

**ZARZĄDZENIE nr 73/2018**  
**BURMISTRZA MIASTA I GMINY DALESZYCE**  
**z dnia 10 maja 2018 r.**

**w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej  
w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce  
w 2018 roku**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. 2017 poz. 1875 ze zm.), art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2017 poz. 1938 ze zm.) w związku z Uchwałą Nr XLIV/39/2018 Rady Miejskiej w Daleszycach z dnia 25 kwietnia 2018 r. w sprawie uchwalenia programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce na lata 2018-2022”

**Burmistrz Miasta i Gminy Daleszyce zarządza co następuje:**

**§ 1**

Ogłasza się konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce w 2018 roku.

**§ 2**

Treść ogłoszenia stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

**§ 3**

Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Wydziału Administracji i Rozwoju.

**§ 4**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**BURMISTRZ**  
*Dariusz Meresiński*

Daleszyce, dnia 10.05.2018 r.

**Burmistrz Miasta i Gminy Daleszyce  
ogłasza**

**Otwarty konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień  
profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce w 2018 roku**

**I. Przedmiot konkursu.**

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja programu zdrowotnego polegającego na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko meningokokom dla dzieci w wieku 1-2 lat, zamieszkałych na terenie Miasta i Gminy Daleszyce, u których nie występują przeciwwskazania do szczepienia oraz ich rodziców, którzy zostaną objęci działaniami informacyjno-edukacyjnymi.
2. Ze względu na ograniczone środki finansowe programem szczepień zostaną objęte osoby, które jako pierwsze zgłoszą się do wybranego w konkursie ofert realizatora.
3. W ramach programu oferent zobowiązuje się:
  - sprzedawać szczepionki mieszkańcom Miasta i Gminy biorącym udział w programie,
  - przeprowadzić szczepienie,
  - każde szczepienie poprzedzić badaniem lekarskim,
  - zaszczepić wyłącznie mieszkańców Miasta i Gminy Daleszyce, dzieci w wieku 1-2 lat, których rodzice/opiekunowie prawni wypełnią i podpiszą Kartę uodpornienia uczestnika – załącznik nr 3,
  - zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016 poz. 922),
  - sporządzić sprawozdanie merytoryczne z realizacji programu zdrowotnego, którego druk jest określony w załączniku nr 4 niniejszego ogłoszenia; sprawozdanie, wraz z ostatnią w danym roku fakturą VAT (rachunkiem) powinno zawierać rozliczenie finansowe (wysokość przyznanych przez Gminę środków, łączną wysokość wystawionych przez oferenta faktur VAT, stopień wykorzystania przyznanych środków w %).

**II. Środki finansowe przeznaczone na realizację programu.**

1. Miasto i Gmina Daleszyce na realizację programu polityki zdrowotnej przeznacza kwotę **46.580,00 zł** (słownie: czterdzieści sześć tysięcy pięćset osiemdziesiąt złotych).

2. Finansowanie programu będzie polegało na całkowitym sfinansowaniu kosztów zakupu szczepionki, kosztów przeprowadzenia badania lekarskiego, przeprowadzenia szczepienia oraz edukację adresatów programu.

### **III. Warunki przyznania środków finansowych.**

1. Warunki przyznania środków finansowych określają przepisy:
  - a) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2017 poz. 1938 ze zm.),
  - b) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (t.j. Dz.U. 2017 poz. 459, Nr 16, poz. 93 ze zm.)
2. Złożenie oferty nie gwarantuje przyznania środków finansowych w wysokości wnioskowanej przez oferenta.
3. Oferta złożona na kwotę większą niż ogłoszona w konkursie nie będzie rozpatrywana.
4. Dopuszcza się możliwość wyboru więcej niż jednego realizatora programu w celu równego dostępu do szczepień na terenie całej Gminy Daleszyce.

### **IV. Termin i warunki realizacji zadania.**

1. Termin realizacji zadania: od momentu podpisania umowy do 31.12.2018 r.
2. Szczegółowe warunki realizacji zadania, finansowania i rozliczenia zadania reguluje umowa zawarta pomiędzy Miastem i Gminą Daleszyce a wybranym oferentem.
3. W przypadku przyznania środków finansowych w kwocie innej niż wnioskowana w ofercie, przed zawarciem umowy oferent przedkłada kosztorys zadania ze względu na typ kosztów dostosowany do przyznanych środków.

