**OGŁOSZENIE WÓJTA GMINY SUWAŁKI**

**z dnia 28 stycznia 2025 r.**

 Na podstawie art. 48 b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 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 2025 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. 2024 r. poz. 799 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 20 osób w związku 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. Przeprowadzenie szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w podstawowym schemacie, będzie obejmowało pełny cykl szczepień osób, który składa się z trzech dawek: podanie pierwszej, drugiej i trzeciej dawki szczepionki w 2025 r. dostępnej na polskim rynku
i dopuszczonej do stosowania w Polsce, zgodnie z zaleceniami określonymi przez producenta szczepionki dla osób dorosłych oraz dla dzieci (zgodnie z listą osób otrzymaną od Zamawiającego).

**Źródło finansowania Programu**

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

**Zasady finansowania Programu:**

1. Program będzie finansowany wyłącznie z budżetu Gminy Suwałki.
2. Zlecenie realizacji szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu nastąpi na podstawie umowy, która ureguluje szczegółowe warunki realizacji zadania.

**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 nr 1 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. kopię aktualnego wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 o 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. kopię polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone
w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych
z minimalną sumą 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 115 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 ww. Programem (załącznik nr 2 do ogłoszenia).
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. edukacji uczestników programu;
8. wykonania szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu
(w trzydawkowym schemacie podania) obejmuje:
9. 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;
10. badanie lekarskie i kwalifikacje do szczepienia;
11. wykonanie szczepień, zgodnie z obowiązującą procedurą i zaleceniami producenta szczepionki;
12. potwierdzenie na piśmie wykonanego szczepienia.
13. sporządzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
14. sporządzenia dokumentacji z edukacji uczestników Programu;
15. udostepnienia uczestnikom Programu ankiety badania satysfakcji ze sposobu realizacji Programu i jakości udzielonych świadczeń;
16. przechowywanie dokumentacji związanej z realizacją Programu od dnia zakończenia zadania przez okres 5 lat, w siedzibie realizatora Programu;
17. prowadzenie wyodrębnionej dokumentacji finansowo – księgowej i ewidencji księgowej Programu, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych;
18. złożenia sprawozdania rocznego z realizacji Programu (załącznik nr 3).
19. Ofertę wraz z załącznikami, w wersji papierowej, należy składać w terminie do dnia
**20 lutego 2025 r.** **do godz. 15:30** w zamkniętej kopercie, opatrzonej danymi oferenta (nazwa, adres), z dopiskiem: **Konkurs ofert na wybór realizatora w 2025 r.
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”.**
20. Ofertę należy złożyć w Urzędzie Gminy Suwałki, przy ul. Świerkowej 45, 16-400 Suwałki w Biurze Obsługi Interesanta.
21. Oferty, które wpłyną po terminie lub będą złożone na formularzu ofertowym innym niż wymagany, nie będą rozpatrywane.
22. Oferta przesłana Pocztą Polską lub Pocztą Kurierską będzie traktowana jako złożona
w terminie, jeżeli zostanie dostarczona do siedziby ogłaszającego konkurs do dnia
20 lutego 2025 r. do godz. 15:30.

**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. Przed zakończeniem oceny formalnej komisja konkursowa ma prawo żądać, aby oferent złożył dodatkowe wyjaśnienia do złożonej oferty.
9. Kryterium merytoryczne wyboru ofert będzie najniższy koszt podanie trzech dawek szczepionki dla 20 osób, w tym: koszt badania lekarskiego, sporządzenie dokumentacji medycznej, edukacja uczestników Programu, sporządzenie sprawozdania końcowego
z realizacji wykonania szczepień.
10. 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.
11. Komisja wybierze oferenta, który wykaże najniższą cenę kosztów realizacji Programu dla zaplanowanej populacji tj.: 20 osób w roku 2025.

**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.

*Załącznik nr1
do ogłoszenia ofertowego*

*z dnia … stycznia 2025 r.*

*……………………*

*(pieczęć oferenta)*

**Oferta na wybór realizatora w roku 2025 w zakresie wykonania szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla 20 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. Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego: ............................................................
8. NIP: ..........................................
9. REGON: ....................................
10. Numer rachunku bankowego oferenta……………………………………………..
11. Osoba odpowiedzialna za realizację programu………………….……………………
12. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem …………………………………………………………………………………………..
13. 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:**

…………………………………………………………………………………………………

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

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

1. **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.**
2. 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 organizacyjno - księgowa:

