anonimowość. Ankieta satysfakcji pacjenta zawiera pole, w którym lekarz zaznacza właściwy etap zakończenia przez pacjenta udziału w programie, przed przekazaniem ankiety pacjentowi.

**Kwota wynagrodzenia za świadczenie lekarza POZ na podstawie zestawienia stawek jednostkowych dla programu pn. Pilotażowy program profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski**

1. Wizyta kwalifikacyjna do programu – 110,00 zł
2. Szybkie testy diagnostyczne RDT (rapid diagnostic tests) w kierunku HBV (HBsAg) – 15,00 zł
3. Szybkie testy diagnostyczne RDT (rapid diagnostic tests) w kierunku HCV – 16,00 zł
4. Pobranie krwi obwodowej do badania – 12,00 zł
5. Wizyta edukacyjna i omówienie wyniku badań potwierdzających oraz usługa koordynacyjna – 110,00 zł

**Za wybór laboratorium lub laboratoriów zdolnych do wykonania badań laboratoryjnych HCV-RNA oraz HBsAg odpowiada Szpital Specjalistyczny w Chorzowie. Kosz transportu próbki krwi pokrywa Realizator, tj. Szpital Specjalistyczny w Chorzowie. Realizator odpowiada za zapewnienie logistyki transportu próbek do badań laboratoryjnych i terminowe przekazanie wyników do wykonawców badań.**

**Materiały promocyjno- informacyjne (ulotki, plakaty, broszury o Programie – dostarcza Realizator Modułu Centralnego).**

VII. Z udziału w naborze wykluczone są podmioty powiązane kapitałowo lub finansowo z Zamawiającym, gdzie przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przeprowadzeniem



procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej,
- pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

**VIII. Oznaczenie wg Wspólnego Słownika Zamówień:**

85.12.10.00-3 – usługi medyczne.

#### **IX. Termin wykonania zamówienia**

Zamawiający wymaga realizacji zamówienia w okresie: od dnia zawarcia umowy do 31.03.2023 r.

W przypadku przedłużenia trwania Projektu Umowa z placówką POZ obowiązuje do dnia zakończenia Projektu zgodnie z umową z Ministerstwem Zdrowia.

#### **X. Warunki udziału placówek POZ w naborze**

Placówka POZ przystępująca do naboru powinna wykazać, że:

1. Posiada jednostkę organizacyjną lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: śląskiego, dolnośląskiego, opolskiego;
2. Posiada na dzień składania Oferty podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia;
3. Dysponuje personelem medycznym zatrudnionym w Placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia minimum 2 osoby, w tym co najmniej 1 lekarz POZ;
4. Deklaruje udział w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego min. 2 osoby z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ – lekarz lub pielęgniarka.
5. Placówka POZ przystępująca do naboru deklaruje, że koszt świadczenia lekarza w placówce POZ za poniższe działania nie przekroczy określonych kwot, tj.:

- Wizyta kwalifikacyjna do programu – 110,00 zł
- Szybkie testy diagnostyczne RDT (rapid diagnostic tests) w kierunku HBV (HBsAg) – 15,00 zł
- Szybkie testy diagnostyczne RDT (rapid diagnostic tests) w kierunku HCV – 16,00 zł
- Pobranie krwi obwodowej do badania – 12,00 zł
- Wizyta edukacyjna i omówienie wyniku badań potwierdzających oraz usługa koordynacyjna – 110,00 zł

## **XI. Sposób przygotowania i złożenia oferty**

Ofertę należy sporządzić w języku polskim.

Oferta musi zawierać:

Wypełniony i podpisany Formularz Ofertowy zawierający Oświadczenie Oferenta o spełnieniu warunków udziału - wg Załącznika nr 1.

Składana oferta wymaga podpisu osoby/osób uprawnionych do reprezentowania placówki POZ składającej ofertę zgodnie z wymaganiami ustawowymi. Osoba podpisująca ofertę zobowiązana jest załączyć do oferty dokumenty z których będzie wynikało prawo do reprezentacji Placówki POZ. Jeżeli ofertę podpisuje inna osoba, niż wynika to z prawa do reprezentacji, wraz z Ofertą zobowiązana jest ona złożyć stosowne Pełnomocnictwo.

Ofertę składa się, pod rygorem nieważności, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną z tym, że:

-jeśli oferta jest składana pisemnie, musi być ona zawarta w zamkniętej kopercie lub innym opakowaniu w sposób zapewniający nieujawnienie treści oferty do chwili jej otwarcia.

