**OGŁOSZENIE WÓJTA GMINY SUWAŁKI**

**z dnia 28 grudnia 2021 r.**

Na podstawie art. 48 b ust. 1 stawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.), w związku z uchwałą nr XXXVII/380/21 Rady Gminy Suwałki z dnia 28 grudnia 2021 r. **w sprawie kontynuacji realizacji w latach 2022-2025 ,,Programu polityki zdrowotnej   
w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców gminy Suwałki na lata 2019-2021”**

**WÓJT GMINY SUWAŁKI**

**o g ł a s z a** konkurs ofert na wybór realizatora **w roku 2022 r.** w sprawie kontynuacji realizacji w latach 2022-2025 ,,Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców gminy Suwałki na lata   
2019-2021”

**Podmioty uprawnione do złożenia oferty**

Udział w konkursie mogą brać podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 r. poz. 711 z późn. zm.), dysponujące personelem i zapleczem medycznym, zgodnym z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

**Przedmiot konkursu**

1. Przedmiotem konkursu ofert jest wybór realizatora, który zorganizuje   
   i przeprowadzi szczepienia dla ok. 90 osób zgodnie z kontynuacją realizacji w latach 2022-2025 ,,Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców gminy Suwałki w roku 2019-2021”.
2. Do uczestnictwa w Programie uprawnione są osoby w wieku powyżej 1 roku życia, zamieszkałe na terenie gminy Suwałki, bez względu na przynależność do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Wybór szczepionki przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu, w tym jej zakup, dokonuje realizator Programu.
4. Zakres realizowanego zadania w ramach Programu:
5. promocja Programu;
6. rekrutacja uczestników Programu;
7. przeprowadzenia wywiadu i badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia;
8. edukacja zdrowotna pacjentów w tym: zorganizowanie dwóch spotkań oraz przeprowadzenia ankiety dotyczącej oceny działań edukacyjnych dla mieszkańców gminy Suwałki;
9. wykonania szczepień, zgodnie z obowiązującą procedurą   
   i zaleceniami producenta szczepionki;
10. prowadzenie rejestru uczestników Programu i dokumentacji medycznej dotyczącej szczepienia;
11. przeprowadzenia ankiety badania satysfakcji ze sposobu realizacji Programu i jakości udzielonych świadczeń;
12. sporządzania sprawozdań miesięcznych i sprawozdania rocznego z realizacji programu.

**Źródło finansowania Programu**

Na realizację Programu zabezpieczono środki w budżecie Gminy Suwałki w dziale 851 Ochrona zdrowia, rozdziale 85195.

**Zasady finansowania Programu:**

1. Program będzie finansowany wyłącznie z budżetu Gminy Suwałki.
2. Zlecenie realizacji szczepień przeciwko grypie nastąpi na podstawie umowy, która ureguluje szczegółowe warunki realizacji zadania.
3. Ze środków przeznaczonych na realizację Programu mogą być finansowane wyłącznie koszty zakupu szczepionki, badanie lekarski kwalifikujące do szczepienia, koszt podania szczepionki, koszt edukacji zdrowotnej pacjentów, sporządzenie dokumentacji medycznej przeprowadzonych szczepień.

**Informacje o wymaganych dokumentach**

1. W celu uznania ważności oferty oferent zobowiązany jest przedłożyć następujące dokumenty:
2. ofertę na formularzu zgodnym z wzorem określonym w załączniku ogłoszenia   
   o konkursie,
3. kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji   
   - odpis musi być zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany,
4. kopie aktualnego wpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, którym mowa w dziale IV ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – wypis musi być zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany.
5. kopie polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone   
   w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych   
   z minimalna suma gwarancyjną, określoną odpowiednimi przepisami,
6. dokumentacje dotycząca szczepionki – charakterystykę produktu leczniczego,
7. inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące mieć zdaniem oferenta wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.
8. Dokumenty, o których mowa wyżej oferent przedkłada w oryginale lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem (dotyczy każdej strony dokumentu).
9. Zamawiający może zażądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu, gdy kserokopia jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości, a zamawiający nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.
10. Zamawiający ma prawo przeprowadzenia kontroli w celu potwierdzenia wiarygodności   
    i prawdziwości danych zawartych w ofercie.

