

OGŁOSZENIE

Działając na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2024 r. poz. 107), art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146), art. 114 ust. 1 pkt 1 i art. 115 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.), art. 14 i 15 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1608 z późn. zm.).

ZARZĄD POWIATU W LEGIONOWIE

**Ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia
- program polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego
wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu
Legionowskiego na lata 2023 - 2027” w roku 2024**

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora zadania w zakresie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2023 - 2027” w roku 2024, zwanego dalej „Programem” zgodnie z warunkami szczegółowymi konkursu wraz z udzieleniem finansowania na jego realizację.

1) Organizatorem konkursu jest Powiat Legionowski z siedzibą w Legionowie, 05-119 ul. gen. Władysława Sikorskiego 11.

2) Udział w konkursie mogą brać podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

3) Czas realizacji zadania: 10 maja 2024 r. do 13 grudnia 2024 r.

4) Wykaz zadań, zasady ich realizacji oraz wymagania stawiane realizatorom zadania określają szczegółowe warunki konkursu, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia

5) Oferty należy składać w Biurze Obsługi Mieszkańca Starostwa Powiatowego w Legionowie ul. Sikorskiego 11. Oferenci są zobowiązani do ponumerowania każdej strony oferty oraz wymaganych załączników. **Oferta musi być złożona w zamkniętej kopercie, opatrzonej pieczętką oferenta, nazwą konkursu oraz napisem „Otwarcie kopert tylko w obecności komisji konkursowej”.**

6) Termin składania ofert upływa w dn. 24 kwietnia 2024 r. o godz. 12.00

7) Spodziewany termin i miejsce otwarcia kopert z ofertami w ramach postępowania konkursowego: 25 kwietnia 2024 r. godz. 13.00 Starostwo Powiatowe w Legionowie, ul. gen. Władysława Sikorskiego 11 pokój nr 424.

8) W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.

2. Oferta na realizację zadania powinna zawierać:

1) Formularz zgłoszeniowy, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia wraz z dołączonymi poświadczonymi przez oferenta za zgodność z oryginałem kopiami dokumentów:

a) odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,

b) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej określający aktualny stan prawny i faktyczny,

c) decyzję w sprawie nadania numeru NIP (jeżeli został nadany),

d) zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON,

e) polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych ważna w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy,

2) Formularz kalkulacji cenowej, stanowiący załącznik 3 do niniejszego ogłoszenia

3) Oświadczenia, stanowiące załącznik 4 do niniejszego ogłoszenia, dotyczące:

a) zapoznania się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i opisem Programu,

b) liczby i kwalifikacji zawodowych udzielających świadczeń określonych w załączniku nr 1 w ramach zadania objętego konkursem,

c) spełnienia wszystkich wymagań zawartych w szczegółowych warunkach konkursu,

d) zgodności danych zawartych w formularzu ofertowym ze stanem faktycznym i prawnym,

e) podpisania umów o współpracę z ewentualnymi podwykonawcami Programu,

f) posiadania niezbędnej wiedzy i doświadczenia do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponowania potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu,

g) potwierdzenia faktu, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, Oferent nie będzie wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Oferent zobowiązany jest przedstawić opis sposobu realizacji zadania zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu z podaniem:

a) miejsca i czasu przeprowadzenia poszczególnych działań w ramach realizacji Programu (dane teleadresowe oraz dni i godziny udzielania świadczeń),

b) planowany harmonogram poszczególnych etapów realizacji Programu

4. Oferty nie spełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Dopuszcza się oferty zawierające drobne uchybienia formalne pod warunkiem ich uzupełnienia w terminie do następnego dnia po powiadomieniu o niekompletności oferty.

5. Złożone w Konkursie oferty będą oceniane przez Komisję Konkursową. Komisja Konkursowa po dokonaniu oceny ofert zgodnie z przytoczonymi niżej kryteriami wybierze najlepszą ofertę, w tym realizatora Programu.

