

**Załącznik do Zarządzenia nr 151/2024  
z dnia 20 sierpnia 2024 r.**

Daleszyce, dnia 20 sierpnia 2024 r.

**Burmistrz Miasta i Gminy Daleszyce  
ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację Programu szczepień przeciwko grypie dla  
mieszkańców Gminy Daleszyce na lata 2021-2025 w 2024 roku**

**Ogłoszenie o konkursie**

Burmistrz Miasta i Gminy Daleszyce ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację programu zdrowotnego polegającego na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta i Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej.

**I. Przedmiot konkursu.**

1. Przedmiotem konkursu jest realizacja programu zdrowotnego polegającego na przeprowadzeniu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta i Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej, czyli urodzonych przed 31 grudnia 1959 roku.
2. Ze względu na ograniczone środki finansowe programem szczepień zostaną objęte osoby, które jako pierwsze zgłoszą się do wybranego w konkursie ofert realizatora.
3. W ramach programu oferent zobowiązuje się:
  - przeprowadzić lekarskie badanie kwalifikacyjne (dokumentacja z przeprowadzonego badania oraz karta uodpornienia – załączniki 1-2),
  - przeprowadzić szczepienie, które będzie poprzedzone badaniem lekarskim,
  - zaszczepić wyłącznie mieszkańców Miasta i Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej, którzy wypełnią ankietę satysfakcji pacjenta (załącznik nr 5),
  - do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1),
  - przekazywać koordynatorowi sprawozdania okresowe (miesięczne) i końcowe z przeprowadzonych interwencji (załączniki 3-4),
  - prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2024 poz. 581), ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. 2023 poz. 2465 ze zm.), a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1781).

**II. Środki finansowe przeznaczone na realizację programu.**

1. Miasto i Gmina Daleszyce na realizację programu zdrowotnego przeznacza kwotę 20.000,00 zł (słownie: dwadzieścia tysięcy złotych).

2. Finansowanie programu będzie polegało na całkowitym sfinansowaniu kosztów zakupu szczepionki, kosztów przeprowadzenia badania lekarskiego, przeprowadzenia szczepienia, przygotowania wykładu online oraz koszt monitoringu i ewaluacja.

### **III. Warunki przyznania środków finansowych.**

1. Warunki przyznania środków finansowych określają przepisy:
  - a. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2024 poz. 146),
  - b. ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1061).
2. Złożenie oferty nie gwarantuje przyznania środków finansowych w wysokości wnioskowanej przez oferenta.
3. Oferta złożona na kwotę większą niż ogłoszona w konkursie nie będzie rozpatrywana.
4. Dopuszcza się możliwość wyboru więcej niż jednego realizatora programu w celu równego dostępu do szczepień na terenie całej gminy Daleszyce.

### **IV. Termin i warunki realizacji zadania.**

1. Termin realizacji zadania: od momentu podpisania umowy do 31.12.2024 r.
2. Szczegółowe warunki realizacji zadania, finansowania i rozliczenia zadania reguluje umowa zawarta pomiędzy Miastem i Gminą Daleszyce a wybranym oferentem.
3. W przypadku przyznania środków finansowych w kwocie innej niż wnioskowana w ofercie, przed zawarciem umowy oferent przedkłada kosztorys zadania ze względu na typ kosztów dostosowany do przyznanych środków.

### **V. Termin i miejsce składania ofert.**

1. Oferty należy przygotować na formularzach, które stanowią załącznik nr 6 do niniejszego ogłoszenia. Dodatkowo formularze ofert dostępne będą w Wydziale Administracji i Rozwoju Urzędu Miasta i Gminy w Daleszycach, Plac Staszica 9, 26-021 Daleszyce, pok. nr 307 oraz na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Daleszyce.
2. Oferty należy składać w zamkniętych, nieprzezroczystych kopertach w Urzędzie Miasta i Gminy w Daleszycach, Plac Staszica 9, 26-021 Daleszyce, w sekretariacie – pok. nr 301 **w nieprzekraczalnym terminie do 03 września 2024 r. godz. 14.00.** Koperta musi być opisana: „Konkurs – szczepienia przeciwko grypie” oraz zawierać nazwę podmiotu składającego ofertę. Składana oferta powinna być trwale spięta.
3. Oferta niezłożona we wskazanym terminie, a także oferta, która wpłynie pocztą po tym terminie, nie będzie objęta procedurą konkursową.

