**Warszawa, dnia 24 czerwca 2019 roku**

**OGŁOSZENIE**

Na podstawie art. 48 ust. 1 i ust. 5 oraz art. 48b ust. 1 w zw. z ust. 2 ustawy z dnia   
27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.).., Minister Zdrowia ogłasza uzupełniający konkurs ofert na wybór **dodatkowego realizatora programu polityki zdrowotnej w województwie podkarpackim, pn.: „*Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 - 2021”***

1. **PRZEDMIOT KONKURSU**

Przedmiotem konkursu jest wybór dodatkowego realizatora Programupolityki zdrowotnej MZ **na terenie województwa podkarpackiego** pn.:„*Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 - 2021”*

**Głównym** celem Programu jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS, poprzez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego (ARV). Program leczenia ARV jest Programem terapii ambulatoryjnej, o ile nie zaistnieją inne wskazania medyczne do hospitalizacji,   
które nie zawsze są związane bezpośrednio z zakażeniem HIV. Wszystkie aktualnie zarejestrowane leki antyretrowirusowe dają możliwości prowadzenia terapii ARV zarówno   
w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych.

**Cele szczegółowe:**

* Getting to zero – WHO, „Dążymy do zera. Zero nowych zakażeń HIV.   
  Zero dyskryminacji. Zero zgonów z powodu AIDS”;
* zmniejszenie śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV   
  w Polsce;
* zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji Polaków; zmniejszenie zakaźności osób żyjących z HIV/AIDS (skuteczne leczenie ARV);
* dążenie do osiągniecia celu: 90 - 90 - 90 (UNAIDS) do roku 2021; 90% wszystkich osób z rozpoznanym zakażeniem HIV rozpocznie terapię antyretrowirusową.   
  90% wszystkich osób przyjmujących leki antyretrowirusowe osiągnie supresję wirusa HIV < 50 kopii/ml;
* zwiększenie dostępności do leków antyretrowirusowych pacjentów zakażonych HIV   
  w Polsce;
* zapewnienie leków antyretrowirusowych niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+; zakażenia wertykalne poniżej 1%;
* zapewnienie leków antyretrowirusowych na postępowanie poekspozycyjne   
  na zakażenie HIV pozazawodowe wypadkowe; zero zakażeń po ekspozycji na HIV.

**Elementami Programu finansowanymi przez Ministerstwo Zdrowia są koszty zakupu:**

* Leków antyretrowirusowych - ARV,
* Testów do oznaczania poziomu wiremii HIV RNA,
* Testów do oznaczania profilu immunologicznego CD3/CD4/CD8,
* Testów do oznaczania oporności na leki ARV,
* Testów do oznaczania HLA B\*57,
* Testów do wykrywania zakażenia HIV u kobiet w ciąży – testy przesiewowe (profilaktyka zakażeń wertykalnych),
* Szczepionek dla dzieci urodzonych przez matki HIV+.

1. II. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:
2. **Ofertę należy przygotować w formie pisemnej, w języku polskim, w sposób czytelny.**
3. **B. Oferta powinna zawierać dokumenty i oświadczenia pozwalające stwierdzić spełnienie wymagań formalnych i merytorycznych:**
4. **Wymagania formalne:**
   * 1. Dane identyfikujące oferenta zgodnie z formularzem stanowiącym **załącznikiem   
        nr 1,** do którego należy dołączyć::
        1. w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 104 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.),   
           kopię zawiadomienia, o którym mowa w tym przepisie, uwierzytelnioną   
           przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta, zgodnie z wzorami podpisów, zamieszczonymi w tabeli stanowiącej załącznik nr 2, radcę prawnego   
           lub adwokata;
        2. w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 36 i 49 ustawy z dnia   
           20 sierpnia 1997 roku o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz.U.2018. poz.986 j.t. z późn. zm.), wydruk z Centralnej Informacji Krajowego Rejestru Sądowego,   
           o którym mowa w art. 4 ust. 4aa tej ustawy, zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty.
     2. Oświadczenie o posiadaniu aktualnej umowy o odpowiedzialności cywilnej,   
        zgodnie z **załącznikiem nr 3**.
     3. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,   
        zgodnie z **załącznikiem nr 4**.
     4. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią Programu polityki zdrowotnej MZ pn: *„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce   
        na lata 2017 – 2021”*, zgodnie **z załącznikiem nr 5**.
     5. Oświadczenie oferenta o prawdziwości danych zawartych w ofercie,   
        zgodnie z **załącznikiem nr 6**.
5. Oświadczenie oferenta o uzyskanych przychodach z innych źródeł lub oświadczenie   
   o braku przychodów z innych źródeł na realizację zadań będących przedmiotem konkursu, uwzględniające również działalność spółek względem oferenta dominujących lub zależnych w rozumieniu z dnia 29 lipca 2005 roku o ofercie publicznej i warunkach wprowadzania instrumentów finansowych   
   do zorganizowanego systemu obrotu o spółkach publicznych (Dz.U.2019.poz.623 j.t. z późn. zm.), zgodnie z **załącznikiem nr 7**.

