

ZARZĄDZENIE NR 129/2011
Wójta Gminy Grębocice
z dnia 25.07.2011r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wyłonienie realizatora programu profilaktyki zdrowotnej – „**BECIKOWE PO GRĘBOCICKU**” oraz zatwierdzenia projektu umowy.

Na podstawie art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt.2 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (dz. U. z 2001 roku Nr 142 poz. 1591 ze zm.) oraz art. 48 ust. 1 oraz ust. 4,5,9 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 wyłonienie realizatora programu profilaktyki zdrowotnej – „**BECIKOWE PO GRĘBOCICKU**” w brzmieniu załącznika nr 1 oraz formularz ofertowy w brzmieniu załącznika nr 2 do zarządzenia.

§ 2.

Ustala się projekt umowy na realizację – programu profilaktyki zdrowotnej – „**BECIKOWE PO GRĘBOCICKU**” wraz z arkuszem ewaluacyjnym oceny merytorycznej programu – w brzmieniu załącznika nr 3 do zarządzenia.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik nr 1
do Zarządzenia Wójta Gminy nr 129/2011
z dnia 25.07. 2011r.

CZEŚĆ I

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU

na realizację programu profilaktyki zdrowotnej – „**BECIKOWE PO GRĘBOCICKU**”

1. Zamawiający	Gmina Grębocice ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 76 8 315501
2. Organizator konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 76 8 325306
3. Forma konkursu	Konkurs – przeprowadzony zgodnie art. 48 ust. 1 oraz ust. 4,5,i 9 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	<p>Przedmiotem konkursu na realizatora programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU” jest:</p> <p>Program obejmuje dla każdego beneficjenta szczepienia przeciwko:</p> <ul style="list-style-type: none">- rota wirusom,- pneumokokom,- meningokokom, <p>cel:</p> <p>Objęcie kompleksową opieką profilaktyczną szczepień dzieci, które urodzą się w drugiej dekadzie w 2011r. Szacunkowa ilość dzieci objętych programem – ok. 40 - 45 dzieci.,</p> <p><i>W przypadku wcześniejszego wykorzystania planowanych środków finansowych dzieci, program zakończony zostanie wcześniej.</i></p> <p>Celem programu będzie zwiększenie odporności wśród zaszczepionych dzieci, zapobieganie chorobom wywołanym poprzez rota wirusy, meningokoki i pneumokoki poprzez dotarcie do jak największej grupy beneficjentów poprzez edukację prozdrowotną rodziców i dzieci, badanie lekarskie i szczepienie dzieci a także wyznaczenie osób z przeciwwskazaniami do szczepień i ocena stanu zdrowia badanej populacji dzieci.</p>

5. Realizatorzy	Do konkursu mogą przystąpić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz podmioty określone (zgodnie z art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze 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 materiałami informacyjnymi dotyczącymi przedmiotu konkursu	Urząd Gminy Grębobocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia pok. Nr 16 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębobocice od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 12.08. 2011r.
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na: realizatora programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU” zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia 12.08. 2011r. do godziny 10.00 w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębobocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębobocice. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.
8. Termin rozpatrzenia ofert	Oferty zostaną rozpatrzone Otwarcie ofert nastąpi na Posiedzeniu Komisji, które powinno odbyć się w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert określony w ogłoszeniu o konkursie w siedzibie organizatora konkursu – Urząd Gminy Grębobocice, pok. 16, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębobocice
9. Sposób informowania o wynikach konkursu	Wyniki konkursu zostaną podane do wiadomości publicznej po posiedzeniu Komisji w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia otwarcia ofert. 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 na: realizację programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU na okres od dnia podpisania umowy do dnia 20.12.2011r.
11. Zastrzeżenia zamawiającego	1. Oferty, które nie spełniają wymogów określonych w Regulaminie konkursu, są niekompletne oraz złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane. 2. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania

konkursu oraz zmiany terminów składania ofert bez podania przyczyny.

