

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI  
KONKURSU OFERT NA WYBÓR REALIZATORA BADAŃ PET W RAMACH  
"PROGRAMU ZDROWOTNEGO DLA MIESZKAŃCÓW MIASTA PŁOCKA Z UŻYCIEM METODY PET"  
W 2006r.**

**§ 1**

1. Konkurs ofert dotyczy wyboru realizatora badań PET w ramach "Programu zdrowotnego dla mieszkańców miasta Płocka z użyciem metody PET" w 2006r.
2. Badaniami objęci będą mieszkańcy miasta Płocka z wcześniejszą diagnozą nowotworu, zakwalifikowani do badania przez Komisję Kwalifikacyjną powołaną przez Prezydenta Miasta Płocka.

**§ 2**

1. Konkurs ofert prowadzi Komisja Konkursowa powołana przez Prezydenta Miasta Płocka.
2. Tryb pracy Komisji określa regulamin pracy Komisji.

**§ 3**

Ofertę należy przygotować zgodnie z wytycznymi zawartymi w niniejszym dokumencie.

1. Oferta musi być sporządzona w języku polskim, napisana na maszynie, komputerze lub nieścieralnym atramentem.
2. Oferta musi być podpisana przez upoważnionego przedstawiciela oferenta. Upoważnienie do podpisania oferty musi być dołączone do oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta (np. z wypisu z Krajowego Rejestru Sądowego).
3. Załączniki do oferty stanowiące oświadczenia oferenta muszą być również podpisane przez upoważnionego przedstawiciela oferenta.
4. W przypadku dołączenia do oferty jako załącznika kopii jakiegoś dokumentu, powyższa kopia musi być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez organ wydający dokument lub osobę zaufania publicznego (notariusz, adwokat, radca prawny).
5. Wszystkie strony oferty, a także wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
6. Oferent musi zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która :
  - ✓ będzie zaadresowana: Urząd Miasta Płocka, 09-400 Płock, Stary Rynek 1,
  - ✓ będzie posiadać adnotację: „Konkurs na wybór realizatora badań PET w ramach *Programu zdrowotnego dla mieszkańców miasta Płocka z użyciem metody PET w 2006r.* Nie otwierać przed dniem 2 maja 2006r. godz. 15:30”
7. Oferent nie może wycofać oferty i wprowadzić w niej zmian po upływie terminu składania ofert.

**§ 4**

Oferta powinna zawierać następujące informacje i dokumenty:

1. Dane oferenta (pełna nazwa zakładu, adres, NIP, Regon); nazwę podmiotu, który utworzył zakład; numer wpisu do rejestru zoz-ów prowadzonego przez wojewodę; numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego; wskazanie kierownika zakładu, wskazanie koordynatora programu – *załącznik nr 1.*
2. Informacja o rodzaju i ilości posiadanego sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanych do udzielania świadczeń w ramach programu – *załącznik nr 1.*
3. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą wykonywały świadczenia w ramach programu – *załącznik nr 1.*
4. Oferta cenowa z uwzględnieniem kalkulacji ceny – *załącznik nr 1.*
5. Aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez wojewodę.
6. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego.
7. Polisa bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia HIV, na okres ich udzielania, ze wskazaniem minimalnej sumy gwarancyjnej w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz wszystkich zdarzeń, których skutki będą objęte ubezpieczeniem.
8. Inne dokumenty, oświadczenia i informacje, o których oferent chce powiadomić Zamawiającego.

## § 5

Oferent przystępujący do konkursu powinien spełniać następujące warunki:

1. złożyć ofertę zgodną z wymaganiami określonymi w niniejszym dokumencie;
2. posiadać pracownię, która będzie w stanie wykonać co najmniej 800 badań PET rocznie, oprócz działalności bieżącej;
3. zapewnić fachowy personel medyczny, tj.:
  - a) 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny nuklearnej z doświadczeniem w pracy z badaniami PET (udokumentowane szkolenia), opisujących nie mniej niż 500 badań rocznie,
  - b) lekarza specjalistę w dziedzinie radiologii,
  - c) nie mniej niż 2 pracowników z wyższym wykształceniem (fizyka, biologia i pokrewne) z przynajmniej rocznym stażem w zakresie produkcji radiofarmaceutyków cyklotronowych, posiadających wymagane uprawnienia,
  - d) nie mniej niż 2 pielęgniarki z przynajmniej rocznym doświadczeniem w pracy w pracowni nuklearnej,
  - e) nie mniej niż 2 techników z przynajmniej rocznym doświadczeniem w pracy w pracowni nuklearnej przy badaniach typu PET;
4. posiadać sprzęt niezbędny do przeprowadzenia badań:
  - a) pracownię do przygotowywania radiofarmaceutyków,
  - b) skaner PET lub skaner PET/CT z oprogramowaniem i systemem komputerowym umożliwiającym wydanie wyniku w formie opisu i obrazu ew. patologii,
  - c) program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania);
6. prowadzić bieżącą i systematyczną kontrolę jakości badań;
7. zapewnić obsługę bazy danych pacjentów objętych badaniami (zawierającej min. imię i nazwisko, PESEL, datę skierowania, datę wykonania badania), odpowiedzialnej za wyznaczanie terminów badań, informowanie pacjentów o terminach badań;
8. zapewnić zleceniodawcy przekazanie kopii wyników badań pacjentów wykonanych w ramach programu.

