

ZARZĄDZENIE Nr. 351/2018
PREZYDENTA MIASTA ŚWIĘTOCHŁOWICE
z dnia 27.07.2018

w sprawie: ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2018 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 (Dz. U. z 2018 r., poz. 994 z późn. zm.), art. 92 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U z 2018 r., poz. 995 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 (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.)

zarządza się co następuje:

§ 1

1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2018 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, oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miejskiego w Świętochłowicach.

§ 6

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Naczelnik Wydziału

Joanna Pełajkiewicz

Tomasz Kufel
rada prawny
Kt-2643
27.07.2018

Zup. Prezydenta Miasta
Drugi Zastępca Prezydenta Miasta

Stanisław Korman

Załącznik Nr 1
do Zarządzenia Nr 551/2018
Prezydenta Miasta Świętochłowice
z dnia 27.07.2018.

**Ogłoszenie o konkursie ofert na wybór
realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2018
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 (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.)

ogłasza

konkurs ofert na realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2018 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 20 listopada 2018 r.**
3. Szczepieniami planuje się objąć około 20% populacji docelowej tj. ok. 2 400 osób.
4. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu w 2018 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....., z dnia.....

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 (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 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 17.08.2018...o godzinie (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:
- aktualny wydruk/odpis Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu,
 - aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
 - 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 pieczęcią, 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 finansowanych;
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;
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
Drugi Zastępca Prezydenta Miasta



Stanisław Korman

Naczelnik Wydziału



Joanna Perleciakowicz

Załącznik Nr 2
do Zarządzenia Nr 351/2018
Prezydenta Miasta Świętochłowice
Z dnia 27.07.2018

.....
(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 2017 r.,
poz. 1938 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 zadaniazł)		
Ogółem:		

.....
 (pieczęć podmiotu leczniczego)

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

Naczelnik Wydziału

strona 4 z 5

Joanna Pereliatkiewicz

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) statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu);
- 4) dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych),
- 5) zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych),
- 6) oświadczenie potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego , ze wskazaniem liczby personelu odpowiedzialnego za realizację zadania wraz z przyporządkowaniem uprawnień zawodowych;
- 7) oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu;
- 8) oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji zadania.

Z up. Prezydenta Miasta
Drugi Zastępca Prezydenta Miasta

Stanisław Korman


Naczelnik Wydziału

Joanna Beretiatkiewicz

KARTA OCENY FORMALNEJ


INFORMACJE OGÓLNE		
NAZWA OFERENTA:		
NAZWA PROGRAMU: PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH PRZECIWKO GRYPIE OSÓB OD 60 ROKU ŻYCIA ZAMIESZKAŁYCH W GMINIE ŚWIĘTOCHŁOWICE CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA W ZŁ		
WNIOSKOWANA WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW FINANSOWYCH W ZŁ		
OCENA FORMALNA		
Oferta		
	Spełnia wymagania	
	TAK	NIE
	UWAGI	
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 w imieniu oferenta?		
5.	<p>Wymagane załączniki do oferty:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktualny wydruk/odpis Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu, - aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, - statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzenia 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. 		
6.	Czy wnioskowana kwota wskazana w ofercie nie przekracza kwoty przeznaczonej na dane zadanie?		
Wynik oceny formalnej ofert		TAK	NIE
Czy oferta spełnia wszystkie ogólne kryteria formalne i może podlegać ocenie merytorycznej?			

Z up. Prezydenta Miasta
~~Dr Ingi Zastępcy Prezydenta Miasta~~

 Stanisław Korman

Podpisy członków komisji:

 (data i podpis Przewodniczącego Komisji Konkursowej)

Naczelnik Wydziału

 Joanna Pełkiewicz

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ

INFORMACJE OGÓLNE		
NAZWA OFERENTA:		
NAZWA PROGRAMU: PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH PRZECIWKO GRYPIE OSÓB OD 60 ROKU ŻYCIA ZAMIESZKAŁYCH W GMINIE ŚWIĘTOCHŁOWICE		
CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA W ZŁ:		
WNIOSKOWANA WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW FINANSOWYCH W ZŁ:		
OCENA MERYTORYCZNA		
	SUMA	10
1. Jakość wykonania programu		0 - 5
a) zgodność oferty z warunkami konkursu		0 - 5
b) liczba osób objętych programem		18
2. Możliwość realizacji programu przez oferenta	SUMA	0 - 3
a) warunki lokalowe		0 - 5
b) wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny,		0 - 5
c) liczba i kwalifikacje personelu biorącego udział w realizacji programu		0 - 5
d) dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia		0 - 5

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

.....
Data i podpis Przewodniczącego komisji konkursowej

Podpisy członków komisji: