

Na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.)

## **Burmistrz Miasta Kamienna Góra**

### **ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2020 pn. „Profilaktyczny program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kamienna Góra powyżej 65 roku życia”**

#### **I. Przedmiot Konkursu**

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyczny program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kamienna Góra powyżej 65 roku życia”

#### **II. Adresaci Konkursu**

Konkurs adresowany jest do podmiotów leczniczych świadczących usługi medyczne na terenie Kamiennej Góry, które mają prawo do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej.

#### **III. Beneficjenci konkursu:**

Osoby zamieszkuje i jednocześnie zameldowane na pobyt stały na terenie Gminy Miejskiej Kamienna Góra, które ukończyły 65 rok życia.

#### **IV. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programu w 2020 roku: 70 000,00 zł.**

#### **V. Przedmiotowy zakres programu polityki zdrowotnej:**

1. Przeprowadzenie szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kamienna Góra po 65 roku życia polegających na:
  - przeprowadzeniu kampanii informacyjnej zachęcającej do udziału w programie osoby spełniające kryteria,
  - przeprowadzenie kampanii edukacyjnej dla osób spełniających kryteria udziału w programie oraz osób z ich najbliższego otoczenia,
  - przeprowadzeniu działań edukacyjnych dla personelu w placówce realizatora, który będzie miał kontakt z pacjentami,
  - przeprowadzeniu kwalifikacji uczestników do zaszczepienia,
  - przeprowadzeniu badań lekarskich kwalifikujących do zaszczepienia,
  - udzieleniu pacjentowi wszelkich informacji dotyczących celu prowadzonych szczepień, przeciwwskazań do wykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego i sposobie postępowania w przypadku, gdy wystąpi,

- uzyskanie przez uczestników programu zgody na wykonanie szczepienia ( załącznik nr 1 do Programu),
  - przeprowadzeniu wśród pacjentów ankiety, której celem jest ocena przeprowadzonych działań edukacyjnych (załącznik nr 2 do Programu),
  - podanie pacjentowi zakwalifikowanemu 1 dawki szczepionki przez realizatora programu.
2. Szczepienia będą realizowane zgodnie z kolejnością zgłoszeń pacjentów, bez względu na podmiot leczniczy, do którego zapisana jest osoba w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
  3. Podmiot realizujący program szczepień zobowiązany jest zapewnić wszystkie wyroby medyczne niezbędne do wykonania szczepień, dokonania stosownych wpisów w dokumentacji medycznej potwierdzających wykonanie szczepienia oraz przeprowadzenia badania ankietowego oceniającego przeprowadzone działania edukacyjne.
  4. Realizator programu zobowiązany będzie do opracowania sprawozdania końcowego (merytoryczno-finansowego) z realizacji programu, uwzględniającego m.in. wyniki monitorowania i ewaluacji programu.

## **5. Zasady i warunki przyznania środków finansowych z budżetu gminy na realizację programu polityki zdrowotnej**

### 1. Termin i sposób składania ofert:

- 1) termin składania ofert **upływa w dniu 27 października 2020 roku o godzinie 15.00**. Oferty złożone po wyznaczonym terminie nie podlegają procedurze konkursowej.
- 2) ofertę wraz z załącznikami należy składać w Biurze Obsługi Klienta Urzędu Miasta Kamienna Góra, 58 – 400 Kamienna Góra pl. Grunwaldzki 1 lub przesyłką listową na powyższy adres, przy czym o zachowaniu terminu decyduje data wpływu przesyłki do Urzędu Miasta Kamienna Góra.
- 3) oferty wraz z załącznikami należy składać w opisanych kopertach: nazwa i adres oferenta z dopiskiem: Oferta na realizację w roku 2020 programu polityki zdrowotnej pn. **„Profilaktyczny program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kamienna Góra powyżej 65 roku życia”**;
- 4) wszystkie kopie dokumentów i wydruki należy potwierdzić za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta) i sygnowane jego podpisem oraz pieczęcią,
- 5) oferta powinna być złożona na udostępnionym formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia, z wypełnionymi wszystkimi rubrykami, w przypadku rubryk, których wypełnianie nie dotyczy danego oferenta należy wpisać "nie dotyczy",
- 6) oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego i wzorów oświadczeń pod rygorem odrzucenia oferty,
- 7) wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, powinny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę,
- 8) wszystkie koszty związane ze sporządzeniem i złożeniem oferty ponosi oferent.