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

**V. Kalkulacja przewidywanych kosztów**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Szczegółowa kalkulacja kosztów szczepienia*** |  ***Wartość (PLN)*** |
| 1) Koszt zakupu trzech dawek szczepionki dla zaplanowanej populacji w roku 2025 tj. 20 osób.  | ................. zł brutto |
| 2) Koszt podanie trzech dawek szczepionki dla 20 osób, w tym: kosztu badania lekarskiego, sporządzenia dokumentacji medycznej, edukacja uczestników Programu, sporządzenie sprawozdania końcowego z realizacji wykonania szczepień.  | .................. zł brutto |
| ***Całkowity koszt realizacji Programu dla zaplanowanej populacji tj. dla 20 osób.*** | .................. zł brutto |

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 zobowiązuje się do:
4. wykonania szczepień przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do udzielenia świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami prawa.
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, zgodnie z przepisami prawa.

………………………….

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

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. Kopię 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. Kopię polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej 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).*

*Załącznik nr2
do ogłoszenia ofertowego*

*z dnia 28 stycznia 2025 r.*

…………………………………………

*(Nazwa i adres podmiotu leczniczego realizującego program)*

**Sprawozdanie końcowe z wykonania szczepień** **przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla 20 osób w ramach kontynuacji w latach 2022-2025 ,,Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców gminy Suwałki na lata 2019-2021” w roku 2025.**

1. Data zawartej umowy................................................................................................

2. Okres realizacji Programu od .....................................do................................................

3. Nazwa realizowanego zadania......................................................................................

4. Pełna nazwa Zleceniobiorcy realizującego Program....................................................

5. Dokładny adres siedziby Zleceniobiorcy (z kodem pocztowym) realizującego Program

6. Miejsce i nazwa podmiotu leczniczego, na terenie którego udzielane były świadczenia zdrowotne objęte programem............................................................................................

7. Sposób promocji Programu (opisać)............................................................................

8. Osoby objęte Programem:

1. liczba osób zaszczepionych w stosunku do wszystkich osób biorących udział
w Programie………………………………………………………………………..;
2. zaplanowana liczba osób objętych Programem...............................................................;
3. faktyczna liczba osób objętych Programem .........................................;
4. liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie;
5. liczba osób, które zgłosiły się do programu, a nie zostały zaszczepione.........................;
6. liczba uzyskanych zgód na szczepienie
7. liczba osób, z którymi została przeprowadzona edukacja;
8. wskazanie powodów dla których szczepienie nie zostało przeprowadzone;
9. liczba odnotowanych hospitalizacji;
10. liczba zachorowań na kleszczowemu zapaleniu mózguw grupie osób zaszczepionych. które zachorowały na kleszczowemu zapaleniu mózgu wodniesieniu do okresu z roku poprzedniego;
11. liczba osób zaszczepionych w ramach powyższego programu, w okresie od ................ do ............. - …… osób.
12. Rozliczenie kosztów:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Szczegółowa kalkulacja kosztów szczepienia*** |  ***Wartość (PLN)*** |
| 1) Koszt zakupu trzech dawek szczepionki dla zaplanowanej populacji w roku 2025 (dla 20 osób).  | ................. zł brutto |
| 2) Koszt podanie trzech dawek szczepionki dla 20 osób, w tym: kosztu badania lekarskiego, sporządzenia dokumentacji medycznej, edukacja uczestników Programu, sporządzenie sprawozdania końcowego z realizacji wykonania szczepień. | .................. zł brutto |
| ***Całkowity koszt realizacji Programu dla zaplanowanej populacji tj. dla 20 osób.*** | .................. zł brutto |

Oświadczam (y), że:

1.Od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Zleceniobiorcy.

2.Wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym
i faktycznym.

3.Wszystkie wydatki wymienione zostały faktycznie poniesione.

4.Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach do oferty informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym
i faktycznym.

5.Pomieszczenia, sprzęt medyczny, kwalifikacje personelu medycznego wykorzystanego przy realizacji programu były zgodne z umową.

6.W zakresie związanym z realizacją programu, w związku z przetwarzaniem danych osobowych, Zleceniobiorca realizuje wytyczne określone w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzanie m danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych)
z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE.L Nr I 19, str. I) i ustawie z dnia I O maja 2018 r.
o ochro nie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. I OOO).

7. Populacja na zadanie realizowane w ramach programu była dobrane zgodnie z założeniem programu.

………………………………………….

(Podpis i pieczątka osoby upoważnionej)