3. 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 realizatora programu decydować będzie ilość przyznanych punktów biorąc pod uwagę:

- 1) cenę jednostkową świadczeń (procedur medycznych),
- 2) posiadany przez oferenta sprzęt medyczny niezbędny do wykonywania świadczeń (procedur medycznych),
- 3) kwalifikacje i doświadczenie kadry medycznej przewidzianej do realizacji programu,
- 4) dostępność do świadczeń w ramach programu.

CZĘŚĆ II

**FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY WYŁONIENIE REALIZATORA
PROGRAMU:**

.....
DANE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ

1. Oferent (pełna nazwa)

.....
.....

2. Adres, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

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

3. Nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania (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 realizację programu zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu

.....

Program Profilaktyki Zdrowotnej:

„ BECIKOWE PO GRĘBOCICKU”

Czas realizacji od podpisania umowy do 20.12.2011r.

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

a. Problem zdrowotny

.....

b. Epidemiologia

(krótkie przedstawienie następstw choroby lub stanu zdrowia – wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej ze szczególnym uwzględnieniem danych regionalnych)

.....

.....

c. Populacja do, której kierowany jest program (charakterystyka i liczba uczestników programu)

- Ogólna liczba mieszkańców Gminy Grębocice –

- Grupa docelowa populacji, do której program jest skierowany

.....

d. Dostępne, finansowane ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie problemu zdrowotnego objętego programem wraz ze wskazaniem, czy działania programu mają uzupełniać dostępne świadczenia.

.....

e. Zasadność potrzeby wdrażania programu

.....

.....

2. CELE PROGRAMU

a. Cel główny programu:

.....

b. Cele szczegółowe programu:

.....

c. Oczekiwane efekty wynikające z realizacji programu:

.....

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

- zgłaszalność do programu – liczba - % populacji do której program jest kierowany

.....

- ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka)

.....

- Ocena efektywności programu (porównanie stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym)

.....

3. ADRESACI PROGRAMU (populacja)

a. Oszacowanie populacji (odnieść się do pkt c)

- Ogólna liczba mieszkańców Gminy Grębocice –

Szacunkowa liczba dzieci spełniająca powyższe kryterium to – ok.
uczestników programu.

Kryteria zakwalifikowania do programu:

.....

.....

Przy kwalifikacji dzieci do programu zostanie zachowana zasada równości dostępu do świadczeń programu dzieci spełniających kryteria kwalifikacji.

b. Tryb zapraszania do programu.

.....

.....

4. ORGANIZACJA PROGRAMU

a. Części składowe programu - Etapy wdrażania programu:

.....
.....

b. Planowane interwencje.

.....

Produkt leczniczy zastosowany w programie to szczepionki:
(Podać wszystkie szczepionki jakie zostaną w programie wykorzystane)

- szczepionka: pneumokoki - typu

- szczepionka – meningokoki - typu

Zasady wyboru preparatu, który zostanie w programie zastosowany:

.....

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu

.....
.....

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

.....
.....

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

.....
.....

f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.

Zakończenie udziału w programie –.....

.....

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

W programie zostaną użyte następujące szczepionki:

.....

Działania niepożądane:

.....

Zobowiązania wykonawcy;

- Wykonawca programu zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
- Wykonawca zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej oraz zachowaniem poufności danych osobowych,

h. Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu:

Koordinator programu -,

Kwalifikacje: *wykształcenie wyższe – specjalność, ukończone szkolenia*

.....

Osoby współpracujące – pielęgniarki – posiadanie odpowiednie wykształcenie -*prawo wykonywania zawodu pielęgniarki (inne jeśli są wymienić jakie)*

.....

Imię i nazwisko	zawód	uzyskany stopień specjalizacji

Warunki niezbędne do realizacji świadczeń:

Odpowiednio przystosowane zaplecze:

.....

.....

i. Dowody skuteczności planowanych działań.

