ZARZĄDZENIE NR 397/2017
PREZYDENTA MIASTA ELBLĄG

z dnia 14 września 2017 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn.: "Program profilaktyczny przeciw zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci urodzonych w 2015-2016 roku z terenu miasta Elbląga"

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 30 ust. 3 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (DzU.z 2016 r., poz.446 ze zm.) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 i 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) oraz Uchwały Nr XXVIII/547/2017 Rady Miejskiej w Elblągu z dnia 7 września 2017 r. w sprawie przyjęcia "Programu profilaktycznego przeciw zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci urodzonych w 2015-2016 roku z terenu miasta Elbląga", zarządza się, co następuje:

§ 1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w 2017 r. pn "Program profilaktyczny przeciw zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci urodzonych w 2015-2016 roku z terenu miasta Elbląga"o treści stanowiącej załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2. Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Referatu Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Elblągu.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

wz. PREZYDENTA MIASTA

Janusz Nowak
WICEPREZYDENT

Uzasadnienie

W celu wyłonienia realizatora programu polityki zdrowotnej w 2017 r. pn.:

"Program profilaktyczny przeciw zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci urodzonych w 2015-2016 roku z terenu miasta Elbląga", przyjętego Uchwałą Nr XXVIII/547/2017 Rady Miejskiej w Elblągu z dnia 7 września 2017 r. należało ogłosić konkurs ofert.

KIEROWNIK REFERATU

Anna Barańska

Załącznik do Zarządzenia nr 397/2017
Prezydenta Miasta Elbląg
z dn. 14.09.2017

Na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t..Dz.U. z 2016 roku, poz. 1793 z póź. zm).

PREZYDENT MIASTA ELBLĄG

OGŁASZA KONKURS OFERT NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ W ROKU 2017

I. Przedmiot konkursu

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora, który zorganizuje i przeprowadzi **„Program profilaktyczny przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci urodzonych w 2015-2016 roku z terenu miasta Elbląga"** przyjęty Uchwałą Nr XXVIII/547/2017 Rady Miejskiej w Elblągu z dnia 7 września 2017 r. Program dostępny jest na stronie internetowej Urzędu Miasta : www.elblag.eu w zakładce Programy polityki zdrowotnej I w Biuletynie Informacji Publicznej.

II. Adresaci konkursu:

Konkurs adresowany jest do podmiotów leczniczych w rozumieniu ustawy z dn.15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz.1638 ze zm.), które podpisały kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej na rok 2017.

III. **WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW FINANSOWYCH** przeznaczona na realizację programu w 2017 roku – **80.000,00 zł.**

Program w całości finansowany jest z budżetu Gminy Miasto Elbląg.

IV. **BENEFICJENCI PROGRAMU:** – dzieci urodzone w 2015 (po ukończonym 2 roku życia) zamieszkałe na terenie miasta Elbląga, które dotąd nie zostały zaszczepione przeciw pneumokokom. Planowana liczba beneficjentów: 320 dzieci. Decyduje kolejność zgłoszeń

V. PRZEDMIOTOWY ZAKRES PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ:

1. Przeprowadzenie kampanii informacyjno – edukacyjnej na terenie miasta Elbląg.
2. Zakup skoniugowanej szczepionki przeciwko pneumokokom PCV 13.
3. Ostateczna kwalifikacja do szczepień oraz uzyskanie pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego dziecka na wykonanie szczepienia.
4. Wykonanie szczepień przez odpowiednio wykwalifikowaną kadrę.

VI. ZASADY I WARUNKI PRZYZNANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z BUDŻETU MIASTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.

1. Podmioty uczestniczące w konkursie ofert i ubiegające się o środki z budżetu miasta na realizację programu polityki zdrowotnej powinny spełniać następujące warunki:

1) Opracować ofertę uwzględniając zadania realizowane w ramach programu podane w ogłoszeniu.
2) Złożyć w terminie poprawnie i w sposób czytelny wypełnioną ofertę, zgodnie z zasadami uczciwej konkurencji, gwarantującą realizację programu w sposób efektywny i terminowy.
3) Posiadać niezbędną wiedzę, kwalifikacje, doświadczoną kadrę, odpowiednie zaplecze lokalowe i sprzętowe do realizacji programu.

