

ZARZĄDZENIE NR 30/2014
WÓJTA GMINY GRĘBOCICE

z dnia 5 lutego 2014 r.

w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora „Programu profilaktyki próchnicy i higieny jamy ustnej dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2014r.” 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 wyłonienie realizatora: „Programu profilaktyki próchnicy i higieny jamy ustnej dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2014r.” w brzmieniu załącznika nr 1 oraz formularz ofertowy dotyczący realizacji programu – w brzmieniu załącznika nr 2 do zarządzenia.

§ 2. Ustala się projekt umowy na realizację – „Programu profilaktyki próchnicy i higieny jamy ustnej dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2014r.” wraz z arkuszem ewaluacyjnym oceny merytorycznej programu – w brzmieniu załącznika nr 3 do zarządzenia.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Wójt Gminy Grębocice

Roman Jabłoński

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 30/2014

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 5 lutego 2014 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE „Programu profilaktyki próchnicy i higieny jamy ustnej dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2014r.”

CZĘŚĆ I.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE „Programu profilaktyki próchnicy i higieny jamy ustnej dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2014r.”

| | |
|---|---|
| 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. 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: badanie, nauka szczotkowania zębów rozmowy indywidualne, lakowanie zębów trzonowych (zębów szóstych i siódmych), zębów przedtrzonowych (czwórek i piątek) zdrowych, g rupa dzieci, która nie była poddana lakowaniu w roku poprzednim, dzieci do ponownego lakowania, w przypadku kiedy lak wypadł z (bruzdy/zagłębienia) powierzchni zęba Cele: przeciwdziałanie próchnicy poprzez lakowanie zębów, wyrabianie u dzieci i młodzieży nawyków higienicznych, obniżenie występowania próchnicy przez wczesne wykrycie i działania profilaktyczne. Odbiorcami programu będą: Dzieci – zameldowane lub zamieszkujące z zamiarem stałego pobytu, na terenie gminy Grębocice. Dzieci w wieku szkolnym do 16 r. ż. - ilość całej populacji, to 646 dzieci, z których szacunkowo (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci najmłodszych) weźmie udział w programie 250 dzieci. Program będzie realizowany do wyczerpania kwoty określonej w umowie. |
| 5. Realizatorzy | Do konkursu mogą przystąpić podmioty określone (zgodnie 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. |
| 6. Miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi dotyczącymi przedmiotu konkursu | Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia Pok. Nr 16 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 28.02.2014r. |

| | |
|--|---|
| 7. Miejsce, sposób i termin składania ofert | <p>Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na realizację: „Program profilaktyki próchnicy i higieny jamy ustnej dla dzieci z ternu Gminy Grębocice na 2014 r.” zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych wypełnionych czytelnie należy składać w terminie do dnia 28.02.2014r. do godziny 10.00 w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.</p> |
| 8. Termin rozpatrzenia ofert | <p>Otwarcie i rozpatrzenie ofert nastąpi na Posiedzeniu Komisji, którego termin i miejsce ustali Przewodniczący Komisji.</p> |
| 9. Sposób informowania o wynikach konkursu | <p>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.</p> <p>2. Informacja o wyborze realizatora programu będzie podana 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 o udzielenie zamówienia na realizację „ Programu profilaktyki próchnicy i higieny jamy ustnej dla dzieci i młodzieży z ternu Gminy Grębocice na 2014 r.” na okres od dnia podpisania umowy do dnia 12.12.2014r.</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> <p>3. Warunkiem przyjęcia oferty konkursowej do finansowania jest spełnienie poniższych kryteriów: zasoby materialne i kadrowe oferenta zapewniające prawidłową 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 będą :</p> <p>1) dostępność do świadczeń w ramach programu.</p> <p>2) posiadany przez oferenta sprzęt medyczny</p> |

| | |
|--|--|
| | niezbędny do wykonywania świadczeń (procedur medycznych), 3) kwalifikacje i doświadczenie kadry medycznej przewidzianej do realizacji programu, 4) cenę jednostkową świadczeń (procedur medycznych), |
|--|--|

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 30/2014.

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 5 lutego 2014 r.

**FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI
PROGRAMU:**

CZĘŚĆ II.

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 pt.:
„Program profilaktyki próchnicy**

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 (odnieć 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 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 :

.....
.....
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:

Koordynator 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

Szczegółowa kalkulacja kosztów.

- wartość jednostkowego badania stomatologicznego w zł. -
- wartość lakowania zęba w zł. -
- szacunkowa ilość beneficjentów biorących udział w programie -

- a. Koszty jednostkowe -
- b. Koszt całkowity realizacji programu -
- 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:

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 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 pieczętę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert;

Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr 30/2014
Wójta Gminy Grębocice
z dnia 5 lutego 2014 r.

Projekt

UMOWA NRRO.OZ.2014

Zawarta dnia2014r. 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:

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

§ 1. 1. **REALIZATOR** zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice „Programu profilaktyki próchnicy i higieny jamy ustnej dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2014r.” za kwotę, która nie przekroczy zł. brutto. słownie:(..... zł. /0100brutto)

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

1. **REALIZATOR** jest zobowiązany do podania, do wiadomości publicznej w mediach lokalnych informacji o planowanej 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.

§ 2. **REALIZATOR** będzie realizował program, o których mowa § 1 w okresie od

.....2014 r. do.....2014r.

§ 3. 1. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy zostanie objętychdzieci.

2. Określenie populacji dzieci uprawnionych do świadczeń zdrowotnych i zasady organizacji programu 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 wypłacana w ratach, przelewem na konto **REALIZATORA**, w okresie 14 dni od daty przedłożenia rachunku.

2. Wysokość każdej raty zależała będzie od ilości świadczeń medycznych wykonanych na rzecz uczestników programu.

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

4. Sprawozdanie powinno zawierać:

- a) ilość osób objętych programem,
- b) adres,
- c) PESEL lub rok urodzenia,
- d) rodzaj wykonywanej usługi,
- e) data wykonywanej usługi,
- f) inne dane na żądanie Zamawiającego,

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 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 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 nrRO.OZ.....2014

z dnia 2014r.

ARKUSZ EWALUACYJNY PROGRAMU - OCENA MERYTORYCZNA

„Programu profilaktyki próchnicy i higieny jamy ustnej dla dzieci z terenu Gminy Grębocice na 2014 r.”

- 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 stopień 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 osób i udzielonych świadczeń w ramach programu:

1.

| Rodzaj udzielonych świadczeń | Liczba uczestników |
|------------------------------|--------------------|
| | |
| | |
| 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*),

(*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