**Nyíregyháza Megyei Jogú Város Pályázati felhívása**

**"NYÍREGYHÁZA MEGYEI JOGÚ VÁROS EGÉSZSÉGÜGYI TÁMOGATÓ ALAP PROGRAM (ETAP)**

**a Nyíregyháza Megyei Jogú Várossal ellátási szerződést kötött felnőtt-, gyermek-, és fogorvosoknak"**

Nyíregyháza Megyei Jogú Város Közgyűlése a 118/2024. (IX. 12.) számú határozatával döntött az Egészségügyi Támogató Alap Program 2024. évi működtetéséről, és annak végrehajtása érdekében szerződést kötött a PRIMOM Alapítvánnyal.

**A program célja**

Az ETAP Program általános célja a Nyíregyháza város területén területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi (házi felnőtt-, gyermekorvosi, fogorvosi – továbbiakban: Kedvezményezett Praxisok) praxisok működésének vissza nem térítendő támogatása a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi (házi felnőtt-, gyermekorvosi, fogorvosi) praxisok korszerű és hatékony feltételrendszerének kialakítása és a minőségi ellátás biztosítása, javítása.

**Támogatható tevékenységek köre**

* a 60/2003 (X. 20.) ESzCsM rendeletben foglalt minimumfeltételeknek megfelelő orvos technikai műszer, gép, eszköz, berendezések beszerzése;
* a NEAK szerződésben engedélyezett tevékenységek végzéséhez szükséges minőségi definitív ellátás biztosításához elengedhetetlen műszer, gép, eszköz beszerzése, kivéve képalkotó diagnosztika (pl. ultrahang);
* az alapellátásban használható sürgősségi ellátás eszköz beszerzése (pl. sürgősségi táska, defibrillátor) abban az esetben, ha az orvosi rendelő kompetens alkalmazottja, vagy funkcionális privatizációban működtetett egészségügyi szolgáltató munkavállalója vállalja legalább 5 éven keresztül, évente a sürgősségi ellátás vizsgával egybekötött továbbképzését;
* olyan mobil eszközök beszerzése is támogatható, amely szükséges a szolgáltatás ellátásához (pl.: hordozható defibrillátor, esetleg hordozható EKG);
* népegészségügyi, preventív célú szolgáltatások biztosítása (pl. ingyenes védőoltások, prevenciós rendelés, rendelési időn kívül tanácsadás, a praxishoz tartozó lakosok egészségi állapot felmérése, promóciós anyagok beszerzése),
* a betegek komfortérzetét javító, egyéb kapcsolódó eszközök, berendezés beszerzése (pl. klíma berendezés, a levegő fertőtlenítésére (elpusztítja a mikroorganizmusokat) alkalmas légtisztító berendezések beszerzése),
* egészségügyi alapellátáshoz szükséges, telekommunikációt segítő IT fejlesztés: hardver és szoftver beszerzése. A támogatásból létrehozott informatikai rendszernek alkalmasnak kell lennie az intézményközi (azonos, valamint különböző ellátási szintű egészségügyi szolgálatok közötti) informatikai integrációra”

azzal a feltétellel, hogy az az egészségügyi alapellátást szolgálja.

Nyíregyháza Megyei Jogú Város Önkormányzata a PRIMOM Vállalkozásélénkítő Alapítvány közreműködésével – jelen pályázati felhívásban foglalt feltételekkel – pályázat útján elnyerhető pénzügyi támogatással segíti a háziorvosokat.

**Rendelkezésre álló forrás**

A támogató program megvalósításához rendelkezésre álló keretösszeg 6.000.000 Ft vissza nem térítendő támogatás.

**A támogatás benyújtására jogosult személyek**

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény (praxis törvény) hatályos rendelkezései szerint a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi (házi felnőtt-, gyermekorvosi, fogorvosi) praxis tulajdonosa (továbbiakban: Támogatott Praxis), akinek Nyíregyháza Megyei Jogú Város Önkormányzatával hatályos feladat-ellátási szerződése van és mind az állam, mind az önkormányzat felé teljesíti adófizetési és egyéb szerződéses kötelezettségeit, nincs adó-, sem illeték-, sem szociális hozzájárulási adó tartozása.

**Támogatási program lejáratának végső határideje**

2025. augusztus 31.

**Támogatás formája**

A pályázaton elnyerhető támogatás formája vissza nem térítendő támogatás.

**A Támogatás mértéke**

1. a megvalósítani kívánt **beszerzés költségének legfeljebb 60%-a,**
* a 60/2003 (X. 20.) ESzCsM rendeletben foglalt minimumfeltételeknek megfelelő orvos technikai műszer, gép, eszköz, berendezések beszerzésére;
* a NEAK szerződésben engedélyezett tevékenységek végzéséhez szükséges minőségi definitív ellátás biztosításához elengedhetetlen műszer, gép, eszköz beszerzésére, kivéve képalkotó diagnosztika (pl. ultrahang);
* az alapellátásban használható sürgősségi ellátás eszközeire (pl. sürgősségi táska, defibrillátor) beszerzése abban az esetben, ha az orvosi rendelő kompetens alkalmazottja, vagy funkcionális privatizációban működtetett egészségügyi szolgáltató munkavállalója vállalja legalább 5 éven keresztül, évente a sürgősségi ellátás vizsgával egybekötött továbbképzését;
* olyan mobil eszközök beszerzése is támogatható, amely szükséges a szolgáltatás ellátásához (pl.: hordozható defibrillátor, esetleg hordozható EKG);
* népegészségügyi, preventív célú szolgáltatások biztosítására (ingyenes védőoltások, prevenciós rendelés, rendelési időn kívül tanácsadás, a praxishoz tartozó lakosok egészségi állapot felmérése, promóciós anyagok beszerzése),
1. a megvalósítani kívánt **beszerzés költségének legfeljebb 50%-a,**
* a betegek komfortérzetét javító, egyéb kapcsolódó eszközök, berendezés beszerzésére, (pl. klíma berendezés, a levegő fertőtlenítésére (elpusztítja a mikroorganizmusokat) alkalmas légtisztító berendezések beszerzése),
* egészségügyi alapellátáshoz szükséges, telekommunikációt segítő IT fejlesztés: hardver és szoftver beszerzése. A támogatásból létrehozott informatikai rendszernek alkalmasnak kell lennie az intézményközi (azonos, valamint különböző ellátási szintű egészségügyi szolgálatok közötti) informatikai integrációra.

**A támogatás összege**

Jelen pályázat keretében igényelhető összeg minimum 50 000 Ft, **legfeljebb 400.000 Ft.**

**Támogatás** jelen Felhívás keretén belül egy praxisra egyszer igényelhető.

**Megkezdettség**

Támogatás a pályázat benyújtása előtt megkezdett tevékenységekre nem igényelhető.

**Támogatás igénylésének menete, szükséges dokumentumok**

**A pályázat benyújtásának határideje**

**2024. szeptember 15-től december 15-ig**. A program lejáratának végső határideje: 2025. augusztus 31.

**A pályázat benyújtásának formája**

A pályázatokat 1 példányban papíralapon személyesen, vagy levélben postai úton lehet benyújtani a PRIMOM Vállalkozásélénkítő Alapítványhoz (Nyíregyháza, Luther u. 16.) ügyfélfogadási időben.

Ügyfélfogadási idő: hétfőtől csütörtökig 9-15 óráig, pénteken 9-11.30 óráig.

**A pályázat elbírálásának határideje**

A pályázatok elbírálása a meghirdetéstől számítva 3 hetes periódusokban történik folyamatosan.

**Szerződéskötés a nyertes pályázókkal, szerződési biztosíték**

A nyertes pályázókkal a Bíráló Bizottság döntését követően az Alapítvány 10 munkanapon belül támogatási szerződést köt. A szerződést magánokiratba kell foglalni, melyet ügyvéd ellenjegyez, az ellenjegyzés díja a pályázót terheli.

Ezen túl sem az Önkormányzat, sem az Alapítvány semmilyen díjat nem kér, és semmilyen, a pályázattal kapcsolatban felmerülő költséget nem térít meg a Támogatott Praxis részére.

A támogatás célra történő felhasználásának biztosítéka a praxist működtető háziorvos készfizető kezesi kötelezettségvállalása.

**A támogatás felhasználásának határideje**

A támogatást a támogatási szerződés aláírásától számított 90 napon belül fel kell használni. Különleges esetekben (a beszerzés átfutási ideje, hosszabb, mint 90 nap) ügyfél kérelmére a Bizottság meghosszabbíthatja a felhasználás határidejét, de maximum 6 hónap áll rendelkezésre a támogatás felhasználására.

**A támogatás folyósítása és a támogatás felhasználásának igazolása**

Támogatott köteles a támogatási szerződés aláírásától számított 180 napon belül a támogatás célra történő felhasználását igazolni és a célok megvalósulásáról, illetve a megítélt pénzösszeg felhasználásáról a támogatási döntést követően kelt hitelesített számlamásolatokkal, számviteli bizonylatokkal (átutalással történő fizetés esetén az átutalást igazoló banki kivonat eredeti vagy bank által hitelesített másolata csatolandó) ellátott elszámolást a PRIMOM Alapítvány részéremegküldeni.