2. Termin i sposób składania ofert:

1) Kompletne oferty wraz z załącznikami, należy składać na formularzu wg wzoru stanowiącego załącznik Nr 1 do niniejszego ogłoszenia w nieprzekraczalnym terminie **do dnia** 29 września **2017r.** w Biurze Obsługi Interesanta Urzędu Miejskiego w Elblągu, przy ul. Łączności 1 lub przesłać drogą pocztową na ww. adres. Wymagane dokumenty należy złożyć w zamkniętej kopercie z dopiskiem: **„Program profilaktyczny przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci urodzonych w 2015-2016 roku z terenu miasta Elbląga".**
2) Oferty muszą być podpisane przez osoby(ę) uprawnione(ą). Uprawnienie to powinno być udokumentowane stosowną uchwałą lub upoważnieniem właściwego organu lub zapisem w Krajowym Rejestrze Sądowym.
3) Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:
   a) aktualny wydruk/odpis Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu,
   b) aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
   c) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą oraz o posiadaniu odpowiednich warunków do wykonania szczepień,
   d) zobowiązanie do przestrzegania przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 922)
4) Kopie dokumentów winny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby(ę) upoważnione(ą) do podpisania oferty.

3. Termin, tryb i kryteria rozpatrywania ofert:

1) Rozstrzygnięcie ofert nastąpi w terminie nieprzekraczającym **15 dni** od daty zakończenia składania ofert.
2) Oferty spełniające wymogi formalne, opiniowane będą przez Komisję Konkursową, powołaną przez Prezydenta Miasta Elbląg.
3) Dopuszcza się możliwość składania wyjaśnień przez oferentów w zakresie złożonej oferty i realizacji programu.
4) Ocenie merytorycznej podlegają oferty spełniające wymogi określone w ogłoszeniu.
5) Ocena oferty obejmuje w szczególności:
   - całościowy koszt wykonania programu przypadający na jednego pacjenta, uwzględniający wszystkie koszty związane z zadaniami realizatora programu,
   - spełnienie wymagań kadrowych (kwalifikacje i doświadczenie kadry medycznej przewidzianej do realizacji programu) i organizacyjnych,
   - określenie warunków lokalowych
   - sposób realizacji Programu,

- dostępność do świadczeń,
- planowana liczba beneficjentów,
- kalkulacja kosztów programu pod kątem ich celowości, oszczędności oraz efektywności wykonania,

6) Dopuszcza się możliwość składania ofert na mniejszą liczbę beneficjentów niż planowana, z odpowiednio proporcjonalnie przeliczonymi kosztami określonymi w ogłoszeniu.
7) W przypadku wyłonienia kilku oferentów wnioskowana kwota może być niższa.

4. Postanowienia końcowe

1) Informacja o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego zostanie zamieszczona na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Miejskim w Elblągu, na stronie internetowej Urzędu Miasta oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.
2) Zastrzega się możliwość nie rozstrzygnięcia konkursu ofert bez podania przyczyn.
3) Podmiot, którego oferta zostanie wybrana, będzie powiadomiony pisemnie o wysokości przyznanych środków finansowych.
4) Warunkiem przekazania środków finansowych jest zawarcie, przed datą rozpoczęcia realizacji programu, umowy pomiędzy Gminą Miasto Elbląg a wyłonionym podmiotem.
5) Warunkiem zawarcia umowy jest złożenie zaktualizowanego harmonogramu i kosztorysu realizacji programu, który stanowi załącznik Nr 2 do niniejszego ogłoszenia.
6) Termin realizacji programu rozpoczyna się z dniem zawarcia umowy i upływa nie później niż 15.12.2017 roku.
7) Podmiot, który uzyskał środki finansowe z budżetu miasta na realizację programu zobowiązany jest do przedstawienia sprawozdania merytoryczno-finansowego z wykonanego programu. Druk sprawozdania stanowi załącznik Nr 3.
8) Dodatkowych informacji na temat realizacji programu udziela Referat Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Elblągu, tel.: (55) 239-30-28).

