

**ZARZADZENIE NR 147/2009**  
**Wójta Gminy Grębocice**  
**z dnia 30. 12. 2009r.**

**W sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na realizację świadczeń zdrowotnych związanych z promocją i profilaktyką zdrowotną kobiet na terenie gminy Grębocice w zakresie:  
„Programu Profilaktyki Chorób Układu Rodnego Na Rok 2010” oraz zatwierdzenia projektu umowy.**

Na podstawie art. 6, art. 7 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz art. 48 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) oraz uchwały nr LI/204/2009 Rady Gminy w Grębocicach z dnia 16 grudnia 2009r. w sprawie realizacji „Programu Zdrowotnego dla Gminy Grębocice na lata 2010-2015” zarządzam co następuje:

**§ 1.**

**Ustala się szczegółowe warunki konkursu** na realizację świadczeń zdrowotnych związanych z promocją i profilaktyką zdrowotną kobiet na terenie gminy Grębocice w zakresie: „Programu Profilaktyki Chorób Układu Rodnego Na Rok 2010” wraz z formularzem ofertowym - w brzmieniu załącznika nr 1 do zarządzenia.

**§ 2.**

Ustala się projekt umowy na realizację świadczeń zdrowotnych związanych z promocją i profilaktyką zdrowotną kobiet na terenie gminy Grębocice w zakresie: „Programu Profilaktyki Chorób Układu Rodnego Na Rok 2010” wraz z arkuszem ewaluacyjnym oceny merytorycznej akcji w brzmieniu załącznika nr 2 do zarządzenia.

**§ 3.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik nr 1  
do Zarządzenia Wójta Gminy nr 147/ 2009  
z dnia 30.12. 2009r.

## CZEŚĆ I

### **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU**

**na realizację świadczenia zdrowotne związanych z promocją i profilaktyką zdrowotną kobiet na terenie gminy Grębocice w zakresie:  
„Programu Profilaktyki Chorób Układu Rodnego Na Rok 2010**

1. Zamawiający	Gmina Grębocice ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 076 8 315501
2. Organizator konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 076 8 325306
3. Forma konkursu	Konkurs – przeprowadzony zgodnie art. 48 ust. 1 oraz ust. 5 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)
4. Przedmiot konkursu	Objęcie kompleksową opieką profilaktycznych mieszkańców gminy Grębocice Celem programu będzie: zachęcanie podejmowania badań profilaktycznych a tym samym do zmiany zachowań zdrowotnych kobiet i wyrabiania nawyku kontrolowania swojego stanu zdrowia <ul style="list-style-type: none"><li>- zapobieganie zaawansowaniu choroby poprzez wczesna diagnozę i leczenie,</li><li>- podniesienie świadomości i wiedzy w zakresie dbałości o zdrowie,</li><li>- zmniejszenie umieralności kobiet,</li><li>- nauka techniki badania piersi,</li></ul>
5. Realizatorzy	Do konkursu mogą przystąpić publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz podmioty określone (zgodnie z art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), które, świadczą usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert
6. Miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia Pok. Nr 16 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice

materiałami informacyjnymi dotyczącymi przedmiotu konkursu	od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 14. 01.2010 r.
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na świadczenia w ramach „ <b>Programu Profilaktyki Chorób Układu Rodnego Na Rok 2010</b> ” zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych, wypełnionych czytelnie - należy składać w terminie do dnia 14.01.2010 r. do godziny 10.00 w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.
8. Termin rozpatrzenia ofert	Oferty zostaną rozpatrzone w dniu 14. 01.2010 r. w siedzibie organizatora konkursu – Urząd Gminy Grębocice, pok. 16, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice
9. Sposób informowania o wynikach konkursu	Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni pisemnie o wynikach konkursu ofert niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu,
10. Istotne postanowienia dotyczące umowy i jej treści	Niniejszy konkurs będzie stanowił podstawę do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2010r.
11. Zastrzeżenia zamawiającego	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oferty złożone po wyznaczonym terminie składania będą wykluczone z udziału w konkursie.</li> <li>2. Komisja Konkursowa zastrzega sobie możliwość wystąpienia o dodatkowe informacje do uczestników konkursu.</li> <li>3. W toku postępowania konkursowego, przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowaną skargę.</li> <li>4. Do czasu rozpatrzenia skargi postępowanie konkursowe zostaje zawieszane.</li> <li>5. Komisja Konkursowa rozpatruje skargę w ciągu 3 dni od daty jej złożenia.</li> <li>6. O wniesieniu i rozstrzygnięciu skargi Komisja Konkursowa w formie pisemnej niezwłocznie informuje pozostałych oferentów i udzielającego zamówienia.</li> <li>7. Oferent może złożyć do udzielającego zamówienia umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku.</li> <li>8. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.</li> <li>9. Udzielający zamówienia rozpoznaje i rozstrzyga protest najpóźniej w ciągu 7 dni od jego złożenia.</li> </ol>