2. Oferenci zobowiązani są złożyć następujące dokumenty:

- 1) ofertę na formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia opatrzoną pieczęcią i podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą składającego ofertę,
- 2) aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oferenta,
- 3) kopię zaświadczenia o nadaniu nr NIP oferenta,
- 4) kopię zaświadczenia o nadaniu nr REGON oferenta,
- 5) kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta),
- 6) kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

3. Termin realizacji zadania:

Realizacja programu nastąpi w okresie **od 2 listopada 2020 do 31 grudnia 2020 r.**

4. Wybór oferenta:

- 1) do udziału w konkursie i oceny merytorycznej zostaną dopuszczone oferty kompletne pod względem formalnym, złożone w terminie i miejscu podanym w ogłoszeniu,
- 2) oferty złożone po terminie oraz oferty niespełniające wymogów formalnych podanych w ogłoszeniu nie będą rozpatrywane,
- 3) przewiduje się możliwość uzupełniania złożonych ofert oraz dokonywania poprawek po wezwaniu do uzupełnienia przez komisję konkursową,
- 4) wyboru oferty Komisja konkursowa dokona w terminie do dnia **30 października 2020 r.**
- 5) Przy ocenie merytorycznej oferty, brane będą pod uwagę w szczególności następujące kryteria:
  - a) kalkulacja kosztów (cena jednostkowa oraz liczba osób objętych programem),
  - b) warunki kadrowe i kwalifikacje zawodowe osób mających realizować program,
  - c) warunki lokalowe i wyposażenie podmiotu leczniczego w którym będzie realizowany program,
  - d) dotychczasowe doświadczenie w dziedzinie objętej programem.

## 6. Postanowienia końcowe

1. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego będzie ogłoszona w Urzędzie Miasta Kamienna Góra na tablicy ogłoszeń, na stronie internetowej Urzędu Miasta Kamienna Góra oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.
2. Zastrzega się możliwość nierozstrzygnięcia konkursu ofert bez podania przyczyn.
3. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.
4. Warunkiem przekazania środków finansowych jest zawarcie, przed datą rozpoczęcia realizacji programu, umowy.
5. Podmiot, który uzyskał środki finansowe z budżetu gminy na realizację programu zobowiązany jest do przedstawienia sprawozdania merytoryczno-finansowego z wykonanego programu.
6. Dodatkowych informacji na temat realizacji programu udziela Wydział Promocji i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Kamienna Góra, nr tel. 75 64 55 127.

**Urząd Miasta Kamienna Góra**  
**Pl. Grunwaldzki 1**  
**58-400 Kamienna Góra**

.....  
*Pieczęć firmowa oferenta*

**Oferta realizacji w roku 2020 programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyczny program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kamienna Góra powyżej 65 roku życia”;**

<b>Lp.</b>	<b>I. DANE OFERENTA</b>	
1.	Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, numer tel numer faksu adres e-mail	
3.	Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta	
4.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
5.	NIP	
7.	Regon	
8.	Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
9.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., adres e-mail)	
10.	Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.)	
11.	Nazwa banku	
12.	Numer konta	

**II. KALKULACJA KOSZTÓW**

Koszt wykonania 1 dawki szczepienia w zł	
Liczba osób, które zostaną objęte programem	
Łączny koszt realizacji programu w zł (liczba osób x cena 1 dawki szczepienia)	

**III. LICZBA OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI PROGRAMU ORAZ ICH KWALIFIKACJE**

Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu	Kwalifikacje zawodowe

**IV. WARUNKI LOKALOWE I WYPOSAŻNIE MEDYCZNE POMIESZCZEŃ W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM**

--

**V. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE W DZIEDZINIE OBJĘTEJ PROGRAMEM**

--

**I. HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU**

Rodzaj zadania	Termin realizacji
Kampania informacyjna	
Akcja edukacyjna	
Wykonanie szczepienia poprzedzonego badaniem kwalifikacyjnym do szczepienia	

**VIII MIEJSCE WYKONYWANIA SZCZEPIENIA, TERMIN REALIZACJI (data, godzina)**

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora w roku 2020 programu polityki zdrowotnej pn. „**Profilaktyczny program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kamienna Góra powyżej 65 roku życia**” oraz że przyjmuję bez zastrzeżeń wymagania zawarte w jego treści
- 2) świadczenia zdrowotne będą realizowane w pomieszczeniach, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r., poz. 595)
- 3) cena wskazana w ofercie uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją programu,
- 4) dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

Kamienna Góra,

dnia.....

.....  
*Podpis i pieczęć osoby/osób  
upoważnionej/upoważnionych do  
reprezentacji*

**Uwaga!** Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.

1. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
2. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając pustych miejsc. W przypadku rubryk, których wypełnianie nie dotyczy danego oferenta należy wpisać "nie dotyczy".
3. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.
4. Do oferty należy dołączyć:
  - a) aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oferenta,
  - b) kopię zaświadczenia o nadaniu nr NIP oferenta,
  - c) kopię zaświadczenia o nadaniu nr REGON oferenta,
  - d) kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta),
  - e) kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.