

**ZARZĄDZENIE Nr 25/18**  
**Burmistrza Babimostu**  
**z dnia 20 marca 2018 roku**

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjum zlokalizowanych na terenie Miasta i Gminy Babimost na lata 2017 – 2019”**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2017 roku poz. 1875 ze zmianami) w związku z art. 48b ust. 1, 2, 3, 4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zmianami)

**zarządza się, co następuje:**

- § 1. Ogłaszam otwarty konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej Gminy Babimost pn.: „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjum zlokalizowanych na terenie Miasta i Gminy Babimost na lata 2017 – 2019”, realizowanego w roku 2018.
- § 2. Do konkursu mogą przystąpić podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz.160 ze zmianami).
- § 3. Treść ogłoszenia stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.
- § 4. Komisja konkursowa do przeprowadzenia konkursu ofert powołana zostanie odrębnym zarządzeniem.
- § 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.



Burmistrz  
Bernard Radny

**OGŁOSZENIE KONKURSU OFERT  
NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**Burmistrz Babimostu**  
ogłasza na rok 2018 konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:  
„Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjum  
zlokalizowanych na terenie Miasta i Gminy Babimost na lata 2017 – 2019”

**1. Przedmiot konkursu:**

Przedmiotem konkursu jest wybór podmiotu, który zorganizuje i przeprowadzi w 2018 roku w Gminie Babimost „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjum zlokalizowanych na terenie Miasta i Gminy Babimost na lata 2017 – 2019” w zakresie przeprowadzenia przesiewowych badań słuchu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjum.

Program dostępny jest na stronie [www.babimost.pl](http://www.babimost.pl) w zakładce Gminne Programy Zdrowotne. Konkurs wynika z realizacji Uchwały Nr XXIII/163/175 Rady Miejskiej w Babimostie z dnia 28 lutego 2017r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjum zlokalizowanych na terenie Miasta i Gminy Babimost na lata 2017 – 2019”.

Przedmiot konkursu obejmuje:

Pierwszy etap:

- a) przeprowadzenie akcji informacyjnej wśród rodziców i dzieci objętych programem;
- b) przeprowadzenie wywiadu z rodzicami dzieci objętych programem w formie ankiety jako warunek konieczny do uczestnictwa w programie badań przesiewowych słuchu;
- c) przeprowadzenie badań przesiewowych słuchu na terenie szkół – audiometria tonalna;
- d) przygotowanie informacji dla rodziców o wynikach badań oraz dalszego postępowania w przypadku wykrycia zaburzeń.

Drugi etap:

Dalsze postępowanie w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości będzie polegało na:

- 1) badaniu lekarskim przedmiotowym i podmiotowym,
- 2) badaniu diagnostycznym słuchu:
  - a) badanie podstawowe – audiometria tonalna, otoemisja;
  - b) badanie szczegółowe – audiometria impedancyjna, mowy, próby progowe, badanie ABR.

Przewidywany zakres badań:

Programem zostaną objęte dzieci z klas szkół podstawowych i gimnazjum zlokalizowanych na terenie miasta i gminy Babimost niezależnie od tego do jakiej praktyki lekarza rodzinnego są zadeklarowane. Według danych przekazanych z ww. szkół ilość dzieci to:

- 54 uczniów w roku 2018 (uczniowie klas pierwszych szkół podstawowych),

Koszt badania dziecka w pierwszym etapie zostanie całkowicie pokryty przez podmiot wykonujący badania przesiewowe. Koszt dalszego postępowania diagnostycznego w jednostce specjalistycznej może wynieść ok. 120 zł od jednego dziecka i zostanie sfinansowany przez Gminę Babimost.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programu w roku może wynieść ok 6 000 zł. przy założeniu 100 % zgłaszalności i zostanie częściowo sfinansowany przez realizatora programu i przez Gminę Babimost

Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji, finansowania i rozliczania zadania będzie regulowała umowa zawarta pomiędzy oferentem, a Gminą Babimost.

Podmioty uprawnione do złożenia ofert - podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz.160 ze zmianami) udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem.

## **2. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej:**

- 1) dysponowanie kadrą zapewniającą realizację programu zdrowotnego,
- 2) dysponowanie lokalem na terenie Gminy Babimost, spełniającym wymogi do realizacji programu zdrowotnego, którego położenie sprzyja objęciu programem jak największej populacji pacjentów,
- 3) dysponowanie odpowiednim sprzętem medycznym, niezbędnym przy realizacji programu zdrowotnego.

