

**ZARZĄDZENIE NR 16/2011**  
**Wójta Gminy Grębocice**  
**z dnia 19.01.2011r.**

W sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na realizację  
**„Programu profilaktyki zdrowotnej - BECIKOWE PO GRĘBOCICKU”**

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 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.

## 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. 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: <b>„Programu profilaktyki zdrowotnej - BECIKOWE PO GRĘBOCICKU”</b> <b>Program obejmuje dla każdego beneficjenta szczepienia przeciwko:</b> <b>- rotawirusom,</b> <b>- pneumokokom,</b> <b>- meningokokom,</b>  <b>cel:</b> Objęcie kompleksową opieką profilaktyczną szczepień dzieci, które urodzą się w 2011r. Szacunkowa ilość dzieci objętych programem – od 33 do 45 dzieci, w zależności, w której dekadzie roku będzie większe natężenie narodzin. <i>W przypadku wcześniejszego wykorzystania planowanych środków finansowych program zakończony zostanie wcześniej.</i>  Celem programu będzie zwiększenie odporności wśród zaszczepionych dzieci, zapobieganie chorobom wywołanym poprzez rotawirusy, 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><b>Odbiorcami programu będą dzieci, które urodzą się w 2011r.</b>  <b>– zameldowane na terenie gminy Grębocice</b>  <i>Dla dzieci, które urodzą się w późniejszej dekadzie roku, na podstawie wykazu realizatora programu oraz wniosków z arkusza sprawozdawczego ewaluacji programu - program będzie wznowiony i kontynuowany w 2012r. aby zostały podane kolejne dawki poszczególnych szczepionek tak by został zakończony cykl szczepień.</i></p>
5. Realizatorzy	<p>Do konkursu mogą przystąpić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz podmioty określone (<b>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.)</b>), 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>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>
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	<p>Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na realizację:  <b>Programu Profilaktyki Zdrowotnego - „Becikowe po Grębocicku”</b> zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia <b>24.02.2011r.</b> do godziny 10.00 w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice.  O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.</p>
8. Termin rozpatrzenia ofert	<p>Oferty zostaną rozpatrzone w dniu <b>24.02.2011r.</b> w siedzibie organizatora konkursu – Urząd Gminy Grębocice, pok. 16, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice</p>
9. Sposób informowania o wynikach konkursu	<p>Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni pisemnie o wynikach konkursu ofert niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.</p>
10. Istotne postanowienia dotyczące umowy i jej treści	<p>Niniejszy konkurs będzie stanowił podstawę do zawarcia umowy na realizację „<b>Programu profilaktyki zdrowotnej - BECIKOWE PO GRĘBOCICKU</b>” na okres od dnia podpisania umowy do dnia <b>31.12.2011r.</b></p>

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 najkorzystniejszej oferty będzie decydować kryterium ceny (najniższa cena)

## CZEŚĆ 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 profilaktyki zdrowotnej - BECIKOWE PO GRĘBOCICKU”**

**Okres realizacji programu:**

Od podpisania umowy na realizację programu do 31 grudnia 2011r.

## 1. Opis problemu zdrowotnego:

### a. Problem zdrowotny

Choroby wywoływane przez meningokoki i pneumokoki oraz rotawirusy.

.....

### 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 – .....

Pneumokoki i meningokoki

- Grupa docelowa populacji, do której program jest skierowany – .....

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

Rotawirusy

- Grupa docelowa populacji, do której program jest skierowany – .....

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

### 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 wyrazili zgodę na zaszczepienie dzieci.

.....

**3. Adresaci programu (populacja programu)**

**a. Oszacowanie populacji**

- Grupa docelowa populacji, do której program jest skierowany –.....  
Kryteria zakwalifikowania do programu:

.....

**b. Tryb zapraszania do programu.**

.....

**4. Organizacja programu**

**a. Części składowe programu - Etapy wdrażania programu:**

.....

II. Spotkanie informacyjne dla rodziców dotyczące szczepień.



.....

III. Przeprowadzenie badań lekarskich dzieci poprzedzających szczepienie

.....

IV. Szczepienie dzieci zdrowych.

.....

**b. Planowane interwencje.**

Spotkanie informacyjne z rodzicami .....

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

.....

.....

Zasady wyboru preparatu, który zostanie w programie zastosowany:

.....

**c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu**

- wszystkie dzieci, które urodzą się w 2011r.
- zameldowane na terenie gminy Grębocice

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

Przechodzenie uczestników do kolejnych etapów programu jest zależne wyłącznie od tego:

.....

**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.**

.....

**g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

W programie zostaną użyte następujące szczepionki:

.....

Działania niepożądane:

Pneumokoki i meningokoki

.....

Przeciwwskazania

.....

Rotawirusy

Działania niepożądane

.....

Zobowiązania wykonawcy;

.....

**h. Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu:**

**Koordinator programu - .....**

Kwalifikacje: wykształcenie wyższe – Specjalista w zakresie medycyny rodzinnej

Osoby współpracujące – pielęgniarki – posiadanie odpowiednie wykształcenie -  
prawo wykonywania zawodu pielęgniarki

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),

Pneumokoki - .....

Meningokoki -.....

Rotawirusy - .....

.....  
.

- powołanie się na zalecenia kliniczne dotyczące postępowania w danym problemie zdrowotnym,

.....

- dowody skuteczności działań, analizy

.....

**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.

Rozłożenie terminów szczepień i odstępy między poszczególnymi rodzajami szczepień - opis

.....

c. Źródła finansowania programu – środki finansowane z budżetu gminy Grębocice

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

Wybierając program szczepień samorząd kierował się:

.....

## **6. Monitorowanie i ewolucja.(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),

.....

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

.....

## **7. Zakres realizacji programu.**

.....

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. „**BECIKOWE PO GRĘBOCICKU**” 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 ..... lub do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania.

### § 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 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 <b>(pneumokoki)</b>	Liczba uczestników I dawka	Liczba uczestników II dawka	
badania			
szczepienia			
inne			

2.

Rodzaj udzielonych świadczeń <b>(meningokoki)</b>	Liczba uczestników I dawka	Liczba uczestników II dawka	
badania			
szczepienia			
inne			

3.

Rodzaj udzielonych świadczeń <b>(rotawirusy)</b>	Liczba uczestników I dawka	Liczba uczestników II dawka	
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),

.....

*(Inne istotne elementy ewaluacyjne)*

Podanie Szacunkowej liczby dzieci, która brana była pod uwagę do szczepienia:

.....

- ilość dzieci, u których wykonano wszystkie przewidziane szczepienia (I dawki, rodzaje szczepień) –

.....

- ilość dzieci, u których wykonano wszystkie przewidziane szczepienia (I I dawki, rodzaje szczepień) –

.....

-Ilość dzieci, u których nie wykonano poszczególnych rodzajów szczepień i kolejnych dawek

.....

Ilość dzieci urodzonych w 2011 r. , których szczepienia będą realizowane w 2012r.

..... (rodzaj i liczba tych szczepień)

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*