

UCHWAŁA NR 108/5119/26
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

z dnia 27 maja 2026 r.

w sprawie ogłoszenia uzupełniającego konkursu ofert na wybór w 2026 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych

Na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 581 i 1535 oraz z 2026 r. poz. 252 i 451), art. 48b ust. 1 i w związku z ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203), a także uchwały Nr 90/4208/26 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 21 stycznia 2026 r. w sprawie przyjęcia do realizacji w 2026 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”, uchwala się, co następuje:

§ 1. Ogłasza się uzupełniający konkurs ofert na wybór w 2026 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

§ 2. Ostateczny termin składania ofert ustala się na dzień 12 czerwca 2026 r.

§ 3. Ogłoszenie o konkursie, którego treść stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały, zostanie zamieszczone na:

- 1) stronie Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu;
- 2) stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu;
- 3) tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu.

§ 4.1. Powołuje się Komisję Konkursową do oceny merytorycznej ofert złożonych w ramach uzupełniającego konkursu ofert na wybór w 2026 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Skład Komisji określa załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

2. Regulamin pracy Komisji Konkursowej określa załącznik nr 3 do niniejszej uchwały.

§ 5. Wykonanie uchwały powierza się Departamentowi Zdrowia oraz Departamentowi Finansów Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu.

§ 6. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZARZĄD WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO
ogłasza uzupełniający konkurs ofert

na wybór w 2026 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych

I. Przedmiot konkursu:

1. Przedmiotem konkursu jest wykonanie w 2026 roku szczepień ochronnych osób dorosłych w wieku po 65 r. ż. przeciwko pneumokokom z wykorzystaniem szczepionki 20-walentnej (Prevenar 20), w tym:
 - 1) zakup ww. szczepionek oraz przechowywanie zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producenta,
 - 2) przeprowadzenie lekarskich badań kwalifikacyjnych¹ w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania ww. szczepienia,
 - 3) wykonanie szczepień z zapewnieniem niezbędnych do tego celu środków medycznych,
 - 4) prowadzenie rejestracji uczestników programu,
 - 5) prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepienia ochronnego danej osoby (m.in. uzyskanie pisemnej zgody pacjenta na wykonanie szczepienia, dokonanie wpisu potwierdzającego wykonanie szczepienia, wydanie osobie poddającej się szczepieniu zaświadczenia o wykonaniu szczepienia, sporządzenie stosownych sprawozdań i przekazanie ich do właściwych instytucji, zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego),
 - 6) przeprowadzeniu pre-testu wiedzy dotyczącego chorób pneumokokowych z pacjentami przed poddaniem ich szczepieniu (zgodnie z załącznikiem nr 3 do ogłoszenia) i przekazanie ich zbiorczo do koordynatora Programu po jego zakończeniu,
 - 7) przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta wśród zaszczepionych w ramach Programu pacjentów (w tym konieczność zamieszczenia ankiety satysfakcji pacjenta w wersji elektronicznej na stronie internetowej Oferenta) zgodnie z załącznikiem nr 4 do ogłoszenia.

Wszelkie formularze niezbędne do realizacji ww. zadań zostaną dostarczone podmiotowi leczniczemu przeprowadzającemu szczepienia przez koordynatora Programu.

2. Do Programu zostaną zakwalifikowane osoby w wieku powyżej 65 r.ż., które nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom, nie posiadają przeciwwskazań lekarskich do takiego szczepienia oraz wyrażą pisemną zgodę na udział w programie, zamieszkałe na terenie jednostek samorządu terytorialnego województwa kujawsko-pomorskiego przystępujących w 2026 r. roku do Programu (załącznik nr 1 do ogłoszenia). Pacjent zainteresowany szczepieniem zobowiązany będzie do wcześniejszej rejestracji u wybranego w drodze konkursu ofert realizatora Programu.

3. Zasady dotyczące przekazywania dotacji podmiotowi leczniczemu, ewentualnego zwrotu niewykorzystanej dotacji, sprawozdawczości z realizacji zadania, wypełniania obowiązków

¹ Zgodnie z Programem badanie kwalifikacyjne do szczepienia musi być przeprowadzone tylko i wyłącznie przez lekarza, nie inną osobę uprawnioną zgodnie z przepisami do przeprowadzania badań kwalifikacyjnych np. pielęgniarkę

informacyjno-promocyjnych itp. określone będą w umowie, której wzór wraz załącznikami stanowi **załącznik nr 5 do ogłoszenia**.

II. Oferenci:

Do konkursu ofert mogą przystąpić podmioty lecznicze wskazane w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156), które świadczą usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.

III. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej:

A. Wymagania formalne:

- Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” musi mieć miejsce w siedzibie Oferenta znajdującej się na terenie objętym granicami administracyjnymi danej jednostki samorządu terytorialnego (jst) (oczekiwaną liczbę osób objętych w ramach programu szczepieniami ochronnymi w poszczególnych samorządach terytorialnych określa **załącznik nr 1 do ogłoszenia**).
- W sytuacji, gdy na terenie danej jst nie jest zlokalizowany żaden podmiot leczniczy, który spełnia wymagania konkursu, dopuszczalne jest złożenie oferty przez podmiot leczniczy, który posiada siedzibę i prowadzi działalność leczniczą w określonym w konkursie zakresie na terenie objętym granicami administracyjnymi powiatu w skład, którego wchodzi dana jst lub na terenie miasta na prawach powiatu najbliższego danej jst (oczekiwaną liczbę osób objętych w ramach programu szczepieniami ochronnymi w poszczególnych samorządach terytorialnych określa **załącznik nr 1 do ogłoszenia**).

UWAGA! Jeden realizator może złożyć kilka ofert – oddzielnie na każdą gminę/powiat.

- 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 2026 r. poz. 156).

Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów:

1. Wydruk/plik pdf z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty) – przynajmniej pierwsza strona oraz strony potwierdzające posiadanie w strukturach punktu szczepień/gabinetu zabiegowego.
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – wydruk/plik pdf informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z KRS (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty) lub wydruk/plik pdf z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty).
3. Kopia/skan w postaci pliku pdf statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki, regulamin organizacyjny) potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby upoważnioną/e:
 - podpisem własnoręcznym (w przypadku wersji papierowej) lub
 - podpisem elektronicznym (w przypadku skanu w postaci pliku pdf).
4. Kopia/skan w postaci pliku pdf aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby upoważnioną/e:
 - podpisem własnoręcznym (w przypadku wersji papierowej) lub
 - podpisem elektronicznym (w przypadku skanu w postaci pliku pdf)

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. Zgody na przetwarzanie danych osobowych wraz z informacją w związku z przetwarzaniem danych osobowych (według wzoru załączonego do formularza ofertowego).

Jeżeli dokumenty, o których mowa w pkt 5-8 są składane w wersji elektronicznej muszą być podpisane podpisem elektronicznym.

