

U M O W A Nr

**o zlecenie wykonania realizacji Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat
w Gminie Zbąszynek realizowanego w 2018 r.**

zawarta w Zbąszynku w dniur. pomiędzy Gminą Zbąszynek reprezentowaną przez **Burmistrza Zbąszynka mgr inż. Wiesława Czyczerskiego przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Anety Nawracała** zwanym dalej „Zamawiającym”

a, NIP: reprezentowana przez zwanym dalej „Wykonawcą”
o następującej treści:

Zamawiający na podstawie art. 48b ust. 4 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.) oraz w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert zleca, a Wykonawca przyjmuje do realizacji program zdrowotny w zakresie określonym w § 1.

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest realizacja „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020” w Gminie Zbąszynek realizowanego w 2018 r., w tym:

- a) objęcie działaniami edukacyjnymi związanymi z profilaktyką próchnicy zębów rodziców/ opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w Programie – wszyscy rodzice klas V oraz dzieci – jedno spotkanie ze stomatologiem;
 - b) spotkanie - wykład stomatologa – Realizatora Programu z nauczycielami, wychowawcami oraz pielęgniarkami szkolnymi, dotyczące promocji i profilaktyki próchnicy zębów tj. m.in.: propagowanie prawidłowych nawyków żywieniowych, ograniczenia spożywania słodczy, wysoko słodzonych napojów - realizacja działań na lekcjach wychowawczych raz na miesiąc.
 - c) uzyskanie pisemnych imiennych oświadczeń rodzica/opiekuna prawnego o wyrażeniu zgody na uczestnictwo dziecka w programie – zał. Nr 1 oraz wypełnienie przez niego ankiety (wywiadu medycznego) - zał. Nr 2;
 - d) założenie dla każdej osoby zgłaszającej się na badanie profilaktyczne Karta badania stomatologicznego - zał. Nr 3 i wykonanie profilaktycznego badania stomatologicznego z ustaleniem zaleceń;
 - e) przekazanie informacji dla rodzica (opiekuna prawnego) o stanie zębów i ewentualnych wskazaniach do leczenia - według wzoru stanowiącego zał. Nr 3a;
 - f) wykonywanie świadczeń profilaktyczno - leczniczych, w tym:
 - badania stomatologiczne 92 uczniów z określeniem stanu jamy ustnej i potrzeb leczniczych,
 - przeprowadzenie rozmowy motywującej dziecko i rodziców/opiekunów prawnych do przestrzegania zaleceń higienicznych i dietetycznych, odbiór wypełnionych ankiet,
 - pokrycie 92 uczniom bruzd dwóch zębów „siódemek” lakiem szczelinowym. Faktyczna ilość uczniów może ulec zmianie z przyczyn niezależnych od zamawiającego;
 - g) wypełnienia po realizacji świadczenia ankiety przez rodzica/opiekuna satysfakcji pacjenta - według wzoru stanowiącego zał. Nr 3b);
 - h) dostarczenie sprawozdania z realizacji programu zawierającego opis działań podjętych w ramach programu zdrowotnego, informację o liczbie i rodzaju udzielanych świadczeń oraz wnioski z realizacji programu, którego wzór stanowi zał. Nr 4;
2. Harmonogram realizacji zadania ustalony przez Wykonawcę zostanie dostarczony Zamawiającemu w ciągu 14 dni od dnia podpisania umowy.

3. Jednostkowy - koszt całkowity lakowania jednej osoby (2 zęby) wynosi zł brutto. Koszt dwóch spotkań edukacyjno-informacyjnych wynosi zł brutto.
4. Wykonawca realizując program zobowiązuje się do zamieszczania w materiałach informacyjno-promocyjnych, publikacjach, mediach informacji o treści „ *Program zdrowotny finansowany ze środków budżetowych Gminy Zbąszynek i dofinansowany z LOW NFZ w Zielonej Górze*”.
5. Wykonawca zobowiązuje się do realizacji przedmiotu umowy z zachowaniem praw pacjenta należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej oraz zapewni:
 - 1) personel posiadający kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy,
 - 2) sprzęt medyczny i urządzenia niezbędne do zrealizowania umowy, spełniające normy określone przepisami prawa.

