Załącznik nr 2

 do uchwały Nr 366/2020

 Zarządu Powiatu Częstochowskiego

 z dnia……………………………

1.

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

1. (pieczęć oferenta)
2. **Oferta na realizację programu polityki zdrowotnej pn.**
3. **„Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania raka jelita grubego**
4. **na lata 2020-2021”, realizacja w 2020 r.**

w trybie art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku

o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz.1373 z późn. zm.)

w okresie od ........................ do ............................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytanie do oferenta** | **Odpowiedź oferenta** |  |  |  |
| **I. Dane o oferencie** |  |  |  |
| **1.** | **Oznaczenie podmiotu leczniczego\*****\*** *na podstawie wpisu w księdze rejestrowej Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą* |  |  |  |
| 1.1 | Firma, nazwa albo imię i nazwisko podmiotu leczniczego |  |  |  |  |
| 1.2 | Adres siedziby podmiotu wraz z kodem pocztowym, a w przypadku osoby fizycznej – adres do korespondencji  |  |  |  |  |
| 1.3 | Numer Księgi Rejestrowej |  |  |  |  |
| 1.4 | Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru |  |  |  |  |
| 1.5 | Numer NIP  |  |  |  |  |
| 1.6 | Numer Regon  |  |  |  |  |
| 1.7 | Kierownik podmiotu leczniczego(imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |  |  |  |
| **2.** | **Oznaczenie zakładu podmiotu leczniczego** |  |  |  |
| 2.1 | Nazwa zakładu leczniczego |  |  |  |  |
| 2.2 | Adres zakładu leczniczego wraz z kodem pocztowym  |  |  |  |  |
| 2.3 | Dane kontaktowe zakładu leczniczego (telefon, fax, adres e-mail) |  |  |  |  |
| 2.4 | Osoba odpowiedzialna za realizację programu polityki zdrowotnej – koordynator (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |  |  |  |
| 2.5 | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu polityki zdrowotnej(imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |  |  |  |

II. Sposób organizacji kampanii edukacyjnej i kampanii promocyjno - informacyjnej (rodzaj działań/ liczba działań, liczba uczestników).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

III. Harmonogram planowanych działań /z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. Informacje o sprzęcie i aparaturze medycznej wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej** |  |  |  |
|  Videokolonoskop(nazwa producenta, nazwa modelu, własność lub forma władania) |  |  |  |  |
| Liczba dostępnych / posiadanych videokolonoskopów |  |  |  |  |
| Posiadanie sprzętu do polipektomii (diatermia i pętle diatermiczne) |  |  |  |  |
| Posiadanie sprzętu do tamowania krwawienia (beamer argonowy i/lub klipsownica) |  |  |  |  |
| Posiadanie myjni automatycznej do dezynfekcji endoskopów |  |  |  |  |
| Posiadanie myjki ultradźwiękowej do narzędzi endoskopowych |  |  |  |  |
| Zapewnienie sali wybudzeń z opieką personelu medycznego dla pacjentów po analgosedacji, |  |  |  |  |
| Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych |  |  |  |  |
| Zgodność wyposażenia i warunków sanitarnych pomieszczeń, w których realizowane będą świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej z przepisami obowiązującymi w tym zakresie |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **V. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej** |
| Lekarze specjaliści: chorób wewnętrznych, chirurgii lub innej dziedziny medycyny zgodnej z zakresem programu polityki zdrowotnej, a w przypadku lekarzy wykonujących kolonoskopię mający ponadto doświadczenie w wykonywaniu badań kolonoskopowych, (liczba, kwalifikacje). Należy określić personel:a) wykonujący indywidualne badanie lekarskie, w tym badanie per rectum,b) wykonujący kolonoskopię. | a)b) |
| Laboratorium wykonujące analizy medyczne, w tym badania histopatologiczne (nazwa podmiotu, dokładny adres, forma współpracy) lublekarz patomorfolog / histopatolog wykonujący badania histopatologiczne (kwalifikacje, forma współpracy)  |  |
| Lekarz anestezjolog do znieczulania przy wykonywaniu kolonoskopii (kwalifikacje) |  |
| Personel medyczny asystujący przy zabiegach:a) pielęgniarka endoskopowa (liczba)b) pielęgniarka anestezjologiczna – podczas wykonywania kolonoskopii w znieczuleniu (liczba) | a)b) |
| Personel do rejestracji i obsługi bazy danych pacjentów objętych świadczeniami (liczba) |  |