B. Wymagania merytoryczne:

Ponadto oferenci muszą spełniać następujące szczegółowe warunki:

1. posiadać w swoich strukturach punkt szczepień/gabinet zabiegowy, spełniający wszystkie wymogi techniczno-sanitarne określone obowiązującymi przepisami prawa dla punktów szczepień oraz odpowiednie wyposażenie;
2. kwalifikacje personelu:
 - co najmniej 1 lekarz oraz
 - co najmniej 1 pielęgniarka/położna, posiadająca zaświadczenie o ukończeniu kursu/szkolenia specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych lub uzyskała specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych-

IV. Miejsce i termin składania ofert:

1. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy:

w formie papierowej przesłać pocztą na adres:

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

lub w formie papierowej złożyć osobiście do Punktu Informacyjno-Podawczego Urzędu Marszałkowskiego:

Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego
Departament Zdrowia
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń
Punkt Informacyjno-Podawczy
(poniedziałek, środa-czwartek 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.30, piątek 8.00-13.30).

Koperta powinna być opisana poprzez oznaczenie nazwy i adresu oferenta oraz opatrzenie informacją „*Oferta na uzupełniający konkurs ofert na wybór w 2026 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.*”

lub w formie elektronicznej stanowiącej plik w formacie PDF podpisany podpisem elektronicznym przesłać za pośrednictwem platformy ePUAP ([/36t9v8thbz/SkrytkaESP](#)) lub e-Doręczenia ([AE:PL-44232-12193-TECTB-21](#)).

UWAGA!

W przypadku dostarczenia oferty wraz z załącznikami w formie elektronicznej nie tylko oferta, ale także oświadczenia i zgody oraz dokumenty, które wymagają poświadczenia za zgodność z oryginałem muszą być podpisane/potwierdzone za zgodność z oryginałem za pomocą podpisu elektronicznego.

Podpis elektroniczny – rozumie się przez to kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty (e-dowód) w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 1557 z późn. zm.);

2. Ostateczny termin składania ofert upływa **12 czerwca 2026 r.**
3. Wszystkie oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone.
4. Oferta powinna być sporządzona według wzoru stanowiącego **załącznik nr 2**.
5. Wraz z ofertą oferent składa wszystkie wymagane załączniki.
6. Formularz oferty można 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 Departamencie 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 pracownik Departamentu Zdrowia dokonuje oceny pod względem formalnym dokonując kolejno następujących czynności:
 - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
 - b) otwiera koperty z ofertami/dokumenty w wersji elektronicznej,
 - c) dokonuje oceny ofert pod względem formalnym,
 - d) przyjmuje wyjaśnienia lub oświadczenia zgłoszone przez oferentów.
 - e) odrzuca oferty: złożone po terminie, na niewłaściwym formularzu, przez nieuprawniony podmiot, niepodpisane przez osobę/osoby uprawnione do reprezentacji Oferenta, oferty dla jst, której nie dotyczy konkurs, złożone przez Oferentów nie prowadzących działalności leczniczej na terenie odpowiedniego jst (z wyj. określonym w pkt. IIIA) oraz oferty, do których nie załączono wszystkich wymaganych dokumentów i oświadczeń (patrz: pkt IIIA),
 - f) oferty rozpatrzone pod względem formalnym zbiorczo przekazuje do Komisji Konkursowej, która dokonuje oceny merytorycznej.
3. W drugim etapie Komisja Konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty/ofert dla poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego, dokonując kolejno następujących czynności:
 - a) ocenia oferty pod względem merytorycznym stosując następujące kryteria oraz ich punktację:

Lp.	Rodzaj kryterium	Opis kryterium	Punktacja
1.	jednostkowy koszt proponowanych świadczeń	<p>Cena jednostkowa oferty (C)</p> <p>Punkty za kryterium „Cena jednostkowa oferty” (C) – maksymalnie waga 0,3 -30 pkt, zostaną obliczone według następującego wzoru:</p> $\text{Liczba punktów w kryterium „Cena” } C = \frac{C_{\min}}{C_{\text{bad}}} \times 100 \times 0,3 \text{ (waga kryterium)}$ <p>gdzie:</p> <p>C_{min} – cena jednostkowa brutto najtańszej oferty C_{bad} – cena jednostkowa brutto badanej oferty</p> <p>Wynik końcowy powyższego działania zostanie zaokrąglony do liczby całkowitej.</p>	<p>Max. 30 punktów (waga 0,3)</p>
2.	dostępność do świadczeń udzielanych w ramach programu	<p>W ramach kryterium ocenie podlegać będzie łączna liczba dni w tygodniu, w których udzielane będą świadczenia będące przedmiotem oferty (badania kwalifikacyjne i szczepienia). Punkty za to kryterium przyznawane będą na podstawie informacji zawartych w ofercie (pkt II.3) w następujący sposób:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 dzień w tygodniu (niezależnie od liczby godzin) - 10 pkt • 2-3 dni w tygodniu (niezależnie od liczby godzin) – 15 pkt • 4-5 dni w tygodniu (niezależnie od liczby godzin) - 20 pkt • 5 dni w tygodniu w godz. 8.00-18.00 lub 6 dni (także w sobotę) - 25 pkt <p>W przypadku gdy Oferent w pkt II.3 oferty nie umieści informacji dotyczących dni i godz. udzielania świadczeń, w tym kryterium otrzyma 0 pkt.</p>	<p>Max. 25 punktów (waga 0,25)</p>
3.	warunki kadrowe i kwalifikacje osób świadczących usługi zdrowotne (lekarz/pielęgniarka)	<p>W ramach kryterium ocenie podlegać będzie łączna liczba osób udzielających świadczeń (pielęgniarki + lekarze) będących przedmiotem oferty. Punkty za to kryterium przyznawane będą na podstawie informacji zawartych w ofercie (pkt I.12) w następujący sposób:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 lekarz i 1 pielęgniarka - 10 pkt • 3-5 osób (w tym minimum 1 lekarz i 1 pielęgniarka) – 15 pkt • powyżej 5 osób (w tym minimum 1 lekarz i 1 pielęgniarka) - 20 pkt <p>W przypadku gdy Oferent w pkt I.11 oferty nie umieści informacji dotyczących personelu świadczącego usługi zdrowotne, w tym kryterium otrzyma 0 pkt.</p>	<p>Max. 20 punktów (waga 0,2)</p>
4.	doświadczenie Oferenta w realizacji programów zdrowotnych/ programów polityki zdrowotnej w latach 2023-2025 (w tym programy realizowane z NFZ, MZ, ze środków jst, ze środków unijnych)	<p>Punkty zostaną przyznane wg łącznej liczby zrealizowanych programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej w latach 2023-2025 (na podstawie informacji zawartych w ofercie (pkt IV.1) w następujący sposób:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak realizowanych programów - 0 pkt • 1 - 3 programów - 4 pkt • 4 i więcej programów - 8 pkt <p>W przypadku gdy Oferent nie zamieści w pkt IV.1 oferty informacji o zrealizowanych programach, w tym kryterium otrzyma 0 pkt.</p> <p>UWAGI: Jeśli Oferent w ww. latach realizował program polityki zdrowotnej ze środków województwa (np. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych ...”, „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób ...”)* „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej” itd.) lub RPO WK-P 2014-2020, FEdKP 2021-2027 również należy go wpisać w pkt IV.1 oferty.</p>	<p>Max. 8 punktów (waga 0,08)</p>

