

**ZARZĄDZENIE NR 40/19**  
**PREZYDENTA MIASTA ŻYRARDOWA**  
z dnia 22 marca 2019 r.

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert oraz przyjęcia kryteriów i szczegółowych wymagań  
niezbędnych do wyłonienia realizatora programu profilaktyki próchnicy zębów dla  
dzieci 8-letnich z terenu Gminy Żyrardów na lata 2019-2021**

Na podstawie art. 30 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994 z późn. zm.) oraz art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) w związku z Uchwałą Nr V/35/19 Rady Miasta Żyrardowa z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci 8-letnich z terenu Gminy Żyrardów na lata 2019-2021, zarządzam:

**§ 1.**

Ogłoszenie konkursu ofert oraz przyjęcie kryteriów i szczegółowych wymagań przedstawionych w skali punktowej niezbędnych do wyłonienia realizatora programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci 8-letnich z terenu Gminy Żyrardów na lata 2019-2021 będące załącznikiem do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.**

Wykonanie zarządzenia powierzam Dyrektorowi Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Żyrardowa.

**§ 3.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Prezydent Miasta Żyrardowa

Lucjan Krzysztof Chrzanowski



## **PREZYDENT MIASTA ŻYRARDOWA**

**ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację zadania z zakresu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci 8-letnich z terenu Gminy Żyrardów na lata 2019-2021**

**Przedmiotem konkursu jest udzielenie świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Żyrardowa na podstawie Uchwały Nr V/35/19 Rady Miasta Żyrardowa z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci 8-letnich z terenu Gminy Żyrardów na lata 2019-2021**

### **I. Zamawiający.**

**Miasto Żyrardów** NIP: 838-14-64-722, REGON: 750148650, 96-300 Żyrardów, Plac Jana Pawła II nr 1, tel. 46 858 15 00, [urząd@zyrardow.pl](mailto:urząd@zyrardow.pl), [www.zyrardow.pl](http://www.zyrardow.pl)

### **II. Przedmiot zamówienia, termin i warunki realizacji.**

Prowadzenie działań profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci 8-letnich z terenu Gminy Żyrardów na lata 2019-2021, całkowita kwota zaplanowana -168.000,00 zł, w tym: w roku 2019 58 620,00; w roku 2020 – 55 440,00; w roku 2021 – 53 940,00 zł. Koszty całkowite w poszczególnych latach oraz koszty poszczególnych interwencji – przedmiotu Programu zawiera Uchwała Nr V/35/19 RMŻ.

#### **1. Zadanie powinno być realizowane przez podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:**

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 poz. 2190 z późn. zm.);
- spełnianie wymogów sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. 2017 poz. 193 z późn. zm.) – załącznik nr 2 (tabela nr 2);
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez zatrudnionych lekarzy dentystów oraz higienistki/asystentki stomatologiczne;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

#### **2. Zadanie winno być realizowane w gabinecie stomatologicznym na terenie Miasta Żyrardowa.**

W ramach realizacji zadania winny się znaleźć następujące procedury:

- 1) Prowadzenie akcji informacyjnej oraz edukacja zdrowotna adresatów programu;
- 2) Badanie stomatologiczne;
- 3) Profilaktyka stomatologiczna (lakowanie bruzd zębów pierwszych trzonowych);
- 4) Leczenie ubytku twardych tkanek zęba materiałem światłoutwardzalnym;
- 5) leczenie zachowawcze próchnicy poprzez wypełnianie kompozytowe materiałem światłoutwardzalnym ubytków twardych tkanek zębów wg wskazań indywidualnych.

### **III. Obowiązki wykonawcy.**

1. Współpraca z dyrektorami szkół w zakresie:

- 1) przeprowadzenia działań informacyjnych wśród rodziców celem pozyskania grupy odbiorców działań profilaktycznych;
- 2) opracowania harmonogramu realizacji zadania.
2. Realizacja działań profilaktycznych i przeciwdziałających próchnicy u dzieci w grupie dzieci 8 letnich.
3. Współpraca z Wydziałem Zdrowia i Spraw Społecznych w zakresie sprawozdawczości, przedkładania rachunków za wykonanie zadania.

**Szczegółowe warunki realizacji zadania zostaną określone w umowie.**

#### **IV. Opis sposobu przygotowania oferty.**

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej, na formularzu załączonym do niniejszego Zarządzenia.
2. Oferta powinna być czytelna, posiadać datę sporządzenia oraz być podpisana czytelnie przez oferenta.
3. Należy dołączyć:
  - 1) oświadczenie, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług i zobowiązuje się do posiadania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy;
  - 2) potwierdzenie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej.
4. W przypadku wyboru oferty, oferent zobowiązany będzie przedłożyć do wglądu oryginał: dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług, aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczącą kontraktu ogólnostomatologicznego w zakresie procedur profilaktyczno-medycznych u dzieci.

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

1. Termin składania ofert upływa dnia **10 kwietnia 2019 r. o godz. 16:00.**
2. Oferty należy składać w zamkniętych kopertach w Biurze Obsługi Klienta Urzędu Miasta Żyrardowa Plac Jana Pawła II nr 1 lub za pośrednictwem poczty (decyduje data i godzina wpływu do zamawiającego) na powyższy adres z dopiskiem na kopercie: *oferta – Prowadzenie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci 8-letnich z terenu Gminy Żyrardów*
3. Każdy oferent może złożyć tylko 1 ofertę. Wzór oferty w Załączniku
4. Termin związania ofertą wynosi 30 dni.
5. Nie będą rozpatrywane oferty:
  - Nieczytelne;
  - Złożone po terminie;
  - Niemieszczące się pod względem merytorycznym w przedmiocie zamówienia.
6. Wybór najkorzystniejszej oferty nastąpi w terminie do **25 kwietnia 2019 r.**
7. O wyborze najkorzystniejszej oferty Oferenci zostaną niezwłocznie powiadomieni pisemnie lub osobiście.

#### **VI. Kryteria oceny ofert (łącznie maksymalnie 160 pkt).**

##### **1. Kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program (skala ocen 10-30 pkt)**

10 pkt co najmniej jeden lekarz (zatrudniony u oferenta przez okres, co najmniej 3 miesięcy) mający realizować Program, posiada specjalizację w zakresie stomatologii ogólnej, stomatologii zachowawczej lub dziecięcej.

20 pkt co najmniej dwóch lekarzy (zatrudnionych jak wyżej) mających realizować Program, posiada w/w specjalizacje.

30 pkt co najmniej trzech lekarzy (zatrudnionych jak wyżej) mających realizować Program, posiada w/w specjalizacje.

## **2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program – wyposażenie w sprzęt i aparatura medyczna (skala ocen:10-30 pkt)**

10 pkt Pomieszczenie, w którym będzie realizowany Program to gabinet dentystyczny o łącznej powierzchni co najmniej 12 m<sup>2</sup> przy zainstalowaniu 1 fotela dentystycznego,

20 pkt Pomieszczenie, w którym będzie realizowany Program to gabinet dentystyczny o łącznej powierzchni powyżej 12 m<sup>2</sup> przy zainstalowaniu 1 fotela dentystycznego i powyżej 8 m<sup>2</sup> na każdy następny fotel oraz unit stomatologiczny, autoklaw sprzęt nie starsze niż 10 lat.

30 pkt Pomieszczenie, w którym będzie realizowany Program to gabinet dentystyczny o łącznej powierzchni powyżej 12 m<sup>2</sup> przy zainstalowaniu 1 fotela dentystycznego i powyżej 8 m<sup>2</sup> na każdy następny fotel oraz unit stomatologiczny, autoklaw sprzęt nie starsze niż 5 lat.

## **3.Dostępność do świadczeń medycznych objętych Programem (skala ocen: 10-30 pkt)**

10 pkt podstawowa dostępność:

możliwość rejestracji i informacji telefonicznej, Program będzie realizowany przez jeden dzień w tygodniu.

20 pkt średnia dostępność:

możliwość rejestracji i informacji telefonicznej, Program będzie realizowany przez dwa dni w tygodniu.

30 pkt wysoka dostępność:

możliwość rejestracji i informacji telefonicznej, Program będzie realizowany przez trzy dni w tygodniu, ponadto będzie prowadzona tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie.

## **4.Dodatkowe punkty – wymogi pożądane (skala ocen: 10-70 pkt)**

10 pkt – odrębna linia telefoniczna.

Oferent zadeklaruje, że w przypadku przyjęcia jego oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi odrębną linię telefoniczną (odrębny numer telefonu), która będzie wyłącznie dla potrzeb Programu.

50 pkt - posiadanie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i jej realizacja w gabinecie stomatologicznym na terenie Miasta Żyrardowa.

10 pkt Co najmniej jeden z lekarzy mających realizować Program (zatrudniony u oferenta przez okres, co najmniej 12 miesięcy) posiada doświadczenie w prowadzeniu, co najmniej jednego profilaktycznego programu zdrowotnego prowadzonego po 2015 r. na zlecenie Ministra Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia lub jednostki samorządu terytorialnego.

## **VII. Informacje dot. wyboru oferty, zakończenia postępowania i zlecenia zamówienia.**

1. Zamawiający dopuszcza możliwość zamknięcia niniejszego konkursu ofert bez wyboru oferty najkorzystniejszej bez podania przyczyn.
2. Z Oferentem wybranym do realizacji Programu zostanie zawarta umowa.
3. Dodatkowe informacje dotyczące konkursu ofert można uzyskać w Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Żyrardowa, tel. 46 858-15-71; 858-15-66 w godzinach pracy Urzędu.

## Formularz ofertowy

Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci 8-letnich z terenu Gminy Żyrardów na lata 2019-2021

Udzielający zamówienia: <b>Miasto Żyrardów</b> Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych <b>96-300 Żyrardów, Plac Jana Pawła II nr 1</b> Tel.: 46 858 15 66	
---	--

(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)

### I Dane oferenta

Nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
Organ dokonujący wpisu		
Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej		
Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
Nr NIP oferenta		
Nr REGON oferenta		
Telefon kontaktowy/fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta	(stacjonarny)	(komórkowy)
Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty	(stacjonarny)	(komórkowy)
e-mail		
Numer konta bankowego		
Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu		

Do oferty należy dołączyć:

1. dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program;
2. pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającą, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program są dopuszczone pod względem sanitarnym;
3. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;
4. aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
5. statut (jeśli oferent posiada);
6. oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest / nie jest podatnikiem podatku VAT);
7. oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjęciu ich bez zastrzeżeń;
8. oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego;
9. oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
10. oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
11. certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) - jeśli oferent posiada;
12. dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane).

## II Elementy oferty podlegające ocenie Komisji

(podawane informacje powinny dotyczyć miejsca, w którym realizowany będzie Program)

### Kryteria oceny oferty

#### 1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:

Tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń zdrowotnych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje (dokładne wskazanie)
1)		
2)		
3)		
4)		
Ilość punktów możliwych do uzyskania	10-30 pkt	Ilość punktów przyznanych przez Komisję

#### 2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program

Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu	
	Pomieszczenie, w którym będzie realizowany Program to gabinet dentystyczny co najmniej 12 m <sup>2</sup> w przypadku 1 fotela. .....(tak/nie)
	Pomieszczenie, w którym będzie realizowany Program to gabinet dentystyczny co najmniej 12 m <sup>2</sup> w przypadku 1 fotela, a w przypadku dodatkowych fotel co najmniej 8 m <sup>2</sup> na każdy następny fotel; autoklaw i sprzęt, na którym będzie świadczona usługa w ramach Programu nie starsze niż 10 lat od daty produkcji. .....(tak/nie)
	Pomieszczenie, w którym będzie realizowany Program to gabinet dentystyczny co najmniej 12 m <sup>2</sup> w przypadku 1 fotela, a w przypadku dodatkowych foteli co najmniej 8 m <sup>2</sup> na każdy następny fotel; autoklaw i sprzęt, na którym będzie świadczona usługa w ramach Programu nie starsze niż 5 lat od daty produkcji. .....(tak/nie)
Ilość punktów możliwych do uzyskania	Od 10-30 pkt Liczba punktów przyznanych przez Komisję ..... pkt

#### 3. Dostępność do świadczeń objętych Programem

Dostępność do Programu	(odrębny numer telefonu), który będzie wyłącznie dla potrzeb Programu .....tak/nie
	Należy wpisać ile dni w tygodniu realizowany będzie Program .....dni
	Należy wpisać czy prowadzona będzie tzw. Lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie .....tak/nie
Liczba punktów możliwych do uzyskania 10 do 30	Ilość punktów przyznanych przez Komisję

#### 4. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta

1) Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi odrębną linię telefoniczną (10 pkt)	należy zaznaczyć Tak lub Nie
2) Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie objętym Programem (50 pkt)	należy zaznaczyć Tak lub Nie
3) Posiadanie przez co najmniej jednego z lekarzy mających realizować Program doświadczenia w prowadzeniu, co najmniej jednego profilaktycznego programu zdrowotnego prowadzonego po 2015 r. (10 pkt)	Należy zaznaczyć Tak lub Nie
Liczba punktów przyznanych przez Komisję	

#### Oświadczenia:

1. Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

2. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał świadczeń medycznych objętych Programem, finansowanych z budżetu Miasta Żyrardowa, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są finansowane z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty wskazany w ofercie personel medyczny do realizacji Programu, finansowanego z budżetu Miasta Żyrardowa będzie wykonywał Program poza harmonogramem wynikającym z umowy finansowanej z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

.....

.....

Data

Pieczęć i Czytelny podpis osoby upoważnionej w imieniu Oferenta

#### **Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja)**

Oferta przyjęta/nieprzyjęta pod względem spełniania wymagań formalnych Tak/Nie

Łączna liczba uzyskanych punktów .....

Uwagi Komisji

.....  
.....

#### **Decyzja Komisji**

Oferta (nie)przyjęta do realizacji Programu:

.....

.....

.....

Data

Podpisy członków Komisji

Prezydent Miasta Żyrardowa

Lucjan Krzysztof Chrzczonowski