

**ZARZĄDZENIE NR 143 /2012**  
**Wójta Gminy Grębocice**  
**z dnia 12.12. 2012r.**

W sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora „**Programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na rok 2013”**” 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 roku Nr 142 poz. 1591 ze zm.) oraz 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 wyłonienie realizatora, **Programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na rok 2013”** 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- Na rok 2013”**” 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**” -  
**Na rok 2013**”

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. Podstawa prawna 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.)  W zakresie nieuregulowanym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego, dotyczące przetargu (art. 70 <sup>1</sup> – 70 <sup>5</sup> k.c.)
4. Przedmiot konkursu	Przedmiotem konkursu na realizatora „ <b>Programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na rok 2013</b> ” jest: <b>Program obejmuje dla każdego beneficjenta szczepienia przeciwko:</b> <b>- rotawirusom,</b> <b>- pneumokokom,</b> <b>- meningokokom,</b> <b>cel:</b> 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

	<p>szczepień i ocena stanu zdrowia badanej populacji dzieci.</p> <p><b>Odbiorcami programu będą dzieci urodzone w 2011, 2012 i 2013r. Szacunkowa ilość dzieci objętych programem – ok. 145.</b></p> <p><b>Warunki zakwalifikowania dziecka do programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Zameldowanie dziecka na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice;</b></li> <li><b>2. Wyrażenie zgody na szczepienie dziecka przez rodzica/opiekuna na piśmie;</b></li> <li><b>3. Stan zdrowia dziecka pozwalający na wykonanie szczepienia;</b></li> <li><b>4. Przynajmniej jedno z rodziców/opiekunów dziecka – wcześniej - (minimum rok i powyżej) zameldowane na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice (rejestr ewidencji ludności); W sytuacji wątpliwej wymagane jest potwierdzenie na piśmie, przez sołtysa danej miejscowości, faktycznego zamieszkania jednego z rodziców/opiekunów dziecka;</b></li> <li><b>5. W innych szczególnych i losowych przypadkach o kwalifikacji dziecka do programu będzie decydował Wójt, na wniosek jednego z rodziców lub opiekuna dziecka;</b></li> </ol> <p><i>W przypadku wcześniejszego wykorzystania planowanych środków finansowych lub wyczerpania się limitu dzieci, program zakończony zostanie wcześniej.</i></p>
5. Realizatorzy	<p>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.</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</p> <p><b>od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 28.12 2012r.</b></p>

7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs: <b>na realizatora „Programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na rok 2013”</b> zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia <b>28.12.2012r. do godziny 10.00</b> w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice. 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 Grębocice, pok. 16, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice
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 <b>„Programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na rok 2013”</b> na okres od dnia podpisania umowy do dnia <b>31.12.2013r.</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</li> </ul>

	<p>grupy docelowej i sytuacji lokalnej,</p> <ul style="list-style-type: none"><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>
--	--

**CZĘŚĆ II**

**FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY WYŁONIENIE REALIZATORA  
PROGRAMU:**

.....  
**DANE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ**

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:**

---

## **„Programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GREBOCICKU- Na Rok 2013”**

**Czas realizacji od podpisania umowy do 31.12.2013r.**

## 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:

#### **Odbiorcami programu będą dzieci**

urodzone w 2011, 2012 i 2013r. Szacunkowa ilość dzieci objętych programem – ok 140

.....

### 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)**

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

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

**Odbiorcami programu będą dzieci** urodzone w 2011, 2012 i 2013r. Szacunkowa ilość dzieci objętych programem – ok 145.

Szacunkowa liczba dzieci spełniająca powyższe kryterium to – ok. 145 uczestników programu.

Kryteria zakwalifikowania do programu:

1. Zameldowanie dziecka na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice;
2. Wyrażenie zgody na szczepienie dziecka przez rodzica/opiekuna na piśmie;
3. Stan zdrowia dziecka pozwalający na wykonanie szczepienia;
4. Przynajmniej jedno z rodziców/opiekunów dziecka – wcześniej - (minimum rok i powyżej) zameldowane na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice (rejestr ewidencji ludności)

W sytuacji wątpliwej wymagane jest potwierdzenie na piśmie, przez sołtysa danej miejscowości, faktycznego zamieszkania jednego z rodziców/opiekunów dziecka;

5. W innych szczególnych i losowych przypadkach o kwalifikacji dziecka do programu będzie decydował Wójt, na wniosek jednego z rodziców lub opiekuna dziecka;

Przy kwalifikacji dzieci 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)

**1. Rocznik 2011**

- rota wirusy: typ .....
- szczepionka: pneumokoki - typu .....
- szczepionka – meningokoki - typu .....

Zasady wyboru preparatu, który zostanie w programie zastosowany:

**2. Rocznik 2012**

- rota wirusy: typ .....
- szczepionka: pneumokoki - typu .....
- szczepionka – meningokoki - typu .....