**Pályázathoz benyújtandó dokumentumok (mellékelve)**

* Pályázati adatlap nyomtatvány (1. sz. melléklet),
* Nyilatkozatok (2. sz. melléklet),
* Vállalkozói igazolvány másolata vagy igazolás másolata a vállalkozás nyilvántartási számáról,
* gazdasági társaság esetén 30 napnál nem régebbi cégkivonat,
* Árajánlat, vagy költségvetés megvásárolandó eszközről, berendezésről, gépről, szolgáltatás biztosításáról,
* bankszámlaszám.

**Pályázatot Bíráló Bizottság**

A támogatások odaítéléséről a Bíráló Bizottság dönt. A pályázatok elbírálását az Alapítvány mikrohitel bizottsága végzi, melynek szavazati és egyetértési joggal rendelkező tagja Nyíregyháza Megyei Jogú Város Polgármestere által delegált tag, valamint a Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház Jósa András Tagkórháza által delegált szakorvos, a Nyíregyházi Szociális Gondozási és Egészségügyi Alapellátási Központ által delegált tag, tanácskozási joggal rendelkező tagja a KÖZIM egészségügyi területért felelős szakembere.

A bizottság határozatképes, ha legalább 4 fő (ebből legalább 2 fő delegált, szavazati joggal rendelkező) jelen van, döntését egyszerű többséggel – külön indokolás nélkül - hozza meg. A döntésről jegyzőkönyv készül.

A PRIMOM Alapítvány a döntésről a pályázó praxist, az Önkormányzat Szociális és Köznevelési Osztályát írásban értesíti.

**A praxis fenntartására vonatkozó kötelezettségek**

A Kedvezményezett Praxis a támogatási szerződésben vállalja, hogy a támogatás folyósítását követően legalább 3 évig fogja a praxist működtetni. Amennyiben a praxis 3 éven belül tulajdonosváltáson megy keresztül (és az új praxis tulajdonos megfelel jelen pályázati feltételeknek), a támogatással finanszírozott eszközt, berendezést átadhatja az új tulajdonosnak, melyről nyilatkoznia kell, hogy a beszerzés az egészségügyi alapellátás keretében végzett háziorvosi tevékenységet szolgálja.

A támogatott fejlesztést az **alapellátásból kivonni nem lehet,** amennyiben mégis kivonja a Kedvezményezett Praxis akkor a támogatást egy összegben köteles visszafizetni.

Pályázattal kapcsolatos közlemények közzététele a Nyíregyházi Naplóban, valamint Nyíregyháza Megyei Jogú Város honlapján a wwww.nyiregyhaza.hu honlapon történik.

Az Önkormányzat, valamint az Önkormányzat megbízásából a PRIMOM Alapítvány munkatársai a támogatás folyósításakor (előzetes ellenőrzés), a támogatás felhasználása során, illetve célfeladat teljesítését illetően a támogatás folyósítását követően is jogosultak ellenőrzést végezni.

2. számú melléklet a támogatási szerződéshez



PÁLYÁZATI ADATLAP

**NYÍREGYHÁZA MEGYEI JOGÚ VÁROS**

**EGÉSZSÉGÜGYI TÁMOGATÓ ALAP PROGRAM (ETAP) IGÉNYLÉSÉRE**

|  |
| --- |
|  |

**A Pályázati Adatlap átvétele nem kötelezi a Nyíregyháza Megyei Jogú Várost a támogatás biztosítására!**

|  |
| --- |
| Az Üzleti tervet átvettem.………………………………….., 2024. ……………………hó ……………nap……………………………………………….aláírás |

|  |
| --- |
| **A PÁLYÁZÓ PRAXIS ALAPADATAI** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.1. A Pályázó Praxis neve:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.2. A pályázó Praxis ügyvezetője (amennyiben társas vállalkozásról van szó):** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.3.Tevékenység megkezdése:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.4. Adószám:** |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  | - |  |  |

**1.5. Számlavezető hitelintézet Számlaszám**

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

**1.6. Székhelye/Levelezési címe:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Helység:** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Utca, házszám, emelet, ajtó:** |  |
| **Telefon/Fax:** |  |
| **E-mail:** |  |

**1.7. A beszerzés helyszíne:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Helység:** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Utca, házszám, emelet, ajtó:** |  |
| **Telefon/Fax:** |  |
| **E-mail:** |  |

