

**ZARZĄDZENIE NR 14/2011**  
**Wójta Gminy Grębocice**  
**z dnia 19.01.2011r.**

W sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na realizację Programu zdrowotnego **„Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych dzieci przeciwko meningokokom i pneumokokom”**

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 programu zdrowotnego **„Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych dzieci przeciwko meningokokom i pneumokokom”** w brzmieniu załącznika nr 1 oraz formularz ofertowy w brzmieniu załącznika nr 2 do zarządzenia.

**§ 2.**

Ustala się projekt umowy na realizację – programu zdrowotnego **„Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych dzieci przeciwko meningokokom i pneumokokom”** wraz z arkuszem ewaluacyjnym oceny merytorycznej programu – w brzmieniu załącznika nr 3 do zarządzenia.

**§ 3.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

## **CZEŚĆ I**

### **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU**

na realizację programu zdrowotnego „**Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych dzieci przeciwko meningokokom i pneumokokom**”

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. 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	Przedmiotem konkursu jest: program zdrowotny „ <b>Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych dzieci przeciwko meningokokom i pneumokokom</b> ” <b>cel:</b> Objęcie kompleksową opieką profilaktyczną szczepień dzieci w wieku 2 lat. Szacunkowa ilość dzieci – 64. Celem programu będzie zwiększenie odporności wśród zaszczepionych dzieci, zapobieganie chorobom wywołanym poprzez 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. <b>Odbiorcami programu będą dzieci 2-letnie (rocznik 2009)</b> <b>– zameldowane na terenie gminy Grębocice</b>
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.

<p>6. Miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi dotyczącymi przedmiotu konkursu</p>	<p>Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia pok. Nr 16 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice <b>od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 24.02.2011r.</b></p>
<p>7. Miejsce, sposób i termin składania ofert</p>	<p>Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na realizację: programu zdrowotnego <b>„Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych dzieci przeciwko meningokokom i pneumokokom”</b> zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia <b>24.02.2011r. do godziny 10.00</b> w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.</p>
<p>8. Termin rozpatrzenia ofert</p>	<p>Oferty zostaną rozpatrzone w dniu 24.02.2011r. w siedzibie organizatora konkursu – Urząd Gminy Grębocice, pok. 16, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice</p>
<p>9. Sposób informowania o wynikach konkursu</p>	<p>Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni pisemnie o wynikach konkursu ofert niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.</p>
<p>10. Istotne postanowienia dotyczące umowy i jej treści</p>	<p>Niniejszy konkurs będzie stanowił podstawę do zawarcia umowy na realizację programu zdrowotnego <b>„Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych dzieci przeciwko meningokokom i pneumokokom”</b> na okres od dnia podpisania umowy do dnia <b>20.12.2011r.</b></p>
<p>11. Zastrzeżenia zamawiającego</p>	<p>1. Oferty, które nie spełniają wymogów określonych w Regulaminie konkursu, są niekompletne oraz złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.</p> <p>2. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminów składania ofert bez podania przyczyny.</p> <p>3. Warunkiem przyjęcia oferty konkursowej do finansowania jest spełnienie poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zasoby materialne i kadrowe oferenta zapewniające prawidłową realizację zadania,</li> <li>- sytuacja finansowa gwarantująca realizację zadania,</li> <li>- kompletność oferty,</li> <li>- konstrukcja programu merytorycznego zgodna z udostępnionym formularzem opracowanym przez</li> </ul>

	<p>organizatora konkursu,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- zgodność merytoryczna oferty z zadaniami konkursowymi oraz zadaniami statutowymi podmiotu,</li><li>- adekwatność programu w odniesieniu do potrzeb grupy docelowej i sytuacji lokalnej,</li><li>- adekwatność planowanych działań w odniesieniu do planowanych efektów programu,</li><li>- adekwatność kosztów realizacji zadania w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania,</li><li>- o wyborze najkorzystniejszej oferty będzie decydować kryterium ceny (najniższa cena)</li></ul>
--	---

**CZĘŚĆ II**

**FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI  
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 realizację programu zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu

.....