wz. PREZYDENTA MIASTA
Janusz Nowak
WICEPREZYDENT

WICEPREZYDENT MIASTA
Jacek Boruszka

KIEROWNIK REFERATU
Anna Barańska

RADCA PRAWNY
Paweł Sobczak

Załącznik Nr 1

.....

(pieczęć podmiotu leczniczego)

OFERTA

NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

w trybie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku
o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych (jt.Dz.U. z 2016 roku, poz. 1793 z póź. 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 POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....

9) OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ I UZUPEŁNIEŃ DOTYCZĄCYCH OFERTY (IMIĘ I NAZWISKO, FUNKCJA ORAZ NR TELEFONU KONTAKTOWEGO)

.....

II. INFORMACJA MERYTORYCZNA W ZAKRESIE DZIAŁALNOŚCI PLACÓWKI

III. OPIS REALIZACJI PROGRAMU

1. Szczegółowy opis realizacji programu uwzględniający specyfikę programu, liczba dzieci przewidzianych do zaszczepienia przez podmiot, rodzaj i zakres świadczeń, kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji programu)

2. Sposób organizacji kampanii informacyjno – edukacyjnej

3. Miejsce wykonywania programu dokładny adres, telefon, adres mailowy, (m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w programie , dni i godziny realizacji programu

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

5. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju

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)
OGÓŁEM					

*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

.....

.....

.....

.....

(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) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną, aparaturą i warunkami do przeprowadzenia programu zdrowotnego,
4) inne dokumenty/oświadczenia zgodnie z warunkami konkursu wskazanymi w ogłoszeniu konkursowym
5) .....

KIEROWNIK REFERATU

Załącznik Nr 2

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(aktualny numer tel. kontaktowego)

ZAKTUALIZOWANY HARMONOGRAM I KOSZTORYS REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

(art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jt.Dz.U. z 2016 roku, poz. 1793 ze zm).

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

Osoby upoważnione do podpisania umowy (imię i nazwisko oraz funkcja):

1. .....

2. .....

Kwota przyznanych środków finansowych : .....zł

Numer rachunku bankowego:

.....

I. Harmonogram

Lp.	Realizacja zadania	Termin realizacji
1		
2		
3		
4		
5		
6		

II. Kalkulacja kosztów realizacji programu

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

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

*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

.....

....., dnia .....

.....

Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu

KIEROWNIK REFERATU

Załącznik Nr 3

SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO-FINANSOWE (CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE) Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....

(nazwa programu)

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

I. PRZEBIEG KAMPANII INFORMACYJNO - EDUKACYJNEJ REALIZOWANEJ W PROGRAMIE.

II.REALIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ W UJĘCIU TABELARYCZNYM I OPISOWYM

LP.	LICZBA UZYSKANYCH ZGÓD RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH	LICZBA BADAŃ/KWALIFIKACJI DZIECI	LICZBA DZIECI ZASZCZEPIONYCH	
			CHŁOPCY	DZIEWCZYNKI
Ogółem:				

OPIS.....

.....

.....

.....

.....

III. PONIESIONE KOSZTY NA REALIZACJĘ ZADANIA

LP	RODZAJ KOSZTÓW	ILOŚĆ JEDNOSTKOWA	KOSZT JEDNOSTKOWY	RODZAJ MIARY	KOSZT FINANSOWY CAŁKOWITY

Załączniki do sprawozdania końcowego:

1. Wykaz beneficjentów u których przeprowadzono szczepienie, (imię i nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, data przeprowadzenia szczepienia).
2. Wykaz oświadczeń o wyrażeniu zgody na przekazywanie danych osobowych.

KIEROWNIK REFERATU