

Uchwała Nr 2/15
Zarządu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego
z dnia 12 lutego 2015 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2015 r.

Na podstawie art. 48b ust. 1-4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), w związku z §7 pkt 7 Statutu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, Uchwały Nr XXVII/125/14 Zgromadzenia ZGZM z dnia 29.12.2014 r. w sprawie budżetu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego na 2015 r., Zarząd Związku Gmin Zagłębia Miedziowego uchwala, co następuje:

§ 1

Ogłasza się konkurs ofert na realizację programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2015 r.

§ 2

Ustala się:

- 1) treść ogłoszenia konkursu ofert w brzmieniu załącznika nr 1 do uchwały,
- 2) wzór formularza ofertowego w brzmieniu załącznika nr 2 do uchwały,
- 3) projekt umowy na realizację programu zdrowotnego w brzmieniu załącznika nr 3 do uchwały.

§ 3

Na realizację zadania, o którym mowa w §1 przeznacza się kwotę nie większą niż 250.000 zł (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych), zabezpieczoną w budżecie Związku Gmin Zagłębia Miedziowego na 2015 r.

§ 4

1. Powołuje się Komisję konkursową do przeprowadzenia konkursu ofert, o którym mowa w § 1, zwaną dalej Komisją w składzie:
 - a) Przewodniczący: Małgorzata Frąckowiak – Dyrektor Biura;
 - b) Członkowie:
 - Daniel Trzebiatowski – Podinspektor ds. koordynacji projektów,
 - Agnieszka Gruszczyńska – Podinspektor ds. administracyjno-biurowych.
2. Przewodniczący Komisji Konkursowej może zaprosić do udziału w jej pracach inne osoby, których obecność jest niezbędna dla realizacji jej zadań.
3. Osoby zaproszone do udziału w pracach Komisji konkursowej nie mogą być oferentami.

§ 5

Zarząd upoważnia Przewodniczącego Zarządu do dokonywania wszelkich czynności zastrzeżonych do kompetencji Zarządu Związku jako organizatora konkursu, o którym mowa w § 1, w tym do zatwierdzenia propozycji wyboru oferty najkorzystniejszej zgłoszonej przez komisję konkursową, powiadomienia uczestników o wynikach konkursu.

§ 6

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
Zarządu Związku Gmin
ZAGŁĘBIA MIEDZIOWEGO
Emilian Stańczyszyn

Załącznik nr 1
do Uchwały Nr 2/15
Zarządu ZGZM z dnia 12.02.2015 r.

Na podstawie art. 48b ust. 1-4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)

**Zarząd Związku Gmin Zagłębia Miedziowego
ul. Mała 1, 59-100 Polkowice**

ogłasza konkurs i zaprasza do składania ofert na realizację programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2015 r.

Przedmiot konkursu ofert:

Realizacja programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2015 r., w tym:

- 1) przeprowadzenie wśród odbiorców programu kampanii informacyjno-edukacyjnej dotyczącej profilaktyki zakażeń HPV:
 - zaproszenia imienne do adresatów programu,
 - spotkania grupowe w szkołach z uczniami, rodzicami i nauczycielami,
 - rozmowy indywidualne przeprowadzone, w zależności od potrzeb, przez lekarzy, psychologów, pielęgniarki lub położne,
 - informacje o programie na stronach internetowych, w lokalnej telewizji i prasie,
 - badanie ankietowe służące ewaluacji,
- 2) przeprowadzenie kwalifikacji dziewcząt do szczepień ochronnych:
 - zebranie oświadczeń rodziców o wyrażeniu zgody na udział dziewcząt w programie,
 - wywiad pielęgniarski i lekarski oraz badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia,
 - w razie potrzeby konsultacja specjalistyczna,
- 3) przeprowadzenie szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego zgodnie z procedurami medycznymi, tj. 3 dawki w cyklu 0-2-6 miesięcy.

Bezpośrednimi adresatami (populacją) programu w roku 2015 są dziewczęta z rocznika 2000, zameldowane na terenie gmin: Chocianów, Gaworzyce, Grębocice, Jerzmanowa, Pęcław, Polkowice, Przemków i Radwanice, należących do Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, tj. 370 osób. Na podstawie sprawozdań z realizacji Programu w latach ubiegłych zakłada się 90% udział populacji w programie, tj. 333 osoby.

Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego:

W konkursie ofert mogą wziąć udział oferenci, którzy spełniają następujące wymagania:

- a) posiadają uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
- b) posiadają doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
- c) rzetelnie i terminowo wywiązywali się z umów zawartych z jednostkami samorządu terytorialnego w ciągu ostatnich trzech lat w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
- d) posiadają zasoby materialne i kadrowe zapewniające prawidłową realizację zadania, w tym zatrudniają co najmniej: jednego lekarza pediatrę, jednego lekarza ginekologa, jedną położną i jedną pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania,

- e) posiadają sytuację finansową gwarantującą realizację zadania,
- f) siedziba podmiotu leczniczego znajduje się na terenie gminy należącej do Związku Gmin Zagłębia Miedziowego (Chocianów, Gaworzyce, Grębocice, Jerzmanowa, Polkowice, Pęcław, Przemków, Radwanice).

Termin i miejsce składania ofert:

Oferty w zamkniętych kopertach z napisem „Konkurs na realizację Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego na 2015 r.” należy składać w Biurze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, ul. Mała 1 do dnia **2 marca 2015 r. do godziny 10.00.**

Oferta, złożona na formularzu udostępnionym przez Organizatora konkursu, powinna zawierać:

- 1) dane o ofercie: nazwę i siedzibę (imię, nazwisko i adres) podmiotu leczniczego oraz numer wpisu do właściwego rejestru wraz z wypisem z rejestru, numer telefonu, faksu, e-mail,
- 2) opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji programów zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
- 3) informację o zrealizowanych w ciągu ostatnich trzech lat umowach w zakresie realizacji programów zdrowotnych lub udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zawartych z jednostkami samorządu terytorialnego, wraz z referencjami potwierdzającymi rzetelne i terminowe wywiązanie się z tych umów,
- 4) proponowany czas trwania umowy (przewidywany czas realizacji programu/udzielania świadczeń),
- 5) określenie miejsca i warunków udzielania świadczeń (warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności),
- 6) wskazanie osób, które będą uczestniczyć w realizacji Programu, z podaniem ich kwalifikacji zawodowych oraz określeniem zadań w trakcie realizacji Programu,
- 7) szczegółowy opis działań w ramach realizacji programu,
- 8) proponowaną kwotę należności za realizację zadania;
- 9) szczegółową kalkulację kosztów;
- 10) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
- 11) oświadczenie oferenta o spełnianiu wymagań, niezbędnych do realizacji programu zdrowotnego, określonych w ogłoszeniu,
- 12) oświadczenie oferenta zawierające informacje, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 13) oświadczenie oferenta o zawarciu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.) wraz z potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopią umowy ubezpieczenia i dowodami zapłaty składki.

Termin związania ofertą obowiązuje przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Oferty złożone po wyznaczonym terminie do składania będą wykluczone z udziału w konkursie.

Otwarcie ofert nastąpi 2 marca 2015 r. o godzinie 10.30 w siedzibie ogłaszającego konkurs. Komisja konkursowa zastrzega sobie możliwość wystąpienia o dodatkowe informacje do uczestników konkursu.

Przy wyborze ofert komisja konkursowa kierować się będzie kryterium ceny.

Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni pisemnie o wynikach konkursu ofert niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.

Organizator konkursu zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany warunków konkursu bez podania przyczyny.

W sprawach nieuregulowanych ogłoszeniem stosowane będą odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu (art. 70¹ – 70⁵ k.c.).

Ze szczegółowymi warunkami konkursu (w tym z programem zdrowotnym pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego”, formularzem ofertowym, projektem umowy) można zapoznać się w Biurze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego, ul. Mała 1, od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-15.30.

Osobą uprawnioną do kontaktu z oferentami jest:
Małgorzata Frąckowiak, tel. 76/840 14 92.

FORMULARZ OFERTOWY
dotyczący realizacji Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego
(HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego w 2015 r.

1. Oferent (pełna nazwa), adres, kod pocztowy, telefon i faks, e-mail
.....
.....
2. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa, data i numer wpisu)
.....
3. Nazwisko i imię osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu
.....
4. Nazwisko i imię koordynatora programu (telefon kontaktowy, adres e-mail)
.....
5. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji programów zdrowotnych będących przedmiotem konkursu
.....
.....
.....
6. Informację o zrealizowanych w ciągu ostatnich trzech lat umowach w zakresie udzielania ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zawartych z jednostkami samorządu terytorialnego, wraz z referencjami potwierdzającymi rzetelne i terminowe wywiązanie się z tych umów
.....
.....
7. Data przewidywanego rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu (udzielania świadczeń)
.....
8. Określenie miejsca i warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności)
.....
.....