### **V. Termin i miejsce składania ofert.**

1. Ofertę należy przygotować na formularzu, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia. Dodatkowo formularze ofert dostępne będą w Wydziale Administracji i Rozwoju Urzędu Miasta i Gminy w Daleszycach, pl. Staszica 9 pok. nr 10 oraz na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Daleszyce.
2. Oferty należy składać w zamkniętych, nieprzezroczystych kopertach w Urzędzie Miasta i Gminy w Daleszycach, pl. Staszica 9 pok. nr 25 w nieprzekraczalnym terminie do 31 maja 2018 r. godz. 15.30. Koperta musi być opisana: „Konkurs – szczepienia przeciwko meningokokom” oraz zawierać nazwę podmiotu składającego ofertę. Składana oferta powinna być trwale spięta.
3. Oferta nie złożona we wskazanym terminie, a także taka, która wpłynie pocztą po tym terminie, nie będzie objęta procedurą konkursową.

## VI. Termin, tryb i kryteria stosowane przy dokonywaniu wyboru ofert.

1. Rozpatrzenie ofert na realizację zadania nastąpi w terminie 15 dni roboczych liczonych od ostatecznej daty składania ofert.
2. Zastrzega się prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz przesunięcia terminu składania ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu.
3. Dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z oferentami w zakresie proponowanej ceny oraz innych składników oferty.
4. Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni o jego wyniku albo zamknięciu konkursu bez dokonania wyboru.
5. Oceny formalnej i merytorycznej złożonych ofert dokonuje Komisja Konkursowa powołana przez Burmistrza Miasta i Gminy Daleszyce. Komisja sporządza protokół i wstępnie kwalifikuje podmiot do otrzymania środków finansowych na realizację zadania. Ostateczną decyzję o przyznaniu środków finansowych na realizację programu i ich wysokości podejmuje Burmistrz Miasta i Gminy Daleszyce.
6. Kryteria formalne wyboru oferty:  
Oferent:
  - działa na potrzeby mieszkańców Miasta i Gminy Daleszyce,
  - prowadzi działalność statutową w dziedzinie objętej konkursem,
  - dysponuje odpowiednio wyszkoloną kadrą zdolną do realizacji zadania lub współpracuje z odpowiednimi podmiotami,
  - posiada doświadczenie niezbędne do realizacji zadania będącego przedmiotem konkursu,
  - posiada podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
  - spełnia warunki określone w art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2017 poz. 1938 ze zm.),
  - przedłoży kompletną ofertę na wymaganym druku, podpisaną przez osoby uprawnione, w terminie wskazanym w ogłoszeniu.
7. Kryteria merytoryczne wyboru oferty – do oceny merytorycznej zostaną dopuszczone oferty spełniające wszystkie ww. wymogi formalne:
  - ocena przedstawionej w ofercie kalkulacji kosztów zadania,
  - ocena zgłoszonych możliwości realizacji zadania przez oferenta,
  - uwzględnienie kwalifikacji osób przy pomocy których oferent ma realizować zadania,
  - uwzględnienie ewentualnego udziału środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł.

### Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu



3. Karta uodpornienia uczestnika programu
  4. Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych szczepień
  5. Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego
- 



Pieczęćka firmowa oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej  
pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom  
w Gminie Daleszyce na lata 2018-2022”**

Lp.	Pytanie do oferenta	Odpowiedź oferenta	
<b>I. Dane o ofercie</b>			
1.	Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej		
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail		
3.	Nazwa podmiotu, który utworzył zakład		
4.	Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody		
5.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego publicznych zoz-ów		
6.	NIP		
7.	Regon		
8.	Numer konta bankowego		
9.	Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
10.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
11.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
12.	Lokalizacja: a) miejsce realizacji badań (adres, pok., tel/fax) b) dojazd		
<b>II. Liczba pacjentów</b>			<b>Liczba pkt.*</b>
1	Liczba pacjentów w wieku 1-2 (od 12 do 24 miesiąca życia) znajdujących się na aktywnej liście pacjentów poz oferenta		
<b>III. Informacje o personelu medycznym realizującym program</b>			
1.	Lekarze poz (liczba osób, specjalizacja)		
2.	Liczba pielęgniarek z ukończonym kursem szczepień		