10.

Warunkiem przyjęcia oferty konkursowej do finansowania jest spełnienie poniższych kryteriów:

- zasoby materialne i kadrowe oferenta zapewniające prawidłową realizację zadania,
- sytuacja finansowa gwarantująca realizację zadania,
- kompletność oferty,
- konstrukcja programu merytorycznego zgodna z udostępnionym formularzem opracowanym przez organizatora konkursu,
- zgodność merytoryczna oferty z zadaniami konkursowymi oraz zadaniami statutowymi podmiotu,
- adekwatność programu w odniesieniu do potrzeb grupy docelowej i sytuacji lokalnej,
- adekwatność planowanych działań w odniesieniu do planowanych efektów programu,
- adekwatność kosztów realizacji zadania w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania,
- o wyborze najkorzystniejszej oferty będzie decydować kryterium ceny.

## CZEŚĆ II

### FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU PROGRAMU:

.....

1. Oferent (pełna nazwa)

.....

.....

.....

2. Adres, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

.....

.....

3. Nazwisko i imię dyrektora instytucji (telefon kontaktowy)

.....

.....

4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

.....

.....

5. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....

.....

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

.....

.....

7. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu

.....

.....

8. Uzasadnienie potrzeby realizacji programu

.....  
.....

9. Główny cel programu

.....  
.....

10. Cele szczegółowe programu

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

11. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować wskazane cele

.....  
.....

12. Grupa docelowa, określenie populacji – charakterystyka, liczba osób – adresatów programu, mieszkańców gminy

.....  
.....

13. Data rozpoczęcia i zakończenia programu

.....  
.....

14. Określenie miejsca realizacji programu oraz dni i godzin, w których program będzie realizowany

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

15. Określenie warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności)

.....  
.....

16. Określenie sposobu rejestracji pacjentów

.....  
.....

17. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób mogących udzielać świadczeń zdrowotnych

Imię i nazwisko	zawód	uzyskany stopień specjalizacji

18. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno-reklamową skierowaną do adresatów programu

.....  
.....

19. Zadania dotyczące pomiaru bezpośrednich efektów programu

Zadanie podlegające monitorowaniu	Sposób, metoda monitorowania/oceny	Termin dokonania oceny

20. Szczegółowa kalkulacja kosztów

Stawka za 1 jednostkę rozliczeniową realizacji programu (pakiet)  
.....w tym .....

Szacowana ilość jednostek rozliczeniowych programu.....

Koszt realizacji programu wynosi .....

21. Podpisy osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu zgodnie z dokumentacją

.....

Wymagane załączniki do oferty:

- 1) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i warunkami umowy;
- 2) dane o oferencie: nazwę i siedzibę zakładu opieki zdrowotnej/podmiotu oraz, imię i nazwisko, adres;
- 3) aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzony przez właściwego wojewodę;
- 4) oświadczenie oferenta zawierające informacje, że świadczenia konkursowe nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 5) kopię statusu;
- 6) kopię zaświadczenia NIP;
- 7) kopię zaświadczenia REGON;
- 8) kopię polisy ubezpieczeniowej OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;



## UMOWA NA WYKUP USŁUG NR .../RO/OZ/..../2010

Zawarta dnia .....2010r. pomiędzy Gminą Grębocice, w imieniu której działa:

Romana Jabłońskiego – Wójta Gminy Grębocice

przy kontrasygnacie Barbary Jurcewicz – Skarbnika Gminy

zwaną w dalszej części umowy **ZAMAWIAJĄCYM**

a

.....  
reprezentowanym przez:

.....  
zwanym dalej **WYKONAWCĄ**, o następującej treści:

### §1.

1. WYKONAWCA wykonuje usługę za kwotę .....zł. słownie:( ..... zł. brutto) i zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice świadczeń zdrowotnych w zakresie: chorób układu rodnego, zgodnie z programem „Profilaktyka Chorób Układu Rodnego Na Rok 2010”, będącego integralną częścią umowy.

