

ZARZĄDZENIE NR 124.2018  
Wójta Gminy Grębocice  
z dnia 07.08.2018r.

w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora  
**„Programu polityki zdrowotnej w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom  
w Gminie Grębocice, w roku 2018” oraz zatwierdzenia projektu umowy.**

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.) oraz 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 realizację programu zdrowotnego  
**„Programu polityki zdrowotnej w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom  
w Gminie Grębocice, w roku 2018”** 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 w oparciu  
o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Grębocice, w roku 2018”** wraz z arkuszem ewaluacyjnym oceny merytorycznej programu – w brzmieniu załącznika nr 3 do zarządzenia.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

WÓJTA GMINY  
GRĘBOCICE  
mgr inż. Roman Jabłoński

Załącznik nr 1  
do Zarządzenia Wójta Gminy nr 124.2018  
z dnia 07.08.2018r.

## CZEŚĆ I

### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU

na realizację „Programu polityki zdrowotnej w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Grębocice, w roku 2018”

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 1. Zamawiający          | Gmina Grębocice<br>ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice<br>tel. 76 8 315501  |
| 2. Organizator konkursu | Urząd Gminy Grębocice<br>Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia<br>ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice<br>tel. 76 8 325306   |
| 3. Forma konkursu       | Konkurs – przeprowadzony zgodnie z 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 (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz.1938 ze zm.)  |
| 4. Przedmiot konkursu   | <p>Przedmiotem konkursu jest:<br/><b>„Programu polityki zdrowotnej w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Grębocice, w roku 2018”</b></p> <p><b>cele:</b><br/>Objęcie kompleksową opieką profilaktyczną szczepień osób roczniki od 1953r. oraz spadek hospitalizacji, kosztów leczenia.</p> <p>Program będzie realizowany do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie ale nie dłużej niż do 19.12.2018r.</p> <p>Celem programu jest także: ochrona przed bakteriami pnemokokowymi osób dorosłych, ochrona przed bakteriami takimi jak - bakteriami i zapalenie płuc z bakterią, zmniejszenie zachorowań na inwazyjne choroby pneumokokowe ze względu na starzenie się układu odpornościowego,<br/>- zwiększenie odporności wśród zaszczepionych osób, -</p> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>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.</p> <p><b>Odbiorcami programu będą osoby z przedziału wiekowego – 65 plus ( od rocznika 1953),</b><br/> <b>– zameldowane na terenie gminy Grębocice,</b><br/> <b>- osoby chore na choroby przewlekłe potwierdzone zaświadczeniem lekarza prowadzącego lub kartą informacyjną leczenia szpitalnego (cukrzyca, przewlekłe obturacyjne choroby płuc (POCHP), choroby krążeniowo-naczyniowe),</b><br/> <b>- których stan zdrowia pozwala na szczepienie,</b><br/> <b>- którzy wyrażą zgodę na szczepienie,</b><br/> <b>Osoby wcześniej zaszczepione są wyłączone z programu.</b></p> |
| 5. Realizatorzy   | Do konkursu mogą przystąpić podmioty lecznicze 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: Dz. U. z 2018 r., poz. 160, 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 Grębocice<br>Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia<br>pok. Nr 19<br>ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice<br><b>od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 27.08.2018r.</b>   |
| 7. Miejsce, sposób i termin składania ofert   | Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na realizację:<br><b>„Programu polityki zdrowotnej w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Grębocice, w roku 2018”</b> zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia <b>27.08.2018r. do godziny 10.00</b> w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice.<br>O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.  |
| 8. Termin rozpatrzenia ofert  | <b>Oferty zostaną rozpatrzone</b><br>Otwarcie i rozpatrzenie ofert nastąpi na Posiedzeniu Komisji, którego termin i miejsce ustali Przewodniczący Komisji  |
| 9. Sposób informowania o wynikach konkursu  | 1. Wyniki konkursu zostaną podane do wiadomości publicznej przez zamieszczenie informacji o wyborze realizatora programu, na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej oraz na tablicy ogłoszeń Urzędu Gminy Grębocice.<br>2. Informacja o wyborze realizatora programu będzie podana   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>do wiadomości publicznej przez okres 7 dni</p> <p>3. 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, na okres od dnia podpisania umowy do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie, jednak nie dłużej niż do 19.12.2018r.</p>   |
| 11. Zastrzeżenia zamawiającego                         | <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> |

## 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:**  
**„Programu polityki zdrowotnej w**  
**oparciu o szczepienia przeciwko**  
**pneumokokom**  
**w Gminie Grębocice, w roku 2018”**

**1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO**

**1.1. Problem zdrowotny**

.....

## **1.2. Epidemiologia**

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

.....  
.....

### **1.3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego (charakterystyka i liczba uczestników programu)**

- Ogólna liczba mieszkańców Gminy Grębobocice – .....

- 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.**

.....

**1.4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

.....

### **1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrażania programu**

.....

.....

## **2. CELE PROGRAMU**

### **2.1. Cel główny:**

.....

**2.2. Cele szczegółowe:**

.....

**2.3. Oczekiwane efekty:**

.....

**2.4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.**

.....

.....

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

**3.1. Oszacowanie populacji (odnieść się do pkt c)**

.....

- Ogólna liczba mieszkańców Gminy Grębcice – .....

- grupa wiekowa do której program jest kierowany .....

**Kryteria zakwalifikowania do programu:**

.....

.....

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

**3.2. Tryb zapraszania do programu.**

.....

.....

**4. ORGANIZACJA PROGRAMU**

**4.1. Części składowe programu, etapy wdrażania programu.**

.....

