

ZARZĄDZENIE Nr. 372/2017  
PREZYDENTA MIASTA ŚWIĘTOCHŁOWICE  
z dnia 27.07.2017.

w sprawie: ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2017 pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób od 60 roku życia zamieszkałych w gminie Świętochłowice”

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 446 z późn. zm.), art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 pkt 1 oraz art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.)

zarządza się co następuje:

**§ 1**

1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2017 pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób od 60 roku życia zamieszkałych w gminie Świętochłowice”.
2. Treść ogłoszenia o konkursie, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik Nr 1 do zarządzenia.

**§ 2**

Wzór oferty stanowi załącznik Nr 2 do zarządzenia.

**§ 3**

Załączniki Nr 3 i 4 do zarządzenia stanowią odpowiednio Karta Oceny Formalnej oraz Karta Oceny Merytorycznej

**§ 4**

Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Spraw Społecznych i Zdrowia.

**§ 5**

Ogłoszenie, o którym mowa w § 1 zamieszcza się na stronie internetowej Miasta, w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miejskiego w Świętochłowicach.

**§ 6**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Z up. Prezydenta Miasta  
Drugi Zastępca Prezydenta Miasta

  
Stanisław Korman

Tomasz Kufel  
  
radca prawny  
K 20.07.2017

Naczelnik Wydziału  
  
Joanna Peretiałowicz

Załącznik Nr 1  
do Zarządzenia Nr 372/2017  
Prezydenta Miasta Świętochłowice  
z dnia 27.07.2017r.

**Ogłoszenie o konkursie ofert na wybór  
realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2017  
pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych  
przeciwko grypie osób od 60 roku życia zamieszkałych w gminie  
Świętochłowice”.**

**PREZYDENT MIASTA ŚWIĘTOCHŁOWICE**

działając na podstawie art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.)

**ogłasza**

konkurs ofert na realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2017 pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób od 60 roku życia zamieszkałych w gminie Świętochłowice”.

**I. Przedmiot konkursu:**

- 1. Przedmiotem konkursu** ofert i realizacji programu jest: przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych u osób od 60 roku życia, zamieszkałych na terenie gminy Świętochłowice, na które składa się:
  - 1) Przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej obejmującej rozpowszechnienie informacji o szczepieniach przeciwko grypie,
  - 2) Dokonanie rekrutacji uczestników spełniających kryteria objęcia programem,
  - 3) Zakup szczepionek przeciw grypie (zakup materiałów niezbędnych do realizacji zadania),
  - 4) Wykonanie usługi szczepień u osób od 60 roku życia zamieszkałych na terenie gminy Świętochłowice, w tym przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia,
  - 5) Edukację świadczeniobiorców poprzez przekazanie informacji o zasadności i istocie szczepienia przeciwko grypie,
  - 6) Przeprowadzenie monitoringu i ewaluacji programu, w tym zebranie wszystkich dokumentów dot. osób zakwalifikowanych do programu, oraz dokumentów potwierdzających fakt zamieszkiwania na terenie gminy Świętochłowice.
- 2. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń – od dnia podpisania umowy do 31 listopada 2017 r.**
- 3. Szczepieniami planuje się objąć około 20% populacji docelowej tj. ok. 2 400 osób.**
- 4. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu w 2017 roku wynosi 53 000,00 zł ( słownie złotych : pięćdziesiąt trzy tysiące złotych brutto).**

**II. Warunki konkursu:**

**1. Informacje o konkursie ofert:**

- a) konkurs ofert dotyczy wyboru realizatora Programu;
- b) postępowanie konkursowe przeprowadzi Komisja Konkursowa powołana przez Prezydenta Miasta Świętochłowice.
- c) oferty sporządza się na formularzu ofertowym, stanowiącym załącznik nr 2 do zarządzenia Prezydenta Miasta Świętochłowice Nr 372/2017, z dnia 27.07.2017r.

