

ZARZĄDZENIE NR 8/2015
BURMISTRZA MIASTA USTROŃ

z dnia 14 stycznia 2015 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora Programu Zdrowotnego w roku 2015

Na podstawie art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 594 z późniejszymi zmianami) w związku z art. 48 i 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późniejszymi zmianami)

**Burmistrz Miasta
Zarządza:**

§ 1.

Ogłosić konkurs ofert na wybór realizatora Programu Zdrowotnego w roku 2015 pn.: „Szczepienia profilaktyczne przeciwko pneumokokom dla dzieci w wieku do 3 lat zamieszkałych na terenie Miasta Ustroń będących pod opieką Miejskiego Żłobka w Ustroniu” w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Wykonanie zarządzenia powierza Zastępcy Burmistrza Miasta.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

RADCA PRAWNY
Helena Sikora
Kt - B - 241

Burmistrz Miasta

Ireneusz Szarzec

Załącznik do Zarządzenia Nr 8/2015
Burmistrza Miasta Ustroń
z dnia 14 stycznia 2015 r.

KONKURS OFERT NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU ZDROWOTNEGO W ROKU 2015

Burmistrz Miasta Ustroń, działając na podstawie art. 48 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późniejszymi zmianami) oraz Uchwały XLI/445/2014 Rady Miasta Ustroń z dnia 27 lutego 2014 r. w sprawie przyjęcia Programu Zdrowotnego pn. „Szczepienia profilaktyczne przeciwko pneumokokom dla dzieci w wieku do 3 lat zamieszkałych na terenie Miasta Ustroń będących pod opieką Miejskiego Żłobka w Ustroniu” na lata 2014 – 2018.

I. PRZEDMIOT KONKURSU

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora, który zorganizuje i przeprowadzi w 2015 roku Program Zdrowotny pn.: „**SZCZEPIENIA PROFILAKTYCZNE PRZECIWKO PNEUMOKOKOM DLA DZIECI W WIEKU DO 3 LAT ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE MIASTA USTRONŃ BĘDĄCYCH POD OPIEKĄ MIEJSKIEGO ŻŁOBKA W USTRONIU**”. Program dostępny jest na stronie internetowej Urzędu Miasta Ustroń:

<http://www.ustron.bip.info.pl/dokument.php?iddok=11233&idmp=779&r=r>.

II. ADRESACI KONKURSU:

Konkurs adresowany jest do podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą na terenie Miasta Ustroń.

Program w całości finansowany jest z budżetu Miasta Ustroń.

III. TERMIN REALIZACJI PROGRAMU: od dnia zawarcia umowy (wzór nr 4) do 30 listopada 2015 r.

IV. BENEFICJENCI PROGRAMU: – dzieci w wieku do 3 lat zamieszkałe na terenie Miasta Ustroń będące pod opieką Miejskiego Żłobka w Ustroniu.

V. PRZEDMIOTOWY ZAKRES PROGRAMU ZDROWOTNEGO:

1. przeprowadzenie kampanii informacyjno – edukacyjnej obejmującej:
 - rozpowszechnienie informacji o programie zdrowotnym tj. na stronie internetowej oraz w siedzibie realizatora,
2. zakup skoniugowanej szczepionki przeciwko pneumokokom PCV 13,
3. wywiad kwalifikujący do szczepienia,
4. badanie lekarskie poprzedzające szczepienie,
5. wykonanie szczepień przez pielęgniarki posiadające ukończony kurs w zakresie wykonywania szczepień ochronnych pod nadzorem lekarskim,
6. udokumentowanie przeprowadzonego szczepienia,
7. prowadzenie dokumentacji przeprowadzonych szczepień zgodnie z ustaleniami umowy,
8. wyłonieni w konkursie realizatorzy zobowiązani będą do zaszczepienia każdego dziecka, które kwalifikuje się do programu, bez względu na to, do jakiej placówki zdrowia jest ono zadeklarowane,
9. co miesięczne rozliczenie Programu Zdrowotnego do 10 dnia następnego miesiąca na podstawie faktury wystawionej przez realizatora wraz ze sprawozdaniem merytoryczno – finansowym (wzór nr 3).

VI. ZASADY I WARUNKI PRZYZNANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z BUDŻETU MIASTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO.

