

**ZARZĄD WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO**  
**ogłasza konkurs ofert**

na wybór w 2019 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” w zakresie przeprowadzania badań diagnostycznych krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anty-HCV)

**I. Przedmiot konkursu:**

1. Przedmiotem konkursu jest przeprowadzanie badań diagnostycznych krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anty-HCV), w tym pobranie krwi wraz z:
  - z wypełnieniem kwestionariusza uczestnika programu,
  - uzupełnieniem informacji o wyniku badania na stosownym formularzu,
  - prowadzeniem rejestracji uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z jego realizacją,
  - przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta,
  - sporządzaniem miesięcznych sprawozdań z realizacji programu i przekazywanie ich do koordynatora programu.
2. Pobranie krwi związane z ww. świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” powinno mieć miejsce na terenie samorządów terytorialnych, które zadeklarowały swój udział w programie i dotyczyć mieszkańców tych samorządów.  
Oczekwaną liczbę osób objętych w ramach programu badaniami diagnostycznymi krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anty-HCV) w poszczególnych samorządach terytorialnych określa załącznik nr 1.

**UWAGA! Jeden realizator może złożyć kilka ofert – oddzielnie na każdy samorząd.**

3. Do programu zostaną zakwalifikowani mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego u których wcześniej nie stwierdzono WZW i nie byli leczeni wcześniej z powodu WZW, zameldowani na terenie samorządów terytorialnych, które przystąpiły w 2019 roku do programu. Świadczenia udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie po okazaniu dowodu osobistego zawierającego miejsce zameldowania lub wcześniejszej weryfikacji miejsca zameldowania przez właściwy urząd gminy/miasta.  
Osoby z dodatnimi wynikami testów odsyłane będą do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej opieki.

**II. Oferenci:**

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, 2219).

**III. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego:**

**A. Wymagania formalne:**

Oferenci wskazani w ogłoszeniu muszą spełniać kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, 2219).

#### Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów:

1. Wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan aktualny) – przynajmniej pierwsza strona oraz strony potwierdzające posiadanie w strukturach podmiotu laboratorium,
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z KRS lub kopia zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki).
4. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu.
5. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
6. Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. Oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców.

#### **B. Wymagania merytoryczne:**

Ponadto oferenci muszą spełniać następujące szczegółowe warunki:

1. posiadać w swoich strukturach laboratorium spełniające wszystkie wymagania określone obowiązującymi przepisami prawa,
2. posiadać wykwalifikowany personel,
3. laboratorium powinno być wyposażone w aparaturę pomiarowo-badawczą dostosowaną do badań diagnostycznych krwi w kierunku HBsAg oraz badań diagnostycznych krwi na obecność przeciwciał anty-HCV,

#### **IV. Miejsce i termin składania ofert:**

1. Ofertę należy przesłać pocztą na adres:

Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego  
Departament Zdrowia  
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń

#### **lub złożyć osobiście do Punktu Informacyjno - Podawczego Urzędu Marszałkowskiego:**

Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego  
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń  
Punkt Informacyjno-Podawczy – parter  
w godzinach pracy Urzędu  
(poniedziałek, środa-czwartek 7.30-15.30, wtorek 7.30-17.00, piątek 7.30-14.00).

Koperta powinna być opisana poprzez oznaczenie nazwy i adresu oferenta oraz opatrzenie informacją „*Oferta na konkurs na wybór w 2019 roku realizatorów „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” w zakresie przeprowadzania badań diagnostycznych krwi (w kierunku HBsAg oraz na obecność przeciwciał anty-HCV).*”

2. Ostateczny termin składania ofert upływa **15 marca 2019 r.**
3. Wszystkie oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone i zwrócone oferentom bez otwierania kopert.
4. Oferta powinna być sporządzona według wzoru stanowiącego załącznik nr 2.
5. Wraz z ofertą oferent składa wszystkie wymagane załączniki.
6. Formularz oferty można otrzymać w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu (ul. Marii Skłodowskiej-Curie 73) lub pobrać z Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu (zakładka: Zdrowie).

7. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem pisemnego powiadomienia przewodniczącego komisji konkursowej.
8. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

#### **V. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu:**

1. Informacje dotyczące konkursu udzielane są w Biurze Zdrowia Publicznego Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, tel. 56 652 18 16.
2. Oferent może wystąpić z pisemnym zapytaniem dotyczącym warunków konkursu ofert i uzyskania wyjaśnień niezwłocznie drogą elektroniczną.
3. Wyjaśnienie uzyskane na zapytanie kierowane w formie ustnej nie stanowią podstawy do odwołania.
4. Termin przyjmowania zapytań upływa na 3 dni przed terminem składania ofert.