### **VI. Termin, tryb i kryteria stosowane przy dokonywaniu wyboru ofert.**

1. Rozpatrzenie ofert na realizację zadania nastąpi w terminie 6 dni roboczych następujących po ostatecznej dacie składania ofert.
2. Zastrzega się prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz przesunięcia terminu składania ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu.
3. Dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z oferentami w zakresie proponowanej ceny oraz innych składników oferty.

4. Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni o jego wyniku albo zamknięciu konkursu bez dokonania wyboru.
5. Oceny formalnej i merytorycznej złożonych ofert dokonuje Komisja Konkursowa powołana przez Burmistrza Miasta i Gminy Daleszyce. Komisja sporządza protokół i wstępnie kwalifikuje podmiot do otrzymania środków finansowych na realizację zadania. Ostateczną decyzję o przyznaniu środków finansowych na realizację programu i ich wysokości podejmuje Burmistrz Miasta i Gminy Daleszyce.
6. Kryteria formalne wyboru oferty:  
Ofereant:
  - posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 799),
  - spełniania wymogi lokalowe, sprzętowe i kadrowe, wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 2077 ze zm.),
  - zapewnia udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: zatrudnionego lekarza oraz pielęgniarki posiadające kurs w zakresie szczepień ochronnych, zdolnych do realizacji zadania lub współpracuje z odpowiednimi podmiotami,
  - posiada punkt szczepień i lodówki do przechowywania szczepionek,
  - posiada sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu,
  - działa na potrzeby mieszkańców Miasta i Gminy Daleszyce,
  - prowadzi działalność statutową w dziedzinie objętej konkursem,
  - posiada doświadczenie niezbędne do realizacji zadania będącego przedmiotem konkursu,
  - posiada podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
  - spełnia warunki określone w art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2024 poz. 146),
  - przedłoży kompletną ofertę na wymaganym druku, podpisaną przez osoby uprawnione, w terminie wskazanym w ogłoszeniu.
7. Kryteria merytoryczne wyboru oferty – do oceny merytorycznej zostaną dopuszczone oferty spełniające wszystkie ww. wymogi formalne oraz będą brane pod uwagę:
  - ocena przedstawionej w ofercie kalkulacji kosztów zadania,
  - ocena zgłoszonych możliwości realizacji zadania przez oferenta,
  - uwzględnienie kwalifikacji osób, przy pomocy których oferent ma realizować zadania,
  - uwzględnienie ewentualnego udziału środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł.

#### Załączniki:

1. Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym.
2. Karta uodpornienia uczestnika.
3. Sprawozdanie miesięczne z realizacji.
4. Roczne sprawozdanie merytoryczne, statystyczne i finansowe.
5. Ankieta satysfakcji pacjenta.
6. Formularz ofertowy.

**Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym w „Programie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej na lata 2021-2025”**

*(pieczęć nagłówkowa podmiotu)*

W wyniku przeprowadzonego w dniu ..... o godz. .... lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:

u Pana/i ..... urodzonego/ej w dniu ..... zamieszkałego/ej

w .....

nr PESEL\* .....

stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw grypie

stwierdzono następujące przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw grypie:

.....  
.....

DODATKOWE UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:

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

....., dnia .....

*(miejsowość)*

*(data)*

.....  
*(pieczęć i podpis lekarza)*

\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Załącznik 2

**Karta uodpornienia uczestnika „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej na lata 2021-2025”**

I. Dane uczestnika

|           |  |                       |
|-----------|--|-----------------------|
| Nazwisko  |  | Data urodzenia        |
| Imię      |  | ..... / ..... / ..... |
| Nr PESEL* |  | (dzień/miesiąc/rok)   |

II. Zgoda na wykonanie szczepienia

Zostałam/em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłam / nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw grypie.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mego dziecka zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1781) w zakresie realizowanego profilaktycznego programu zdrowotnego.