1. Podmioty uczestniczące w konkursie ofert i ubiegające się o środki z budżetu miasta na realizację programu zdrowotnego powinny spełniać następujące warunki:

- 1) Opracować ofertę (wzór nr 1) uwzględniając zadania realizowane w ramach programu podane w niniejszym ogłoszeniu.
- 2) Złożyć w terminie poprawnie i w sposób czytelny wypełnioną ofertę, zgodnie z zasadami uczciwej konkurencji, gwarantującą realizację programu w sposób efektywny i terminowy.
- 3) Posiadać niezbędną wiedzę, kwalifikacje, doświadczoną kadrę, odpowiednie zaplecze lokalowe i sprzętowe do realizacji programu. Szczepienia będą realizowane w pomieszczeniach, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
- 4) Oferty muszą być podpisane przez osoby(ę) uprawnione(a) do składania oświadczeń.
- 5) Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:
 - a) statut jednostki (bądź inny dokument potwierdzający jego formę organizacyjną – np. umowę cywilną) – lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem,
 - b) wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wyciąg z rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę, okręgowej rady lekarskiej lub okręgowej rady pielęgniarek (lub kopie ww. dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem),
 - c) oświadczenie (sporządzone według wzoru nr 2 do niniejszego ogłoszenia), że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego będą finansowane jedynie przez Miasto Ustron i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami, oraz że załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,
 - d) dokument potwierdzający ubezpieczenie realizatora programu zdrowotnego od odpowiedzialności cywilnej w ramach prowadzonej działalności (lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem),
 - e) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną, aparaturą i warunkami do przeprowadzenia programu zdrowotnego.

Kopie dokumentów winny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby(ę) upoważnione(a) do podpisania oferty.

2. Termin i sposób składania ofert:

- 1) Kompletne oferty wraz z załącznikami, należy składać na formularzu wg wzoru do niniejszego ogłoszenia w nieprzekraczalnym terminie do dnia 2 lutego 2015 roku.
- 2) Wzór oferty można odebrać osobiście w siedzibie Zamawiającego, pok. 25 w godzinach od 7:30 do 15:30 lub drogą elektroniczną bezpośrednio ze strony internetowej www.ustron.bip.info.pl.
- 3) Osoby uprawnione do kontaktów z oferentami:
- Joanna Pietrzyk tel. (33) 8579-313.
- 4) Koperta powinna być odpowiednio oznaczona:
„Konkurs – wybór realizatora Programu Zdrowotnego w 2015 roku pn.: „Szczepienia profilaktyczne przeciwko pneumokokom dla dzieci w wieku do 3 lat zamieszkałych na terenie Miasta Ustron będących pod opieką Miejskiego Żłobka w Ustroniu”.
- 5) Zamkniętą kopertę, zawierającą ofertę, należy złożyć w siedzibie Zamawiającego (Urząd Miasta Ustron 43-450 Ustron ul. Rynek 1 biuro nr 4) w terminie do 2 lutego 2015 r.
- 6) Kryterium wyboru oferty stanowić będzie najniższa cena. W przypadku złożenia ofert zawierających taką samą najniższą cenę przez więcej niż jednego realizatora programu – realizacja zadania zostanie zlecona tym podmiotom proporcjonalnie.
- 7) Wyboru realizatora programu zdrowotnego dokona Burmistrz Miasta Ustron – dokonując oceny ofert na podstawie informacji w nich zawartych, biorąc pod uwagę spełnianie warunków stawianych oferentom oraz

ceny poszczególnych świadczeń zdrowotnych, które będą wykonywane w ramach realizacji programu zdrowotnego.

VII. DODATKOWE INFORMACJE:

- 1) Miasto Ustroń zastrzega sobie prawo unieważnienia konkursu, bądź niewyłonienia realizatora programu zdrowotnego.

BURMISTRZ MIASTA

Ireneusz Szarzec

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

OFERTA
NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO
w trybie art. 48 ust. 4 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027
z późniejszymi zmianami)

.....
(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym)
w okresie od do

I. DANE NA TEMAT PODMIOTU

1) NAZWA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

.....
(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

2) DOKŁADNY ADRES:

TEL. FAX.

E-MAIL http://

3) FORMA PRAWNA

4) NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW LECZNICZYCH I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

.....
5) NUMER WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI

.....
6) NR NIP

7) NAZWA BANKU I NR RACHUNKU

8) NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ
PROGRAMU ZDROWOTNEGO

.....
9) OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ I UZUPEŁNIEŃ DOTYCZĄCYCH OFERTY
(IMIĘ I NAZWISKO, FUNKCJA ORAZ NR TELEFONU KONTAKTOWEGO)

II. OPIS REALIZACJI PROGRAMU

1. Szczegółowy opis realizacji programu uwzględniający specyfikę programu (m.in. populacja objęta programem (wiek/rocznik), liczba osób objętych programem, rodzaj i zakres świadczeń, kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji programu)

2. Sposób organizacji kampanii informacyjno – edukacyjnej (rodzaj działań/ liczba działań, liczba uczestników)

3. Miejsce wykonywania programu - dokładny adres, telefon, adres mailowy, (m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w programie , dni i godziny realizacji programu)

4. Harmonogram planowanych działań /z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia

5. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju /ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną/

III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

Lp.	Poszczególne składowe kosztu jednostkowego	Koszt w zł
1.	badanie lekarskie	
2.	cena szczepionki	
3.	informacyjna i administracyjno-techniczna obsługa realizacji świadczenia zdrowotnego	
	Koszt jednostkowy brutto: (kalkulacja kosztu dla jednej osoby)	

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

.....
.....
.....

