

Prezydent Miasta Jeleniej Góry
ogłasza konkurs ofert
na realizację w 2020 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), 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 1960 roku lub wcześniej, będące mieszkańcami Jeleniej Góry,
- b) planowana liczba objętych programem: około 1800 osób.

II. Wysokość środków publicznych planowana na realizację zadania: 94.000 zł.

III. Termin realizacji programu: od dnia podpisania umowy pomiędzy Miastem a Oferentem do 15 grudnia 2020 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) – 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 należy składać osobiście lub za pośrednictwem poczty na adres: Urząd Miasta Jelenia Góra, przy ul. Sudeckiej 29 (pokój nr 2), przy ul. Ptasiej 2-3 (pokój nr 13) lub na adres: Urząd Miasta Jelenia Góra, Wydział Spraw Społecznych, Zdrowia i Organizacji Pozarządowych, 58-500 Jelenia Góra, ul. Okrzei 10, z napisem: „Konkurs ofert” i nazwą programu określonego w ogłoszeniu konkursowym oraz nazwą i adresem Oferenta.
2. Oferty należy składać w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 20 października 2020 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 przekaze 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) - 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
Jeleniej 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 2020 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 ogółemzł**
(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:

10. Własny gabinet zabiegowy.
11. System komputerowy do rejestracji danych.
12. 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).
13. 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:

- b) kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego lub kopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Dolnośląską Izbę Lekarską,
- c) kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- d) kopia statutu podmiotu leczniczego, bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki,
- e) kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji programu,
- f) **kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń objętych konkursem ofert,**
- g) 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*