---

**Program zdrowotny:**

**„PROMOCJA ZDROWIA W  
PROFILAKTYCE SZCZEPIEŃ  
OCHRONNYCH DZIECI PRZECIWKO  
MENINGOKOKOM I  
PNEUMOKOKOM”**

## 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)

Odsetek dzieci danej populacji, które zostały zaszczepione z inicjatywy rodziców.

Odsetek dzieci, których rodzice pod wpływem kampanii promującej szczepienia wyrażą zgodę na zaszczepienie dzieci.

.....

.....

**3. ADRESACI PROGRAMU (populacja programu)**

**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 programowej

**5. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU**

a. Koszty jednostkowe - .....

b. Koszty całkowite- .....

Szczegółowa kalkulacja kosztów.

Lp.	Usługi medyczne	WARTOŚĆ W ZŁ.
1.		.....zł.
2.		..... zł.
3.		.....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)

Wykonawca 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),

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.....

## 7. OKRES REALIZACJI PROGRAMU

Mając na wadzę uzyskanie celów programowych, program zostanie zrealizowany

.....

Wymagane załączniki do oferty:

1. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z:
  - treścią ogłoszenia,
  - warunkami konkursu
  - warunkami umowy ;
2. Oświadczenie oferenta zawierające informacje, że świadczenia konkursowe nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

Dane o ofercie:

nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej/podmiotu;

- 1) 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 uwaga( każdy oferent składa wszystkie dokumenty, które związane są z prowadzoną przez niego formą działalności);
- 2) informacja o kwalifikacjach zawodowych poparte kopiami dokumentów, potwierdzających kwalifikacje zawodowe kadry przewidzianej do realizacji programu oraz informacje o liczbie osób wykonujących określone zadanie;
- 3) kopię statutu;
- 4) kopię zaświadczenia NIP;
- 5) kopię zaświadczenia REGON;
- 6) 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 pieczęć, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert)

**UMOWA NR /RO/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 **WYKONAWCĄ**, o następującej treści:

§1.

1. WYKONAWCA zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice programu zdrowotnego pt. „**Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych dzieci przeciwko meningokokom i pneumokokom**” za kwotę, która nie przekroczy .....zł. brutto słownie: ( ..... zł. 0/100 brutto ).

2. Oferta programowa WYKONAWCY stanowi integralną część umowy.

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

§2.

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

od .....do .....

### § 3.

1. Średni koszt realizacji programu przypadający na jednego uczestnika programu wynosi ..... zł.
2. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy zostanie objętych .....dzieci.
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. WYKONAWCA jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
2. WYKONAWCA jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
3. WYKONAWCA zobowiązuje się do poddania się kontroli na każde żądanie ZAMAWIAJĄCEGO.
4. WYKONAWCA jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.
5. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją programu, o którym mowa w §1 ust. 1 odpowiedzialność ponosi WYKONAWCA.

### § 5.

1. Kwota, o której mowa w § 1 ust. 1 będzie wypłacana w ratach, przelewem na konto WYKONAWCY, 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. Wykonawca zobowiązuje się do rozliczenia usługi, o której mowa w §1 i przedłożenia każdorazowo w raz z rachunkiem, sprawozdania opisowego.
4. Sprawozdanie powinno zawierać:
  - a) ilość osób objętych programem,
  - b) rodzaj wykonywanej usługi,

5. WYKONAWCA zobowiązuje się po zakończeniu programu 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 WYKONAWCA zapłaci ZAMAWIAJĄCEMU karę umowną w wysokości 10% wartości przedmiotu umowy.

#### § 7.

WYKONAWCA 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 WYKONAWCA.

**ZAMAWIAJĄCY**

**WYKONAWCA**



Załącznik  
do umowy nr .....  
z dnia .....2011r.

## ARKUSZ EWALUACYJNY PROGRAMU - OCENA MERYTORYCZNA

Program zdrowotny „**Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych dzieci przeciwko meningokokom i pneumokokom**”

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 ( <b>pneumokoki</b> )	Liczba uczestników
Badania .....	
Szczepienia .....	
Inne .....	

2.

Rodzaj udzielonych świadczeń ( <b>meningokoki</b> )	Liczba uczestników
Badania .....	
Szczepienia .....	
Inne .....	

## 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*