

**ZARZĄDZENIE NR 114.2014  
WÓJTA GMINY GRĘBOCICE**

z dnia 9 lipca 2014 r.

**w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora Programu zdrowotnego „Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Grębocice od 60 roku życia” oraz zatwierdzenia projektu umowy.**

Na podstawie art. 48 ust. 1 oraz ust. 4,5, 6, 9 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 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” oraz Uchwały nr LI/ 239/2013 Rady Gminy w Grębocicach z dnia 17 grudnia 2013r. w sprawie budżetu Gminy Grębocice na rok 2014 i Zarządzenia nr 103/2009 Wójta Gminy Grębocice z dnia 01.09.2009r. w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Gminy Grębocice § 44 zarządzam co następuje:

**§ 1.** Ustala się szczegółowe warunki konkursu na realizację programu zdrowotnego „**Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Grębocice od 60 roku życia**” 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 przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Grębocice od 60 roku życia**” wraz z arkuszem ewaluacyjnym oceny merytorycznej programu – w brzmieniu załącznika nr 3 do zarządzenia.

**§ 3.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wójt Gminy Grębocice

**Roman Jabłoński**

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 114.2014

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 9 lipca 2014 r.

### CZĘŚĆ I.

#### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU

na realizację programu zdrowotnego „Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Grębocice od 60 roku życia”

### CZĘŚĆ I.

#### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU

na realizację programu zdrowotnego „Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Grębocice od 60 roku życia”

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 „Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Grębocice od 60 roku życia” cel: Objęcie kompleksową opieką profilaktyczną szczepień osób od 60 roku życia. Szacunkowo do programu przystąpi ok. 400 osób.  Celem programu będzie: zapobieganie infekcji i ciężkiemu przebiegowi choroby oraz powikłaniom m.in. związanym z nieprawidłowościami w funkcjonowaniu układu oddechowego, zaburzeniami neurologicznymi, niewydolnością nerek, zapaleniu mięśnia sercowego i osierdzia oraz powikłaniami mogącymi zakończyć się zgonem, - zwiększenie odporności wśród zaszczepionych osób, - dotarcie do jak największej grupy beneficjentów poprzez edukację prozdrowotną, badanie lekarskie i szczepienie a także wyznaczenie osób z przeciwwskazaniami do szczepień i ocena stanu zdrowia badanej populacji.  <b>Odbiorcami programu będą osoby od 60 roku życia (rocznik 1954 włącznie i starsze) – zameldowane na terenie gminy Grębocice</b>
5. Realizatorzy	Do konkursu mogą przystąpić podmioty określone (zgodnie

	<p><b>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.</b></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 28.07.2014r.</b></p>
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	<p>Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na realizację: programu zdrowotnego <b>„Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Grębocice od 60 roku życia”</b> zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia <b>28.07.2014r. do godziny 10.00</b> pok. nr 1 (Centrum Obsługi Mieszkańca) ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.</p>
8. Termin rozpatrzenia ofert	<p>Otwarcie ofert nastąpi na Posiedzeniu Komisji, które powinno odbyć się w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert określony w ogłoszeniu o konkursie w siedzibie organizatora konkursu – Urząd Gminy Grębocice, pok. 16, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice</p>
9. Sposób informowania o wynikach konkursu	<p>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.</p>
10. Istotne postanowienia dotyczące umowy i jej treści	<p>Niniejszy konkurs będzie stanowił podstawę do zawarcia umowy na realizatora programu zdrowotnego <b>„Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Grębocice od 60 roku życia”</b> Program będzie realizowany do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie ale nie dłużej niż do <b>10.11.2014r.</b></p>
11. Zastrzeżenia zamawiającego	<ol style="list-style-type: none"> <li>Oferty, które nie spełniają wymogów określonych w Regulaminie konkursu, są niekompletne oraz złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.</li> <li>Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminów składania ofert bez podania przyczyny.</li> <li>Warunkiem przyjęcia oferty konkursowej do finansowania jest spełnienie poniższych kryteriów: - zasoby materialne i kadrowe oferenta zapewniające prawidłową</li> </ol>

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

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 114.2014  
Wójta Gminy Grębocice  
z dnia 9 lipca 2014 r.

