

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

na wybór w 2017 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 anti-HCV)

**I. Przedmiot konkursu:**

1. Przedmiotem konkursu jest przeprowadzanie badań diagnostycznych krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anti-HCV) 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,
  - sporządzaniem miesięcznych sprawozdań z realizacji programu i przekazywanie ich do koordynatora programu.
2. Ww. świadczenia opieki zdrowotnej w ramach „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” powinny być udzielane na terenie samorządów terytorialnych, które zadeklarowały swój udział w programie i skierowane do mieszkańców tych samorządów.  
Oczekiwaną liczbę osób objętych w ramach programu badaniami diagnostycznymi krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anti-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, zamieszkali na terenie samorządów terytorialnych, które przystąpiły w 2017 roku do programu. Świadczenia udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie po okazaniu dowodu osobistego. 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 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.).

**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 lub odpowiednio art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.).

#### Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów:

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską lub kopia wpisu do rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia (dotyczy jednostek badawczo – rozwojowych itp.).
2. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie 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.
8. Oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

#### **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 Spraw Społecznych,  
Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego i 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 uzupełniany konkurs ofert na wybór w 2017 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 **28 lipca 2017 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 Spraw Społecznych, Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego i 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 Spraw Społecznych, Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego i 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 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
    - doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej: do 15 pktOferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt. Punktacja końcowa obliczana jest jako średnia arytmetyczna punktów przyznanych przez członków komisji konkursowej w poszczególnych kryteriach.
  - 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.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym ogłoszeniem konkursowym mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego (Dz. U. z 2017 poz. 459 z późn. zm.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.

Szczegółowych informacji na temat konkursu udzielają: **Małgorzata Leźnicka** i **Sylwia Lemańska-Gerc** z Departamentu Spraw Społecznych, Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu (ul. M. Skłodowskiej-Curie 73), tel. 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 Informacyjny-Podawczy – parter)**

*Załącznik nr 1* do ogłoszenia w sprawie uzupełniającego konkursu ofert na wybór w 2017 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 anti-HCV)

**Oczekiwana liczba mieszkańców objętych w 2017 roku badaniami diagnostycznymi krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anti-HCV) w ramach „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” w gminach, których dotyczy uzupełniającego konkurs ofert**

<b>Lp.</b>	<b>Samorząd</b>	<b>Liczba osób ogółem</b>	<b>w tym liczba osób zadeklarowana przez samorządy</b>
1.	Gmina Bądkowo	200	100
2.	Gmina Miasta Inowrocławia	200	100
3.	Gmina Mogilno	100	50
4.	Gmina Raciążek	50	25
	<b>RAZEM:</b>	<b>550</b>	<b>275</b>

**Załącznik nr 2** do ogłoszenia w sprawie uzupełniającego konkursu ofert na wybór w 2017 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)

.....  
(pieczęćka 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 anty-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.	Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia (rodzaje programów, termin realizacji, zlecniodawca programu)	
----	--	--

#### **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. wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.

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

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

1. kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopię wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską lub kopię rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia (dotyczy jednostek badawczo – rozwojowych itp.).
2. kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie 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,
8. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

#### **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.