#### **VI. Otwarcie, ocena i wybór ofert:**

1. Konkurs ofert składa się z dwóch etapów.
2. W pierwszym etapie komisja konkursowa dokonuje oceny pod względem formalnym dokonując kolejno następujących czynności:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - b) otwiera koperty z ofertami,
  - c) dokonuje oceny ofert pod względem formalnym,
  - d) odrzuca oferty sporządzone wadliwie bądź niekompletne oraz złożone po terminie,
  - e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia lub oświadczenia zgłoszone przez oferentów.
5. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty/ofert dla każdego samorządu terytorialnego, dokonując kolejno następujących czynności:
  - a) ocenia oferty pod względem merytorycznym stosując następujące kryteria oraz ich punktację:
    - jednostkowy koszt proponowanych świadczeń: do 25 pkt
    - dostępność do świadczeń udzielanych w ramach programu: do 25 pkt
    - wyposażenie zabezpieczone przez oferenta na potrzeby programu: do 20 pkt.
    - warunki kadrowe i kwalifikacje osób realizujących program: do 15 pkt
    - liczba zrealizowanych programów zdrowotnych w latach 2016-2018 (w tym programy realizowane z NFZ, MZ, ze środków jst, ze środków unijnych): do 6 pkt
    - frekwencja w % (liczba uczestników w stosunku do zawartej umowy) w programach realizowanych ze środków jst - średnia z lat 2016-2018): do 7 pkt
    - terminowość rozliczenia dotacji z samorządu województwa: do 2 pkt.Oferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt.
  - b) odrzuca oferty nie spełniające kryteriów merytorycznych tj. oferty, które uzyskały poniżej 70 pkt.,
  - c) w razie konieczności przeprowadza indywidualne negocjacje mające na celu ustalenie ceny jednostkowej świadczeń (w odniesieniu do ceny najkorzystniejszej dla udzielającego zamówienie), liczby świadczeń do wykonania oraz liczby mieszkańców objętych programem przez każdego z oferentów.
6. Uregulowania dotyczące drugiego etapu mają zastosowanie także wtedy, gdy w wyniku ogłoszenia konkursu zostanie złożona jedna oferta.
7. W toku oceny ofert komisja konkursowa może:
  - a) zwrócić się do oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznych złożonych ofert,
  - b) poprawić w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie.
8. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 60 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.
9. Ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu dokona Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego w formie uchwały na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez komisję konkursową.

10. Komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszcza informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

#### **VII. Postanowienia końcowe:**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert, udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych o czym niezwłocznie informuje poprzez umieszczenie stosownych informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:
  - a) odwołania konkursu ofert, przedłużenia terminu składania i otwarcia ofert oraz przedłużenia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.
  - b) odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych (m.in. zmiany w budżecie),Rozstrzygnięcie nastąpi również w przypadku wpłynięcia jednej oferty na cały konkurs.
3. Z wybranymi w drodze konkursu ofert realizatorami zarówno Województwo Kujawsko-Pomorskie jak i poszczególne jednostki samorządu terytorialnego (jst) zawrą stosowne umowy w części dotyczącej finansowania Programu przez daną jst zgodnie z zasadą,  iż 50% kosztów zaplanowanych badań zostanie pokryte ze środków Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego, pozostałe 50% kosztów ze środków poszczególnych jst.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym ogłoszeniem konkursowym mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego (Dz. U. z 2018 poz. 1025, 1104, 1629, 2073, 2244, z 2019 r. poz. 80), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, 2219) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.

Szczegółowych informacji na temat konkursu udzielają: **Małgorzata Leźnicka** i **Sylwia Lemańska-Gerc** z Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu (ul. M. Skłodowskiej-Curie 73), tel. 56 652 18 17, 56 652 18 16, e-mail: [m.leznicka@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:m.leznicka@kujawsko-pomorskie.pl), [s.lemanska-gerc@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:s.lemanska-gerc@kujawsko-pomorskie.pl)

**O zachowaniu terminu decyduje data złożenia oferty do Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu (Plac Teatralny 2, Punkt Informacyjno-Podawczy – parter).**

*Załącznik nr 1* do ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wybór w 2019 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” w zakresie przeprowadzania badań diagnostycznych krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anty-HCV)

**Oczekiwana liczba mieszkańców objętych w 2019 roku badaniami diagnostycznymi krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anty-HCV) w ramach „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim”**