5.	frekwencja w % (liczba uczestników w stosunku do zawartej umowy) w programach realizowanych ze środków jst - średnia z lat 2023-2025	<p>Punkty za to kryterium przyznawane będą na podstawie informacji o frekwencji wyrażonej w % (w przypadku większej liczby programów będzie to średnia frekwencja) zawartych w ofercie (pkt IV.2) w następujący sposób:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30% i poniżej - 0 pkt • 31-60% – 4 pkt • 61%–95% - 8 pkt • powyżej 95% - 12 pkt <p>W przypadku gdy Oferent w pkt IV.2 oferty nie umieści informacji dotyczącej frekwencji lub kategoria go nie dotyczy, gdyż nie realizował programów polityki zdrowotnej ze środków jst, w tym kryterium otrzyma 0 pkt.</p> <p>UWAGI: Jeśli Oferent w latach 2023-2025 realizował program polityki zdrowotnej ze środków województwa (np. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych ...”, „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa ...”*, „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej” itd.), również należy jego frekwencję wpisać w pkt IV.2 oferty.</p>	<p>Max. 12 punktów (waga 0,12)</p>
6.	terminowość rozliczenia dotacji z samorządu województwa w latach 2024-2025 na realizację programów polityki zdrowotnej	<p>Punkty zostaną przyznane w następujący sposób:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak rozliczenia dotacji lub nieterminowe rozliczenie dotacji przyznanej w ciągu ostatnich 2 lat (2024 i/lub 2025) na realizację programów polityki zdrowotnej - 0 pkt • terminowe rozliczenie dotacji przyznanej w ciągu ostatnich 2 lat (2024 i/lub 2025) na realizację programów polityki zdrowotnej - 5 pkt <p>UWAGI: W przypadku gdy Oferent w ciągu ostatnich 2 lat (2024 i 2025) nie otrzymał dotacji z samorządu województwa na realizację programów polityki zdrowotnej, w tym kryterium otrzyma 0 pkt.</p>	<p>Max. 5 punktów (waga 0,05)</p>
Suma			100

*Proszę zwracać uwagę na nazwę programów np. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim i „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” to dwa różne programy.

Oferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt.

- b) odrzuca oferty nie spełniające kryteriów merytorycznych tj. oferty, które uzyskały poniżej **50 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.
5. Uregulowania dotyczące drugiego etapu mają zastosowanie także wtedy, gdy w wyniku ogłoszenia konkursu zostanie złożona jedna oferta.
 6. 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.
 7. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 60 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.
 8. Ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu dokona Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego w formie uchwały na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez komisję konkursową.
 9. 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 szczepień 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 2025 r. poz. 1071, 1172 i 1508), z 2026 r. poz. 184 i 507) ustawy z dnia 15 kwietnia 2022 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739, z 2026 r. poz. 26 i 203) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.

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

O zachowaniu terminu decyduje data wpływu oferty do Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu (Plac Teatralny 2, Punkt Informacyjno-Podawczy) lub na skrytkę ePUAP (/36t9v8thbz/SkrytkaESP) lub skrytkę do e-Doreczenia (AE:PL-44232-12193-TECTB-21).

**Oczekiwana liczba osób objętych w 2026 roku szczepieniami przeciwko pneumokokom
w ramach „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych
z województwa kujawsko-pomorskiego” w powiatach/gminach,
których dotyczy uzupełniający konkurs ofert**

Tab. Podział kosztów realizacji Programu w 2026 r.

Lp.	Samorząd	Liczba osób, których koszt szczepienia pokryje samorząd województwa	Liczba osób, których koszt szczepienia pokryje jst przystępująca do realizacji programu	Łączna liczba osób objęta programem
1.	Miasto Ciechocinek	30	30	60
2.	Powiat Inowrocławski	25	25	50
3.	Miasto Inowrocław	45	45	90
4.	Gmina Kęsowo	10	10	20
5.	Gmina Osie	10	10	20
6.	Gmina Świecie	15	15	30
7.	Powiat Wąbrzeski	20	20	40
8.	Miasto Wąbrzeźno	20	20	40
RAZEM:		175	175	350

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY
„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych
z województwa kujawsko-pomorskiego”

w powiecie/gminie*

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. Adres skrytki e-Doręczeń:

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

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

6. Nr identyfikacyjny NIP:

7. Nr identyfikacyjny Regon:

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

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

**niewłaściwe skreślić*

10. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

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

--

12. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

Lekarz kwalifikujący do szczepień (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Pielęgniarka wykonująca szczepienia (wykaz imienny, kwalifikacje – obowiązkowo informacje o szkoleniach/kursach w zakresie szczepień ochronnych lub specjalizacji w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych, forma współpracy z Oferentem)	

13. Wyposażenie Punktu Szczepień:

--

14. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu (np. sprzęt komputerowy) oraz środki transportu i łączności:

--

II. Informacje o programie

1. Liczba osób planowanych do objęcia przez Oferenta programem dla danego samorządu:

--

2. Liczba osób w wieku powyżej 65 r.ż. będących mieszkańcami gminy/powiatu, której dotyczy oferta, nad którymi Oferent sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną.

--

3. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, nr tel. do kontaktu z pacjentem, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych

--

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.	Wykonanie szczepienia ochronnego osób dorosłych po 65 r.ż. przeciwko pneumokokom szczepionką 20-waletną, w tym: - zakup szczepionki - przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego - wykonanie szczepienia, - wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych, - przekazanie pacjentowi do wypełnienia pre-testu wiedzy dotyczącego chorób pneumokokowych oraz ankiety satysfakcji pacjenta oraz ich zebranie			szczepienie	
2.	Ogółem:				

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Programy zdrowotne/programy polityki zdrowotnej realizowane przez Oferenta w latach 2023-2025 (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 <u>ze środków jst</u> - średnia z lat 2023-2025	

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 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156).
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.
10. Realizując zadania będące przedmiotem oferty nie może odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku VAT naliczonego w fakturach dotyczących zakupu towarów i usług dokonywanych w związku z realizacją tych zadań.

