

**ZARZĄDZENIE NR 86/2012**  
**Wójta Gminy Grębocice**  
**z dnia 23.07.2012r.**

**W sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na realizację programu zdrowotnego w ramach: „Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA” oraz zatwierdzenia projektu umowy.**

Na podstawie art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142 poz. 1591 ze zm.), art. 48 ust. 1 oraz ust. 4,5,9 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 w ramach: „**Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA**” 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 w ramach: „**Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA**” 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 Wójta Gminy nr 86/2012  
z dnia 23.07.2012r.

## CZEŚĆ I

### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU

na realizację programu profilaktyki zdrowotnej w ramach: „**Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA**”

1. Zamawiający	Gmina Grębocice ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. (076) 8 315501
2. Organizator konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. (076) 8 325306
3. Forma konkursu	Konkurs – przeprowadzony zgodnie art. 48 ust. 1 oraz ust. 4,5 i 9 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	<p>Przedmiotem konkursu jest: program profilaktyki zdrowotnej w ramach - „<b>Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA</b>”</p> <p>Objęcie kompleksową opieką profilaktyczną mieszkańców gminy Grębocice. Celem programu będzie: zachęcanie do podejmowania badań profilaktycznych a tym samym do zmiany zachowań zdrowotnych i wyrabiania nawyku kontrolowania swojego stanu zdrowia</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- zapobieganie zaawansowaniu chorób,</li><li>- zapobieganie i obniżenie występowania chorób – szczególnie cywilizacyjnych, przez wczesne ich wykrycie,</li><li>- podniesienie świadomości mieszkańców w zakresie dbałości o zdrowie ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów piersi,</li></ul> <p><b>Odbiorcy programu:</b> <b>Mieszkańcy Gminy Grębocice</b> Szacunkowa liczba osób, które skorzystają z programu – to ok. 100 - 150 osób na 5.272 – <b>zameldowane lub zamieszkujące z zamiarem stałego pobytu, na terenie Gminy Grębocice</b></p>

5. Realizatorzy	Do konkursu mogą przystąpić podmioty określone w <b>ustawie 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
6. Miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi dotyczącymi przedmiotu konkursu	Urząd Gminy Grębobocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia Pok. Nr 16 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębobocice <b>od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 08.08.2012r.</b>
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na realizatora: programu profilaktyki zdrowotnej w ramach: „ <b>Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA</b> ” zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych, wypełnionych czytelnie należy składać w terminie do dnia <b>08.08.2012r. do godziny 10.00</b> w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębobocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębobocice. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.
8. Termin rozpatrzenia ofert	<b>Oferty zostaną rozpatrzone</b> 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 Grębobocice, pok. 16, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębobocice
9. Sposób informowania o wynikach konkursu	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.
10. Istotne postanowienia dotyczące umowy i jej treści	Niniejszy konkurs będzie stanowił podstawę do zawarcia umowy na: Realizatora programu profilaktyki zdrowotnej w ramach: „ <b>Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA</b> ” na okres od dnia podpisania umowy do dnia <b>31.10.2012r.</b>

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> <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 organizatora konkursu,</li><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></ul> <p>O wyborze realizatora programu decydować będzie ilość przyznanych punktów biorąc pod uwagę:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) dostępność do świadczeń w ramach programu.</li><li>2) posiadany przez oferenta sprzęt medyczny niezbędny do wykonywania świadczeń (procedur medycznych),</li><li>3) kwalifikacje i doświadczenie kadry medycznej przewidzianej do realizacji programu,</li><li>4) cenę jednostkową świadczeń (procedur medycznych),</li></ol>

Załącznik nr 2  
do Zarządzenia Wójta Gminy nr 86/2012  
z dnia 23.07.2012r.

## CZEŚĆ II

### FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI 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 profilaktyki zdrowotnej:**

**w ramach:  
„Akcji Profilaktycznej – BIAŁA  
SOBOTA”**

Czas realizacji od podpisania umowy do 31.10.2012r.

## 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)

.....

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

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

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

Szacunkowa liczba mieszkańców spełniających powyższe kryterium to – ..... ok.  
..... uczestników programu.

Kryteria zakwalifikowania do programu:

.....

.....