- opinie ekspertów klinicznych na temat planowanych w programie działań, (podać dowody skuteczności),
- powołanie się na zalecenia kliniczne dotyczące postępowania w danym problemie zdrowotnym,
- dowody skuteczności działań, analizy (wskazane jest załączyć do oferty- opisać)

.....

.....

(Wskazane jest załączyć do oferty programowej)

5. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU

a. Koszty jednostkowe -

a)

Szacunkowe Koszty jednostkowe szczepienia 1-go dziecka(ZALEŻNE OD CENY SZCZEPIONEK)

NAZWA SZCZEPIONKI	CENA JEDNOSTKOWA	ILOŚĆ DAWEK	ŁĄCZNIE
Razem			

b) Planowane koszty całkowite

Lp.	Pozycje kosztorysu	Liczba dzieci	Koszt jednostkowy	Koszt łącznie
1	Koszt szczepionek			
2	Koszt badania lekarskiego			
3	Kampania informacyjna – ulotki, plakaty, informacje w prasie , radio i telewizji regionalnej			
	Szacunkowy koszt programu			

Przewidywana kwota wydatków na rok dla szacunkowej liczby do 45 dzieci - wynosi Zł.

c. Źródła finansowania programu – środki finansowane z

.....

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

.....

.....

Wybierając program szczepień meningokokowych i pneumokokowych samorząd

kierował się

.....

6. MONITOROWANIE I EWALUACJA (ocena jakości programu)

Realizator programu przedstawi po realizacji, na arkuszu ewaluacyjnym:

a. Ocenę zgłaszalności do programu – liczba % populacji do której program jest kierowany,

b. Ocenę jakości świadczeń w programie (*np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka*),

.....

c. Ocenę efektywności programu (*porównanie stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym*),

Inne.....

7. OKRES REALIZACJI PROGRAMU

.....

Wymagane załączniki do oferty:

- 1) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z:
 - treścią ogłoszenia,
 - warunkami konkursu
 - warunkami umowy- oświadczenie oferenta powinno zawierać informację, że świadczenia konkursowe nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.
Oraz to, że wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym
- 2) dane o oferencie:
 - nazwę i siedzibę zakładu opieki zdrowotnej/podmiotu;
- 3) aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez właściwego wojewodę, lub kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich lub kopia zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej lub kopia decyzji o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (każdy oferent składa wszystkie odpowiednie dokumenty, które związane są z prowadzoną przez niego formą działalności);
- 4) określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności;
- 5) informację o kwalifikacjach zawodowych poparte kopiami dokumentów, potwierdzających kwalifikacje zawodowe kadry przewidzianej do realizacji programu oraz informację o liczbie osób wykonujących określone zadanie;
- 6) proponowaną kwotę należności za realizację zadania;
- 7) szczegółową kalkulację kosztów;
- 8) koszt jednostkowy świadczeń zdrowotnych;
- 9) proponowany czas trwania umowy;
- 10) proponowane warunki płatności za usługi będące przedmiotem konkursu;
- 11) kopię statusu;
- 12) kopię zaświadczenia NIP;
- 13) kopię zaświadczenia REGON;
- 14) kopię polisy ubezpieczeniowej OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczętkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert;

UMOWA NRRO.OZ.2011

zawarta dnia pomiędzy Gminą Grębocice, w imieniu której działa:

Roman Jabłoński – Wójt Gminy Grębocice

przy kontrasygnacie Barbary Jurcewicz – Skarbnika Gminy

zwaną w dalszej części umowy **ZAMAWIAJĄCYM**

a

.....

reprezentowanym przez:

-

zwanego dalej **REALIZATOREM**, o następującej treści:

§1.

1. **REALIZATOR** zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice programu profilaktyki zdrowotnej – „**BECIKOWE PO GRĘBOCICKU**” za kwotę, która nie przekroczyzł. **brutto** słownie: (.....
..... zł. 0/100 brutto).
2. Oferta programowa **REALIZATORA** programu stanowi integralną część umowy.
3. **REALIZATOR** programu jest zobowiązany do podania, do wiadomości publicznej w mediach lokalnych:- informacji o realizacji programu.