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

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. Wydruk/plik pdf z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty) – przynajmniej pierwsza strona oraz strony potwierdzające posiadanie w strukturach punktu szczepień.
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – wydruk/plik pdf informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z KRS (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty) lub wydruk/plik pdf z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty).
3. Kopia/skan w postaci pliku pdf statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki) potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby upoważnioną/e.
4. Kopia/skan w postaci pliku pdf aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby upoważnioną/e lub wersja elektroniczna tego dokumentu,
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. Zgody na przetwarzanie danych osobowych wraz z informacją w związku z przetwarzaniem danych osobowych (według załączonego wzoru).

Jeżeli dokumenty, o których mowa w pkt 5-8 są składane w wersji elektronicznej muszą być podpisane podpisem elektronicznym.

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 poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
3. Dokumenty przedłożone w ofercie będą stanowiły podstawę potwierdzenia spełnienia przez oferenta wymagań związanych z przystąpieniem do konkursu oraz oceny parametrów placówki.

ZGODA
na przetwarzanie danych osobowych udzielana przez osobę, której dane dotyczą

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych:
Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa
Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu
NIP: 956-19-45-671, REGON: 871121290
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez:
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie w celu:

- realizacji przez Administratora konkursów ofert na realizację „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”, w tym przygotowania lub weryfikacji dokumentacji wynikającej z udziału podmiotu w konkursie (np. pism informacyjnych, oferty, korekty, umowy, aneksów do umowy, sprawozdań miesięcznych, sprawozdania z realizacji zadania publicznego);
- przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania publicznego realizowanego w ramach „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
- przesyłania korespondencji, w tym elektronicznej oraz przekazywaniem za pośrednictwem kontaktu telefonicznego informacji dotyczących realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
- prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych służących realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
- wykorzystania mojego wizerunku w ramach realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”.

Oświadczam, iż udostępnione Administratorowi dane są zgodne z prawdą, a także, że zostałem(am) poinformowany(a) na temat warunków przetwarzania moich danych osobowych.

Toruń,

.....
(podpis osoby, której dane dotyczą)

INFORMACJA
w związku z przetwarzaniem danych osobowych osoby, której dane dotyczą

Administrator danych osobowych uprzejmie informuje, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu
NIP: 956-19-45-671, REGON: 871121290
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez:
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego
- 2) Urząd działa przez przedstawicieli administratora danych osobowych, zgodnie ze strukturą organizacyjną;
- 3) W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych proszę kontaktować się z inspektorem ochrony danych – iod@kujawsko-pomorskie.pl;
- 4) Dane osobowe będą przetwarzane w celu:
 - realizacji przez Administratora konkursów ofert na realizację „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”, w tym przygotowania lub weryfikacji dokumentacji wynikającej z udziału podmiotu w konkursie (np. pism informacyjnych, oferty, korekty, umowy, aneksów do umowy, sprawozdań miesięcznych, sprawozdania z realizacji zadania publicznego);
 - przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania publicznego realizowanego w ramach „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
 - przesyłania korespondencji, w tym elektronicznej oraz przekazywaniem za pośrednictwem kontaktu telefonicznego informacji dotyczących realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
 - prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych służących realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
 - wykorzystania mojego wizerunku w ramach realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą lub mogą być przekazywane wyłącznie do podmiotów uprawnionych na podstawie przepisów prawa, porozumienia o współadministrowaniu lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
- 6) Podawane dane będą przechowywane w Urzędzie przez okres ustalony na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67 z późn. zm.);
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich sprostowania, usunięcia, a także do ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub przenoszenia tych danych;
- 8) Posiada Pani/Pan prawo do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 9) Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeśli taka zgoda była konieczna do rozpoczęcia czynności przetwarzania, jednakże po zawarciu umowy dane osobowe zostaną usunięte z uwzględnieniem wpływu okresu, o którym mowa w pkt 6 niniejszej informacji;
- 10) Podanie danych osobowych jest dobrowolne lub konieczne – w przypadku ich niepodania zobowiązanie Urzędu wobec Pani/Pana nie zostanie zrealizowane;
- 11) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- 12) Urząd nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Niniejszą zgodę wraz z informacją przygotowano w dwóch egzemplarzach, jednym dla Urzędu, drugim dla osoby, której dane dotyczą.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją:

Toruń, r.

.....
(podpis osoby, której dane dotyczą)

**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych
z województwa kujawsko-pomorskiego**

TEST WIEDZY DOTYCZĄCY CHOROÓB PNEUMOKOKOWYCH

Dane osobowe uczestnika programu:

Imię i nazwisko:

Gmina/powiat zamieszkania:

e-mail: nr tel.

Zaznacz X przy prawidłowej odpowiedzi. Prawidłowych może być więcej niż jedna odpowiedź.

1. Pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*) to bakterie wywołujące:

- zapalenie ucha środkowego
- zawał serca
- zapalenie płuc
- sepsę (inaczej posocznicę)

2. Jakie osoby są najbardziej narażone na choroby wywołane przez pneumokoki?

- osoby w średnim wieku
- dzieci do 2 r. ż.
- osoby po 65 r. ż.
- osoby z chorobami przewlekłymi

3. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania zakażeniom pneumokokowym są:

.....

4. Czy inwazyjna choroba pneumokokowa - IChP (czyli m.in. wywołane przez pneumokoki zapalenie opon mózgowych czy sepsa) może być śmiertelna?

- tak
- nie

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na kontakt ze strony Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu/Koordynatora Programu w celach statystycznych i do oceny efektywności programu

Czytelny podpis uczestnika programu

Wszelkie dane osobowe pozyskane w związku z realizacją niniejszego Programu, podlegać będą ochronie przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w tym z rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L. 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L. 127 z 23 maja 2018 r., str. 2), zwanego rozporządzeniem 2016/679. Informacja o administratorze danych osobowych i inspektorze ochrony danych osobowych znajduje się u realizatora Programu oraz na stronach internetowych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu - www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych.

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego

ANKIETA SATYSFAKCJI

Szanowni Państwo,

Zachęcamy do wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji z realizowanego programu polityki zdrowotnej. Zebrane informacje pomogą nam określić mocne i słabe punkty podjętych działań i wykorzystane będą dla poprawy jakości realizowanych programów.