Dodatkowe wymagania stawiane oferentom:

- 1) podmioty lecznicze - uczestnicy konkursu ofert składają oferty na formularzu ofertowym określonym wg załączonego wzoru, stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia,
- 2) do oferty należy dołączyć aktualny odpis z rejestru lub odpowiednio wyciąg z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny oferenta i umocowanie osób go reprezentujących,
- 3) posiadanie polisy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy,
- 4) dokumenty dołączone do oferty należy złożyć w formie oryginału lub kopii opatrzonej klauzulą: „stwierdzam zgodność z oryginałem” wraz z datą na każdej stronie dokumentu oraz podpisem osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta,
- 5) w przypadku, gdy osoby uprawnione nie dysponują pieczętkami imiennymi, podpis powinien zawierać pełne imię i nazwisko oraz funkcję pełnioną w reprezentacji oferenta,
- 6) złożone oferty muszą być wypełnione w sposób przejrzysty i czytelny. Oferty należy składać w zaklejonych kopertach z napisem „Konkurs ofert - „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjum zlokalizowanych na terenie Miasta i Gminy Babimost na lata 2017 – 2019” opatrzonych danymi kontaktowymi oferenta,
- 7) oferta może być dostarczona listem poleconym, osobiście lub pocztą kurierską,
- 8) w przypadku przesłania oferty, decyduje data stempla pocztowego. Oferty przesłane pocztą będą potraktowane jako złożone w terminie, jeżeli data stempla pocztowego (data

nadania) nie jest późniejsza niż termin składania ofert i wpłyną najpóźniej na 1 dzień przed terminem otwarcia ofert.

Oferty, które nie spełnią wymogów formalnych oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

### **3. Termin i miejsce składania ofert:**

Oferty wraz z wymaganymi załącznikami należy składać w terminie do dnia 6 kwietnia 2018r. w siedzibie tut. Urzędu lub dostarczyć na adres: Urząd Miejski w Babimoście ul. Rynek 3, -110 Babimost, Sekretariat, biuro Nr 9.

### **4. Termin realizacji programu:**

1. Rozpoczęcie realizacji Programu: w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy z wyłonionym realizatorem programu.
2. Badania będą przeprowadzone w okresie maj – grudzień 2018 r.
3. Zakończenie realizacji programu: do 15 grudnia 2018 r.

### **5. Termin, tryb i kryteria stosowane przy wyborze ofert:**

- 1) wybór ofert zostanie dokonany w ciągu 30 dni od upływu terminu składania ofert,
- 2) oferty zawierające błędy formalne oraz złożone po terminie nie podlegają rozpatrzeniu,
- 3) wszystkie oferty spełniające kryteria formalne zostają poddane ocenie merytorycznej i są oceniane przez Komisję Konkursową powołaną przez Burmistrza Babimostu.
- 4) oferta podlega ocenie w zakresie:
  - możliwości realizacji zadania przez oferenta,
  - przedstawionej kalkulacji kosztów realizacji zadania,
  - proponowanej jakości wykonania zadania i kwalifikacji osób, przy udziale których oferent będzie realizować zadanie.

Z prac Komisji Konkursowej sporządzony zostanie protokół.

Ostateczną decyzję w sprawie wyboru oferty podejmie Burmistrz Babimostu. Od decyzji Burmistrza Babimostu nie stosuje się trybu odwołania.

O wynikach konkursu zostaną poinformowane pisemnie wszystkie podmioty, które złożyły ofertę. Konkurs zostanie rozstrzygnięty również w przypadku, gdy wpłynie jedna oferta.

Gmina Babimost zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert, przedłużenia terminu składania ofert oraz innych zmian z uwagi na nieprzewidziane w dniu ogłaszania konkursu okoliczności.

(pieczęćka oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**

.....  
.....

(nazwa programu)

**I. DANE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTE:**

1.	Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o zamówienie	
2.	Siedziba	
3.	Nr telefonu	
4.	Nr faxu	
5.	Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub innego rejestru	
6.	NIP	
7.	REGON	
8.	Nr konta bankowego	
9.	Kierownik zakładu	
10.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr telefonu)	
11.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie umowy (imię i nazwisko, nr telefonu)	
12.	Osoba upoważniona do podpisania umowy (imię i nazwisko, nr telefonu)	
13.	Miejsce realizacji zadania	

**II ZASOBY KADROWE - kwalifikacje zawodowe osób biorących udział w realizacji programu i udzielających świadczeń zdrowotnych:**

<b>l.p.</b>	<b>Nazwisko i imię</b>	<b>Kwalifikacje zawodowe</b>
1.		
2.		
3.		

**III KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI ZADANIA:**

<b>1.</b>	<b>Proponowana ilość świadczeń (ilość osób)</b>	
<b>2.</b>	<b>Cena jednostkowa badania</b>	
<b>3.</b>	<b>Łączna kwota oferty (poz. 1 x poz. 2)</b>	

**Oferent oświadcza, że:**

- zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu ofert,
- posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem zamówienia,
- osoby, które będą wykonywały świadczenia zdrowotne posiadają uprawnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie OC),
- zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i czasie określonym przez „udzielającego zamówienie”.

(pieczęćka oferenta)

(data i podpis osoby upoważnionej)

**Załącznik do oferty:**

- aktualny wyciąg z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub z innego rejestru