Zasady wyboru preparatu, który zostanie w programie zastosowany:

.....

## **2. Rocznik 2013**

- rota wirusy: typ .....

- szczepionka: pneumokoki - typu .....

- szczepionka – meningokoki - typu .....

Zasady wyboru preparatu, który zostanie w programie zastosowany:

.....

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

**Odbiorcami programu będą dzieci** urodzone w 2011,2012 i 2013r. Szacunkowa ilość dzieci objętych programem – ok 140 dzieci.

.....

Warunki zakwalifikowania dziecka do programu:

1. Zameldowanie dziecka na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice;
2. Wyrażenie zgody na szczepienie dziecka przez rodzica/opiekuna na piśmie;
3. Stan zdrowia dziecka pozwalający na wykonanie szczepienia;
4. Przynajmniej jedno z rodziców/opiekunów dziecka – wcześniej - (minimum rok i powyżej) zameldowane na pobyt stały, na terenie gminy Grębocice (rejestr ewidencji ludności)  
W sytuacji wątpliwej wymagane jest potwierdzenie na piśmie, przez sołtysa danej miejscowości, faktycznego zamieszkania jednego z rodziców/opiekunów dziecka;
5. W innych szczególnych i losowych przypadkach o kwalifikacji dziecka do programu będzie decydował Wójt, na wniosek jednego z rodziców lub opiekuna dziecka;

## **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- opisać )

.....  
.....  
(Wskazane jest załączyć do oferty programowej)

## 5. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU

- a) Szacunkowe Koszty jednostkowe szczepienia 1-go dziecka (ZALEŻNE OD CENY SZCZEPIONEK) szczepionki dla dzieci z 2011r.

NAZWA SZCZEPIONKI	CENA JEDNOSTKOWA	ILOŚĆ DAWEK	ŁĄCZNIE
Razem			

- b) Szacunkowe Koszty jednostkowe szczepienia 1-go dziecka (ZALEŻNE OD CENY SZCZEPIONEK) szczepionki dla dzieci z 2012r.

NAZWA SZCZEPIONKI	CENA JEDNOSTKOWA	ILOŚĆ DAWEK	ŁĄCZNIE

Razem			

**c) Szacunkowe Koszty jednostkowe szczepienia 1-go dziecka (ZALEŻNE OD CENY SZCZEPIONEK) szczepionki dla dzieci z 2013r.**

NAZWA SZCZEPIONKI	CENA JEDNOSTKOWA	ILOŚĆ DAWEK	ŁĄCZNIE
Razem			

**d) Planowane koszty całkowite**

Lp.	Pozycje kosztorysu	Liczba dzieci	Koszt jednostkowy	Koszt łącznie
1	Koszt szczepionek			
2	Koszt badania lekarskiego			
3	Kampania informacyjna – ulotki, plakaty, informacje w prasie , radio i telewizji regionalnej			
	Szacunkowy koszt programu			

- Przewidywana kwota wydatków na rok ..... dla szacunkowej liczby do ..... dzieci urodzonych w latach 2011-2013

- Średni koszt realizacji programu przypadający na jednego uczestnika programu .....

- Koszt realizacji programu ogółem ..... Zł.

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

.....

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

.....

Wybierając program szczepień rotawirusowych, meningokokowych i pneumokokowych samorząd kierował się

.....

.....

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

Realizator 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),

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 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. ....2013**

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 profilaktyki zdrowotnej – „**BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na Rok 2013**” 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.**

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

od .....do .....

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

### § 5.

1. Kwota, o której mowa w § 1 ust. 1 będzie wypłacana w ratach, przelewem na konto **REALIZATORA**, w okresie 14 dni od daty przedłożenia rachunku, z tym że za miesiąc grudzień przelanie zobowiązania nastąpi do 30 grudnia 2013r. 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 2013r.
3. **REALIZATOR** 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. **REALIZATOR** zobowiązuje się po realizacji programu w terminie do 14 dni od wpływu ostatniego rachunku rozliczeniowego, do przedłożenia w arkuszu ewaluacyjnym oceny zrealizowanego programu w 2013r. 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 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**

Załącznik  
do umowy nr .....  
z dnia.....

**ARKUSZ EWALUACYJNY PROGRAMU - OCENA MERYTORYCZNA**  
**„Programu profilaktyki zdrowotnej – „BECIKOWE PO GRĘBOCICKU- Na Rok 2013”**

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:

.....

### 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 dzieci danej populacji, które zostały zaszczepione (przed realizacją

programu) z własnej inicjatywy rodziców .....

do odsetka dzieci, których rodzice pod wpływem kampanii promującej szczepienia  
wyrazili zgodę na zaszczepienie dzieci.....  
(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.  
.....

.....  
*Pieczęć podmiotu realizującego  
Program*