**Wymagania merytoryczne:**

Warunki, które powinien spełniać ośrodek zajmujący się leczeniem osób zakażonych HIV   
i chorych na AIDS:

* Oddział pobytu dziennego (ambulatorium) - przychodnia wzbogacona o dział zabiegowy (możliwość pobierania krwi, pozajelitowego podawania leków, opracowania materiału biologicznego, wykonywania drobnych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych itp.);
* Dział diagnostyki laboratoryjnej z możliwością badań serologicznych, bakteriologicznych, mykologicznych, parazytologicznych i histopatologicznych;
* Możliwość wykonania diagnostyki endoskopowej - gastroduodenoskopia, bronchofiberoskopia, sigmoidoskopia itd., z możliwością histopatologicznego   
  i mikrobiologicznego opracowania materiału;
* Możliwość wykonania diagnostyki inwazyjnej: punkcja szpiku, punkcja lędźwiowa, punkcja opłucnowa, punkcja otrzewnowa, biopsja wątroby, biopsja węzłów chłonnych;
* Dział diagnostyki radiologicznej.

Placówka ta powinna świadczyć usługi diagnostyczne i terapeutyczne na wysokim poziomie merytorycznym (personel lekarski przeszkolony do pracy z osobami żyjącymi   
z HIV przygotowany merytorycznie), tzn.:

* Wykazać możliwość i gotowość do prowadzenia kompleksowej terapii antyretrowirusowej;
* Wykazać możliwość i gotowość do prowadzenia profilaktyki i leczenia zakażeń oportunistycznych;
* Prowadzić profilaktykę poekspozycyjną na zakażenie HIV;
* Wykazać możliwość i gotowość do prowadzenia profilaktyki i leczenia zakażeń wertykalnych;
* Posiadać możliwość współpracy z psychologiem, pracownikiem socjalnym, pedagogiem, pielęgniarką środowiskową i osobami zajmującymi się leczeniem narkomanii.

W przypadku nowego realizatora Programu dodatkowo:

**Posiadać odpowiednią wiedzę merytoryczną - medyczną w pracy z osobami żyjącymi   
z HIV i chorymi na AIDS** (*potwierdzeniem warunku określonego w konkursie jest: pisemna opinia konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych, opinia ośrodka referencyjnego, który przeprowadził specjalistyczne szkolenie dla lekarzy ośrodka startującego w konkursie, w zakresie merytorycznym, wymaganym dla realizatorów Programu Leczenia ARV*)**.**

1. Opis sposobu realizacji zadania Programu, zawierający wykaz i zakres zadań projektowanych, zgodnie z **załącznikiem nr 8**.
2. Informację o prowadzonej działalności, zgodnie z **załącznikiem nr 9**.

**C. Inne informacje o sposobie przygotowania oferty:**

* 1. Ofertę należy złożyć w jednym egzemplarzu, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
  2. Ofertę składa się w zamkniętej kopercie z dopiskiem:

„Program polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pn: **„*Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 - 2021” -* NIE OTWIERAĆ PRZED TERMINEM PIERWSZEGO POSIEDZENIA KOMISJI”**, opatrzonej danymi teleadresowymi(adres do korespondencji, nr faksu i e-mail).

* 1. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane i parafowane przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta lub osobę upoważnioną do sporządzenia   
     lub podpisania oferty.
  2. Jeżeli oferta jest podpisana przez osobę inną niż osoba uprawniona do reprezentowania oferenta na podstawie wpisu do rejestru do **załącznika nr 2** należy dołączyć pełnomocnictwo wraz z wzorami podpisów osoby, której pełnomocnictwo zostało udzielone.
  3. Oferty nie spełniające warunków formalnych podlegają odrzuceniu.

W przypadku, gdy oferta sporządzona jest w sposób nieczytelny pozostawia się ją bez rozpoznania.