9. Wskazanie osób, które będą uczestniczyć w realizacji Programu, z podaniem ich kwalifikacji zawodowych oraz określeniem zadań w trakcie realizacji Programu

Imię i nazwisko	Zawód/uzyskany stopień specjalizacji/kwalifikacje	Funkcja/zadania wykonywane w trakcie realizacji Programu

10. Szczegółowy opis działań w ramach realizacji programu, z uwzględnieniem wytycznych zawartych w Programie:

.....

11. Kwota należności za realizację zadania

.....

12. Szczegółowa kalkulacja kosztów

Koszt realizacji programu zdrowotnego w przeliczeniu na jedną osobę - zł,
 w tym*:

- zł,
- zł,
- zł,
- zł,

*koszt szczepionki, badań lekarskich, materiałów, koszty pośrednie, inne – należy wymienić

Stawka za jednostkę rozliczeniową ($\frac{1}{3}$ kosztu realizacji programu na osobę) - zł

.....
 Data i miejsce sporządzenia oferty

.....
 podpisy osób uprawnionych
 do reprezentacji podmiotu

Wymagane załączniki do oferty:

1. wypis z właściwego rejestru,
2. statut zakładu opieki zdrowotnej
3. zaświadczenie o nr NIP
4. zaświadczenie o nr REGON
5. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia
6. oświadczenie oferenta o spełnianiu wymagań, niezbędnych do realizacji programu zdrowotnego, określonych w ogłoszeniu,
7. oświadczenie oferenta o nier refundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielanych świadczeń zdrowotnych,
8. oświadczenie o zawarciu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.) wraz z potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopią umowy ubezpieczenia i dowodami zapłaty składki,
9. referencje potwierdzające rzetelne i terminowe wywiązanie się z umów zawartych w ciągu ostatnich trzech lat z jednostkami samorządu terytorialnego, w zakresie realizacji programów zdrowotnych lub udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.

UMOWA

Zawarta w dniu r. pomiędzy Związkiem Gmin Zagłębia Miedziowego, ul. Mała 1, 59-100 Polkowice, reprezentowanym przez Zarząd, w imieniu którego występują:

1) Przewodniczący Zarządu – ...,

2) członek Zarządu –,

przy kontrasygnacie Głównego Księgowego Związku – ...,

zwanym w dalszej części umowy **Zamawiającym**

a..... reprezentowanym przez:

zwanym dalej **Wykonawcą**,

o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest realizacja programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2015 r., zgodnie z ogłoszeniem o konkursie oraz ofertą Wykonawcy z dnia
2. Wykonawca zobowiązuje się, w ramach zadania, o którym mowa w ust. 1, do realizacji ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych, nierefundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie szczepień ochronnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dla dziewcząt urodzonych w roku 2000, zameldowanych na terenie gmin: Chocianów, Gaworzyce, Grębocice, Jerzmanowa, Pęcław, Polkowice, Przemków i Radwanice, należących do Związku Gmin Zagłębia Miedziowego.
3. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy, określonym w ust. 1 i 2 zostaną objęte 333 osoby, co stanowi 90% całej populacji objętej programem (370 osób). W przypadku, gdy chęć skorzystania z Programu zgłosi więcej niż 90% populacji, Strony dopuszczają możliwość zmiany niniejszej umowy w zakresie zwiększenia liczby osób objętych Programem i zwiększenia wartości umowy, określonej w ust. 4, przy zachowaniu stawki jednostkowej, o której mowa w ust. 5.
4. Wartość niniejszej umowy nie może przekroczyć kwoty zł (słownie: złotych), z zastrzeżeniem § 3 ust. 1.
5. Koszt realizacji zadania na jedną osobę wynosi zł, w tym stawka za jednostkę rozliczeniową - zł.
6. Szczegółowy opis działań w ramach realizacji programu, w tym zasady organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych znajdują się w formularzu ofertowym stanowiącym integralną część umowy.
7. Dopuszcza się w uzasadnionych przypadkach, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym, przełożenie świadczeń na inny termin, niż zaplanowany w ofercie.
8. Wykonawca jest zobowiązany do podania do wiadomości publicznej w mediach lokalnych informacji o realizacji Programu.