2. WYKONAWCA jest zobowiązany do podania, do wiadomości publicznej w mediach lokalnych informacji o planowanym realizowaniu programu.

### §2.

1. WYKONAWCA będzie świadczył usługi, o których mowa § 1 w okresie od .....2010 r. do.....2010r.

2. WYKONAWCA jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.

3. WYKONAWCA jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.

4. WYKONAWCA zobowiązuje się do poddania się kontroli na każde żądanie ZAMAWIAJĄCEGO.
5. WYKONAWCA jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.
6. WYKONAWCA jest zobowiązany do przyjmowania w zakresie realizowanego programu skarg i wniosków pacjentów, zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków oraz przepisami k.p.a.

### § 3.

1. Kwota, o której mowa w § 1 zostanie przekazana przelewem na konto WYKONAWCY w 12 ratach do 10 dnia miesiąca następującego po każdym miesiącu rozliczeniowym, z tym że za miesiąc grudzień przelewanie zobowiązania nastąpi do 31 grudnia br.
2. Przelewy kwot będą następowały na podstawie faktury wystawionej przez WYKONAWCĘ.
3. WYKONAWCA zobowiązuje się do kwartalnego sprawozdania opisowego do 10 dnia miesiąca następującego po każdym kwartale, z tym że sprawozdanie z ostatniego kwartału przedłożone zostanie do 31 grudnia br.
4. Sprawozdanie powinno zawierać:
  - a) ilość osób objętych programem,
  - b) sposób realizacji usług,
  - c) forma i sposób realizacji oświaty zdrowotnej,
  - d) wnioski i uwagi realizującego programu.
5. WYKONAWCA zobowiązuje się do przedstawienia w arkuszu ewaluacyjnym oceny zrealizowanego programu w 2010r.

### § 4.

Z tytułu nienależytego wykonania umowy WYKONAWCA zapłaci ZAMAWIAJĄCEMU karę umowną w wysokości 10% wartości przedmiotu umowy.

### § 5.

WYKONAWCA nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 6.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 7.

Umowę spisano w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje ZAMAWIAJĄCY, jeden otrzymuje WYKONAWCA.

**WYKONAWCA**

**ZAMAWIAJĄCY**

## **ARKUSZ EWALUACYJNY PROGRAMU OCENA MERYTORYCZNA**

### **„Program Profilaktyki Chorób Układu Rodnego Na Rok 2009”**

1. Nazwa placówki/jednostki realizującej program
2. Dokładny adres jednostki
3. Nazwa programu
4. Koordynator programu lub osoba odpowiedzialna za realizację
5. Czas realizacji programu
6. Charakterystyka populacji objętej programem
7. Liczba kobiet, które skorzystały z programu  
Ogólna liczba objętych programem -
8. Główny cel programu

#### Określić stopnia osiągnięcia głównego celu po realizacji programu

9. Cele szczegółowe programu

Które z ww. celów szczegółowych zostały zrealizowane, a które nie zrealizowano i dlaczego?

10. Narzędzia monitorowania zastosowane do bieżącej kontroli efektów programu zastosowane w monitorowaniu

#### **Analiza statystyczna:**

- liczba badań –



13. Wnioski i uwagi z realizacji programu:

14. Forma i sposób realizacji oświaty zdrowotnej :

Sposób przeprowadzenia akcji informacyjno reklamowej skierowanej do adresatów programu:

15. ROZLICZENIE FINANSOWE PROGRAMU

- ogólny koszt programu:

- wysokość kwoty zabezpieczonej w umowie -

- wykorzystanie środków finansowych w zł. .... w % .....

16. Proszę podać kwotę, która nie została wykorzystana w programie.

17. W przypadku kiedy kwota nie została wykorzystana w całości podać powód.

.....

.....  
*Pieczęć podmiotu realizującego  
Program*