**III. KRYTERIA OCENY OFERT:** **Łącznie maksymalnie 100 pkt.**

1. Udokumentowana możliwość zrealizowania zadań, minimalne zatrudnienie personelu gwarantującego właściwe wykonanie zadania **- 60 pkt;**
2. Doświadczenie z dotychczasowej realizacji programu polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego – **20 pkt;**
3. Opis sposobu realizacji zadania - **20 pkt.**
4. IV. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:
5. Oferty należy składać w siedzibie Krajowego Centrum ds. AIDS w nieprzekraczalnym terminie do 10 lipca 2019 roku do godziny 12.00 na adres: Krajowego Centrum   
   ds. AIDS, ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa, z adnotacją na kopercie: „Konkurs na dodatkowego realizatora Programu polityki zdrowotnej MZ pn: „*Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 - 2021*”.”

**Uwaga:**

1. Przedłożona oferta powinna zawierać spis załączonych dokumentów.
2. Oferta powinna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności.
3. Oferty niekompletne, nieprawidłowo wypełnione lub zawierające błędne dane zostaną uznane w postępowaniu konkursowym za nieważne.
4. Możliwość uzupełnienia lub poprawienia złożonych ofert dopuszcza się wyłącznie w wyjątkowych i uzasadnionych przypadkach w okresie siedmiu dni od daty zakończenia przyjmowania ofert, określonej w ogłoszeniu.
5. Do oferty powinno być dołączone upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.

**V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE:**

1. Niezwłocznie po upływie terminu składania ofert wyznaczone zostanie miejsce   
   i termin pierwszego posiedzenia, o którym każdy z oferentów zostanie pisemnie poinformowany za pośrednictwem faksu lub poczty elektronicznej na wskazany przez oferenta - na kopercie zawierającej ofertę - numer faksu i adres e-mail. W posiedzeniu będzie mógł uczestniczyć jeden przedstawiciel każdego z oferentów.
2. Zastrzega się możliwość przesunięcia przez Ministra Zdrowia terminu składania ofert lub terminu usunięcia braków formalnych, odwołania lub unieważnienia konkursu ofert bez podania przyczyny. Informacja o przesunięciu terminu składania ofert, terminie do usunięcia braków formalnych, będzie zamieszczana na tablicy ogłoszeń   
   w siedzibach Krajowego Centrum ds. AIDS oraz na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.
3. Listy ofert spełniających oraz niespełniających warunków formalnych, wraz   
   ze wskazaniem braków formalnych, zostaną zamieszczone na tablicach ogłoszeń   
   w siedzibach oraz na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia i Krajowego Centrum ds. AIDS oraz na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.
4. Oferentowi przysługuje możliwość uzupełnienia braków formalnych w formie pisemnej w siedmiodniowym terminie od ukazania się listy ofert niespełniających warunków formalnych. Uzupełnienie składa się w zamkniętej kopercie z dopiskiem: „Uzupełnienie braków formalnych w konkursie ofert na wybór realizatorów programupn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 - 2021”. NIE OTWIERAĆ PRZED POSIEDZENIEM KOMISJI”. O zachowaniu terminu decyduje data wpływu do siedziby Krajowego Centrum ds. AIDS.   
   W przypadku niedotrzymania terminu i nieuzupełnienia braków formalnych, złożona oferta podlega odrzuceniu.
5. Oferentowi przysługuje możliwość składania pytań do treści ogłoszenia, jednak   
   nie później niż na dwa dni robocze przed upływem terminu składania ofert. Wyjaśnienia w zakresie treści ogłoszenia będą udzielane w formie pisemnej składającemu pytanie na adres e-mail lub numer faksu wskazany w zapytaniu,   
   w terminie dwóch dni roboczych.
6. Oferent ma obowiązek udzielać wyjaśnień w zakresie treści oferty na pisemne żądanie Komisji Konkursowej i w terminie wskazanym przez Komisję Konkursową.   
   Termin ten nie może być krótszy niż trzy dni robocze.

**Załącznik nr 1** do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór dodatkowego realizatora Programu polityki zdrowotnej pn.: **„**Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce   
na lata 2017 - 2021”.

………………….., dnia……………….

(miejscowość i data)

………………………….