§ 2

1. Strony ustalają, że zadanie o którym mowa w §1 realizowane będzie w okresie od dnia podpisania umowy do dnia r.
2. Wykonawca zobowiązany jest do zamieszczenia w widocznym miejscu w placówce realizującej zadanie informacji, że świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu są finansowane ze środków pochodzących z budżetu Związku Gmin Zagłębia Miedziowego.

3. Wykonawca jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
4. Wykonawca jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
5. Wykonawca zobowiązuje się do poddania się kontroli na każde żądanie Zamawiającego.
6. Dokumentacja dotycząca realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie Wykonawcy i udostępniana do wglądu Zamawiającego na każde żądanie, zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania.
7. Wykonawca jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania świadczeń z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.
8. Wykonawca jest zobowiązany do przyjmowania w zakresie realizowanych świadczeń zdrowotnych skarg i wniosków pacjentów, zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków oraz przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.
9. Wykonawca jest zobowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.) przez cały okres trwania niniejszej umowy.

§ 3

1. Należność za realizację zadania będzie ustalana miesięcznie, jako iloczyn wykonanych w danym miesiącu świadczeń zdrowotnych (szczepień) i stawki za jednostkę rozliczeniową, określonej w § 1 ust. 5.
2. Zapłata następować będzie miesięcznie na podstawie prawidłowo sporządzonej faktury VAT wraz z zestawieniem wykonanych w danym miesiącu świadczeń zdrowotnych, wystawionej i dostarczonej do Zamawiającego w terminie do 10 dni po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego realizacji umowy.
3. Zapłata będzie następować przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, w terminie do 14 dni od daty wpływu do Zamawiającego dokumentów, o których mowa w ust. 2.
4. Za świadczenia wykonane w grudniu 2015 dokumenty, o których mowa w ust. 2 należy przedłożyć do dnia 28 grudnia 2015 r.
5. Wykonawca zobowiązuje się po zakończeniu realizacji zadania przedstawić całkowite rozliczenie merytoryczno – finansowe do dnia, na arkuszu ewaluacyjnym stanowiącym załącznik Nr 1 do umowy.

§ 4

1. Umowa może zostać przez Zamawiającego rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia jej postanowień, nieterminowego oraz nienależytego jej wykonania, zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania, a także w przypadku stwierdzenia podwójnego wykazywania w sprawozdawczości tych samych osób objętych świadczeniami o podobnym zakresie, finansowanymi w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia lub przez inny podmiot, w sytuacji jednokrotnego przeprowadzenia badania.
2. Z tytułu nienależytego wykonania umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 10% wartości przedmiotu umowy.

§ 5

Sprzedający nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 6

Zamawiający rozwiąże bez wypowiedzenia niniejszą umowę w przypadku nie przedłożenia przez Wykonawcę, na wezwanie Zamawiającego, umowy ubezpieczenia, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.).

§ 7

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

§ 9

Umowę spisano w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Wykonawca.

ZAMAWIAJĄCY:

WYKONAWCA:

ARKUSZ EWALUACYJNY
programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka
ludzkiego (HPV) na obszarze Związku Gmin Zagłębia Miedziowego” na 2015 r.

I. OCENA MERYTORYCZNA ZADANIA

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego realizującego zadanie

.....
.....

2. Nazwa zadania

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

3. Koordynator zadania lub osoba odpowiadająca za jego realizację

.....
.....

4. Czas realizacji zadania

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

5. Osoby biorące udział w realizacji zadania, ich kwalifikacje i realizowane przez nich zadania.

Lp.	Imię i nazwisko realizującego zadanie	Kwalifikacje zawodowe do realizacji zadania	Wykonywane zadania

6. Charakterystyka populacji objętej zadaniem:

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

7. Liczba osób, które skorzystały ze świadczeń

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

8. Wnioski i uwagi dotyczące realizacji zadania:

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

II. ROZLICZENIE FINANSOWE ZADANIA

1. Kwota zaplanowana na realizację zadania (zgodnie z §1 ust. 4 umowy)
2. Kwota wykorzystana na realizację zadania
3. Kwota, która nie została wykorzystana
4. Kwota nie została wykorzystana z powodu
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Pieczęć podmiotu realizującego
zadanie

.....
data, podpis osoby odpowiedzialnej
za realizację zadania