

Biuletyn Informacji Publicznej Urząd Miasta Ustroń

Adres artykułu: <https://bip.ustron.pl/arttykul/32850-konkurs-ofert-wybor-realizatora-programu-zdrowotnego-w-roku-2019>

KONKURS OFERT WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU ZDROWOTNEGO W ROKU 2019

Burmistrz Miasta Ustroń działając na podstawie art. 48 i art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) oraz Uchwały NR XXX/362/2017 RADY MIASTA USTROŃ z dnia 28 września 2017 r. w sprawie przyjęcia Programu Zdrowotnego w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022

PRZEDMIOT KONKURSU.

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora programu, który zorganizuje i przeprowadzi w 2019 r. Program Zdrowotny: „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022”. Program dostępny jest na stronie internetowej Urzędu Miasta Ustroń:

I. ADRESACI KONKURSU

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

II. **TERMIN REALIZACJI PROGRAMU:** od dnia zawarcia umowy (wzór nr 4) do 30 listopada 2019r.

III. **Beneficjenci programu:-** osoby dorosłe oraz dzieci powyżej 1 roku życia będących mieszkańcami Miasta Ustroń.

IV. PRZEDMIOTOWY ZAKRES PROGRAMU ZDROWOTNEGO:

1. przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej obejmującej rozpowszechnianie informacji o programie zdrowotnym t.j. na stronie internetowej lub w siedzibie realizatora.
2. zakup szczepionek FSME-Immun, Immun Junior.
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. prowadzenie dokumentacji przeprowadzonych szczepień zgodnie z ustaleniami umowy,
7. wyłonieni w konkursie realizatorzy zobowiązani będą do zaszczepienia osób zamieszkujących Miasto Ustroń, bez względu na to, do jakiej placówki zdrowia są zadeklarowani,
8. co miesięczne rozliczenie Programu Zdrowotnego do 10 dnia następnego miesiąca na podstawie faktury wystawionej przez realizatora wraz ze sprawozdaniem merytoryczno-finansowym (wzór nr 3), oświadczeniem o przystąpieniu do Programu Zdrowotnego (wzór nr 5).

V. ZASADY I WARUNKI PRYZNANIA 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, doświadczenie, 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 r w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
 4. Oferty muszą być podpisane przez osoby(ę) uprawnione(ą) do składania oświadczeń.
 5. Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:
 - a. statut jednostki (bądź inny dokument potwierdzający jego formę organizacyjną) lub kopię potwierdzoną ze 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 (wzór nr 2),
- 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 poświadczane 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 17.01.2019r.
- 2. Wzór oferty można odebrać osobiście w siedzibie Zamawiającego, pok. nr 25 w godzinach pracy Urzędu Miasta od 7.30 do 15.30 lub bezpośrednio ze strony internetowej.
- 3. Osoby uprawnione do kontaktów z oferentami:

- Justyna Stepień tel. (33) 857-93-13.

- 4. Koperta powinna być odpowiednio oznaczona:

„Konkurs-wybór realizatora Programu Zdrowotnego w 2019 roku pn.

- 5. Zamkniętą kopertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego (Urząd Miasta Ustroń 43-450 Ustroń ul. Rynek 1 Biuro Podawcze pok. Nr 2) w terminie do 17.01.2019 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 Ustroń – 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.

VI. DODATKOWE INFORMACJE:

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

Załączniki:

[Wzór nr 1](#) doc/d, 173 kB

Opublikował w BIP:	Administrator, załącznik z migracji
Liczba pobrań:	0

[Wzór nr 2](#) doc/d, 178 kB

Opublikował w BIP:	Administrator, załącznik z migracji
Liczba pobrań:	2

[Wzór nr 3](#) docx, 183 kB

Opublikował w BIP:	Administrator, załącznik z migracji
Liczba pobrań:	0

[Wzor nr 4](#) docx, 178 kB

Opublikował w BIP:	Administrator, załącznik z migracji
Liczba pobrań:	2

[Wzor nr 5](#) docx, 178 kB

Opublikował w BIP:	Administrator, załącznik z migracji
Liczba pobrań:	0

Metryczka

Opublikował w BIP:	Justyna Stępień
Data opublikowania:	03.01.2019 08:50
Ostatnio zaktualizował:	Justyna Stępień
Data ostatniej aktualizacji:	03.01.2019 08:58
Liczba wyświetleń:	5