(pieczęć Oferenta)

**Dane identyfikujące oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| **PEŁNA NAZWA ZGODNA Z WŁAŚCIWYM REJESTREM LUB DOKUMENTEM ZAŁOŻYCIELSKIM** |  |
| **ADRES SIEDZIBY** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI (JEŚLI INNY NIŻ ADRES SIEDZIBY)** |  |
| **NUMER TELEFONU** |  |
| **NUMER FAKSU** |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **NAZWISKO I IMIĘ KIEROWNIKA PODMIOTU LECZNICZEGO** |  |
| **NUMER WPISU DO KRS** |  |
| **NUMER REGON** |  |
| **NUMER NIP** |  |
| **NUMER WPISU W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ (JEŚLI DOTYCZY)** |  |

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania oferenta

**Załącznik nr 2** do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór dodatkowego realizatora Programu   
polityki zdrowotnej pn.: **„**Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce   
na lata 2017 - 2021”.

**Wzory podpisów osób uprawnionych do reprezentowania oferenta**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** | **Wzór podpisu** | **Wzór parafy** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania oferenta

**Załącznik nr 3** do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór dodatkowego realizatora Programu   
polityki zdrowotnej pn.: **„**Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 - 2021”.

………………….., dnia……………….

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej**

Działając w imieniu …………………………………………………………., w związku   
z ofertą składaną w konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021” w zakresie zadania: ………………………………………………………………………………………… oświadczam, że reprezentowany przez mnie podmiot posiada aktualną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
do reprezentowania oferenta

**Załącznik nr 4** do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór dodatkowego realizatora Programu   
polityki zdrowotnej pn.: **„**Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce   
na lata 2017 - 2021”.

………………….., dnia……………….

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert**

Działając w imieniu …………………………………………………………., w związku   
z ofertą składaną w konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021” w zakresie zadania: ………………………………………………………………………………………… oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania oferenta

**Załącznik nr 5** do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór dodatkowego realizatora Programu   
polityki zdrowotnej pn.: **„**Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce   
na lata 2017 - 2021”.

………………….., dnia……………….

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią programu**

Działając w imieniu …………………………………………………………., w związku   
z ofertą składaną w konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: *„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021”* w zakresie zadania: ………………………………………………………………………………………… oświadczam, że zapoznałem się z treścią programu polityki zdrowotnej pod nazwą *„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021”*

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania oferenta

**Załącznik nr 6** do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór dodatkowego realizatora Programu   
polityki zdrowotnej pn.: **„**Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce   
na lata 2017 - 2021”.

………………….., dnia……………….

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o prawdziwości danych zawartych w ofercie**

Działając w imieniu …………………………………………………………., w związku   
z ofertą składaną w konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: *„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021”* w zakresie zadania: ………………………………………………………………………………………… oświadczam, że danezawarte w ofercie są prawdziwe*.*

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania oferenta

**Załącznik nr 7** do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór dodatkowego realizatora Programu   
polityki zdrowotnej pn.: **„**Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce   
na lata 2017 - 2021”.

………………….., dnia……………….

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o przychodach**

Działając w imieniu …………………………………………………………., w związku   
z ofertą składaną w konkursie ofert na wybór dodatkowego realizatora polityki zdrowotnej pn.: *„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021”*   
w zakresie zadania:

……………………………………………………………………………………… oświadczam, że reprezentowany przez mnie podmiot *uzyskał przychody/nie uzyskał* *przychodów\** z innych źródeł na realizację zadań będących przedmiotem konkursu, uwzględniając również działalność spółek dominujących lub zależnych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o ofercie publicznej i warunkach wprowadzania instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu o spółkach publicznych (Dz. U. z 2019 roku, poz. 623).

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania oferenta

*\*niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 8** do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór dodatkowego realizatora Programu   
polityki zdrowotnej pn.: **„**Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce   
na lata 2017 - 2021”.

………………….., dnia……………….

(miejscowość i data)

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pieczęć Oferenta)

**Opis sposobu realizacji Programu, zawierający wykaz i zakres zadań projektowanych w ramach realizacji programu** (maksymalnie 300 słów),

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
do reprezentowania oferenta

**Załącznik nr 9** do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór dodatkowego realizatora Programu   
polityki zdrowotnej pn.: *„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce   
na lata 2017-2021”*

**Informacja o prowadzonej działalności:**

**1.** Doświadczenie w realizacji zadań będących przedmiotem konkursu, w tym ewentualne doświadczenie w realizacji i monitorowaniu programów polityki zdrowotnej (maksymalnie 300 słów ) wraz z listą realizowanych programów:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Lista programów polityki zdrowotnej:

A……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........................................................................

B. ………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania oferenta