

**Prezydent Miasta Jeleniej Góry**

**ogłasza konkurs ofert**

**na realizację w 2021 roku**

programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 60 roku życia na lata 2019-2023”

**dla mieszkańców Jeleniej Góry**

**Podstawa prawna:** art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. Poz. 1398 z późn.zm.), art. 114 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).

**I. Przedmiot konkursu:**

Wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 60 roku życia na lata 2019-2023”:

- a) obejmuje osoby urodzone w 1961 roku lub wcześniej, będące mieszkańcami Jeleniej Góry,
- b) planowana liczba objętych programem: około 480 osób.

**II. Wysokość środków publicznych planowana na realizację zadania: 24.000,- zł**

**III. Termin realizacji programu:** od dnia podpisania umowy pomiędzy Miastem a Oferentem do 15 grudnia 2021 r.

**IV. Warunki składania ofert:**

1. Do składania ofert zaprasza się podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.) i spełniające kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 lub odpowiednio art. 18 ww. ustawy.
2. Oferent przyjmuje treść ogłoszenia o konkursie ofert bez zastrzeżeń.
3. Oferty należy składać na udostępnionym formularzu ofertowym. Formularz ofertowy jest do pobrania w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Jelenia Góra (Ogłoszenia Prezydenta) na stronie [www.jeleniagora.pl](http://www.jeleniagora.pl). Ofertę należy sporządzić w języku polskim, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

4. Do oferty należy dołączyć:
  - a. kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego lub kopię wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Dolnośląską Izbę Lekarską,
  - b. kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
  - c. kopię statutu podmiotu leczniczego, bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki,
  - d. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji programu,
  - e. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń objętych konkursem ofert,
  - f. oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia.
5. Wszystkie kopie dokumentów załączonych do oferty winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Oferenta.
6. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.

#### **V. Warunki konieczne do spełnienia przez Oferenta:**

1. Własny gabinet zabiegowy.
2. System komputerowy do rejestracji danych.
3. W trakcie trwania programu:
  - a) sporządzanie na bieżąco listy osób przystępujących do programu zawierającej nazwisko i imię oraz datę urodzenia wraz z podpisem osoby zaszczepionej.
  - b) przekazanie osobie przystępującej do programu w celu wypełnienia, anonimowej ankiety dotyczącej badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu i jakości świadczonych usług (załącznik nr 1 do ogłoszenia konkursowego).
4. Po zakończeniu programu w danym roku kalendarzowym sporządzenie przez Oferenta sprawozdania końcowego (załącznik nr 2 do ogłoszenia konkursowego) i przekazanie go do Wydziału Spraw Społecznych, Zdrowia i Organizacji Pozarządowych.

## **VI. Termin i miejsce składania ofert:**

1. Oferty, wraz z wymaganymi załącznikami, z napisem: „Konkurs ofert” i nazwą programu określonego w ogłoszeniu konkursowym oraz nazwą i adresem Oferenta należy składać :
  - a. osobiście w Kancelarii Urzędu Miasta przy ul. Sudeckiej 29 (pokój nr 2):
  - b. za pośrednictwem poczty na adres: Urząd Miasta Jelenia Góra, Wydział Spraw Społecznych, Zdrowia i Organizacji Pozarządowych, 58-500 Jelenia Góra, ul. Okrzei 10.
2. Oferty należy składać w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 15 listopada 2021 r. do godz.15.30 .**
3. W przypadku przesłania oferty pocztą, decyduje data wpływu do Urzędu Miasta Jelenia Góra, a nie data stempla pocztowego.
4. Oferty przesyłane drogą elektroniczną nie będą rozpatrywane.
5. Oferty złożone na niewłaściwych drukach, niekompletne, nieczytelne i nieprawidłowo wypełnione lub złożone po terminie zostaną odrzucone z przyczyn formalnych.

## **VII. Termin, tryb i kryteria wyboru ofert:**

1. Rozpatrzenie ofert nastąpi w terminie 7 dni od dnia zakończenia przyjmowania ofert.
2. Złożone oferty będą rozpatrzone pod względem formalnym przez Wydział Spraw Społecznych, Zdrowia i Organizacji Pozarządowych, który przekaże zbiorczo oferty do Komisji Konkursowej powołanej przez Prezydenta Miasta Jeleniej Góry.
3. Przy ocenie ofert Komisja Konkursowa będzie brała pod uwagę następujące kryteria:
  - a) sposób przeprowadzenia kampanii informacyjnej przez Oferenta,
  - b) cenę jednostkową szczepienia obejmującą koszt:
    - szczepionki czterowalentnej przeciw grypie,
    - rejestracji pacjenta,
    - badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia,
    - przeprowadzenia przez lekarza edukacji zdrowotnej, poprzez informowanie pacjentów na temat: korzyści ze szczepienia przeciw grypie, możliwych do wystąpienia odczynach

poszczepiennych i postępowaniu przy ich wystąpieniu, niebezpieczeństw jakie niosą ze sobą infekcje wywołane wirusem grypy oraz groźnych powikłań pogrypowych,

- wykonania szczepienia przez personel medyczny.