6. Ocena ofert konkursowych dokonywana będzie wg następujących kryteriów:

L.p.	Nazwa kryterium	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1	Koszt Etapu I – Konsultacja lekarska wraz z edukacją, kwalifikacja do Programu na podstawie kwestionariusza ankiety, przekazanie informacji o sposobie przygotowania się do badania kolonoskopowego, edukacja zdrowotna pacjenta w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu na początku wizyty oraz post-testu na zakończenie wizyty, przekazanie pacjentowi zakwalifikowanemu do badania preparatu do oczyszczenia jelit wraz z instrukcją przygotowania.	0-40pkt.
2	Koszt Etapu II - Badanie przesiewowe obejmujące uzyskanie od pacjenta zgody na wykonanie badania kolonoskopowego, wykonanie kolonoskopii w znieczuleniu ogólnym, w tym z możliwością pobrania wycinków do oceny histopatologicznej, wydanie pacjentowi wyników badania lub poinformowanie o terminie odbioru wyniku, wydanie zaleceń lekarskich, przekazanie ankiety satysfakcji pacjenta.	0-40pkt.
3	Dostępność do świadczeń profilaktycznych etapu I w miejscu realizacji Programu: 1) możliwość rejestracji i informacji telefonicznej 2) minimum pięć razy w tygodniu od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-18:00 (10 pkt.) lub minimum	1) 0-10pkt. 2) 3-10pkt.

	trzy razy w tygodniu od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-18:00 (6 pkt.) lub minimum raz w tygodniu od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-18:00 (3 pkt.)	
Maksymalnie można uzyskać 100pkt.		

7. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji na stronie internetowej www.powiat-legionowski.pl, Biuletynie Informacji Publicznej <https://bip.powiat-legionowski.pl> oraz wywieszenie na tablicy informacyjnej urzędu.

8. Zarząd Powiatu w Legionowie zastrzega sobie prawo bez podania przyczyny do zmiany warunków konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, zawieszenia postępowania konkursowego, odwołania konkursu oraz zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.

9. W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.

10. Komisja Konkursowa ma prawo do wyboru jednej oferty na realizację całego zadania z udziałem podwykonawców.

11. Złożenie oferty na realizację zadania, która zostanie uznana za spełniającą kryteria nie gwarantuje przyznania środków finansowych w wysokości, o którą występuje podmiot.

12. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia wyników postępowania konkursowego Oferentom przysługuje prawo do złożenia do organizatora konkursu umotywowanego protestu, który Komisja Konkursowa rozpatruje w terminie 7 dni od daty jego złożenia. W przypadku składania protestu za pośrednictwem poczty, o jego przyjęciu do rozpatrzenia decyduje data wpływu do Starostwa Powiatowego w Legionowie.

13. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

14. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zawartej pomiędzy Powiatem Legionowskim, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem.

15. Do postępowanie konkursowego stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

16. W zakresie nieuregulowanych w ustawach, o których mowa w ust. 15, do trybu przeprowadzania konkursu ofert i zawarcia umów na realizację Programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

17. W zakresie zasad przyznawania środków publicznych i ich rozliczania do postępowania konkursowego i zawierania umów na realizację programu polityki

zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

18. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji zadania, w tym również szkody wyrządzone przez podwykonawców.

19. Maksymalna wysokość środków finansowych przeznaczonych ze strony Powiatu Legionowskiego na realizację całego zadania nie może przekroczyć kwoty 125 000,00 zł brutto (słownie sto dwadzieścia pięć tysięcy zł zero groszy brutto), w tym:

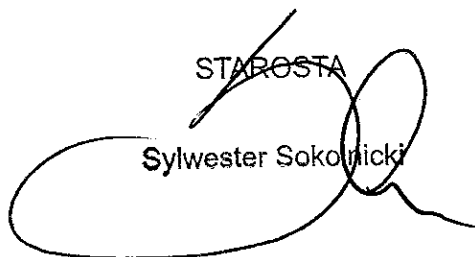
- 125 000,00 zł brutto - koszt świadczeń będących przedmiotem konkursu oraz ewaluacji (w tym koszt akcji edukacyjnej w etapie I – maksymalnie 1 000,00 zł brutto);

20. Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami oraz do udzielania szczegółowych informacji w przedmiocie postępowania konkursowego jest Jolanta Grzybowska Główny Specjalista w Wydziale Spraw Społecznych, tel.: 22 764 05 04, e-mail: j.grzybowska@powiat-legionowski.pl.