**2. Ogólne warunki przystąpienia do konkursu ofert:**

- a) prowadzenie działalności leczniczej na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zmianami);

- b) zgodność wykonywania usług medycznych w zakresie wymaganym w konkursie ofert ze statutem podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

### 3. Szczegółowe warunki konkursu:

- a) zabezpieczenie właściwej liczby osób, w tym wykwalifikowanego personelu medycznego zapewniającego prawidłową realizację Programu oraz Koordynatora Programu;  
Koordynatorem Programu jest osoba odpowiedzialna za całokształt prac związanych z jego realizacją. W zakres jej obowiązków wchodzi: organizacja programu, przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej, nadzór nad jego realizacją, sprawozdawczość w stosunku do Urzędu Miasta, dbanie o wizerunek Programu.
- b) zapewnienie punktu szczepień zgodnie z wytycznymi NFZ oraz Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej,
4. Realizator zatrudnia na zasadzie umowy cywilnoprawnej, umowy o pracę lub w innych formach zatrudnienia wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi przepisami dla podmiotów leczniczych.

### III. Terminy i warunki składania ofert:

1. Termin składania ofert upływa w dniu 16.08.2017. o godzinie 15<sup>30</sup> (decyduje data wpływu do punktu przyjmowania podań Urzędu Miasta Świętochłowice przy ul. Katowickiej 54).
2. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone oferentowi bez rozpatrywania.
3. Kompletna oferta powinna zawierać:
- a) szczegółowo wypełniony formularz ofertowy, o którym mowa w rozdziale II, pkt. 1 c niniejszego ogłoszenia;
- b) aktualne (ważne 3 m-ce od daty wystawienia) dokumenty, stosownie do statusu prawnego oferenta, w tym:
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeśli podmiot nie jest widoczny w ogólnodostępnej wyszukiwarce Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG);
  - statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu);
  - dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej ( w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych),
  - zezwolenie na wykonywanie praktyki ( w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych),
  - oświadczenie potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego , o którym mowa w rozdziale II, pkt. 3 a niniejszego ogłoszenia, ze wskazaniem liczby personelu odpowiedzialnego za realizację zadania wraz z przyporządkowaniem uprawnień zawodowych;
  - oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu;
  - oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji zadania.

***Dokumenty można składać w kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem wraz z pieczętą, datą i podpisem osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu, z wyjątkiem oferty, którą należy złożyć w oryginale.***

4. Ofertę należy składać w zamkniętej kopercie za pośrednictwem poczty lub osobiście w punkcie przyjmowania podań Urzędu Miasta Świętochłowice przy ul. Katowickiej 54.  
Na kopercie należy umieścić:
- a) pełną nazwę oferenta i jego adres;
- b) pełny tytuł programu;
5. Oferta powinna być przygotowana:
- a) na piśmie;
- b) na udostępnionym formularzu;
- c) w języku polskim;
- d) podpisana przez osoby uprawnione oferenta.
6. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na realizację programu polityki zdrowotnej.
7. Wszystkie koszty związane ze sporządzeniem i złożeniem oferty ponosi oferent.
8. Ogłaszający konkurs zastrzega sobie prawo do:
- a) zmiany wysokości kwoty przeznaczonej na powyższe zadanie;
- b) odwołania konkursu lub zmiany terminu składania ofert bez podania przyczyn;

- c) zmiany warunków konkursu;
- d) zamknięcia konkursu bez rozstrzygnięcia;
- e) zmiany terminu rozpoczęcia i zakończenia postępowania konkursowego;
- f) odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych, m.in. zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że realizacja programu nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

#### IV. Terminy i tryb wyboru ofert

1. Oceny merytorycznej i formalnej ofert dokona Komisja Konkursowa powołana przez Prezydenta Miasta Świętochłowice.
2. Konkurs rozstrzyga Prezydent Miasta Świętochłowice, po zapoznaniu się z opinią Komisji Konkursowej;
3. Prezydent Miasta Świętochłowice uwzględniając opinię Komisji Konkursowej może wybrać kilku realizatorów programu polityki zdrowotnej, dzieląc między nimi pulę środków przewidzianych na jego realizację;
4. W przypadku stwierdzenia przez komisję konkursową konieczności złożenia przez oferenta dodatkowych wyjaśnień do złożonej oferty, dopuszcza się możliwość przedłożenia/przekazania dodatkowych informacji w terminie do 3 dni roboczych od daty otrzymania przez oferenta wezwania – wezwanie następuje w formie telefonicznej lub elektronicznej;
5. W przypadku, gdy oferent nie złoży dodatkowych wyjaśnień, o których mowa w ust. 4 komisja konkursowa opiniuje złożoną ofertę negatywnie;
6. Komisja konkursowa ma prawo podjęcia negocjacji z oferentem na temat proponowanego zakresu realizacji zadania oraz wysokości środków finansowych;
7. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miejskiego w Świętochłowicach, w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej Miasta: [www.swietochlowice.pl](http://www.swietochlowice.pl);
8. Złożenie oferty nie jest równoznaczne z przyznaniem dotacji;
9. W przypadku, gdy suma dofinansowania zgłoszonych ofert przekracza wysokość środków przeznaczonych na wsparcie zadania, zastrzega się możliwość zmniejszenia wielkości dofinansowania, stosownie do posiadanych środków;
10. Termin dokonania wyboru ofert nie może być dłuższy niż 60 dni od daty otwarcia ofert.