**1.8. A pályázó praxis vezetőjének személyes adatai:**

|  |  |
| --- | --- |
| Név: | Anyja neve: csak szerződéskötéshez kell megadni |
| Mobiltelefonszám: | Születési hely, dátum: csak szerződéskötéshez kell megadni |
| Személyi igazolvány szám: csak szerződéskötéshez kell megadni | Adó azonosító jele: csak szerződéskötéshez kell megadni |
| Lakcímkártya szám: csak szerződéskötéshez kell megadni | Állandó lakcím, telefon: |
| E-mail cím: |  |

* 1. **Kérjük rövid állítások formájában összegezze a támogatás felvételének célját!**

|  |
| --- |
|  |

**2.2. Sorolja fel a beszerzés tárgyát, összegét!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beszerzés megnevezése** | **Beszerzés tervezett költsége** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**2.3. A támogatás felhasználásának rövid összefoglaló bemutatása**

|  |  |
| --- | --- |
| **összes költség:** |  |
| **ebből forgóeszköz növekmény:** |  |
| Saját forrás: |  |
| A kért vissza nem térítendő támogatás összege: |  |
| Egyéb forrás (amennyiben igénybe vesz) |  |
| A pénzigény összesen:  |  |

**Kötelező melléklet: költségvetés vagy árajánlat**

Nyíregyháza, 2024 .........................

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

aláírásNYILATKOZAT

Alulírott (vállalkozás):………….................................................................................felelős vezetőjeként: ……………………………………………………………………………………………………………….kijelentem, hogy az Egészségügyi Támogató Alap Programban való részvétel jogosultsági feltételeit teljes mértékben megismertem és elfogadtam.

Vállalkozásomra az alábbi pontok érvényesek:

* alapellátásra szerződéssel rendelkezik,
* működő háziorvosi praxissal rendelkezik,
* a Nyíregyháza Megyei Jogú Várossal szemben nincs köztartozásom.

Vállalkozásomra az alábbi pontok NEM érvényesek:

* csőd-, felszámolási vagy végelszámolási eljárás van ellene folyamatban, és/vagy kiegyenlítetlen lejárt (köz)tartozása van állami-, önkormányzati, vagy egyéb hatóság felé (kivéve, amennyiben az adóhatóság számára fizetési halasztást vagy részletfizetést engedélyezett)
* olyan eljárás van folyamatban ellene, amelyben, vagy amely eredményeként büntetőjogi intézkedésnek lehet helye, illetve amellyel szemben a bíróság büntetőjogi intézkedésként tevékenységének korlátozását rendelte el
* az Európai Bizottságnak valamely támogatás visszafizetésére kötelező határozata van érvényben, továbbá a hitelkérelem benyújtását megelőző három éven belül az államháztartás alrendszereiből, az Európai Unió előcsatlakozási eszközeiből, vagy a strukturális alapokból juttatott valamely támogatással összefüggésben a Hitelszerződésben vállalt kötelezettségét nem teljesítette
* az adott, illetve az azt megelőző két pénzügyi év során a Bizottság 1998/2006/EK rendeletében meghatározott összeghatár felett részesült, illetve részesülne csekély összegű (de minimis) támogatásban.

Hozzájárulok:

* hogy a PRIMOM Alapítvány a Nyíregyházi Megyei Jogú Városnál ellenőrizze az általam megadott adatokat,
* adataimat a program során tárolják és abból az Önkormányzat részére, vagy ellenőrzési jogosultsággal rendelkező szervezet részére megadja.

Egyéb kikötés:

A pályázó tudomásul veszi, hogy PRIMOM Alapítvány a pályázatot az alábbi konjuktív feltételek megléte esetén nyilvánítja nyertesnek az igényelt támogatás a pályázati kiírásban megjelölt célnak megfelel és a támogatás fedezete rendelkezésre áll.

A pályázó tudomásul veszi, hogy amennyiben a támogatási keretösszeg teljes egészében felhasználásra kerül, a pályázat elutasításának van hely, forráshiány miatt.

A pályázó tudomásul veszi, hogy a pályázat elutasításából eredően a PRIMOM Alapítványt felelősség nem terheli, illetve a pályázat elutasításból eredően a PRIMOM Alapítvánnyal szemben semmiféle igényt nem érvényesíthet, illetve arról kifejezetten lemond.

Pályázó tudomásul veszi, hogy a PRIMOM Alapítvány döntése ellen panasznak nincs helye, a döntés nem érintő egyéb esetekkel kapcsolatos panaszok elbírálása az Önkormányzat hatáskörébe tartozik.

………………………………………….

pályázó cégszerű aláírása