4. Ocena Komisji Konkursowej wraz z propozycją wysokości środków na realizację programu zostanie przekazana Prezydentowi Miasta Jeleniej Góry, który podejmie decyzję w formie Zarządzenia.
5. Rozstrzygnięcie Prezydenta Miasta Jeleniej Góry o wynikach konkursu jest ostateczne i nie przysługuje od niego odwołanie.
6. Informacja o wyborze realizatorów programu zostanie umieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej (Zarządzenia Prezydenta) na stronie [www.jeleniagora.pl](http://www.jeleniagora.pl) i na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta.
7. Zastrzega się możliwość wyboru więcej niż jednego Oferenta do realizacji ww. programu.
8. Oferty wraz z dokumentami nie będą zwracane Oferentom.
9. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji, finansowania i rozliczania programu regulować będzie umowa zawarta pomiędzy wyłonionym Oferentem a Miastem Jelenia Góra.
10. Miasto Jelenia Góra zastrzega sobie prawo odstąpienia od zawarcia umowy bez podania przyczyn.

Z up. PREZYDENTA MIASTA

JELENIJ GÓRY

Janusz Łyczko

Zastępca Prezydenta Miasta

## **Ankieta badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu i jakości świadczonych usług**

Szanowni Państwo,

Zwracam się z prośbą o poświęcenie kilku minut i wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest poznanie Państwa opinii, sugestii i uwag dotyczących realizacji programu szczepień ochronnych przeciw grypie na terenie Miasta Jelenia Góra. Badania mają charakter anonimowy i będą opracowane i wykorzystane przez Wydział Spraw Społecznych, Zdrowia i Organizacji Pozarządowych Urzędu Miasta Jelenia Góra. Proszę o udzielenie odpowiedzi, poprzez podkreślenie właściwej.

### **1. Skąd dowiedziała się Pani/Pan o możliwości zaszczepienia się przeciw grypie w ramach programu ?**

- a) z informacji od lekarza rodzinnego
- b) z informacji, ogłoszenia w przychodni
- c) od rodziny/znajomych
- d) ze środków masowego przekazu (lokalna prasa, radio, internet, telewizja)
- e) inne: jakie?.....

### **2. Jaki był powód Pani/Pana decyzji o zaszczepieniu się przeciw grypie ?**

- a) porada lekarza
- b) chęć zabezpieczenia się przed zachorowaniem na grypę
- c) kampania w mediach
- d) przypadki zachorowań w rodzinie lub wśród znajomych

### **3. Czy przed wykonaniem szczepienia została Pani/Pan poinformowany o:**

- a) korzyściach ze szczepienia TAK    NIE
- b) groźnych powikłaniach pogrypowych TAK    NIE

c) możliwych do wystąpienia odczynach poszczepiennych TAK NIE

d) postępowaniu przy wystąpieniu odczynu poszczepiennego TAK NIE

**4. Czy gdyby szczepienia nie były bezpłatne, skorzystałaby Pani/Pan z nich ?**

TAK NIE

**5. Czy korzysta Pani/Pan ze szczepień przeciw grypie finansowanych przez Miasto Jelenia Góra:**

a) po raz pierwszy

b) kolejny raz

**6. Czy poleciłaby Pani/Pan korzystanie z programu szczepień ochronnych innym osobom:**

TAK NIE

**7. Jaki jest Pani/Pana poziom zadowolenia z jakości udzielonych świadczeń zdrowotnych:**

a) słaby

b) dostateczny

c) dobry

d) bardzo dobry

**8. Osoba wypełniająca ankietę:**

Kobieta

Mężczyzna

.....  
pieczęć podmiotu leczniczego

**Sprawozdanie końcowe z realizacji „Programu profilaktyki chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 60 roku życia na lata 2019 – 2023”, realizowanego w okresie od ..... do .....**

zgodnie z umową nr ..... z dnia .....