**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 przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Grębocice od 60 roku życia”**

**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 osób spełniająca powyższe kryterium to – ok. .... uczestników programu.

Kryteria zakwalifikowania do programu:

.....  
.....

Przy kwalifikacji osób 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 .....  
.....

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. Jednostkowy lub średni koszt - .....

b. Koszty całkowite- .....

Szczegółowa kalkulacja kosztów.

Lp.	Usługi medyczne	Ilość osób WARTOŚĆ W ZŁ.
1.		.....zł.
Razem		.....zł.

c. Źródła finansowania programu – środki finansowane z .....

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

.....

.....



Wybierając program szczepień 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 osób danej populacji, które zostały zaszczepione (przed realizacją programu) z własnej inicjatywy

.....

Do odsetka osób, które pod wpływem kampanii promującej szczepienia wyrazili chęć na zaszczepienia się

.....

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 ofercie:

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 dla siebie 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 informacje o liczbie osób wykonujących określone zadanie;

### 6) proponowaną kwotę należności za realizację zadania;

- 7) szczegółową kalkulację kosztów;
- 8) jednostkowy lub średni koszt świadczeń zdrowotnych;
- 9) proponowany czas trwania umowy;
- 10) proponowane warunki płatności za usługi będące przedmiotem konkursu;
- 11) kopię statutu;
- 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;

Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr 114.2014  
Wójta Gminy Grębocice  
z dnia 9 lipca 2014 r.

**Projekt**

**UMOWA NR .....RO.OZ .....2014**

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 zdrowotnego pt. „Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Grębocice od 60 roku życia” za kwotę, która nie przekroczy .....**zł. 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 planowanej realizacji programu.

**§ 2.** Program będzie realizowany od ..... do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie ale nie dłużej niż do .....

**§ 3. 1.** Średni koszt realizacji programu przypadający na jednego uczestnika programu wynosi ..... zł.

2. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy zostanie objętych ..... osób.

3. Określenie populacji uprawnionych do świadczeń zdrowotnych, zasady organizacji 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 na każde żądanie **ZAMAWIAJĄCEGO**.

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. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją programu, o którym mowa w §1 ust. 1 odpowiedzialność ponosi **REALIZATOR**.

§ 5. 1. Kwota, o której mowa w § 1 ust. 1 będzie wypłacona przelewem na konto **REALIZATORA**, w okresie 14 dni od daty przedłożenia rachunku.

2. **REALIZATOR** zobowiązuje się do rozliczenia usługi, o której mowa w §1 i przedłożenia wraz z rachunkiem, sprawozdania opisowego.

3. Sprawozdanie powinno zawierać:

- a) ilość osób objętych programem,
- b) rodzaj wykonywanej usługi,

4. **REALIZATOR** zobowiązuje się po zakończeniu programu w terminie 14 dni od wpływu rachunku rozliczeniowego, do przedłożenia w arkuszu ewaluacyjnym oceny zrealizowanego programu w 2014r. 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 zgodnie z kodeksem cywilnym

§ 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 .....2014

z dnia .....

#### **ARKUSZ EWALUACYJNY PROGRAMU - OCENA MERYTORYCZNA**

Program zdrowotny „**Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Grębocice od 60 roku życia**”

- 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 osób, 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	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 osób danej populacji, które zostały zaszczepione (przed realizacją

programu) z własnej inicjatywy .....

do odsetka osób, które pod wpływem kampanii promującej szczepienia

wyrazili chęć zaszczepienia się .....

(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.

.....

.....

*Piecz ęć podmiotu realizuj ą cego*

*program*