**Miejsce, w którym można zapoznać się z dokumentacją konkursową**

Dodatkowe informacje dotyczące przedmiotu konkursu można uzyskać od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 - 15:30 w Referacie ds. Polityki Społeczno – Gospodarczej, pokój   
nr 116 lub 114 tel.: 87 565 93 43 lub 87 565 93 42.

**Warunki realizacji programu, termin i miejsce składania ofert**

1. Szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu powinny być wykonane   
   zgodnie z Programem.
2. Koszty realizacji wykonania szczepień poniesione przed podpisaniem umowy nie podlegają refundacji przez Gminę Suwałki.
3. Świadczenia udzielane przez realizatora, w ramach Programu, są bezpłatne dla uczestników Programu.
4. Realizator Programu w ramach realizowanego zadania zobowiązany będzie do:
5. wyboru i zakupu szczepionki przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu,
6. rozpropagowania informacji o programie bezpłatnych szczepień i kryteriach udziału (publikacja informacji na tablicach informacyjnych i stronie internetowej realizatora),
7. rekrutacji i rejestracji uczestników, wg kolejności zgłoszeń wpływających do realizatora programu
8. edukacji uczestników programu,
9. wykonania szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu   
   (w trzydawkowym schemacie podania) obejmuje:
10. uzyskanie pisemnej zgody od osoby dorosłej na wykonanie cyklu szczepień, a w przypadku osoby niepełnoletniej uzyskanie pisemnej zgody od rodzica lub opiekuna prawnego dziecka na wykonanie cyklu szczepień,
11. badanie lekarskie i kwalifikacje do szczepienia,
12. wykonanie szczepień, zgodnie z obowiązującą procedurą i zleceniami producenta szczepionki
13. potwierdzenie na piśmie zaszczepienia.
14. sporządzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
15. sporządzenia dokumentacji potwierdzającej przeprowadzone działania edukacyjne,
16. udostepnienia uczestnikom Programu ankiety badania satysfakcji ze sposobu realizacji Programu i jakości udzielonych świadczeń.
17. przechowywanie dokumentacji związanej z realizacją Programu przez okres 5 lat, licząc od roku następującego po roku, w którym realizowano Program,   
    w siedzibie realizatora Programu,
18. prowadzenie wyodrębnionej dokumentacji finansowo – księgowej i ewidencji księgowej Programu, zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy   
    o rachunkowości, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych,
19. składania informacji miesięcznych dotyczących o zgłaszalności do Programu.
20. złożenia sprawozdania rocznego z realizacji Programu
21. Ofertę wraz z załącznikami, w wersji papierowej, należy składać w terminie do dnia   
    **20 stycznia 2022 r.** **do godz. 15:00** w zamkniętej kopercie, opatrzonej danymi oferenta (nazwa, adres), z dopiskiem: **Konkurs ofert na wybór realizatora w 2022 r.   
    w zakresie wykonania szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu   
    w ramach kontynuacji realizacji w latach 2022-2025 ,,Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców gminy Suwałki w roku 2019-2021”.**
22. Ofertę należy złożyć w Urzędzie Gminy Suwałki, przy ul. Świerkowej 45, 16-400 Suwałki.
23. Oferty, które wpłyną po terminie, niekompletne, błędne, złożone na formularzu ofertowym innym niż wymagany, nie będą rozpatrywane.
24. Oferta przesłana Pocztą Polską lub Pocztą Kurierską będzie traktowana jako złożona   
    w terminie, jeżeli zostanie dostarczona do siedziby ogłaszającego konkurs do dnia   
    20 stycznia 2022 r. do godz. 15:00.

**Kryteria stosowane przy wyborze ofert**

1. Oceny złożonych ofert pod względem formalnym i merytorycznym, w oparciu   
   o kryteria podane w niniejszym ogłoszeniu, dokona komisja konkursowa powołana przez Wójta Gminy Suwałki.
2. Oferta uznana jest za prawidłową pod względem formalnym, gdy:
3. jest złożona w terminie określonym w niniejszym ogłoszeniu;
4. jest złożona przez podmiot uprawniony do złożenia oferty, spełniający wszystkie wymogi określone przepisami prawa;
5. jest złożona na właściwym formularzu oraz zawiera wszystkie wymagane załączniki;
6. jest opieczętowana i podpisana przez osobę/y upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta;
7. jest zgodna z przedmiotem konkursu i dotyczy zadania określonego   
   w ogłoszeniu.
8. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 pkt 3, 4, komisja wzywa oferenta do jej uzupełnienia w terminie 2 dni, z pouczeniem, iż nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje jej odrzucenie ze względów formalnych.
9. Przed zakończeniem oceny formalnej komisja konkursowa ma prawo żądać, aby oferent złożył dodatkowe wyjaśnienia do złożonej oferty.
10. Kryterium motorycznym wyboru ofert jest najniższy koszt brutto zaszczepienia jednej osoby przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózguobejmujący wszystkie zadania zaplanowane w tym zakresie.
11. Jeżeli nie można wybrać oferty najkorzystniejszej z uwagi na to że zostały złożone oferty o takiej samej cenie, ogłaszający wzywa oferentów, którzy złożyli te oferty, do złożenia   
    w terminie określonym przez ogłaszającego ofert dodatkowych. Oferenci składający oferty dodatkowe nie mogą zaoferować cen wyższych, niż zaoferowane w złożonych uprzednio ofertach.

**Wybór oferenta**

1. Konkurs rozstrzyga Wójt Gminy Suwałki po zapoznaniu się z oceną Komisji konkursowej.
2. Konkurs zostanie rozstrzygnięty także w przypadku, gdy wpłynie jedna oferta spełniająca warunki formalne.
3. Realizator wyłoniony w konkursie ofert, zostanie niezwłocznie poinformowany   
   o wynikach konkursu, drogą mailową, na adres mailowy podany w złożonym formularzu ofertowym, bądź telefonicznie.
4. Wyniki konkursu podane zostaną do publicznej wiadomości poprzez zamieszczenie   
   w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Gminy Suwałki oraz na stronie internetowej Gminy Suwałki www. gmina.suwalki.pl i na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Gminy Suwałki.
5. Z wyłonionym realizatorem zostanie zawarta umowa, która ureguluje szczegółowe warunki realizacji zadania.

**Postanowienia końcowe**

Wójt Gminy Suwałki zastrzega prawo do zmiany warunków konkursu, przesunięcia terminu składania i otwarcia ofert, odwołania konkursu, zamknięcia konkursu bez wyboru ofert - bez podawania przyczyny.

***Wójt Gminy***

***/-/***

***Zbigniew Mackiewicz***

*Załącznik   
do ogłoszenia ofertowego*

*z dnia 28 grudnia 2021 r.*

*……………………*

*(pieczęć oferenta)*

**Oferta na wybór realizatora w roku 2022 w zakresie wykonania szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla 90 osób w ramach kontynuacji realizacji w latach 2022-2025 ,,Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców gminy Suwałki w roku 2019-2021” …………...**

1. **Dane oferenta:**
2. Pełna nazwa podmiotu leczniczego ………………………….………………………
3. Dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego (z kodem pocztowym):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
4. telefon: ....................................
5. Fax: .... .......................................
6. E-mail: .......................................
7. adres strony internetowej: ................................................................................
8. numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego: ............................................................
9. NIP: ..........................................
10. REGON: ....................................
11. Numer rachunku bankowego oferenta……………………………………………..
12. Osoba odpowiedzialna za realizację programu………………….……………………
13. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem …………………………………………………………………………………………..
14. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (np.: z KRS, potwierdzające zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – wymienić i załączyć:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Miejsce wykonywania szczepienia:**

