**ZARZĄDZENIE NR 99/2021**

**BURMISTRZA MIASTA I GMINY DALESZYCE**

**z dnia 21 lipca 2021 r.**

**w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację programu Szczepień
przeciwko pneumokokom w populacji osób starszych w Gminie Daleszyce w 2021 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. 2020 poz. 713 ze zm.), art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1285 ze zm.)

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

**§ 1.** Ogłasza się konkurs ofert na realizację programu Szczepień przeciwko pneumokokom w populacji osób starszych w Gminie Daleszyce w 2021 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 pneumokokom w gminie Daleszyce
w 2021 roku w następującym składzie:

1. Anna Kosmala – Przewodniczący Komisji Konkursowej,

2. Michał Kapela – Wiceprzewodniczący Komisji Konkursowej,

3. Marcin Długosz – Członek Komisji Konkursowej,

4. Tomasz Kosakiewicz – Sekretarz Komisji Konkursowej.

**§ 4.** Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Wydziału Administracji i Rozwoju.

**§ 5.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Uzasadnienie do Zarządzenia Burmistrza Miasta i Gminy Daleszyce**

**Nr 99/2021 z dnia 21 lipca 2021 r.**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U.
z 2020 poz. 713 ze zm.) zaspokajanie zbiorowych potrzeb mieszkańców, w tym również z zakresu ochrony zdrowia, należy do zadań własnych gminy.

Zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1285 ze zm.) wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej dokonuje się w drodze konkursu ofert.

Wobec powyższego zasadne jest przyjęcie przedmiotowego zarządzenia.

**Załącznik do Zarządzenia nr 99/2021**

**z dnia 21 lipca 2021 r.**

Daleszyce, dnia 21.07.2021 r.

**Burmistrz Miasta i Gminy Daleszyce ogłasza**

**Otwarty konkurs ofert na realizację programu**

**Szczepień przeciwko pneumokokom w populacji osób starszych w Gminie Daleszyce
w 2021 roku**

Ogłoszenie o konkursie

Burmistrz Miasta i Gminy Daleszyce ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację programu zdrowotnego polegającego na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla mieszkańców Miasta i Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej.

I. Przedmiot konkursu.

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja programu zdrowotnego polegającego na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla mieszkańców Miasta i Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej, czyli urodzonych przed 31 grudnia 1956 roku.
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:

- przeprowadzić lekarskie badanie kwalifikacyjne (dokumentacja z przeprowadzonego badania oraz karta uodpornienia – załączniki 1-2),

- przeprowadzić szczepienie poprzedzone badaniem lekarskim,

- zaszczepić wyłącznie mieszkańców Miasta i Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej, którzy wypełnią ankietę satysfakcji pacjenta (załącznik nr 4),

- do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1),

- przekazywać koordynatorowi sprawozdanie okresowe i końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 3),

- prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2020 poz. 849 ze zm.), ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia
(t.j. Dz.U. 2021 poz. 666 ze zm.), a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1781).

II. Środki finansowe przeznaczone na realizację programu.

1. Miasto i Gmina Daleszyce na realizacje programu zdrowotnego przeznacza kwotę 47.500,00 zł (słownie: czterdzieści siedem tysięcy pięćset złotych).
2. Finansowanie programu będzie polegało na całkowitym sfinansowaniu kosztów zakupu szczepionki, kosztów przeprowadzenia badania lekarskiego, przeprowadzenia szczepienia, przygotowania wykładu online oraz koszt monitoringu i ewaluacja.

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. 2021 poz. 1285 ze zm.),

b. ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (t.j. Dz.U. 2020 poz. 1740 ze zm.).

1. Złożenie oferty nie gwarantuje przyznania środków finansowych w wysokości wnioskowanej przez oferenta.
2. Oferta złożona na kwotę większą niż ogłoszona w konkursie nie będzie rozpatrywana.
3. 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 31.12.2021 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. Oferty należy przygotować na formularzach, które stanowią załącznik nr 5 do niniejszego ogłoszenia. Dodatkowo formularze ofert dostępne będą w Wydziale Administracji i Rozwoju Urzędu Miasta i Gminy w Daleszycach, ul. Sienkiewicza 11, 26-021 Daleszyce, pok. nr 4 oraz na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Daleszyce.

1. Oferty należy składać w zamkniętych, nieprzezroczystych kopertach w Urzędzie Miasta i Gminy
w Daleszycach, ul. Sienkiewicza 11, 26-021 Daleszyce, w sekretariacie – pok. Nr 2
w nieprzekraczalnym terminie do 11.08.2021 r. godz. 14.00. Koperta musi być opisana: **„Konkurs – szczepienia przeciwko pneumokokom”** oraz zawierać nazwę podmiotu składającego ofertę. Składana oferta powinna być trwale spięta.
2. Oferta niezłożona we wskazanym terminie, a także oferta, 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 5 dni roboczych następujących po ostatecznej dacie 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:

- posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2021 poz. 711 ze zm.),

- spełniania wymogi lokalowe, sprzętowe i kadrowe, wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz.U. 2018 poz. 753),

- zapewnia udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: zatrudnionego lekarza oraz pielęgniarki posiadające kurs w zakresie szczepień ochronnych, zdolnych do realizacji zadania lub współpracuje z odpowiednimi podmiotami,

- posiada punkt szczepień i lodówki do przechowywania szczepionek,

- posiada sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu,

- działa na potrzeby mieszkańców Miasta i Gminy Daleszyce,

- prowadzi działalność statutową w dziedzinie objętej konkursem,

- 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 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1285 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 oraz będą brane pod uwagę:

- 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. Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym.
2. Karta uodpornienia uczestnika.
3. Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych szczepień.
4. Ankieta satysfakcji uczestnika programu.
5. Formularz ofertowy.

Załącznik 1

**Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym w programie „Szczepienia przeciwko pneumokokom w populacji osób starszych w Gminie Daleszyce”**

|  |
| --- |
| *(pieczęć nagłówkowa podmiotu)*W wyniku przeprowadzonego w dniu ………….….. o godz. …………. lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że Pan/Pani: ........................................................... urodzony/a w dniu ................................. zamieszkały/a w .............................................................................................................nr PESEL\* .....................................................□ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciwko pneumokokom□ stwierdzono następujące przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciwko pneumokokom: ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................DODATKOWE UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................., dnia ................................ *(miejscowość) (data)*  …………................................ *(pieczęć i podpis lekarza)**\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL* |

Załącznik 2

**Karta uodpornienia uczestnika programu „Szczepienia przeciwko pneumokokom w populacji osób starszych
w Gminie Daleszyce”**

1. Dane uczestnika programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | Data urodzenia |
| Imię |  | …… / …… / ……*(dzień/miesiąc/rok)* |
| Nr PESEL |  |

II. Zgoda na wykonanie szczepienia

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. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłam/em istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia. 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 i **wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko pneumokokom.**

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)*

III. Potwierdzenie wykonania szczepienia

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

IV. Niepożądane odczyny poszczepienne

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj odczynu | Data wystąpienia |
|  |  |

*\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL*

Załącznik 3

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych szczepień w ramach programu „Szczepienia przeciwko pneumokokom w populacji osób starszych w Gminie Daleszyce”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg informacjizawartych w zaświadczeniach o przeprowadzonych lekarskich badaniach kwalifikacyjnych oraz w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanieza okres sprawozdawczyod ……..…….. do …………… | Adresat:Urząd Gminy w Daleszycach |
|  | Sprawozdanie należyprzekazać w terminie14 dni po okresiesprawozdawczym |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej  | Liczba osób uczestniczących w wykładach  | Liczba oraz odsetek osób, u których odnotowano wzrost wiedzy z zakresu przekazanych w ramach wykładu treści |
|  |  |  |

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

 *(miejscowość) (data)*

 …………................................

 *(pieczęć i podpis osoby*

 *działającej w imieniu sprawozdawcy)*

Załącznik 4

**Ankieta satysfakcji uczestnika w programie „Szczepienia przeciwko pneumokokom w populacji osób starszych w Gminie Daleszyce”**

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 pneumokokowych? |  |  |  |  |  |
| sposób przekazania informacji dot. metod zapobiegania zakażeniom, 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 edukacji zdrowotnej

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| uprzejmość i życzliwość edukatora? |  |  |  |  |  |
| przygotowanie merytoryczne edukatora? |  |  |  |  |  |
| atrakcyjność i przydatność materiałów edukacyjnych? |  |  |  |  |  |

V. 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? |  |  |  |  |  |

VI. Dodatkowe uwagi/opinie:

|  |
| --- |
|  |

Załącznik 5

Pieczątka firmowa oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora programu „Szczepienia przeciwko pneumokokom w populacji osób starszych w Gminie Daleszyce” w 2021 roku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytanie do oferenta** | **Odpowiedź oferenta** |
| **I. Dane o oferencie** |
| 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) |  |
| **II. Liczba pacjentów** |
|  | Liczba pacjentów w wieku powyżej 65 roku życia (urodzonych do dnia 31 grudnia 1956 r. znajdujących się na aktywnej liście pacjentów poz oferenta |  |
| **III. Informacje o personelu medycznym realizującym program** |
| 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 2021 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. | Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu? (nr tel., godz.) |  |
| 4.  | Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji badań, wyłącznie na rzecz programu |  |
| 5. | Lokalizacja:a) miejsce realizacji badań (adres, pok., tel/fax)b) dojazd |  |
| 6.  | Czy w zakładzie opieki zdrowotnej znajduje się gabinet szczepień? |  |

Potwierdzam, że zakład opieki zdrowotnej …………………………………………………………… spełnia warunki określone w ogłoszeniu na realizację programu Szczepień przeciwko pneumokokom
w populacji osób starszych w Gminie Daleszyce w 2021 roku.

…………………………………………

Podpis kierownika (dyrektora) zakładu