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

*(Jeśli będzie zastosowany - podać produkty lecznicze jakie zostaną w programie wykorzystane, jeśli nie wpisać - nie dotyczy)*

.....  
.....  
Zasady wyboru preparatu, jeśli 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 (wypisać jeśli będą użyte/ jeśli nie wpisać - nie dotyczy):

.....  
Działania niepożądane: (wypisać jeśli będą użyte/ jeśli nie wpisać - nie dotyczy):

.....  
**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.**

- np. *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

Szczegółowa kalkulacja kosztów.

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

a. Koszty jednostkowe - .....

b. Koszty całkowite- .....

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,

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 itp. Patrz pkt 2 d)

.....

## 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,
  - 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 oferencie:
  - 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 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) koszt jednostkowy świadczeń zdrowotnych;
- 9) proponowany czas trwania umowy;
- 10) proponowane warunki płatności za usługi będące przedmiotem konkursu;
- 11) kopię statusu;
- 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;

**UMOWA NR .....RO.OZ. .... 2012**

zawarta dnia .....2012r. pomiędzy Gminą Grębobice z siedzibą w Grębobicach,  
w imieniu której działa:

Roman Jabłoński – Wójt Gminy Grębobice

przy kontrasygnacie Barbary Jurcewicz – Skarbnika Gminy

zwaną w dalszej części umowy **ZLECENIODAWCA**

a

.....  
reprezentowanym przez:

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

**§1.**

1. **REALIZATOR** zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Grębobice programu profilaktyki zdrowotnej w ramach: „**Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA**” za kwotę, która nie przekroczy .....zł. brutto, słownie: ( ..... tysięcy zł. brutto).
2. Oferta programowa **REALIZATORA** stanowi integralną część umowy.

**§2.**

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

**§3.**

1. Średni koszt realizacji świadczenia przypadający na jednego uczestnika programu wynosi ..... zł.
2. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy zostanie objętych ..... osób.
3. Określenie osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych, zasady organizacji oraz dni i godziny, w których są one udzielane znajdują się w formularzu ofertowym stanowiącym integralną część umowy.

**§4.**

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

§5.

**REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.

§6.

**REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.

§7.

**REALIZATOR** zobowiązuje się do poddania się kontroli na każde żądanie **ZLECENIODAWCY**.

§8.

**REALIZATOR** jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do realizacji programu z należytą starannością, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.

§ 9.

Za szkody wyrządzone w związku z realizacją programu, o którym mowa w § 1 ust. 1 odpowiedzialność ponoszą solidarnie **REALIZATOR I ZLECENIODAWCA**.

§ 10.

**REALIZATOR** zobowiązuje się do realizacji „Akcji Profilaktycznych – Biała Sobota” w terminie do 31.10.2012r.

§ 11.

**REALIZATOR** zobowiązuje się do powiadomienia z co najmniej 7 dniowym wyprzedzeniem, o terminach przeprowadzenia „Akcji Profilaktycznych – Biała Sobota”.

§ 12.

1. **ZLECENIODAWCA** zobowiązuje się, że kwotę, o której mowa w § 1 ust. 1 umowy prześle przelewem na konto **REALIZATORA**, po realizacji „Akcji Profilaktycznych – Biała Sobota” , w ciągu 14 dni od otrzymania faktury VAT.
2. Rozliczenie świadczeń będzie następowało na podstawie prawidłowo sporządzonej faktury VAT
3. Faktura VAT, o której mowa w ust. 2, będzie wystawiona do 14 dni po zakończeniu „Akcji Profilaktycznej – Biała Sobota”.
4. **REALIZATOR** zobowiązuje się po zakończeniu realizacji zadania tj. po przeprowadzeniu Akcji Profilaktycznej – Biała Sobota”, przedstawić wraz fakturą całkowite rozliczenie merytoryczno-finansowe na arkuszu ewaluacyjnym, stanowiącym załącznik do umowy.

§ 13.

1. Umowa może zostać przez **ZECENIDAWCĘ** rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia jej postanowień, nieterminowego oraz nienależytego jej wykonania oraz zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania.
2. Z tytułu nienależytego wykonania umowy **REALIZATOR** zapłaci **ZLECENIODAWCY** karę umowną w wysokości 10% wartości przedmiotu umowy.

§ 14.

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

§ 15.

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 16.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 17.

Umowę spisano w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje **REALIZATOR**

**ZLECENIODAWCA**

**REALIZATOR**

Załącznik  
do umowy nr .....  
z dnia .....2012r.

## ARKUSZ EWALUACYJNY PROGRAMU - OCENA MERYTORYCZNA

### Programu profilaktyki zdrowotnej w ramach: „Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA”

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?





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

.....

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*