**V. Cena jednostkowa brutto za wykonanie poszczególnych świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczeń zdrowotnych** | **Planowana liczba świadczeń w programie:** | **Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu (PLN)** | **Maksymalna liczba świadczeń, jaką oferent może wykonać w ramach programu** |
| **1.**  |  **Indywidualne badanie lekarskie pacjenta wraz z badaniem per rectum** | **300** |  |  |
| **słownie złotych** |
| **2.** | **Badanie kolonoskopowe diagnostyczne** | **150** |  |  |
| **słownie złotych** |
| **3.** | **Badanie kolonoskopowe z biopsją (pobranie 2 wycinków do badania histopatologicznego)** | **100** |  |  |
| **słownie złotych** |
| **4.** | **Badanie kolonoskopowe z polipektomią** | **50** |  |  |
| **słownie złotych** |
| **RAZEM** |  |  |  |
| **słownie złotych** |

**Koszty akcji edukacyjnej:………………………………………………………………………..**

**Koszty promocji, monitorowania i ewaluacji:…………………………………………………**

**Całkowity koszt realizacji programu:………………………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VI. Inne informacje dotyczące realizacji programu polityki zdrowotnej** |  |  |  |
| 1. | Miejsce realizacji poszczególnych świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej (dokładny adres, nr tel./ faxu) |  |  |  |  |
| 2. | Sposób zgłaszania się do programu polityki zdrowotnej i rejestracji pacjentów – należy wskazać dni tygodnia i godziny w jakich odbywa się rejestracja pacjentów:a) osobiście b) telefonicznie wraz ze wskazaniem numeru telefonu | a)b) numer rejestracji telefonicznej: …………………………………. |  |  |  |
| 3. | Dostępność do świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej – należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu, osobno:a) indywidualne badanie lekarskie, w tym badanie per rectumb) badanie kolonoskopowe | a)b) |  |  |  |
| 4. | Liczba świadczeń jaką oferent może wykonać w ramach programu polityki zdrowotnej, osobno:a) indywidualne badanie lekarskie,  w tym badanie per rectum- w ciągu dnia- w ciągu tygodniab) badanie kolonoskopowe- w ciągu dnia- w ciągu tygodnia | a) - w ciągu dnia ….........................- w ciągu tygodnia …......................... b)- w ciągu dnia ….........................- w ciągu tygodnia …......................... |  |  |  |
| 5. | Łączna liczba badań kolonoskopowych jaką oferent wykonywał rocznie na przestrzeni ostatnich trzech lat | 2019 r. - 2018r. – 2017r. –  |  |  |  |
| 6. | Czy oferent uczestniczył w realizacji programów zdrowotnych?Kto finansował badania?Jaką populację objęto badaniami ? | 2019 r. - 2018r. – 2017r. –  |  |  |  |

\***zgodnie z ogłoszeniem konkursowym**

 Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

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

**Oferent oświadcza, że:**

Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora *„*Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania raka jelita grubego na lata 2020-2021”, realizacja w 2020 r. oraz z treścią *Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania raka jelita grubego na lata 2020-2021,* stanowiącego Załącznik do uchwały Nr XVI/143/2020 Rady Powiatu Częstochowskiego z dnia 18 czerwca 2020 r. dostępnego na stronie: [www.czestochowa.powiat.pl](http://www.czestochowa.powiat.pl) i akceptuje zasady realizacji programu polityki zdrowotnej określone w warunkach konkursowych,

1. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym
i faktycznym na dzień złożenia oferty,
2. przedmiot programu polityki zdrowotnej mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów,
3. osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają kwalifikacje wymagane przez Starostwo Powiatowe w Częstochowie,
4. przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej oferent zobowiązuje się do:
5. zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
6. zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
7. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami
i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
8. zgłaszania wykrytego nowotworu do regionalnego rejestru nowotworów, wg zasad określonych w odrębnych przepisach,
9. utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej oraz nie zmniejszania zakresu ubezpieczenia,
10. zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności
z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia warunków lokalowych, sprzętu i aparatury medycznej, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

 (pieczęć podmiotu leczniczego)

 ................................................................................................................ (podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu