

## **GMINA MIASTO ELK**

19-300 ELK

ul. Marsz. J. Piłsudskiego 4

REGON 790671076 NIP 848-182-54-38

Elk, dnia 28.01.2025 r.

PS.8141.1.18.2024.JP

**Prezydent Miasta Elku ogłasza konkurs i zaprasza do składania ofert na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu terapii uzależnienia od alkoholu mieszkańców Elku w systemie lecznictwa zamkniętego w ramach „Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2023-2026” w 2025 roku**

Na podstawie art. 9a i 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 4<sup>1</sup> ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

### **1. NAZWA I SIEDZIBA ORGANU OGŁASZAJĄCEGO KONKURS:**

Gmina Miasto Elk,

ul. Piłsudskiego 4,

19 – 300 Elk

NIP: 848-18-25-438

### **2. PRZEDMIOT KONKURSU:**

Składający ofertę przyjmuje obowiązki udzielania świadczeń zdrowotnych w systemie lecznictwa zamkniętego dla mieszkańców Elku w zakresie oddziaływań terapeutycznych i rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od alkoholu, wykraczającym poza kwotę zobowiązania określoną w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia (tzw. nadlimity).

#### **Uwaga:**

**Informujemy, że w ramach konkursu ofert Gmina Miasto Elk finansuje wyłącznie projekty, których zakresem podmiotowym będą objęci mieszkańcy Elku.**

### **3. DATA ZAWARCIA/OBOWIĄZYWANIA UMOWY:**

Umowa na świadczenie usług zawarta zostanie na okres od marca 2025 r. do grudnia 2025 r.

### **4. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU:**

Szczegółowe warunki konkursu, w tym projekt umowy, dostępne są w Urzędzie Miasta Elku, Wydział Polityki Społecznej, ul. Piłsudskiego 2 pok nr 1. Dokumenty będą udostępnione w terminie od dnia ogłoszenia konkursu do dnia 12.02.2025 r.

## **5. WYMAGANIA STAWIANE PODMIOTOWI SKŁADAJĄCEMU OFERTĘ:**

5.1. Personel placówki, zatrudniony przez podmiot składający ofertę, winien posiadać odpowiednie kwalifikacje, w tym wymóg posiadania przez 60% zespołu terapeutycznego certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.

5.2. Placówka, w której świadczone będą usługi zdrowotne określone w przedmiocie konkursu powinien spełniać standardy, określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz ze względu na łatwą dostępność dla mieszkańców Ełku ma się znajdować w odległości nie większej niż 30 km od Ełku.

5.3. Podmiot składający ofertę nie może posiadać zobowiązań finansowych wobec gminy.

**Czy przewiduje się udzielenie zamówień uzupełniających: nie.**

**Czy dopuszcza się złożenie oferty częściowej: nie**

## **6. SPOSÓB OCENY OFERT:**

6.1. Kryterium wyboru – najniższa cena brutto za całość realizacji usługi.

6.2. O wyborze najkorzystniejszej ofert zostaną poinformowani wszyscy uczestnicy konkursu. Następnie zostanie podpisana umowa z wykonawcą. Od decyzji Urzędu Miasta w Ełku nie przysługuje odwołanie ani zażalenie.

## **7. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:**

7.1. Oferty należy składać w zamkniętych kopertach opisanych: „Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie terapii uzależnienia od alkoholu dla mieszkańców Ełku w systemie leczenia zamkniętego” w kancelarii Urzędu Miasta Ełku, ul. Piłsudskiego 4, niski parter, w terminie do dnia 12.02.2025 r. do godziny 15.30.

7.2. Oferty złożone po wskazanym terminie zostaną bez rozpatrzenia odesłane na adres zwrotny oferenta.

7.3. Oferty należy składać w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

## **8. INFORMACJE DODATKOWE:**

8.1. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest złożenie tylko jednej oferty w formie pisemnej, w języku polskim, w sposób czytelny i przejrzysty;

8.2. Druk oferty stanowi załącznik Nr 1 do ogłoszonego konkursu;

8.3. Do oferty należy załączyć oświadczenia oferenta o braku zobowiązań finansowych wobec gminy;

8.4. W ofercie należy podać cenę brutto za całość realizacji usługi, uwzględniając wszelkie koszty realizacji usługi w ciągu całego 2025 r.;

8.5. Środki finansowe na realizację świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonym w ogłoszeniu konkursu, znajdują pokrycie w budżecie Miasta Ełku na rok 2025 i wynoszą **130 000,00 zł.**

## 9. PRZEPISY KOŃCOWE

Wszelkie informacje dotyczące konkursu udzielane są przez pracownika Wydział Polityki Społecznej, Urzędu Miasta Ełku ul. Piłsudskiego 2 pokój nr 1, telefoniczne 87 732 62 66.

ZASTĘPCA PREZYDENTA

MIASTA

  
Mirosław Hołubowicz



Ełk, dnia .....