IV. Plan rzeczowo-finansowy		
1.	Proponowana liczba szczepień, którą oferent mógłby wykonać na rzecz programu w 2018 roku z wyszczególnieniem:	
	- Pacjenci z listy aktywnej poz	
	- Pacjenci z innych poz z terenu Miasta i Gminy Daleszyce	
	- Łączna liczba pacjentów	
2.	Cena jednostkowa szczepienia (badanie przez lekarza poz, usługa szczepienia wraz ze szczepionką)	
3.	Szczegółowa kalkulacja ceny jednostkowej:	
	- badanie przez lekarza poz, - usługa szczepienia ze szczepionką	
4.	Koszt całkowity usługi (liczba badań x cena jednostkowa)	
V. Inne informacje		
1.	Sposób doboru i powiadamiania pacjentów znajdujących się na aktywnej liście pacjentów poz oferenta	
2.	Sposób doboru i powiadamiania pacjentów z innych poz z terenu Miasta i Gminy Daleszyce	
3.	Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji badań, wyłącznie na rzecz programu	
4.	Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu? (nr tel., godz.)	
5.	Czy w zakładzie opieki zdrowotnej znajduje się gabinet szczepień?	
<b>RAZEM</b>		

\*Maksymalna liczba punktów do zdobycia w każdej pozycji wynosi 2, oprócz pozycji 4. i 5. w sekcji V. Inne informacje, za które można uzyskać maksymalnie 1 punkt.

Potwierdzam, że zakład opieki zdrowotnej ..... spełnia warunki określone w ogłoszeniu na realizację „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce na lata 2018-2022”.

Podpis kierownika (dyrektora) zakładu

**Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym w „Programie  
szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce na lata 2018-2022”**

(pieczęć nagłówkowa podmiotu)

W wyniku przeprowadzonego w dniu ..... lekarskiego badania kwalifikacyjnego  
zaświadcza się, że:

u ..... urodzonego/ej w dniu ..... zamieszkałego/ej  
w

nr PESEL .....

stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego p/Men

stwierdzono następujące przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego p/Men:

DODATKOWE UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)



## Karta uodpornienia uczestnika „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce na lata 2018-2022”

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego: .....

*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna*

II. Dane dziecka/uczestnika programu:

Nazwisko		Data urodzenia
Imię		..... / ..... / .....
Nr PESEL		<i>(dzień/miesiąc/rok)</i>

III. Zgoda na wykonanie szczepienia dziecka

Zostałam/em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów u dziecka. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem: **wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia mojego dziecka przeciw meningokokom.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mego dziecka zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016 poz. 922) w zakresie realizowanego profilaktycznego programu zdrowotnego.

.....  
*(data i podpis rodzica/opiekuna)*

III. Potwierdzenie wykonania szczepienia

Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Data wykonania szczepienia	Podpis osoby wykonującej szczepienie

IV. Niepożądane odczyny poszczepienne

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych szczepień w ramach „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce na lata 2018-2022”**

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w zaświadczeniach o przeprowadzonych lekarskich badaniach kwalifikacyjnych oraz w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy  od ..... do .....	Adresat: Gmina Daleszyce
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba wykonanych badań kwalifikacyjnych w programie	Liczba pacjentów zakwalifikowanych do szczepień	Liczba pacjentów ze stwierdzonym przeciwwskazaniem do szczepień	Liczba zaszczepionych pacjentów	Liczba niepożądanych odczynów poszczepiennych

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

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)



**Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dziecka/uczestnika  
„Programu szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce  
na lata 2018-2022”**

## I. Ocena rejestracji

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

## II. Ocena wizyty lekarskiej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazania informacji dot. zakażeń meningokokowych i ich powikłań?					
sposób przekazania informacji dot. metod zapobiegania zakażeniom meningokokowym, w tym poprzez szczepienia ochronne?					

## III. Ocena opieki pielęgniarskiej w trakcie szczepienia

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
poszanowanie prywatności podczas szczepienia?					
staranność wykonywania szczepienia?					

## IV. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					
V. Dodatkowe uwagi/opinie:					