

**ZARZĄDZENIE nr 23/2020**  
**BURMISTRZA MIASTA I GMINY DALESZYCE**  
**z dnia 11 lutego 2020 r.**

**w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej  
w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w gminie Daleszyce  
w 2020 roku oraz powołania Komisji Konkursowej opiniującej oferty w ramach ww. konkursu**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. 2019 poz. 506 ze zm.), art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1373 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 2020 roku.

§ 2 Treść ogłoszenia stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 3 Powołuje się Komisję Konkursową do zaopiniowania ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce w 2020 roku w następującym składzie:

1. Anna Kosmala – Przewodniczący Komisji Konkursowej,
2. Michał Kapela – Wiceprzewodniczący Komisji Konkursowej,
3. Tomasz Kosakiewicz – Sekretarz Komisji Konkursowej.

§ 3 Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Wydziału Administracji i Rozwoju.

§ 4 Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**BURMISTRZ**  
  
*Dariusz Hrejski*

**Załącznik do Zarządzenia nr 23/2020  
z dnia 11 lutego 2020 r.**

Daleszyce, dnia 11.02.2020 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 2020 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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.),
  - 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 przeznaczają kwotę **21.750,00 zł** (słownie: dwadzieścia jeden tysięcy siedemset pięćdziesiąt 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. 2019 poz. 1373 ze zm.),
  - b) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1145 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 31.12.2020 r.
2. Szczegółowe warunki realizacji zadania, finansowania i rozliczenia zadania reguluje umowa zawarta pomiędzy 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 12 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 4 marca 2020 r. godz. 15.00**. Koperta musi być opisana: „**Otwarty konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w 2020 roku**” oraz zawierać nazwę podmiotu składającego ofertę. Składana oferta powinna być trwale spięta.
3. Oferta niezłożona 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. 2019 poz. 1373 ze zm.),
  - przedłoży kompletną ofertę na wymaganym druku, podpisaną przez osoby uprawnione, w terminie wskazanym w ogłoszeniu.
7. Do oceny merytorycznej zostaną dopuszczone oferty spełniające wszystkie ww. wymogi formalne. Kryteria merytoryczne wyboru oferty:
  - 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

Pieczęć 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	
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>		
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	

<b>IV. Plan rzeczowo-finansowy</b>		
1.	Proponowana liczba szczepień, którą oferent mógłby wykonać na rzecz programu w <b>2020 roku</b> 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)	
<b>V. Inne informacje</b>		
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?	

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

*miejsowość, data*

*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		(dzień/miesiąc/rok)

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. Udzieliłam 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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.) 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	<p>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</p> <p>od ..... do .....</p>	Adresat: GMINA DALESZYCE
		<p>Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym</p>

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:

--