## **OFERTA**

**dotycząca wyboru realizatora świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu terapii uzależnień od alkoholu mieszkańców Ełku w systemie leczenia zamkniętego**

### **1. ZAMAWIAJĄCY:**

Gmina Miasto Ełk, ul. Piłsudskiego 4, 19 – 300 Ełk, NIP: 848-18-25-438

### **2. WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

#### 2.1. Oferent (pełna nazwa):

#### 2.2. Adres, kod pocztowy oferenta:

#### 2.3. Telefon, fax, e-mail:

#### 2.4. Nazwisko i imię dyrektora/kierownika instytucji (telefon kontaktowy, e-mail):

2.5. Nr identyfikacyjny REGON oraz nr identyfikacyjny NIP

2.6. Nazwisko i imię osoby/osób upoważnionej/nych do podpisania porozumień oraz (stanowisko)

2.7. Nazwa banku i nr konta bankowego:

2.8. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa i data wpisu):

2.9. Świadczenia realizowane z budżetu Miasta Ełk w okresie ostatnich 2 lat – podać rok i kwotę sfinansowania:

.....

*Podpis i pieczęć oferenta*

### 3. DANE OFERENTA UZUPEŁNIAJĄCE

należy przedłożyć w ofercie w formie załączników ponumerowanych:

1. Załącznik Nr 3.1. Kopia obowiązującego statutu,

2. Załącznik Nr 3.2. Dokumenty rejestrowe:

w przypadku zakładów opieki zdrowotnej:

a) aktualny wypis z rejestru wojewody lub ministra zdrowia

b) wypis z rejestru sądowego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (w przypadku SP ZOZ)

3. Załącznik Nr 3.3. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia.

4. Załącznik Nr 3.4. Aktualne zaświadczenie z ZUS o nie zaleganiu z płatnościami składek na ubezpieczenie społeczne lub, że uzyskano zgodę na zwolnienie, odroczenie, lub rozłożenie na raty zaległych płatności (oryginał lub potwierdzona przez oferenta kopia) wydane nie wcześniej niż miesiąc od daty składania oferty, lub oświadczenie oferenta o nie zaleganiu z płatnościami jak wyżej.

5. Załącznik Nr 3.5. Aktualne zaświadczenie z właściwego organu podatkowego o nie zaleganiu z płatnościami opłat i podatków (oryginał lub potwierdzona przez oferenta kopia) wydane nie wcześniej niż 1 miesiąc, licząc od daty składania ofert lub oświadczenie o nie zaleganiu z płatnościami należnych opłat i podatków.

Wszystkie dokumenty dołączone w kserokopiach winny być uwierzytelnione przez notariusza, adwokata, radcę prawnego lub oferenta (dotyczy to każdej strony dokumentu).

.....  
*Podpis i pieczęć oferenta*

### 4. INFORMACJA O PROGRAMIE

4.1. Nazwa programu

4.2. Uzasadnienie potrzeby realizacji programu (dane, statystyczne, demograficzne dotyczące Ełku)

4.3. Cel główny programu

4.4. Cele szczegółowe programu

4.5. Charakterystyka działań (w tym medycznych), które będą podjęte, aby zrealizować wskazane cele (zadeklarowane działania zostaną ujęte w umowie)

4.6. Grupa docelowa, określenie populacji - charakterystyka, liczba osób – adresatów programu (mieszkańców Ełku)

4.7. Data rozpoczęcia i zakończenia programu



4.8. Określenie miejsca realizacji programu (adres i telefon) oraz dni i godzin, w których program będzie realizowany

4.9. Określenie warunków lokalowych

4.10. Określenie wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji programu ( podać nazwę, rok produkcji, producenta, inne cechy)

4.11. Określenie środków transportu i łączności niezbędnych do realizacji programu

4.12. Określenie składu i kwalifikacji zespołu realizującego program

a) imię i nazwisko lekarza-rodzaj specjalności i stopień specjalizacji – **zadania**

4.13. Informacje o instytucjach współpracujących (proszę podać nazwę organizacji i adres oraz zasady współpracy)

--

4.14. Proszę podać w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno-reklamową skierowaną do adresatów programu (grupy docelowej).

--

4.15. Harmonogram programu

<b>Miesiąc</b>	<b>Opis działania</b>	<b>Liczba pacjentów</b>

#### 4.16. Zakładane rezultaty programu

--

#### 4.17. Założenia dotyczące pomiaru bezpośrednich efektów programu

<b>Zadanie podlegające monitorowaniu</b>	<b>Sposób, metoda monitorowania/oceny</b>	<b>Termin dokonania oceny</b>

#### 4.18. Charakterystyka finansowa programu – preliminarz kosztów

a) *jednostką kalkulacyjną\* jest świadczenie zdrowotne- określić świadczenie zdrowotne*

--

b) *proponowana liczba świadczeń zdrowotnych i zadań określonego rodzaju*

--

c) *proponowana cena za 1 świadczenie zdrowotne w zł*

--

d) *całkowity koszt programu w zł (ilość świadczeń zdrowotnych x cena w zł)*

--

*e) rodzaje i liczba świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oferenta*

*f) wynik finansowy oferenta (rachunek wyników za ostatni rok działalności)*

*g) propozycja kwoty w zł do sfinansowania z budżetu Gminy Miasta Ełk*

koszty osobowo - rzeczowe typu: materiały edukacyjne, ogłoszenie o programie, transport, łączność itp. należy wkalkulować w jednostkę kalkulacyjną

Prosimy o czytelne wypełnienie poszczególnych punktów.

.....

Podpis i pieczęć oferenta