………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………

*(adres oraz nazwa podmiotu leczniczego, w którym udzielane będą świadczenia zdrowotne/ odpowiednio jeśli jest kilka miejsc)*

**III. Warunki lokalowe i wyposażenie medyczne pomieszczeń w których będzie realizowany Program:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

**III. Świadczenia zdrowotne będzie wykonywał personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.**

**Poniżej przedstawiam wykaz personelu medycznego, który będzie realizował program.**

1. Wywiad lekarski i badania kwalifikujące do szczepienia :

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu | Kwalifikacje zawodowe |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Edukacja zdrowotna pacjentów:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Wykonanie szczepienia:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Obsługa organizacyjna - księgowa zadania Wykonanie szczepienia:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Stanowisko służbowe |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**V. Kalkulacja przewidywanych kosztów**

|  |  |
| --- | --- |
| **Szczegółowa kalkulacja kosztów szczepienia jednej osoby:** | **Wartość** |
| 1) Cena zakupu jednej dawki szczepionki | ................. zł brutto |
| 2) Cena usługi za podanie jednej dawki szczepionki, w tym: kosztu badania lekarskiego, podania szczepionki, sporządzenia dokumentacji medycznej, przeprowadzenie 2 spotkań informacyjno – edukacyjnych, prowadzenia rejestru, sporządzenie świadczeń, sporządzenie sprawozdania w ramach programu zdrowotnego | .................. zł brutto |
| 3) Ogólny koszt szczepienia jednej osoby (trzy\* dawki szczepionki + ogólny koszt usługi | .................. zł brutto |
| 4) Całkowity koszt szczepienia 60 osób (liczba osób do zaszczepienia x ogólny koszt szczepienia jednej osoby)) | .................. zł brutto |

\*dotyczy szczepionki w trzydawkowym schemacie podania

15. Program szczepień prowadzony będzie w Suwałkach, w przychodni ............................. .................................................... przy ul. ............................................., w godzinach i dniach pracy lekarza/y podstawowej opieki zdrowotnej, jak poniżej:

- poniedziałek w godz. od ........ do .................

- wtorek w godz. od ................. do .................

- środa w godz. od ................... do .................

- czwartek w godz. od ............. do .................

- piątek w godz. od ................. do ..................

Oświadczam (-y), że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia Wójta Gminy Suwałki o prowadzonym postępowaniu konkursowym na wybór realizatora w związku z uchwałą nr XVI/176/20 Rady Gminy Suwałki z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie przyjęcia ,,Programu polityki zdrowotnej   
   w zakresie szczepień profilaktycznych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców gminy Suwałki na lata 2019-2021
2. Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach do oferty informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Przez cały okres realizacji programu na zlecenie zamawiającego, zobowiązuje się do:
4. zapoznania przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych   
   i uprawnieniach do udzielenia świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
5. zabezpieczenia dostępu do sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym   
   w odrębnych przepisach,
6. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami   
   i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
7. posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną, określoną odpowiednimi przepisami

………………………….

*(Podpis i pieczątka oferenta)  
 (miejscowość, data, podpis osoby upoważnionej)*

Załączniki:

1. kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji - odpis musi być zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany,
2. kopie aktualnego wpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, którym mowa w dziale IV ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – wypis musi być zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany.
3. kopie polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności ywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalna suma gwarancyjną , określoną odpowiednimi przepisami,
4. dokumentacje dotycząca szczepionki – charakterystykę produktu leczniczego,
5. inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące mieć zdaniem oferenta wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.

***Wyżej wymienione dokumenty, oferent przedkłada w oryginale lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem (dotyczy każdej strony dokumentu).***