§2.

REALIZATOR będzie realizował program, o którym mowa § 1 w okresie

oddo

§ 3.

1. Średni koszt realizacji programu przypadający na jednego uczestnika programu średnio wynosi zł.
2. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy zostanie objętychdzieci.
3. Określenie populacji dzieci uprawnionych do świadczeń zdrowotnych, zasady organizacji oraz dni i godziny, w których są one udzielane znajdują się w ofercie programowej stanowiącej integralną część umowy.

§ 4.

1. **REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
2. **REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
3. **REALIZATOR** zobowiązuje się do poddania się kontroli i przygotowywania na każde żądanie ZAMAWIAJĄCEGO informacji dotyczących kalkulacji i danych związanych z realizacją programu.
4. **REALIZATOR** jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.

§ 5.

1. Kwota, o której mowa w § 1 ust. 1 będzie wypłacana w ratach, przelewem na konto **REALIZATORA** , w okresie 14 dni od daty przedłożenia rachunku, z tym że za miesiąc grudzień przelanie zobowiązania nastąpi do 30 grudnia br. Wysokość każdej raty zależała będzie od ilości świadczeń medycznych wykonanych na rzecz uczestników programu.”
2. W grudniu rachunek będzie wystawiony nie później niż do 20 grudnia 2011r.
3. **REALIZATOR** zobowiązuje się do rozliczenia usługi, o której mowa w §1 i przedłożenia każdorazowo łącznie z rachunkiem, sprawozdania opisowego.
4. Sprawozdanie powinno zawierać:
 - a) ilość osób objętych programem,
 - b) rodzaj wykonywanej usługi,
5. **REALIZATOR** zobowiązuje się po zakończeniu programu w terminie do 14 dni od wpływu ostatniego rachunku rozliczeniowego, do przedłożenia

w arkuszu ewaluacyjnym oceny zrealizowanego programu w 2011r. będącego załącznikiem do niniejszej umowy

§ 6.

1. Umowa może zostać przez ZAMAWIAJĄCEGO rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia jej postanowień, nieterminowego oraz nienależytego jej wykonania.

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

§ 7.

REALIZATOR nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 8.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 9.

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

ZAMAWIAJĄCY

REALIZATOR

Załącznik
do umowy nr

z dnia2011r.

ARKUSZ EWALUACYJNY PROGRAMU - OCENA MERYTORYCZNA
programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU”

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 dzieci, które skorzystały z programu.

Ogólna liczba objętych programem –

Określić stopnia osiągnięcia głównego celu po realizacji programu.

8. Główny cel programu.

.....

9. Cele szczegółowe programu.

.....

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

Analiza statystyczna:

10. Realizatorzy zadań programowych, podać ich kwalifikacje i zrealizowane przez nich zadania.

Wykaz imienny	Kwalifikacje

Zakres zrealizowanych zadań programowych :

11. Wyniki realizacji programu:

Liczba przyjętych pacjentów i udzielonych świadczeń w ramach programu:

1.

Rodzaj udzielonych świadczeń (nazwa szczepionki)	Cena jednostkowa	Ilość dawek	łącznie
R A Z E M			

12. MONITOROWANIE I EWALUACJA (ocena jakości programu)

a. Ocena zgłaszalności do programu – liczba % populacji do której program jest kierowany,

.....

b. Ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka),

.....

c. Ocena efektywności programu (porównanie stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym),

np. porównanie

odsetka dzieci danej populacji, które zostały zaszczepione (przed realizacją

programu) z własnej inicjatywy rodziców

do odsetka dzieci, których rodzice pod wpływem kampanii promującej szczepienia

wyrazili zgodę na zaszczepienie dzieci.....

(Inne istotne elementy ewaluacyjne)

.....

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