Załączniki:

- 1) Zał. nr 1 Szczegółowe warunki konkursu,
- 2) Zał. nr 2 Formularz zgłoszeniowy,
- 3) Zał. nr 3 Formularz kalkulacji cenowej,
- 4) Zał. nr 4 Oświadczenia oferenta,
- 5) Zał. nr 5 Opis programu polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2023 - 2027”.

STAROSTA
Sylwester Sokolnicki



Szczegółowe warunki konkursu

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2023 - 2027” w roku 2024

1. Nazwa zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2023 - 2027” w roku 2024; świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu będą stanowiły uzupełnienie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych na terenie Powiatu Legionowskiego i będą finansowane z Budżetu Powiatu Legionowskiego oraz środków Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Cel zadania: Zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania polipów gruczolakowatych oraz nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców powiatu legionowskiego z populacji docelowej poprzez działania informacyjno-edukacyjne oraz wykonywanie badań przesiewowych w populacji mężczyzn i kobiet w wieku 50-75 lat niezależnie od wywiadu rodzinnego lub w wieku 25-49 lat z obciążonym wywiadem rodzinnym.
3. Realizator: Podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, prowadzący działalność leczniczą na terenie Powiatu Legionowskiego oraz spełniający warunki określone w ogłoszeniu o konkursie.
4. Realizator zadania zatrudnia, na zasadzie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, wykwalifikowany personel medyczny zgodnie z obowiązującymi przepisami dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
5. Dopuszcza się realizację zadania z udziałem podwykonawców, lecz realizator zadania również musi brać czynny udział w wykonywaniu zadań określonych w pkt. 8 zał. 1 Szczegółowe warunki konkursu. Organizator konkursu ma prawo zażądać wglądu w umowy o współpracy z wykonawcami.
6. Miejsce realizacji zadania: infrastruktura pozostająca w dyspozycji Wykonawcy lub Podwykonawców. Realizator Programu dysponuje odpowiednimi zasobami kadrowymi oraz rzeczowymi, które są niezbędne do realizacji Programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Zaplanowane działania i świadczenia zdrowotne będą udzielane w miejscu/miejscach wskazanym/-ch przez realizatora Programu z podaniem dostępności do zaplanowanych działań i interwencji tj. danych teleadresowych oraz dni i godzin miejsca realizacji Programu.
7. Adresaci zadania: mieszkańcy Powiatu Legionowskiego - mężczyźni i kobiety w wieku 50-75 lat niezależnie od wywiadu rodzinnego lub w wieku 25-49 lat z obciążonym wywiadem rodzinnym.
8. Zakres zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2023 - 2027” w roku 2024 poprzez:
 - I. przeprowadzenie Programu w dwóch etapach (zgodnie z załączonym opisem Programu):
 - 1) Etap I - Konsultacja lekarska realizowana przez lekarza specjalistę, obejmująca: uzyskanie od pacjenta zgody na udział w Programie, badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe (w tym badanie per rectum), edukację zdrowotną pacjenta w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu na początku wizyty oraz post-testu na zakończenie wizyty, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych, kwalifikację do Programu na podstawie kwestionariusza ankiety, przekazanie informacji o sposobie przygotowania się do badania kolonoskopowego, przekazanie pacjentowi

zakwalifikowanemu do badania preparatu do oczyszczenia jelit wraz z instrukcją przygotowania;

2) Etap II - Badanie przesiewowe (kolonoskopia diagnostyczna), obejmujące uzyskanie od pacjenta zgody na wykonanie badania kolonoskopowego, wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych, wykonanie kolonoskopii w znieczuleniu ogólnym, w tym z możliwością pobrania wycinków do oceny histopatologicznej, wydanie pacjentowi wyników badania lub poinformowanie o terminie odbioru wyniku, wydanie zaleceń lekarskich na piśmie odnoszących się do dalszego postępowania, w tym: w przypadku nieprawidłowego wyniku skierowanie pacjenta na dalszą diagnostykę i/lub leczenie poza programem wraz ze wskazaniem konkretnej placówki medycznej posiadającej umowę z NFZ, w razie konieczności wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przekazanie ankiety satysfakcji pacjenta.