1. Płeć kobieta mężczyzna
2. Wykształcenie podstawowe zawodowe średnie wyższe
3. Miejsce zamieszkania wieś miasto (do 10 tys. mieszkańców)
 miasto (do 50 tys. mieszkańców)
 miasto (powyżej 50 tys. mieszkańców)
4. Czy Pani/a zdaniem Program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności
 tak nie
5. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości wzięcia udziału w programie?
 z informacji przekazanej przez lekarza/pielęgniarkę w przychodni lekarskiej;
 z ogłoszenia w przychodni lekarskiej, z plakatów/ ulotek znajdujących się w przychodni lekarskiej;
 od rodziny/znajomych;
 ze środków masowego przekazu:
 prasy,
 radia,
 telewizji,
 internetu;
 (inne - proszę wymienić)
6. Jak Pan/i ocenia dostępność informacji o realizowanym Programie?
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle
7. Jak Pan/i ocenia jakość otrzymanych informacji?
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle
8. Jak Pan/Pani ocenia dostępność do udzielanych w ramach programu świadczeń (miejsce, dni, godziny przyjęć)
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle
9. Jak Pan/i ocenia uprzejmość i życzliwość personelu?
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle
10. Jak Pan/i ocenia poszanowanie prywatności podczas udzielanych świadczeń?
 bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

11. Jak Pan/i ocenia warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń? (krzesła, wieszaki, czystość, dostęp do toalet)

- bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

12. Czy udzielono Pani/ Panu informacji o korzyściach wynikających ze szczepienia przeciwko pneumokokom?

- tak nie

13. Czy udzielono Pani/ Panu informacji o ewentualnych niepożądanych odczynach poszczepiennych (NOP)?

- tak nie

14. Czy poleciłby Pan/i udział w Programie swoim bliskim, znajomym?

- tak nie nie mam zdania

15. Własne opinie (Jeżeli w trakcie udziału w Programie zetknęła się Pani/Pan z zagadnieniami, sytuacjami pozytywnymi lub negatywnymi nie ujętymi w ankiecie, prosimy opisać poniżej:

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

Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.

Ankieta można przesłać w wersji elektronicznej do:

- Koordynatora Programu e-mail:
- Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, e-mail: s.lemanska-gerc@kujawsko-pomorskie.pl

Umowa nr

zawarta w dniu 2026 r. pomiędzy **Województwem Kujawsko-Pomorskim** z siedzibą w Toruniu, zwanym dalej „Dotującym”, reprezentowanym przez:

1.
 2.
- działających na mocy uchwały Nr

a

.....

zwanym dalej „Dotowanym”, reprezentowanym przez:

.....

Na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 1 oraz art. 115 ust. 1 pkt 1 i ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156 z późn. zm.).

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielenie przez Dotującego w roku 2026 dotacji z budżetu województwa w kwocie nieprzekraczającejzł (słownie:) na sfinansowanie 50% wydatków określonych szczegółowo w ofercie stanowiącej załącznik nr do niniejszej umowy dotyczących **wykonania szczepień ochronnych przeciwko pneumokokom z wykorzystaniem szczepionki skoniugowanej 20-walentnej osobom dorosłym po 65 r.ż. w ramach realizacji programu pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”**, w tym:
 - 1) zakupu ww. szczepionek oraz przechowywania zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producenta,
 - 2) przeprowadzenia lekarskich badań kwalifikacyjnych¹ w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania ww. szczepień,
 - 3) wykonania szczepień z zapewnieniem niezbędnych do tego celu środków medycznych,
 - 4) prowadzenia rejestracji uczestników Programu,
 - 5) prowadzenia niezbędnej dokumentacji dotyczącej szczepienia ochronnego danej osoby m.in. uzyskania pisemnej zgody pacjenta na wykonanie szczepienia, dokonania wpisu potwierdzającego wykonanie szczepienia, wydania osobie poddającej się szczepieniu zaświadczenia o wykonaniu szczepienia, sporządzenia stosownych sprawozdań i przekazania ich do właściwych instytucji, zgłoszenia niepożądanego odczynu poszczepiennego,
 - 6) przekazania do wypełnienia pacjentom przed poddaniem ich szczepieniu i odebrania od nich wypełnionego pre-testu wiedzy dotyczącego chorób pneumokokowych

¹ Zgodnie z Programem badanie kwalifikacyjne do szczepienia musi być przeprowadzone tylko i wyłącznie przez lekarza, nie inną osobę uprawnioną zgodnie z przepisami do przeprowadzania badań kwalifikacyjnych np. pielęgniarkę

- oraz przekazania wszystkich wypełnionych pre-testów zbiorczo do koordynatora Programu po jego zakończeniu,
- 7) przekazania do wypełnienia pacjentom i odebrania od nich wypełnionej ankiety satysfakcji pacjenta (w tym zamieszczenia ankiety satysfakcji pacjenta w wersji elektronicznej na stronie internetowej Dotowanego),
 - 8) sporządzania miesięcznych sprawozdań z realizacji Programu oraz zbiorczych zestawień danych z ankiet satysfakcji pacjenta i przekazywanie ich do koordynatora Programu,
 - 9) sporządzenia sprawozdania końcowego z realizacji Programu i przekazania go do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu.
2. Formularze dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt 5, 6 i 7 tj. zgoda pacjenta na udział w Programie, zaświadczenie o przeprowadzonym szczepieniu, pre-test wiedzy dotyczący chorób pneumokokowych, ankieta satysfakcji pacjenta a także materiały informacyjno-promocyjne i edukacyjne tj. plakaty i ulotki zostaną przygotowane i dostarczone przez koordynatora Programu.
 3. Termin realizacji zadania ustala się od dnia r. do dniar.
 4. Termin poniesienia wydatków dla środków pochodzących z dotacji ustala się od daty zawarcia umowy (jednak nie wcześniej niż od pierwszego dnia realizacji zadania) do dnia r. Wydatki poniesione poza określonym terminem, w żadnym wypadku nie będą uwzględniane;
 5. Przyznana kwota dotacji przekazana zostanie na rachunek bankowy podany przez Dotowanego i przeznaczony do operacji związanych z realizacją zadania:
nr rachunku
 6. Środki, o których mowa w §1 ust. 1, przekazane zostaną przez Dotującego w terminie 14 dni roboczych od podpisania umowy przez obie strony i przekazania jej do Urzędu Marszałkowskiego.
 7. Pozostałe 50% wydatków określonych szczegółowo w ofercie stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszej umowy zostanie pokryte z budżetu **Powiatu/Gminy**
 8. Dotowany zobowiązany jest załączyć oświadczenie, że realizując zadanie, o którym mowa w § 1 ust. 1 nie może odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku VAT naliczonego w fakturach dotyczących zakupu towarów i usług dokonywanych w związku z realizacją tego zadania.
 9. Wszystkie kserokopie dokumentów winny być potwierdzone na każdej stronie „Za zgodność z oryginałem” przez Dotowanego należycie reprezentowanego.

§ 2

Dotowany oświadcza, że nie zawierał i nie zawrze innych umów na realizację zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1, w części finansowanej przez Dotującego.

§ 3

Dotowany zobowiązuje się do zapewnienia przekazania danych osobowych oraz innych informacji zgromadzonych w wyniku realizacji programu (zebranych w ramach realizacji niniejszej umowy) na rzecz koordynatora programu na zasadach określonych w przepisach prawa, w tym w szczególności w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) oraz w rozporządzeniu 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).