.....  
(data i podpis pacjenta)

III. Potwierdzenie wykonania szczepienia

| Nazwa preparatu | Nr serii szczepionki / dawka | Miejsce podania | Data i godzina wykonania szczepienia | Podpis osoby wykonującej szczepienie |
|-----------------|------------------------------|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
|                 |                              |                 |                                      |                                      |

\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

**Sprawozdanie miesięczne z realizacji „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej na lata 2021-2025”**

za miesiąc ..... 20..... r.

**1. Skuteczność zapraszania na badania:**

- 1) Sposób zapraszania uczestników programu.....
- a) zaproszenia przekazywane indywidualnie (ilość).....
- b) poprzez media, artykuły w prasie (proszę podać formę i liczbę).....
- c) inne formy (proszę wymienić).....

**2. Efekty szczepień przeciw grypie:**

- 1) liczba osób zaszczepionych przeciw grypie (ogółem).....
- 2) liczba osób niezakwalifikowanych do szczepień z powodu przeciwwskazań zdrowotnych stwierdzonych podczas badania lekarskiego (ogółem): .....

**3. Miesięczne wyniki ankiety satysfakcji uczestników Programu:**

Opis wyników analizy ankiet wypełnianych przez uczestników Programu z podziałem na liczbę osób oceniających realizację Programu – bardzo dobrze....., dobrze....., negatywnie..... (jeśli negatywnie należy podać uzasadnienie), najczęściej wyrażane uwagi uczestników programu w zakresie jakości programu oraz wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich opinii uczestników programu przedstawionych w ankietach.

.....  
Podpis Koordynatora Programu

.....  
Podpis i pieczęć Dyrektora Podmiotu

**Roczne sprawozdanie merytoryczne, statystyczne i finansowe z realizacji  
„Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce  
w wieku 65 lat i więcej na lata 2021-2025”**

za okres od ..... do .....

**1. Skuteczność zapraszania na badania:**

- 1) Sposób zapraszania uczestników programu.....
- a) zaproszenia przekazywane indywidualnie (ilość).....
- b) poprzez media, artykuły w prasie (proszę podać formę i liczbę).....
- c) inne formy (proszę wymienić).....

**2. Efekty szczepień przeciw grypie:**

- 1) liczba osób zaszczepionych przeciw grypie (ogółem).....
- 2) liczba osób niezakwalifikowanych do szczepień z powodu przeciwwskazań zdrowotnych stwierdzonych podczas badania lekarskiego (ogółem): .....

**3. Miesięczne wyniki ankiety satysfakcji uczestników Programu:**

Opis wyników analizy ankiet wypełnianych przez uczestników Programu z podziałem na liczbę osób oceniających realizację Programu – bardzo dobrze....., dobrze....., negatywnie..... (jeśli negatywnie należy podać uzasadnienie), najczęściej wyrażane uwagi uczestników programu w zakresie jakości programu oraz wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich opinii uczestników programu przedstawionych w ankietach.

**4. Środki finansowe wydatkowane na realizację Programu – łącznie: .....**

.....  
Podpis Koordynatora Programu

.....  
Podpis i pieczęć Dyrektora Podmiotu

Załącznik 5

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej na lata 2021-2025 (wzór)**

I. Ocena rejestracji

| Jak Pan(i) ocenia:                                    | Bardzo dobrze | Dobrze | Negatywnie |
|---|---------------|--------|------------|
| szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji? |               |        |            |
| uprzejmość osób rejestrujących?                       |               |        |            |
| dostępność rejestracji telefonicznej?                 |               |        |            |

II. Ocena wizyty lekarskiej

| Jak Pan(i) ocenia:                                       | Bardzo dobrze | Dobrze | Negatywnie |
|--|---------------|--------|------------|
| uprzejmość i życzliwość lekarza?                         |               |        |            |
| poszanowanie prywatności podczas wizyty?                 |               |        |            |
| staranność i dokładność wykonywania badania?             |               |        |            |
| sposób przekazania informacji dot. grypy i jej powikłań? |               |        |            |

III. Ocena opieki pielęgniarskiej (edukacja zdrowotna, szczepienie)

| Jak Pan(i) ocenia:  | Bardzo dobrze | Dobrze | Negatywnie |
|---|---------------|--------|------------|
| uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?   |               |        |            |
| poszanowanie prywatności podczas szczepienia?   |               |        |            |
| staranność wykonywania szczepienia?   |               |        |            |
| sposób przekazania informacji dot. metod zapobiegania grypie, w tym poprzez szczepienia ochronne? |               |        |            |

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

| Jak Pan(i) ocenia:                       | Bardzo dobrze | Dobrze | Negatywnie |
|--|---------------|--------|------------|
| czystość w poczekalni?                   |               |        |            |
| wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)? |               |        |            |
| dostęp i czystość w toaletach?           |               |        |            |
| oznakowanie gabinetów?                   |               |        |            |

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

|  |
|--|
|  |
|--|



Pieczęć firmowa oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora Programu szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce na lata 2021-2025 w 2024 roku**

| Lp.   | Pytanie do oferenta  | Odpowiedź oferenta |
|---|--|--------------------|
| <b>I. Dane o ofercie</b>  |  |                    |
| 1.  | Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej  |                    |
| 2.  | Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail   |                    |
| 3.  | Nazwa podmiotu, który utworzył zakład  |                    |
| 4.  | Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody   |                    |
| 5.  | Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego publicznych zoz-ów   |                    |
| 6.  | NIP  |                    |
| 7.  | Regon  |                    |
| 8.  | Numer konta bankowego  |                    |
| 9.  | Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)  |                    |
| 10.   | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)  |                    |
| 11.   | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)   |                    |
| <b>II. Liczba pacjentów</b>                                       |  |                    |
|   | Liczba pacjentów w wieku powyżej 65 roku życia (urodzonych do dnia 31 grudnia 1959 r. znajdujących się na aktywnej liście pacjentów poz oferenta |                    |
| <b>III. Informacje o personelu medycznym realizującym program</b> |  |                    |
| 1.  | Lekarze poz (liczba osób, specjalizacja)   |                    |
| 2.  | Liczba pielęgniarek z ukończonym kursem szczepień  |                    |

| <b>IV. Plan rzeczowo-finansowy</b> |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| 1.                                 | Proponowana liczba szczepień, którą oferent mógłby wykonać na rzecz programu w 2024 roku z wyszczególnieniem:    |  |
|                                    | - Pacjenci z listy aktywnej poz  |  |
|                                    | - Pacjenci z innych poz z terenu Miasta i Gminy Daleszyce  |  |
|                                    | - Łączna liczba pacjentów  |  |
| 2.                                 | Cena jednostkowa szczepienia (badanie przez lekarza poz, usługa szczepienia wraz ze szczepionką)                 |  |
| 3.                                 | Szczegółowa kalkulacja ceny jednostkowej:<br>- badanie przez lekarza poz,<br>- usługa szczepienia ze szczepionką |  |
| 4.                                 | Koszt całkowity usługi (liczba badań x cena jednostkowa)   |  |
| <b>V. Inne informacje</b>          |  |  |
| 1.                                 | Sposób doboru i powiadamiania pacjentów znajdujących się na aktywnej liście pacjentów poz oferenta               |  |
| 2.                                 | Sposób doboru i powiadamiania pacjentów z innych poz z terenu Miasta i Gminy Daleszyce                           |  |
| 3.                                 | Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu? (nr tel., godz.)                |  |
| 4.                                 | Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji badań, wyłącznie na rzecz programu                                 |  |
| 5.                                 | Lokalizacja:<br>a) miejsce realizacji badań (adres, pok., tel/fax)<br>b) dojazd                                  |  |
| 6.                                 | Czy w zakładzie opieki zdrowotnej znajduje się gabinet szczepień?  |  |

Potwierdzam, że zakład opieki zdrowotnej .....  
spełnia warunki określone w ogłoszeniu na realizację programu szczepień przeciw grypie na lata 2021-2025 w 2024 roku.

.....  
Podpis kierownika (dyrektora) zakładu