**Tab. Podział kosztów realizacji Programu w 2019 r.**

Lp.	Samorząd	Liczba osób, których koszt badania pokryje samorząd województwa	Liczba osób, których koszt badania pokryje jst przystępująca do realizacji programu	Łączna liczba osób objęta programem
1.	Powiat Aleksandrowski	100	100	200
2.	Gmina Aleksandrów Kujawski	40	40	80
3.	Gmina Barcin	25	25	50
4.	Gmina Bartniczka	10	10	20
5.	Miasto Brodnica	50	50	100
6.	Gmina Brzozie	25	25	50
7.	Miasto Bydgoszcz	100	100	200
8.	Gmina Cekcyn	20	20	40
9.	Gmina Dobrcz	30	30	60
10.	Gmina Fabianki	25	25	50
11.	Gmina Gąsawa	25	25	50
12.	Miasto Golub-Dobrzyń	80	80	160
13.	Gmina Golub-Dobrzyń	75	75	150
14.	Miasto i Gmina Górzno	20	20	40
15.	Powiat Grudziądzki	50	50	100
16.	Miasto Grudziądz	120	120	240
17.	Miasto Inowrocław	100	100	200
18.	Gmina Lubicz	125	125	250
19.	Gmina Łabiszyn	50	50	100
20.	Gmina Mogilno	50	50	100
21.	Gmina Rogowo (p. żniński)	75	75	150
22.	Gmina Ryńsk	100	100	200
23.	Gmina Sadki	20	20	40
24.	Miasto Toruń	83	83	166
25.	Gmina Waganiec	23	23	46
26.	Miasto Wąbrzeźno	125	125	250
27.	Miasto Włocławek	75	75	150
28.	Gmina Zławieś Wielka	50	50	100
29.	Gmina Żnin	25	25	50
	<b>RAZEM:</b>	<b>1 696</b>	<b>1 696</b>	<b>3 392</b>

*Załącznik nr 2* do ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wybór w 2019 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” w zakresie przeprowadzania badań diagnostycznych krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anty-HCV)

.....  
(pieczętka firmowa Oferenta)

.....  
(miejscowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

### **„Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” w zakresie przeprowadzania badań diagnostycznych krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anty-HCV)**

**dla mieszkańców samorządu .....**

#### ***I. Dane dotyczące Oferenta***

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk:

4. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej:

5. Nr identyfikacyjny NIP:

6. Nr identyfikacyjny Regon:

7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

8. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

--

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

10. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych):

--

11. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

diagnosta laboratoryjny  (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
technik analityki medycznej  (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	

12. Wyposażenie laboratorium:

--

13. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu oraz środki transportu i łączności:

--

## II. Informacje o programie

1. Planowana liczba uczestników programu zgodnie z załącznikiem nr 1 do ogłoszenia:

--

2. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych, informacje dot. możliwości pobierania krwi na terenie danego samorząd:

--

## III. Plan finansowy – Przewidywane koszty zadania

I.p.	Świadczenie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)
1.	Przeprowadzenie badań diagnostycznych krwi w kierunku HBsAg*			badanie	
2.	Przeprowadzenie badań diagnostycznych krwi na obecność przeciwciał anti-HCV*			badanie	
2.	Ogółem:				

\* W ramach przeprowadzania badań diagnostycznych krwi Oferent zobowiązany jest do wypełnienia kwestionariusza uczestnika i formularza dot wyniku badania.



#### IV. Informacje dodatkowe.

1.	Programy zdrowotne realizowane przez Oferenta w latach 2016-2018 (realizowane z NFZ, MZ, ze środków jst, ze środków unijnych) - nazwa programu, termin realizacji, zleceniodawca programu	
2.	Frekwencja w % (liczba uczestników w stosunku do zawartej umowy) w programach realizowanych przez Oferenta ze środków jst - średnia z lat 2016-2018	

#### Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz załącznikami do ww. ogłoszenia,
2. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,
3. osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
4. spełnia kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 lub odpowiednio art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 poz. 2190, 2219).
5. wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych,
6. jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie byłam/em karana/y zakazem pełnienia funkcji związanych z środkami publicznymi oraz nie byłam/em skazana/y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
7. w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,
8. podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
9. kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

.....  
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania oferenta

#### Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. Wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan aktualny) – przynajmniej pierwsza strona oraz strony potwierdzające posiadanie w strukturach laboratorium).
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z KRS lub kopię zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki).
4. Kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu.

5. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
6. Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. Oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
3. Załączniki przedstawione przez Oferenta, stanowiące składowe części oferty, powinny być ponumerowane.
4. Dokumenty przedłożone w ofercie będą stanowiły podstawę potwierdzenia spełnienia przez oferenta wymagań związanych z przystąpieniem do konkursu oraz oceny parametrów placówki.