§ 4

1. Dotowany zobowiązuje się do:
 - 1) prawidłowego zrealizowania zadania;
 - 2) przekazywania w terminie **do dnia 5 każdego miesiąca** za miesiąc poprzedni w następujący sposób do koordynatora Programu danych dotyczących realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1, zgodnie z wytycznymi koordynatora Programu i wzorem stanowiącym załącznik nr do niniejszej umowy (Sprawozdanie – wykaz uczestników) oraz zbiorczych zestawień danych z ankiet satysfakcji pacjenta zgodnie z wytycznymi koordynatora Programu;
 - 3) dostarczenia w terminie do dnia **15 stycznia 2027 roku** do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu sprawozdania końcowego z realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 wraz z załącznikami oraz wszelkiej innej dokumentacji potwierdzającej wywiązanie się z umowy;
 - 4) zwrotu niewykorzystanych środków w terminie 15 dni po upływie terminu realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 3, tj. do dnia **15 stycznia 2027 roku** na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9802 0119 5700.
2. Od niewykorzystanej kwoty dotacji zwróconej po terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, naliczane są odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonych od następnego dnia po tym terminie do dnia ich wpływu na konto Dotującego. Dotowany zobowiązuje się do zwrotu tych odsetek na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794.
3. Wzór sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, stanowi załącznik nr do niniejszej umowy.
4. Dotowany do sprawozdania końcowego jest zobowiązany załączyć:
 - 1) kserokopie potwierdzonych dwustronnie przez Dotowanego „Za zgodność z oryginałem” wszystkich miesięcznych sprawozdań - wykazów uczestników programu zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr do niniejszej umowy (zawierające m.in. podpisy osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i wykonujących szczepienia ochronne oraz niezbędny opis i podpisy osób reprezentujących podmiot leczniczy),
 - 2) inne dokumenty, mogące mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonania zadania.
5. Zastrzega się, iż koszt jednostkowy szczepienia ochronnego osoby dorosłej po 65 r. ż. przeciwko pneumokokom z wykorzystaniem szczepionki skoniugowanej 20-walentnej nie może ulec zmianie.
6. W rozliczeniu dotacji nie będą uwzględniane:
 - 1) wydatki poniesione w związku z realizacją zadania dotyczące przypadków, gdy osoba nie została zakwalifikowana do szczepienia;
 - 2) wydatki z tytułu opłat i kar umownych, a także podatek od towarów i usług, jeżeli Dotowany ma prawo do jego odliczenia;

3) wydatki nieokreślone w kosztorysie zadania.

§ 5

1. Dotującemu przysługuje prawo kontroli Dotowanego w zakresie:
 - 1) sposobu wydatkowania dotacji,
 - 2) oceny prawidłowości dokonanego rozliczenia.
2. Dotowany zobowiązuje się do:
 - 1) prowadzenia dokumentacji dotyczącej kosztów realizacji zadania w sposób umożliwiający ocenę jego wykonania pod względem rzeczowym i finansowym,
 - 2) umieszczania we wszystkich drukach związanych z realizacją zadania (np. plakatach, ulotkach, zaproszeniach, formularzach, komunikatach, materiałach informacyjno-promocyjnych itp.) a także w ogłoszeniach prasowych, reklamach, wykazach sponsorów, na banerach oraz własnych stronach internetowych herbu Województwa Kujawsko-Pomorskiego, znaku promocyjnego województwa oraz informacji o dofinansowaniu zadania z budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego – zgodnie z wytycznymi dostępnymi na stronie internetowej www.kujawsko-pomorskie.pl (zakładka „Promocja”) i po wcześniejszym uzgodnieniu z Departamentem Zdrowia,
 - 3) udokumentowania wywiązania się z obowiązków informacyjnych określonych w pkt 2.
3. **Nie wywiązanie się z obowiązku wskazanego w ust. 2 pkt 2 skutkuje zapłatą kary umownej w wysokości zł.**

§ 6

Dotującemu przysługuje prawo do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku stwierdzenia wykorzystania nawet części dotacji na inne cele niż określone w umowie.

§ 7

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, w tym w przypadku siły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2025 r. poz. 1071 z późn. zm.), które uniemożliwiają wykonanie umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 skutki finansowe i obowiązek zwrotu środków finansowych Strony określą w protokole.

§ 8

1. W przypadku stwierdzenia wykorzystania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem lub pobrania w nadmiernej wysokości Dotowany zobowiązany jest do jej zwrotu w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 3 na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9802 0119 5700.
2. Odsetki od dotacji w przypadku:
 - 1) wykorzystania jej niezgodnie z przeznaczeniem nalicza się od dnia przekazania środków z budżetu województwa do dnia ich wpływu na konto Dotującego, na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794,
 - 2) pobrania jej w nadmiernej wysokości nalicza się od dnia następującego po upływie terminu, o którym mowa w ust 1 i przekazuje na rachunek bankowy Urzędu

Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794.

3. Tryb zwrotu dotacji następuje na podstawie przepisów ustawy o finansach publicznych.

§ 9

- 1) Strony oświadczają, iż wszelkie dane osobowe pozyskane od siebie w związku z zawarciem niniejszej Umowy, podlegać będą ochronie przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w tym z rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L. 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L. 127 z 23 maja 2018 r., str. 2), zwanego rozporządzeniem 2016/679.
- 2) Dane osób reprezentujących każdą ze Stron oraz osób zaangażowanych w realizację niniejszej Umowy przetwarzane będą wyłącznie w celu i w czasokresie niezbędnym do jej zawarcia i/lub wykonania oraz dochodzenia roszczeń z niej wynikających.
- 3) Strony oświadczają, że wprowadziły odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby przetwarzanie danych osobowych odbywało się zgodnie z przepisami prawa, w szczególności rozporządzenia 2016/679.
- 4) Strony zobowiązują się do wykonania obowiązku informacyjnego określonego w art. 14 rozporządzenia 2016/679 wobec osób wskazanych w niniejszej Umowie, w imieniu drugiej Strony.
- 5) Klauzula informacyjna dla dotowanych dostępna jest na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego – www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych.

§ 10

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 11

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Dotowany.

Dotowany

Dotujący

SPRAWOZDANIE - WYKAZ UCZESTNIKÓW
„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych
z województwa kujawsko-pomorskiego”

Realizator:

Okres realizacji świadczeń:

Lp.	Nr pacjenta	Samorząd		Płeć		Data przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego	Podpis i pieczęć lekarza przeprowadzającego badanie kwalifikacyjne ²⁾	Data urodzenia (rrrr-mm-dd)	Data wykonania szczepienia (rrrr-mm-dd)	Wiek pacjenta w latach ³⁾	Czytelny podpis lub podpis i pieczęć osoby wykonującej szczepienie ⁴⁾
		Nr ¹⁾	Powiat/Gmina, w której mieszka pacjent	K	M						

¹⁾ Numer samorządu wg Załącznika nr 1 do ogłoszenia konkursowego.

²⁾ Potwierdzenie odręcznym podpisem dotyczy wykazu przedstawianego do Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu

³⁾ Wiek pacjenta zostaje wyliczony automatycznie na podstawie wprowadzonej formuły.