.....

**4.2. 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:

.....

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

.....

.....

**4.4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu**

.....

.....

**4.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.**

.....

.....

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

.....

**4. 7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

.....

W programie zostaną użyte następujące szczepionki:

.....

Działania niepożądane:

.....  
**Zobowiązania wykonawcy:**  
.....

**4. 8. 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:  
.....  
.....

**4.9. 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*

**4.9.1. Opinie ekspertów klinicznych**  
.....

**4.9.2. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek**  
.....

**4.9.3. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w innych jednostkach samorządu terytorialnego.**

.....

**4.9.4. Program Szczepień Ochronnych na rok 2018 wydany przez Głównego Inspektora Sanitarnego**

.....

**5. KOSZTY**

**5.1. Koszty jednostkowe**

- 5.1.1. Koszt podania jednej dawki (koszt szczepionki szacunkowy) – .....
- 5.1.2. Koszty obsługi( badanie , szczepienie) – .....
- 5.1.3 Koszty utylizacji – .....
- 5.1.4. Koszty projektu i druku materiałów informacyjnych (ankiety, ulotki, plakaty) -.....  
kampania informacyjna, ewaluacja i monitorowanie programu - .....
- 5.1.5. Liczba uczestników programu to (szacunkowo) 241.

**5.2. Planowane koszty całkowite**

- 5.2.1.Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programu w 2018r. wynosi szacunkowo.....

| Lp. | Pozycja kosztorysu  | Liczba osób/<br>sztuk | Liczba jednostek | Koszt jednostkowy (zł) | Koszt całkowity (zł) |
|-----|---|-----------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| 1   | Koszt szczepienia 1 osoby po 65 r.ż<br>(1 dawka - koszt szczepionki i obsługa realizatora – koordynatora) |                       |                  |                        |                      |
| 2   | Opracowanie projektu i druk plakatów i ulotek informacyjno-edukacyjnych                                   |                       |                  |                        |                      |
| 3   | Kampania informacyjna , ewaluacja i monitorowanie programu  |                       |                  |                        |                      |
| 4   | utylizacja  |                       |                  |                        |                      |
| 5   | Koszty personelu  |                       |                  |                        |                      |
|     | <b>ŁĄCZNIE</b>  |                       |                  |                        |                      |

Całkowity koszt realizacji programu w roku 2018 – wynosi szacunkowo ..... zł.

**5.3. Źródło finansowania, partnerstwo.**

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

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

.....

**6.1. Ocenę zgłaszalności do programu**

.....

**6.2. Ocena jakości świadczeń w programie**

.....

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

.....

**6.4. Okres realizacji programu**

.....

**6.5. Trwałość efektów zdrowotnych.**

.....

Wymagane załączniki do oferty.

**Oferta powinna zawierać:**

1) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z:

- treścią ogłoszenia,
- warunkami konkursu,
- warunkami umowy,
- oświadczenie o przechowywaniu dokumentacji medycznej uczestników programu przez okres 5 lat,
- oświadczenie, 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.
- **Oświadczenie, o wypełnieniu obowiązku informacyjnego przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\*), wobec osób fizycznych ,**
- 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: (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 160, 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 pieczętkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert;**

## KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART. 13 RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Grębocice, ul. Głogowska 3 , 59 – 150 Grębocice.
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Gminie Grębocice jest Pan Tomasz Wadas *kontakt*: : iodo@nsi.net.pl tel. (+48) 76 835 88 01.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie:

Realizacja programu Polityki Zdrowotnej „Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębocice od 60 roku życia”

nr sprawy RO.8010.14.2018 prowadzonym w trybie konkursu ofert;

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO w celu realizacji ustawowych zadań Gminy Grębocice związanych z ogłoszonym konkursem ofert *na realizację Programu Polityki Zdrowotnej „Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębocice od 60 roku życia”*

*Nr sprawy: RO.8010.14.2018* na podstawie art. 14 ust. 1 w związku z art. 2 pkt 3 i 4 art. 13 pkt 3 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym oraz wewnętrznych regulacji.

5. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

6. posiada Pani/Pan:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Nr sprawy RO.8010.14.2018

7. Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. e RODO.

*Oświadczenie w związku z obowiązkiem informacyjnym*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o realizację programu polityki zdrowotnej w niniejszym postępowaniu.

Składamy niniejszą ofertę konkursową we własnym imieniu.

.....

*Podpis osoby zobowiązanej do przekazania obowiązku informacyjnego*

Projekt

**UMOWA NR RO.OZ .....2018**

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. „Programu polityki zdrowotnej w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Grębocice, w roku 2018” 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 planowanym realizowaniu programu.

§2.

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

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 uprawnionej 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 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 w raz 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 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.

3. Z tytułu odstąpienia od umowy, bądź też 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**

## ARKUSZ EWALUACYJNY PROGRAMU - OCENA MERYTORYCZNA

### „Programu polityki zdrowotnej w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Grębocice, w roku 2018”

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)

2.3. Oczekiwane efekty.

1. ).

#### Ocena zgłaszalności do programu

( Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie listy osób, które zakończyły szczepienie.)

.....  
**Ocena jakości świadczeń w programie.** (Każdy z uczestników programu będzie proszony o wyrażenie swojej opinii na temat programu, jego prowadzenia oraz promocji w formie anonimowej ankiety, wypełnianej w trakcie trwania interwencji.)  
.....

**Ocena efektywności programu.** (Efektywność programu szczepień przeciw pneumokokowym zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu zbliżonego do opisywanego w cytowanej literaturze naukowej.)

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*