Zamknięta koperta lub inne opakowanie musi być opatrzone danymi oferenta (nazwa i adres lub pieczęć firmowa oferenta) oraz zawierać oznaczenie:

-Szpital Specjalistyczny w Chorzowie, ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

z dopiskiem: Sekcja ds. pozyskiwania funduszy pomocowych

Oferta – Nabór placówek POZ do projektu

„Program profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski” -jeśli oferta jest składana drogą elektroniczną (e-mailowo), w tytule e -maila należy podać:



Oferta – Nabór placówek POZ do projektu „Program profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski”

Oferta musi być przesłana do Zamawiającego w formie załącznika zawierającego skan (format pliku PDF) zgodnie ze wzorem załącznika nr 1.

Oferty niekompletne lub niezgodne z warunkami udziału w naborze będą odrzucone.

Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych lub wariantowych.

W trakcie oceny oferty Zamawiający może zażądać od Oferenta wyjaśnień dotyczących treści złożonej oferty.

Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent.

Pytania dotyczące składania ofert należy kierować na adres e-mail:

[nbieronska@sswch.pl](mailto:nbieronska@sswch.pl)

## **XII. Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert**

Nabór ofert odbywa się w sposób ciągły aż do uzyskania założonej liczby placówek POZ.

Termin zakończenia naboru uzupełniającego - do otrzymania założonej liczby ofert spełniających kryteria formalne i merytoryczne.

Ofertę w formie pisemnej należy złożyć w siedzibie Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów, **w dni robocze w godz. 8:00-15:00.**

Ofertę w formie elektronicznej należy złożyć na adres **[nbieronska@sswch.pl](mailto:nbieronska@sswch.pl)** w formie załącznika zawierającego skan (format pliku PDF) dokumentów wymienionych w pkt. XI.

## **XIII. Dodatkowe postanowienia dotyczące naboru**

Termin związania ofertą: 30 dni kalendarzowych od zakończenia terminu składania ofert.

Zamawiający zastrzega sobie prawo wydłużenia terminu składania Ofert.

Zamawiający zastrzega sobie prawo przeprowadzenia negocjacji z placówkami POZ przed dokonaniem wyboru oferty najkorzystniejszej.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia naboru na każdym jego etapie.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zakończenia naboru na każdym jego etapie, w szczególności z powodu wyczerpania puli dostępnych miejsc.

Zamawiający o wynikach naboru powiadomi wszystkie placówki POZ, które złożyły ofertę oraz zamieści stosowną informację na stronie internetowej Zamawiającego.

#### XIV. Kryteria oceny oferty

Przy wyborze ofert Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

- Placówka POZ przystępująca do naboru posiada jednostkę organizacyjną lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: śląskiego, dolnośląskiego, opolskiego;
- Placówka POZ przystępująca do naboru posiada na dzień składania Oferty podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia;
- Placówka POZ przystępująca do naboru dysponuje personelem medycznym zatrudnionym w Placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. minimum 2 osoby, w tym co najmniej 1 lekarza POZ;
- Placówka POZ przystępująca do naboru deklaruje udział w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego min. 2 osób z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ – lekarz lub pielęgniarka.
- Placówka POZ przystępująca do naboru deklaruje, że koszt świadczenia lekarza w placówce POZ za poniższe działania nie przekroczy określonych kwot, tj.:

1. Wizyta kwalifikacyjna do programu – 110,00 zł
2. Szybkie testy diagnostyczne RDT (rapid diagnostic tests) w kierunku HBV (HBsAg) – 15,00 zł
3. Szybkie testy diagnostyczne RDT (rapid diagnostic tests) w kierunku HCV – 16,00 zł
4. Pobranie krwi obwodowej do badania – 12,00 zł
5. Wizyta edukacyjna i omówienie wyniku badań potwierdzających oraz usługa koordynacyjna – 110,00 zł

Kryteria będą oceniane przez Zamawiającego na zasadzie podpisanego oświadczenia będącego częścią treści Załącznika 1.

Nabór ofert trwa do ogłoszenia przez Zamawiającego zakończenia naboru.

Zamawiający zastrzega sobie prawo przeprowadzenia negocjacji z placówkami POZ przed podpisaniem umowy.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia naboru na każdym jego etapie.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zakończenia naboru na każdym jego etapie, w szczególności z powodu wyczerpania puli dostępnych miejsc.

Zamawiający o wynikach naboru powiadomi wszystkie placówki POZ, które złożyły ofertę oraz zamieści stosowną informację na stronie internetowej Zamawiającego.



Placówki, które nie zostaną wybrane do współpracy w ramach Projektu, zostaną wpisane na listę rezerwową, z możliwością późniejszego włączenia do realizacji Projektu, o czym poinformowane zostaną drogą mailową.

Załączniki do ogłoszenia:

- Formularz oferty wraz z oświadczeniem o spełnieniu kryteriów udziału
- Opis przedmiotu zamówienia wraz z etapami realizacji Projektu
- Wzór Umowy o Współpracę wraz z wymaganymi załącznikami do wypełnienia na każdym etapie realizacji projektu