⁴⁾ Potwierdzenie odręcznym podpisem dotyczy wykazu przedstawianego do Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu

Opis wykazu:

1) Wykaz dotyczy realizacji "Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego" zgodnie z umową nr

2) Płatne ze środków Województwa Kujawsko-Pomorskiego w wysokości zł

3) Płatne ze środków gminy/powiatu w wysokości zł

4) Dokument sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

.....
 podpis osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu leczniczego

.....
Pieczęć jednostki składającej sprawozdanie

SPRAWOZDANIE CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE

z realizacji programu
pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych
z województwa kujawsko-pomorskiego”

w powiecie/gminie*

Data złożenia sprawozdania:

1. Opis wykonania zadania:

Miejsce realizacji zadania:

Liczba osób objętych programem:

Liczba osób, które nie zostały zaszczepione ze względu na przeciwwskazania wraz podaniem przyczyny odstąpienia od szczepienia:

Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:

Personel medyczny udzielający świadczeń:

Sposoby rejestracji pacjentów:

Inne informacje:

2. Rozliczenie finansowe zadania:

a. rozliczenie ze względu na rodzaj kosztów:

I.p.	Świadczenie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	w tym z budżetu Województwa (w zł)
1.	Wykonanie szczepienia ochronnego osób dorosłych po 65 r.ż. przeciwko pneumokokom szczepionką 20-waletną, w tym: - zakup szczepionki, - przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego, - wykonanie szczepienia, - wypełnienie niezbędnej dokumentacji - przeprowadzenie z pacjentem pre-testu wiedzy dotyczącego chorób pneumokokowych			szczepienie		
2.	Ogółem:					

*Niepotrzebne skreślić

b. rachunki kosztów realizacji zadania:

Lp.	Rodzaj kosztów	Nazwa dokumentu (np. wykaz uczestników programu)	Data wystawienia dokumentu***	Koszt całkowity (w zł)	w tym koszt z budżetu Województwa (w zł)
1.	Wykonanie szczepienia ochronnego osób dorosłych po 65 r.ż. przeciwko pneumokokom szczepionką 20-waletną**				
Ogółem					

** podstawą do rozliczenia będzie wykaz uczestników programu

*** nie późniejsza niż 31.12.2026

c. rozliczenie ze względu na źródła finansowania:

	Źródła finansowania	Wartości zgodne z umową		Wartości rzeczywiste (koszty faktycznie poniesione)	
		zł	%	zł	% - stosunek kosztów poniesionych do zaplanowanych) wg wzoru (kol. 5/poz. 3.3)*100
1	2	3	4	5	6
1.	Dotacja z budżetu województwa		50		
2.	Dotacja z budżetu jst****		50		
3.	Ogółem		100		

****jst – jednostka samorządu terytorialnego

3. Dodatkowe informacje:

.....

.....
 podpis osoby upoważnionej

Do niniejszego sprawozdania załączyć można dodatkowe materiały mogące dokumentować działania faktyczne podjęte przy realizacji zadania (np. publikacje wydane w ramach programu, raporty, wyniki prowadzonych ewaluacji, wzory materiałów promocyjnych i inne).

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 108/5119/26
Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego
z dnia 27 maja 2026 r.

SKŁAD KOMISJI KONKURSOWEJ

- 1) **Agnieszka Lisek-Charkiewicz** – Dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu - Przewodnicząca Komisji Konkursowej,
- 2) **Barbara Ptaszyńska** – Naczelnik Wydziału Zdrowia w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu - zastępca Przewodniczącej Komisji Konkursowej,
- 3) **Sylwia Lemańska-Gerc** – pracownik Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu.

REGULAMIN PRACY KOMISJI KONKURSOWEJ

§ 1. Przedmiotem pracy Komisji Konkursowej jest ocena ofert pod względem merytorycznym.

§ 2. W związku z wyborem najkorzystniejszej oferty/ofert spośród ofert, które otrzymały w ocenie merytorycznej 50 i więcej punktów Komisja Konkursowa może przeprowadzić indywidualne negocjacje mające na celu ustalenie ceny jednostkowej świadczeń (w odniesieniu do ceny najkorzystniejszej dla udzielającego zamówienie), liczby świadczeń do wykonania oraz liczby osób objętych programem przez każdego z oferentów.

§ 3. 1. Posiedzenie Komisji zwołuje jej Przewodniczący.

2. Prace Komisji mogą odbywać się w kilku etapach.

3. Prace Komisji odbywają się na posiedzeniach, w których uczestniczy przynajmniej dwóch członków z prawem głosu, w tym Przewodniczący lub zastępca Przewodniczącego.

4. Komisja podejmuje decyzję zwykłą większością głosów w głosowaniu jawnym.

W przypadku równej liczby głosów, decyduje głos Przewodniczącego lub zastępcy Przewodniczącego.

5. W przypadku nieobecności Przewodniczącego wszystkie jego funkcje pełni zastępca Przewodniczącego.

6. Każdy z członków Komisji, przed rozpoczęciem jej prac, składa oświadczenie o wyłączeniu/bezstronności. Wzór oświadczenia stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.

§ 4. 1. Z prac komisji sporządzany jest protokół, który podpisują wszyscy jej członkowie obecni na posiedzeniu. Protokół zawiera m.in. propozycje wyboru ofert wraz z wysokością przyznanych środków publicznych.

2. Przewodniczący lub zastępca Przewodniczącego przedstawia Zarządowi Województwa propozycje wyboru ofert wraz z wysokością przyznanych środków publicznych.

**OŚWIADCZENIE O WYŁĄCZENIU CZŁONKA KOMISJI KONKURSOWEJ –
PRACOWNIKA URZĘDU MARSZAŁKOWSKIEGO W TORUNIU**

Oświadczam, że w związku z członkostwem w komisji konkursowej podlegam/nie podlegam* wyłączeniu od udziału w postępowaniu w sprawie:

- 1) w której jestem stroną albo pozostaję z jedną ze stron w takim stosunku prawnym, że wynik sprawy może mieć wpływ na jego prawa lub obowiązki;
- 2) swego małżonka oraz krewnych i powinowatych do drugiego stopnia;
- 3) osoby związanej ze mną z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
- 4) w której byłem/am świadkiem lub biegłym albo byłem/am lub jestem przedstawicielem jednej ze stron, albo w której przedstawicielem strony jest jedna z osób wymienionych w pkt 2 i 3;
- 5) w której brałem udział w niższej instancji w wydaniu zaskarżonej decyzji;
- 6) z powodu której wszczęto przeciw mnie dochodzenie służbowe, postępowanie dyscyplinarne lub karne;
- 7) w której jedną ze stron jest osoba pozostająca wobec mnie w stosunku nadrzędności służbowej.

Jest mi wiadomo, że powody wyłączenia pracownika od udziału w postępowaniu trwają także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

W razie zmiany jakiegokolwiek z informacji, podanej w moim oświadczeniu, zobowiązuję się do niezwłocznego złożenia oświadczenia we wskazanej formie.