V. Z podmiotami wyłonionymi w konkursie podpisana zostanie stosowna umowa.

VI. Dodatkowe informacje można uzyskać w Wydziale Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Miejskiego w Świętochłowicach, ul. Bytomska 8, 41-600 Świętochłowice, pok. 116, I piętro, w godzinach pracy Urzędu, lub pod numerem telefonu (32) 3491-940/942.

Z up. Prezydenta Miasta  
Drużi Zastępcy Prezydenta Miasta

  
Stanisław Korman

  
Naczelnik Wydziału

Joanna Perelatkowicz

Załącznik Nr 2  
do Zarządzenia Nr 372/2017  
Prezydenta Miasta Świętochłowice  
Z dnia 27.07.2017.

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

### OFERTA

#### NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

w trybie art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r.,  
poz. 1793 z późn. zm.)

.....  
(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym )

w okresie od ..... do .....

## I. DANE NA TEMAT PODMIOTU

- 1) NAZWA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ .....
- .....  
(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej )
- 2) DOKŁADNY ADRES: .....
- TEL. .... FAX. ....
- E-MAIL ..... http:// .....
- 3) FORMA PRAWNA .....
- 4) NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW LECZNICZYCH I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR .....
- 5) NUMER WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI .....
- 6) NR NIP .....
- 7) NAZWA BANKU I NR RACHUNKU .....
- 8) NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO .....
- 9) OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ I UZUPEŁNIEŃ DOTYCZĄCYCH OFERTY (IMIĘ I NAZWISKO, FUNKCJA ORAZ NR TELEFONU KONTAKTOWEGO) .....

## II. OPIS REALIZACJI PROGRAMU

1. Szczegółowy opis realizacji programu uwzględniający specyfikę programu (m.in. populacja objęta programem (wiek/rocznik), liczba osób objętych programem, rodzaj i zakres świadczeń, kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji programu)

2. Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji programu.

3. Sposób organizacji kampanii informacyjno – edukacyjnej (rodzaj działań/ liczba działań, liczba uczestników)

4. Miejsce wykonywania programu z uwzględnieniem podwykonawców biorących udział przy realizacji programu, dokładny adres, telefon, adres mailowy, ( m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w programie , dni i godziny realizacji programu

5. Harmonogram planowanych działań /z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia

6. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju /ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną/.

### III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

Lp.	Rodzaj kosztów *	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	Wysokość dofinansowania ( w zł)**

OGÓŁEM					

\*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

.....

.....

3. Przewidywane źródła finansowania programu\*\*

Źródło finansowania	zł	%
Kwota dofinansowania		
Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów ( z tego wpłaty i opłaty adresatów zadania .....zł)		
Ogółem:		

\*\* - wypełniają podmioty otrzymujące dofinansowanie do realizacji programu

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....  
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

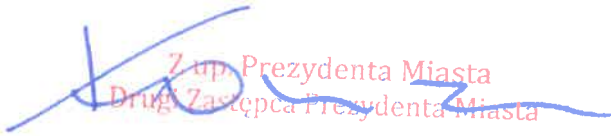
**Załączniki:**

- 1) aktualny wydruk/odpis Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu,
- 2) aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
- 3) informacja merytoryczno-finansowa w zakresie działalności placówki,
- 4) oświadczenie o posiadaniu polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem,
- 5) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną, aparaturą i warunkami do przeprowadzenia programu zdrowotnego,
- 6) inne dokumenty/oświadczenia zgodnie z warunkami konkursu wskazanymi w ogłoszeniu konkursowym
- 7) .....



- 8) .....
- 9) .....