## § 6

1. Komisja Konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty na podstawie ceny jednostkowego badania oraz spełnienia przez oferenta dodatkowych kryteriów.
2. Dodatkowe kryteria, które będą decydowały o wyborze oferty:
  - a) współpraca przy realizacji programu lekarza z tytułem profesora,
  - b) posiadanie drugiego, sprawnego skanera PET lub PET/CT,
  - c) dostępność do badań w ramach programu (dni tygodnia i godziny prowadzenia badań).
3. Dokonany przez Komisję wybór najkorzystniejszej oferty podlega akceptacji Prezydenta Miasta Płocka.

## § 7

1. Wyniki konkursu ofert zostaną podane oferentom na piśmie oraz przekazane do publicznej wiadomości w formie informacji zamieszczonej na tablicach ogłoszeń Urzędu Miasta Płocka oraz w BIP Urzędu Miasta Płocka ([www.ump.pl](http://www.ump.pl)).
2. Z zakładem opieki zdrowotnej, wybranym w wyniku konkursu, zostanie zawarta stosowna umowa w terminie do 14 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu.

## § 8

Organizator konkursu zastrzega sobie prawo:

1. do przesunięcia terminu składania ofert lub odwołania konkursu bez podania przyczyny;
2. unieważnienia konkursu w przypadku niewybrania przez Komisję najkorzystniejszej oferty.

## § 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 27.08.2004. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 23.04.1964r. *Kodeks cywilny* (Dz.U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.).

| Lp.   | Pytanie do oferenta  | Odpowiedź oferenta     |
|---|--|------------------------|
| <b>I. Dane o ofercie</b>  |  |                        |
| 1.  | Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej  |                        |
| 2.  | Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail, telefon, fax   |                        |
| 3.  | NIP  |                        |
| 4.  | Regon  |                        |
| 5.  | Nazwa podmiotu, który utworzył zakład  |                        |
| 6.  | Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej  |                        |
| 7.  | Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego  |                        |
| 8.  | Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)  |                        |
| 9.  | Osoba odpowiedzialna za realizację programu – koordynator (imię i nazwisko, nr tel., fax)  |                        |
| <b>II. Podstawowe informacje o sprzęcie medycznym do realizacji badań</b> |  |                        |
| 1.  | Rok produkcji skanera PET  |                        |
| 2.  | Typ skanera, producent   |                        |
| 3.  | Pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków  |                        |
| 4.  | Stosowane radiofarmaceutyki  |                        |
| 5.  | Program archiwizacji danych pacjentów w systemie komputerowym  |                        |
| 6.  | Aparatura do kontroli jakości  |                        |
| <b>III. Informacje o personelu medycznym wykonującym badania</b>          |  |                        |
| 1.  | Lekarz specjalista (liczba osób, szkolenie, staż) w dziedzinie:<br>A. medycyny nuklearnej<br><br>B. radiologii   | A.<br><br>B.           |
| 2.  | Pracownicy zajmujący się produkcją radiofarmaceutyków (staż, uprawnienia) z wyższym wykształceniem w dziedzinie:<br>A. fizyki<br><br>B. biologii<br><br>C. innej | A.<br><br>B.<br><br>C. |
| 3.  | Pielęgniarki (doświadczenie w  |                        |

|    |  |  |
|----|--|--|
|    | pracy w pracowni nuklearnej)                                 |  |
| 4. | Technicy (doświadczenie w pracy w pracowni nuklearnej)       |  |
| 5. | Personel do obsługi bazy danych pacjentów objętych badaniami |  |

#### IV. Plan rzeczowo – finansowy

|    |   |                            |
|----|---|----------------------------|
| 1. | Proponowana liczba badań, którą oferent może wykonać w ramach programu w 2006r.   |                            |
| 2. | Cena jednostkowa oferowanego badania PET  |                            |
| 3. | Szczegółowa kalkulacja ceny jednostkowej badania <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ koszty materiałowe</li> <li>▪ eksploatacja sprzętu</li> <li>▪ koszty osobowe</li> <li>▪ koszt obsługi bazy danych</li> <li>▪ koszty inne (jakie)</li> </ul> | a)<br>b)<br>c)<br>d)<br>e) |
| 4. | Koszt całkowity badań /liczba badań x cena jednostkowa/   |                            |

#### V. Inne informacje

|    |  |                        |
|----|--|------------------------|
| 1. | Liczba badań PET, jaką oferent wykonał rocznie w okresie ostatnich trzech lat  |                        |
| 2. | Liczba badań PET, którą oferent może wykonać na rzecz programu:<br>A. w ciągu dnia<br>B. w ciągu tygodnia  | A.<br>B.               |
| 3. | Czy oferent realizował badania na zlecenie podmiotu innego niż NFZ w okresie dwóch ostatnich lat ? (proszę wpisać tak lub nie)<br>Kto finansował badania?<br>Jaką populację objęto badaniami ? | 2005 r. –<br>2004 r. - |
| 4. | Czy oferent zagwarantuje zleceniodawcy przekazywanie kopii wyników badań pacjentów przebadanych w ramach programu na potrzeby analizy merytorycznej programu                                   |                        |
| 5. | Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu (tel., godz.)  |                        |
| 6. | Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji badań na rzecz programu  |                        |
| 7. | Lokalizacja:<br>a) miejsce realizacji badań (adres, pok., tel/fax)<br>b) dojazd środkami komunikacji miejskiej   |                        |

Potwierdzam, że zakład opieki zdrowotnej ..... spełnia warunki określone w “Szczegółowych warunkach konkursu ofert na wybór realizatora badań PET w ramach “Programu zdrowotnego dla mieszkańców miasta Płocka z użyciem metody PET” w 2006r.”

Podpis dyrektora zakładu opieki zdrowotnej