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

Załączniki:

- 1) statut jednostki (bądź inny dokument potwierdzający jego formę organizacyjną – np. umowę cywilną) – lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem,
- 2) wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wyciąg z rejestru opieki podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę, okręgowej rady lekarskiej lub okręgowej rady pielęgniarek (lub kopie ww. dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem);
- 3) oświadczenie (sporządzone według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej oferty), że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego będą finansowane jedynie przez Miasto Ustroń i nie będą

przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami, oraz że załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,

- 4) dokument potwierdzający ubezpieczenie realizatora programu zdrowotnego od odpowiedzialności cywilnej w ramach prowadzonej działalności (lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem),
- 5) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną, aparaturą i warunkami do przeprowadzenia programu zdrowotnego.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż:

- świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach programu zdrowotnego pn.:

.....
.....
.....

będą finansowane jedynie przez Miasto Ustroń i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,

- załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....
(data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

**SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO-FINANSOWE
(CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE)
Z REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO**

.....
(nazwa programu)
w okresie od do,

I. PRZEBIEG KAMPANII INFORMACYJNO - EDUKACYJNEJ REALIZOWANEJ W PROGRAMIE.

--

II. REALIZACJA PROGRAMU ZDROWOTNEGO W UJĘCIU TABELARYCZNYM I OPISOWYM

LP.	LICZBA UZYSKANYCH ZGÓD RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH	LICZBA BADAŃ/KWALIFIKACJI DZIECI	LICZBA DZIECI ZASZCZEPIONYCH	
			CHŁOPCY	DZIEWCZYNKI
Ogółem:				

OPIS.
.....
.....
.....
.....

III. PONIESIONE KOSZTY NA REALIZACJĘ ZADANIA

LP	RODZAJ KOSZTÓW	IŁOŚĆ JEDNOSTKOWA	KOSZT JEDNOSTKOWY	RODZAJ MIARY	KOSZT FINANSOWY CAŁKOWITY

Załączniki do sprawozdania końcowego:

1. Wykaz beneficjentów u których przeprowadzono szczepienie, (imię i nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, data przeprowadzenia szczepienia).

Załączniki należy dostarczyć w zamkniętej kopercie do Urzędu Miasta Ustroń, 43-450 Ustroń, ul. Rynek 1, pokój nr 25 lub przesłać drogą pocztową na ww. adres. Na kopercie umieścić dopisek: „NIE OTWIERAĆ. DOSTARCZYĆ DO RĄK WŁASNYCH NACZELNIKA WYDZIAŁU ŚRODOWISKA I ROLNICTWA”.

RAMOWY WZÓR UMOWY
zawarta _____ 2015 r. w Ustroniu
pomiędzy

MIASTEM USTROŃ, ul. Rynek 1, 43-450 ustroń NIP 548-240-74-34 reprezentowanym przez Burmistrza Miasta Ustroń – Ireneusza Szarca, zwanym w dalszej części umowy „Zamawiającym”,

a

_____ z siedzibą w _____ NIP _____ wpisaną do _____ reprezentowaną przez _____ zwanych w dalszej części umowy „Wykonawcą”, zaś wspólnie dalej „Stronami”.

§ 1.

Podstawą zawarcia umowy jest wybór oferty zgodny z art. 48 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późniejszymi zmianami) i art. 114, ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U z 2013 r. poz. 217).

§ 2.

1. Przedmiotem umowy jest realizacja zadania z zakresu działalności leczniczej w ramach realizacji Programu Zdrowotnego pn.: „Szczepienia profilaktyczne przeciwko pneumokokom dla dzieci w wieku do 3 lat zamieszkałych na terenie Miasta Ustroń będących pod opieką miejskiego żłobka w Ustroniu”.

2. Przedmiot umowy zostanie wykonany w zakresie zgodnym i w sposób zgodny z ofertą Wykonawcy z dnia _____ 2015 r. będącymi integralnymi częściami niniejszej umowy oraz zaktualizowanym harmonogramem i kosztorysem.

3. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji medycznej i statystycznej, przy uwzględnieniu przepisów ustawy o ochronie danych osobowych.

§ 3.

Przedmiot umowy zostanie wykonany w terminie: od _____ 2015 r. do 30 listopada 2015 r.

§ 4.