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

  
Z up. Prezydenta Miasta  
Drugi Zastępca Prezydenta Miasta

*Stanisław Korman*


  
Naczelnik Wydziału  
Joanna Porembkiewicz

**KARTA OCENY FORMALNEJ**

<b>INFORMACJE OGÓLNE</b>			
<b>NAZWA OFERENTA:</b>			
<b>NAZWA PROGRAMU:</b>			
<b>CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA W ZŁ</b>			
<b>WNIOSKOWANA WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW FINANSOWYCH W ZŁ</b>			
<b>OCENA FORMALNA</b>			
<b>Oferta</b>			
		<b>Spełnia wymagania</b>	
		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Kryteria oceny formalnej oferty:</b> (należy wstawić znak X w odpowiedniej kolumnie)			
1.	Czy ofertę złożono w terminie wskazanym w ogłoszeniu o konkursie?		
2.	Czy oferta została złożona przez uprawniony podmiot?		
3.	Czy oferta realizacji zadania przygotowana została na wzorze ofertowym ?		
4.	Czy oferta podpisana została przez osoby uprawnione do składania oświadczeń woli		
<b>UWAGI</b>			

5.	<p>w imieniu oferenta? Wymagane załączniki do oferty:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeśli podmiot nie jest widoczny w ogólnodostępnej wyszukiwarce Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności gospodarczej (CEIDG);</li> <li>2) Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzenia statutu);</li> <li>3) Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych);</li> <li>4) Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych);</li> <li>5) Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych związku z programem</li> <li>6) Oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu;</li> <li>7) Oświadczenie potwierdzające zapewnienie sprzętu medycznego;</li> <li>8) Oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji zadania;</li> <li>9) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Zarządzenia Prezydenta Miasta Sosnowca w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2017 pn. „Program profilaktyki rozwoju chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży szkolnej”</li> </ol>		
6.	Czy wnioskowana kwota wskazana w ofercie nie przekracza kwoty przeznaczonej na dane zadanie?		
<b>Wynik oceny formalnej ofert</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy oferta spełnia wszystkie ogólne kryteria formalne i może podlegać ocenie merytorycznej?			

Podpisy członków komisji:

Z up. Prezydenta Miasta  
  
 (data i podpis Przewodniczącego Komisji Konkursowej)

Naczelnik Wydziału  
  
 Joanna Fofetajkiewicz

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ

INFORMACJE OGÓLNE	
NAZWA OFERENTA:	
NAZWA PROGRAMU:	
CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA W ZŁ	
WNIOSKOWANA WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW FINANSOWYCH W ZŁ	
OCENA MERYTORYCZNA	
1.	
<b>Jakość wykonania programu</b>	<b>SUMA</b>
a) zgodność oferty z warunkami konkursu	10
b) liczba osób objętych programem	0 - 5
<b>Możliwość realizacji programu przez oferenta</b>	<b>SUMA</b>
a) warunki lokalowe	18
b) wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny,	0 - 3
	0 - 5
2.	

	c) liczba i kwalifikacje personelu biorącego udział w realizacji programu	0 - 5
	d) dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia	0 - 5
3.	<b>Skuteczność realizacji programu:</b>	<b>SUMA</b>
	a) dotychczasowe doświadczenia związane z realizacją tożsamych programów (ze wskazaniem, które z tych programów realizowane były we współpracy z administracją rządową lub samorządową)	5
	b) spójność kosztorysu	0 - 5
4.	<b>Kalkulacja kosztów realizacji programu:</b>	<b>SUMA</b>
	a) koszty kalkulacji ( koszt jednostkowy, zasadność przyjętych w zadaniu stawek w odniesieniu do średnich cen rynkowych)	15
	b) spójność kosztorysu	0 - 5
	c) przejrzystość kalkulacji kosztów (szczegółowy opis pozycji kosztorysu, uzasadnienie dla kalkulacji kosztów)	0 - 5
	<b>OGÓLNA LICZBA PUNKTÓW</b>	<b>48</b>
PROPONOWANA KWOTA PRYZNANIA ŚRODKÓW W ZŁ		
<b>Szczegółowe uzasadnienie przyznanej oceny</b>		

.....  
Data i podpis Przewodniczącego komisji konkursowej

Podpisy członków komisji:

2. up. Prezydenta Miasta  
Zastępca Prezydenta Miasta

Stanisław Korman

Naczelnik Wydziału

Joanna Perlatowicz