

**ZARZĄDZENIE NR 27.2018**  
**WÓJTA GMINY GRĘBOCICE**

z dnia 5 lutego 2018 r.

**zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora Programu Polityki Zdrowotnej  
pn.: „Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w roku 2003,  
zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice”**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2017r. poz. 1875 ze zm.) art. 48 ust. 1 i art. 48 b, w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz.1938 ze zm.) oraz Uchwały nr XX/79/2015 Rady Gminy w Grębocicach z dnia 24 listopada 2015 r. w sprawie realizacji „Programu Polityki Zdrowotne dla Gminy Grębocice na lata 2016 - 2020”, zarządzam co następuje:

**§ 1.**

Ustala się szczegółowe warunki konkursu **na wyłonienie realizatora Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w roku 2003, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice”**, w brzmieniu załącznika nr 1 oraz formularz ofertowy w brzmieniu załącznika nr 2 do zarządzenia.

**§ 2.** Ustala się projekt umowy na realizację – **Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w roku 2003, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice”** 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 27.2018

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 5 lutego 2018 r.

### CZĘŚĆ I.

#### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU

na realizację Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w roku 2003, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice”

1. Zamawiający	Gmina Grębocice ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 076 8 315501
2. Organizator konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. Profilaktyki Zdrowotnej ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 076 8 325306
3. Forma konkursu	Konkurs – przeprowadzony zgodnie z art. 48 ust. 1 i art. 48 b, w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz.1938 ze zm.).
4. Przedmiot konkursu	Objęcie kompleksową opieką profilaktyczną dziewcząt urodzonych w 2003 z terenu Gminy Grębocice Celem programu jest: Zapobieganie rakowi szyjki macicy poprzez szczepienia ochronne: 1.Edukacja zdrowotna – popularyzacja wiedzy i podwyższenie świadomości w zakresie zapobiegania chorobom nowotworowym i zakażeniom wirusem HPV. 2.Upowszechnienie nawyków systematycznego wykonywania badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów. 3.Kultywowanie zdrowego stylu życia. 4.Świadome podejmowanie współżycia seksualnego. 5.Rozwianie wątpliwości dotyczących tzw.: tematów „tabu” i tematów „wstydlivych”. <b>Odbiorcy programu:</b> Dziewczęta urodzone w 2003 z terenu Gminy Grębocice. Szacunkowa liczba beneficjentów, którzy skorzystają z programu – 30 dziewcząt, – zameldowane na terenie Gminy Grębocice lub zamieszkałe z zamiarem stałego pobytu na terenie gminy, – liczba mieszkańców ogółem - <b>5.321</b>
5. Realizatorzy	Do konkursu mogą przystąpić podmioty prowadzące działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz.1938 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	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. Profilaktyki Zdrowotnej Pok. Nr 19 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia <b>26.02.2018 r.</b>

dotyczącymi przedmiotu konkursu	
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	<p>Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na świadczenia w ramach <b>Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w roku 2003, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice”</b>.</p> <p>Zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych, wypełnionych czytelnie - należy składać w terminie do dnia <b>26.02.2018r.</b> do godziny <b>10.00</b> w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice.</p> <p>O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.</p>
8. Termin rozpatrzenia ofert	<p>Oferty zostaną rozpatrzone:</p> <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. 19, 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.</p> <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 Polityki Zdrowotnej pn.: „Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w roku 2003, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice”</b> na okres od dnia podpisania umowy do dnia <b>20.12.2018r.</b></p>
11. Zastrzeżenia zamawiającego	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oferty, które nie spełniają wymogów określonych w Regulaminie konkursu, są niekompletne oraz złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.</li> <li>2. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminów składania ofert bez podania przyczyny.</li> </ol>

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 27.2018

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 5 lutego 2018 r.

**CZĘŚĆ II.**  
**FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY WYŁONIENIE REALIZATORA**  
**PROGRAMU:**

.....  
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 Polityki Zdrowotnej pt.:**  
**„Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w roku 2003, zamieszkałych**  
**na terenie Gminy Grębocice”**

**Czas realizacji od podpisania umowy do 20.12.2018r.**

**1. OPIS (problemów) 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 programu)**

**a. Oszacowanie populacji (odnieść się do pkt 1 / c)**

- Ogólna liczba mieszkańców Gminy Grębocice – .....

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

Kryteria zakwalifikowania do programu:

.....  
.....

Przy kwalifikacji do programu zostanie zachowana zasada równości dostępu do świadczeń programu osób 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 :

.....

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 produkty lecznicze:

.....

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:

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. Koszt jednostkowy - .....

b. Koszty całkowite - .....

Szczegółowa kalkulacja kosztów.

.....

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

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

.....  
.....

Wybierając program 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, itp. ),

.....

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

.....

**7. OKRES REALIZACJI PROGRAMU**

Mając na wadze uzyskanie celów programowych, program zostanie zrealizowany

**Wymagane załączniki do oferty:**

### **Oferta powinna zawierać:**

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.
- wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego oraz kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- statut podmiotu leczniczego – nie dotyczy przedsiębiorców, zgodnie z art. 23 i 24 w związku z art. 42 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638, ze zm.).
- kopię zaświadczenia NIP;
- kopię zaświadczenia REGON;
- 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 pieczętę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert;**



Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr 27.2018

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 5 lutego 2018 r.