1. Liczba osób zaszczepionych	
2. Liczba osób niezakwalifikowanych do szczepienia z powodu przeciwwskazań lekarskich	
3. Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie	
4. Wysokość wykorzystanych środków finansowych na realizację szczepień	
5. Przyczyna niewykorzystania środków w całości	
Opisowa ocena realizacji programu zdrowotnego (w tym uwagi, wnioski, zastrzeżenia realizatora lub pisemne uwagi zgłaszane przez uczestników programu)	

Załącznik do sprawozdania:

Lista osób zaszczepionych w ramach programu

.....  
data, imię i nazwisko osoby sporządzającej sprawozdanie

.....  
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu leczniczego

.....  
(pieczęć oferenta)

## **FORMULARZ OFERTOWY**

### **na realizację w 2021 roku**

programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 60 roku życia na lata 2019-2023” dla mieszkańców Jeleniej Góry

#### **I. DANE OFERENTA**

1. Pełna nazwa Oferenta:

.....  
.....

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....  
*kod pocztowy*                      *miejsowość*                      *ulica i nr lokalu*

.....  
*telefon*                                      *fax*                                      *e-mail*

3. Organ założycielski lub właściciel placówki:

.....

4. Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych: .....

5. Nr NIP Oferenta ..... Nr REGON Oferenta .....

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:.....

.....

7. Osoba/y prawnie upoważniona/e do reprezentowania Oferenta:

1) .....  
*imię i nazwisko*                                      *funkcja*

2) .....

8. Główny księgowy lub osoba upoważniona do prowadzenia rozliczenia finansowego:

.....

9. Koordynator programu:

.....

*imię i nazwisko, stanowisko, kwalifikacje, nr telefonu*



## II. SPOSÓB REALIZACJI PROGRAMU

1) Sposób rekrutacji uczestników programu:.....

.....

2) Rejestracja telefoniczna (wymagany nr stacjonarny) – podać nr telefonu:.....

3) Miejsce i czas (dni, godziny) wykonywania świadczeń w ramach programu:

.....

.....

### Kwalifikacje personelu przewidzianego do realizacji programu:

1) .....  
*imię i nazwisko                      posiadane specjalizacje, stopień (dot. lekarzy) lub kursy kwalifikacyjne (dot. pielęgniarek)*

2) .....

3) .....

4) Wykaz dokumentów potwierdzających stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczeń, certyfikatów, itp.:

- .....

- .....

- .....

## III. ELEMENTY OFERTY PODLEGAJĄCE OCENIE KOMISJI

1) **Sposób przeprowadzenia kampanii informacyjnej** dla osób objętych programem tj. informacje na stronie internetowej i w siedzibie podmiotu leczniczego o bezpłatnych szczepieniach dla osób powyżej 60 roku życia finansowanych z budżetu Miasta,

.....

2) **Cena jednostkowa szczepienia                      ogółem .....zł**

(słownie złotych: .....)

przy czym cena jednostkowa szczepienia obejmuje koszt:

-szczepionki czterowalentnej przeciw grypie (z podaniem nazwy szczepionki)

.....

- rejestracji pacjenta

- badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia

- przeprowadzenia przez lekarza edukacji zdrowotnej, poprzez informowanie pacjentów na temat: korzyści ze szczepienia przeciw grypie, możliwych do wystąpienia odczynach poszczepiennych i postępowaniu przy ich wystąpieniu, niebezpieczeństw jakie niosą ze sobą infekcje wywołane wirusem grypy oraz groźnych powikłań pogrypowych

- wykonania szczepienia przez personel medyczny.

## **WARUNKI KONIECZNE DO SPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA:**

1. Własny gabinet zabiegowy.
2. System komputerowy do rejestracji danych.
3. W trakcie trwania programu:
  - a) sporządzanie na bieżąco listy osób przystępujących do programu zawierającej nazwisko i imię oraz datę urodzenia wraz z podpisem osoby zaszczepionej.
  - b) przekazanie osobie przystępującej do programu w celu wypełnienia, anonimowej ankiety dotyczącej badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu i jakości świadczonych usług (załącznik nr 1 do ogłoszenia konkursowego).
4. Po zakończeniu programu w danym roku kalendarzowym sporządzenie przez Oferenta sprawozdania końcowego (załącznik nr 2 do ogłoszenia konkursowego) i przekazanie go do Wydziału Spraw Społecznych, Zdrowia i Organizacji Pozarządowych.

### **Wymagane załączniki do formularza ofertowego:**

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego lub kopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Dolnośląską Izbę Lekarską,
2. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
3. Kopia statutu podmiotu leczniczego, bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki,
4. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji programu.
5. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń objętych konkursem ofert,
6. Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia.

Ww. dokumenty winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.

**Oświadczamy, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu są prawdziwe.**

.....  
*Data*

.....  
*Podpis i pieczętka osoby upoważnionej  
do reprezentacji Oferenta*