.....

.....

data, miejscowość

podpis (czytelnie imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE O BEZSTRONNOŚCI CZŁONKA KOMISJI KONKURSOWEJ –
INNEMU NIŻ PRACOWNIK URZĘDU MARSZAŁKOWSKIEGO W TORUNIU**

Oświadczam, iż jestem/nie jestem związany/a* z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, biorącymi udział w przedmiotowym konkursie ofert w szczególności:

1. będąc/nie będąc* osobą, która wchodzi w skład organów statutowych lub pełni funkcję kierowniczą w którymkolwiek z ww. podmiotów,
2. będąc/ nie będąc* pracownikiem, przedstawicielem bądź członkiem któregoś z ww. podmiotów,
3. pozostając/nie pozostając* z osobami związanymi z ww. podmiotami w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia, bądź będąc związanym/ą z nimi z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli (również po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli).

.....

.....

data, miejscowość

podpis (czytelnie imię i nazwisko)

* niepotrzebne skreślić

Uzasadnienie

1. Przedmiot regulacji:

Ogłoszenie uzupełniającego konkursu ofert na wybór w 2026 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych dla mieszkańców jednostek samorządu terytorialnego, dla których nie udało się wyłonić realizatorów w ramach poprzedniego konkursu lub wyłoniono realizatorów tylko na część zaplanowanych szczepień.

2. Omówienie podstawy prawnej:

Zgodnie z art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 581, z późn. zm.) zarząd województwa wykonuje zadania należące do samorządu województwa, niezastrzeżone na rzecz sejmiku województwa i wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych.

Stosownie do art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) w przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert. W art. 48b ust. 2 cyt. ustawy precyzuje się, iż o przeprowadzeniu ww. konkursu ofert jednostka samorządu terytorialnego ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert. Zgodnie z art. 48b ust. 3 w ogłoszeniu tym określa się w szczególności: przedmiot konkursu ofert, wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej oraz termin i miejsce składania ofert.

Program polityki zdrowotnej będący przedmiotem konkursu ofert został przyjęty do realizacji uchwałą Nr 90/4208/26 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 21 stycznia 2026 r. w sprawie przyjęcia do realizacji w 2026 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”.

3. Konsultacje wymagane przepisami prawa (łącznie z przepisami wewnętrznymi):

Projekt uchwały nie podlega procedurze uzgodnień.

4. Uzasadnienie merytoryczne:

Streptococcus pneumoniae są najczęstszą przyczyną zachorowalności i umieralności w skali świata, powodując około 3,5 mln zgonów rocznie. Do najczęstszych chorób inwazyjnych wywoływanych przez pneumokoki należą: zapalenie płuc z bakteriami, sepsa i zapalenie opon mózgowo rdzeniowych (ZOMR), określane mianem inwazyjnej choroby pneumokokowej. Drobnoustrój ten odpowiada również za zakażenia nieinwazyjne, tj. ostre zapalenie ucha środkowego, zatok, zaostrzenia w POChP oraz zapalenie spojówek.

Najwięcej inwazyjnych zachorowań występuje w dwóch skrajnych grupach wiekowych, tj. u dzieci do 2 r.ż. oraz u osób powyżej 65 r.ż. Liczba zachorowań ogółem wywołanych przez *Streptococcus pneumoniae* w roku 2024 w województwie kujawsko-pomorskim wynosiła – 282 (w 2023 r. – 227), zapadalność – 14,17/100 tys. (w 2023 r. – 11,34/100 tys.), w tym zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu: 13 zachorowań (w 2023 r. – 16), zapadalność – 0,65/100 tys. (w 2023 r. – 0,80/100 tys.), posocznica: 210 zachorowań (w 2023 r. – 175), zapadalność – 10,55/100 tys. (w 2023 r. – 8,74/100 tys.).

Prezes AOTMiT po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wyraził warunkowo pozytywną opinię o projekcie programu pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”. Stwierdzono, iż oceniany program dzięki swoim założeniom może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zgodnie z art. 48a ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) do projektu przedmiotowego programu polityki zdrowotnej wprowadzono, na podstawie uwag przedstawionych w opinii Prezesa AOTMiT, konieczne zmiany.

Głównym celem „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” jest zmniejszenie ryzyka zachorowania na choroby wywoływane przez *Streptococcus pneumoniae* o min. 15% w populacji osób po 65 r.ż., objętych programem, poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko pneumokokom u tych osób. Do programu zostaną zaproszone osoby w wieku

65+, które nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom i nie posiadają przeciwwskazań lekarskich do takiego szczepienia oraz wyrażą pisemną zgodę na udział w programie, zamieszkałe na terenie jednostek samorządu terytorialnego województwa kujawsko-pomorskiego przystępujących w 2026 roku do programu (Partnerów).

Wolę realizacji programu w 2026 roku zadeklarowały 42 samorządy, których zadaniem będzie prowadzenie kampanii medialnej oraz pokrycie w 50% kosztów wykonania szczepień przeciwko pneumokokom wśród osób dorosłych będących mieszkańcami danego powiatu/gminy. Przedmiotowy konkurs dotyczy wyboru realizatorów dla 7 jst, dla których nie wyłoniono podmiotów leczniczych w poprzednim konkursie (1 jst zrezygnowała) oraz dla Gminy Świecie, dla której nie wyłoniono realizatora na 30 spośród 80 zaplanowanych szczepień. Szacuje się, że w 2026 roku programem zostanie objętych 2 420 osób, z czego w ramach przedmiotowego konkursu – 350 osób.

Realizatorzy „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” wybrani w drodze konkursu ofert odpowiedzialni będą za wykonanie szczepień ochronnych osób dorosłych po 65 r.ż. przeciwko pneumokokom z wykorzystaniem szczepionki 20-walentnej, w tym: przeprowadzenie lekarskich badań kwalifikacyjnych, wykonanie szczepień, prowadzenie rejestracji uczestników programu oraz dokumentacji medycznej, wypełnienie niezbędnych formularzy, przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta oraz pre-testu wiedzy o chorobach pneumokokowych, sporządzanie miesięcznych sprawozdań z realizacji programu i przekazywanie ich do koordynatora programu.

5. Ocena skutków regulacji:

„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych finansowany będzie z budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz budżetu samorządów terytorialnych, które wyraziły wolę jego realizacji. Koszt realizacji zadań będących przedmiotem konkursu ofert szacowany jest na 122.500,00 zł, w tym z budżetu województwa 61.250,00 zł – zadanie budżetowe „Województwo Promujące Zdrowie”, dział 851, rozdział 85149, § 2780/Z – 38.935,00 zł, § 2780/N – 22.315,00 zł. Realizatorami przedmiotowego programu będą podmioty wyłonione w drodze konkursu ofert.