II. Prowadzenie sprawozdawczości ewaluacyjnej z realizacji Programu.

Opisu programu polityki zdrowotnej w formie pisemnej oraz elektronicznej edytowalnej w programie Word lub Excel, w tym zbieranie, opracowywanie, przetwarzanie i analiza danych, w tym danych wrażliwych i ochrony danych osobowych oraz pozostawanie administratorem tych danych na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych na potrzeby Programu.

9. Czas realizacji zadania: 10 maja 2024 r. - 13 grudnia 2024 r.

10. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji zadania, w tym również szkody wyrządzone przez podwykonawców.

Formularz Ofertowy – Informacje o ofercie

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2023 - 2027” w roku 2024

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

b) numer fax.

b) adres e-mail:

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru – imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

.....

5. Nr NIP Oferenta:

6. Nr REGON Oferenta:

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

.....

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

12. Miejsce realizacji planowanych w ramach Etapu I Programu działań profilaktycznych (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach Programu)

Nazwa	Adres	Tel. Kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania

13. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do realizacji I etapu Programu:

Lp.	Imię i nazwisko	Niezbędne kwalifikacje do realizacji Programu	Forma współpracy z oferentem	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu
1				
2				
3				
4				

14. Miejsce realizacji planowanych w ramach II etapu Programu działań profilaktycznych (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach Programu)

Nazwa	Adres	Tel. Kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania

15. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do realizacji II etapu Programu:

Lp.	Imię i nazwisko	Niezbędne kwalifikacje do realizacji Programu	Forma współpracy z oferentem	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu
1				
2				
3				
4				

16. Harmonogram realizacji Programu z podziałem na miesiące w roku kalendarzowym 2024.

Lp.	Miesiąc	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu
1	Styczeń	-
2	Luty	-
3	Marzec	-
4	Kwiecień	-
5	Maj	
6	Czerwiec	
7	Lipiec	
8	Sierpień	
9	Wrzesień	
10	Październik	
11	Listopad	
12	Grudzień	

15. Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy)

16. Planowane działania informacyjne:

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis oferenta)

FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2023 - 2027” w roku 2024

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

2. Kalkulacja kosztów zadania:

I. Koszty interwencji w ramach etapów II-V				
Lp.	Rodzaj kosztu	Liczba osób	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
1	Koszt Etapu I – edukacja podczas konsultacji lekarskiej			
1	Koszt Etapu I – konsultacja lekarska z badaniem proktologicznym			
2	Koszt Etapu II – kolonoskopia diagnostyczna			
Pozostałe koszty niezbędne do realizacji zadania				
Lp.	Rodzaj kosztu			Koszt całkowity brutto
1	Koszty prowadzenia sprawozdawczości ewaluacyjnej z realizacji Programu zgodnie z zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu			
Ogółem:				

Łączny koszt brutto: zł (słownie)

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Powiatu Legionowskiego na lata 2023 - 2027” w roku 2024

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i opisem Programu
- 2) Potwierdzam liczbę i kwalifikacje zawodowe osób uprawnionych do udzielania świadczeń określonych w załączniku nr 1 w ramach zadania objętego konkursem
- 3) Spełniam wszystkich wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu
- 4) Dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym
- 5) Podpisane zostały wstępne umowy o współpracy z ewentualnymi podwykonawcami Programu
- 6) Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu
- 7) Potwierdzam fakt, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, nie będę wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis oferenta)