1. Za realizację zadania Zamawiający uiszczy Wykonawcy wynagrodzenie za wykonanie zadania określonego w § 2 wg następujących cen jednostkowych brutto (łącznie z podatkiem VAT) podanych w formularzu ofertowym, które są stałe i nie podlegają waloryzacji w czasie obowiązywania umowy. Cena za szczepienie 1 dziecka wynosi _____ (słownie: _____ złotych brutto) w tym:

1) badanie lekarskie: _____ złotych,

2) cena szczepionki: _____ złotych,

3) informacja i administracyjno – techniczna obsługa realizacji świadczenia zdrowotnego: _____ złotych.

2. Rozliczenie wykonanej usługi odbywać się będzie powykonawczo w oparciu o faktyczne wykonanie zadania (za dany miesiąc) wraz ze sprawozdaniem merytoryczno – finansowym sporządzonym zgodnie z załącznikiem do niniejszej umowy. Na podstawie tego zostanie wystawiona faktura, która będzie obejmować rozliczenie wykonania przedmiotu umowy za okres rozliczeniowy obejmujący 1 miesiąc kalendarzowy. Rozliczenie Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć Zamawiającemu w terminie do 10 dnia miesiąca kalendarzowego następnego miesiąca.

3. Zamawiający ustala próg wartościowy realizacji zamówienia w wysokości _____ zł brutto, którego przekroczenie powoduje rozwiązanie umowy.

4. Wynagrodzenie określone w ust. 1 zawiera należny podatek VAT w wysokości 23 % oraz zaspokaja wszelkie roszczenia Wykonawcy wobec Zamawiającego z tytułu wykonania niniejszej umowy.

5. Wynagrodzenie za wykonaną i odebraną usługę miesięczną zostanie wypłacone przelewem przez Zamawiającego na konto Wykonawcy w terminie do 30 dni licząc od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury wraz z dokumentami rozliczeniowymi.

6. Strony postanawiają, że zapłata następuje w dniu obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

7. Fakturę należy wystawić na płatnika: Miasto Ustroń ul. Rynek 1, 43 - 450 Ustroń NIP 548-240-74-34.

§ 5.

Wykonawca, realizując program zobowiązuje się do informowania w wydawanych przez siebie w ramach zadania, publikacjach, materiałach informacyjnych, poprzez media, jak również stosownie do charakteru zadania, poprzez widoczną w miejscu jego realizacji tablicę i przez ustną informację kierowaną do odbiorców o fakcie finansowania realizacji zadania przez Zamawiającego, który musi wyrazić na to zgodę.

§ 6.

1. Wykonawca zobowiązuje się do:

- 1) poddania ocenie realizacji programu dokonywanej w miejscu jego realizacji lub w miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego, kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji programu lub po jego realizacji przez upoważnionych pracowników Wydziału Środowiska i Rolnictwa,
- 2) udostępnienia pomieszczeń i sprzętu dla kontrolujących w celu umożliwienia przeprowadzenia kontroli,
- 3) przedłożenia wszelkich dokumentów dotyczących programu oraz do umożliwienia przeprowadzenia oględzin w miejscu realizacji programu,
- 4) udzielania ustnie lub na piśmie, w zależności od żądania kontrolującego i w terminie przez niego określonym, wyjaśnień i informacji dotyczących programu.

2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządzają notatkę z oceny realizacji programu w dwóch egzemplarzach.

3. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 7 dni od dnia otrzymania notatki. Wyjaśnienia składane są Zamawiającemu na piśmie.

§ 7.

1. Wykonawca sporządzi i przekaże do Wydziału Środowiska i Rolnictwa Urzędu Miasta Ustroń sprawozdanie końcowe z realizacji programu w terminie 7 dni od dnia zakończenia realizacji programu, o którym mowa w § 3.

2. Brak uwag do sprawozdania stanowi o jego zaakceptowaniu przez Zamawiającego.

§ 8.

1. Wykonawca oświadcza, iż posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem.

2. Za szkody powstałe w związku z realizacją Programu Zdrowotnego odpowiedzialność ponosi Wykonawca.

3. Wykonawca bierze na siebie pełną odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przedmiotu umowy, zapewnienie odpowiednich warunków oraz metod podczas realizacji Programu Zdrowotnego.

4. Wykonawca zapłaci zamawiającemu kary umowne:

- 1) za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy w wysokości 1000,00 złotych,

5. Zamawiającemu przysługuje prawo potrącenia kary umownej z wynagrodzenia Wykonawcy.

6. W przypadku, gdy Zamawiający nie dokonuje płatności w terminie określonym w § 4 umowy, Wykonawca uprawniony jest do naliczenia odsetek ustawowych.

§ 9.

1. Umowa zostaje zawarta w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze Stron.

2. W zakresie nieuregulowanym umową znajdują zastosowanie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego.

3. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności - aneks do umowy.

4. Wszelkie spory, jakie mogą wyniknąć w związku z realizacją umowy, będą rozpatrywane przez sąd właściwy miejscowo dla Zamawiającego.

Zamawiający

Wykonawca

.....

.....