### Projekt

#### UMOWA NR ..... .RO.OZ. ....

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

.....reprezentowany  
m przez:

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

**§ 1. 1. REALIZATOR** zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy **Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w roku 2003, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice”** za kwotę, która nie przekroczy ..... **zł. brutto** słownie: ( ..... zł. 0/100 brutto ).

1. Koszt jednostkowy programu na jednego beneficjenta wynosi ..... zł.

3. Oferta programowa **REALIZATORA** programu stanowi integralną część umowy.

4. **REALIZATOR** programu jest zobowiązany do podania, do wiadomości publicznej w mediach lokalnych: ..... - informacji o realizacji programu.

**§ 2. REALIZATOR** programu zobowiązany jest do zamieszczenia w widocznym miejscu, w placówce realizującej zadanie informacji, że prowadzony program zdrowotny jest finansowany ze środków budżetu Gminy Grębocice.

**§ 3. REALIZATOR** będzie realizował program, o którym mowa § 1 w okresie od ..... do .....

**§ 4.** Określenie populacji dziewcząt uprawnionych do świadczeń zdrowotnych, oraz zasady organizacji programu znajdują się w ofercie programowej, stanowiącej integralną część umowy.

#### **§ 5.**

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.

1. **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.

§ 6. 1. Kwota, o której mowa w § 1 ust.1 będzie wypłacana w ratach, przelewem na konto **REALIZATORA**, w okresie 14 dni od daty przedłożenia faktury, z tym że za miesiąc grudzień przelanie zobowiązania nastąpi do ..... Wysokość każdej raty zależała będzie od ilości świadczeń medycznych wykonanych na rzecz uczestniczek programu.”

3. W grudniu faktura będzie wystawiona nie później niż do .....

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

4. Sprawozdanie powinno zawierać:

- a) ilość osób objętych programem z podaniem imienia i nazwiska,
- b) data urodzenia,
- c) adres zamieszkania,
- d) rodzaj wykonywanej usługi,
- e) termin wykonania usługi.

2. **REALIZATOR** zobowiązuje się do sporządzenia **SPRAWOZDANIA Z OCENĄ WYKONANIA PROGRAMU z 2018r.** będącego załącznikiem do niniejszej umowy, nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia programu.

§ 7. 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.

§ 8. **REALIZATOR** nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom

§ 9. Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 10. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

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

**ZAMAWIAJĄCY**

**REALIZATOR**

Załącznik

do umowy nr .....

z dnia .....r.

### **SPRAWOZDANIE Z OCENĄ WYKONANIA PROGRAMU**

**Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego dziewcząt urodzonych w roku 2003, zamieszkałych na terenie Gminy Grębocice”**

określonego w umowie nr ....., zawartej w dniu .....

Dane realizatora programu:

- 1. Nazwa placówki/jednostki realizującej program .....
- 2. Dokładny adres jednostki .....
- 3. Koordynator programu lub osoba odpowiedzialna za realizację .....
- 4. Czas realizacji programu.....
- 5. Charakterystyka populacji objętej programem.....

6. Liczba osób, które skorzystały z programu.....

Ogólna liczba objętych programem – .....

Określić stopnia osiągnięcia głównego celu po realizacji programu.

7. Główny cel programu.

.....

8. Cele szczegółowe programu.

.....

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

.....

.....

**Analiza statystyczna:**

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

Wykaz imienny	Kwalifikacje

Zakres zrealizowanych zadań programowych:

**10. Wyniki realizacji programu:**

Liczba przyjętych osób i udzielonych świadczeń w ramach programu:

1.

Rodzaj udzielonych świadczeń	Liczba uczestników
Inne .....	

**11. MONITOROWANIE I EWALUACJA (ocena jakości programu)**

a. Ocena zgłaszalności do programu – .....

b. Ocena jakości świadczeń w programie

.....

c. Ocena efektywności programu

.....

.....

**12. Forma i sposób realizacji oświaty zdrowotnej:** .....

Sposób przeprowadzania akcji informacyjno-reklamowej skierowanej do adresatów program:

.....

**13. Wnioski i uwagi z realizacji programu:**

.....

.....

**14. ROZLICZENIE FINANSOWE PROGRAMU**

Zestawienie faktur (rachunków)

L.p.	Numer Faktury/rachunku	Data wystawienia	Nazwa wydatku	Kwota (zł)

- ogólny koszt programu .....

- wysokość kwoty zabezpieczonej w umowie .....

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

**15. Proszę podać kwotę, która nie została wykorzystana w programie.**

.....

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

.....

Załączniki:

.....

Oświadczam (my), że:

- 1) od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny podmiotu,
- 2) wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
- 3) wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu faktur (rachunków) zostały faktycznie poniesione.

.....

Pieczęć podmiotu realizującego program