§ 2. Z tytułu realizacji niniejszej umowy łączne wynagrodzenie przysługujące Wykonawcy stanowi iloczyn jednostkowego kosztu lakowania oraz dwóch spotkań edukacyjnych określonego w § 1 ust.1 oraz ilości faktycznie przeprowadzonych lakowań, nie więcej jednak niż zł (słownie: złotych 00/100) brutto.

§ 3. 1. Rozliczenie i wypłata wynagrodzenia określonego w umowie nastąpi po wykonaniu zadania.

2. Zamawiający dopuszcza możliwość częściowego rozliczenia finansowego umowy w trakcie jej trwania, w trzech ratach, pod warunkiem przedłożenia zaakceptowanego przez zleceniodawcę pisemnego sprawozdania merytorycznego z wykonanej części zadania wraz z rachunkiem. Przepisy ust. 3-8 stosuje się odpowiednio.
3. Podstawę wypłaty wynagrodzenia stanowić będzie faktura wystawiona przez Wykonawcę, do której dołączone będzie sprawozdanie merytoryczne z wykonania zadania.
4. Sprawozdanie po każdej dawce wykonanego szczepienia w formie papierowej i elektronicznej powinno zawierać listę osób, u których przeprowadzono szczepienia zawierającą imię i nazwisko, numer PESEL oraz adres zamieszkania.
5. Fakturę oraz końcowe sprawozdanie merytoryczne z realizacji programu z uwzględnieniem przede wszystkim wskaźników zawartych w § 1.ust.1 lit. g Wykonawca, przekazuje Zamawiającemu w terminie 7 dni od zakończenia wykonania zadania.
6. Wynagrodzenie Wykonawcy zostanie przekazane przelewem na konto wskazane w fakturze w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury wraz ze sprawozdaniem merytorycznym.
7. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniu merytorycznym Zamawiający zwróci je Wykonawcy wyznaczając termin ich usunięcia i jednocześnie wstrzyma do tego terminu wypłatę wynagrodzenia.
8. Na wniosek Zamawiającego Wykonawca zobowiązuje się udzielić wszelkich dodatkowych informacji i przedłożyć wszystkie dokumenty niezbędne do rozliczenia kosztów realizacji przedmiotu umowy.

§ 4. 1. Wykonawca zobowiązuje się do poddania kontroli realizacji zadania przez upoważnionych pracowników Zamawiającego w trakcie jego wykonywania lub po zakończeniu, w szczególności w zakresie oceny jakości realizacji przedmiotu umowy, sposobu i rodzaju prowadzonej dokumentacji związanej z merytorycznym rozliczeniem umowy oraz stanu wykonania umowy.

2. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w realizacji niniejszej umowy Wykonawca zobowiązany jest do ich usunięcia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego, a w razie rażących uchybień lub niezastosowania się do zaleceń, Zamawiający może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia.

§ 5.1. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

- 1) nieterminowego oraz nienależytego wykonywania umowy, w szczególności zmniejszenia zakresu realizowanego zadania;
- 2) nieprzedłożenia przez Zleceniobiorcę sprawozdania z wykonania zadania w terminie i na zasadach określonych w niniejszej umowie;
- 3) odmowy poddania się przez Zleceniobiorcę kontroli albo niedoprowadzenia przez Zleceniodawcę w terminie określonym do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

§ 6.1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 20% kwoty wskazanej w § 2, za odstąpienie od umowy przez Zamawiającego lub Wykonawcę z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.

2. Strony zastrzegają sobie prawo do odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody .

§ 7.1. Wykonawca oświadcza, iż posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w całym okresie trwania umowy. Kopia obowiązującej polisy oc potwierdzona przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem stanowi załącznik do umowy.

2. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją zamówienia odpowiedzialność ponosi Wykonawca.

§ 8. Zmiana postanowień umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron, w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 9. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają:

- a) ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 2017 r. poz. 459),
- b) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.)
- c) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 poz. 1638 ze zm.).

§ 10. Wszelkie spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla Zamawiającego.

§ 11. Umowę zawiera się na okres od dnia podpisania do dnia 30 listopada 2018 r.

§ 12. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla Zamawiającego i jeden dla Wykonawcy.

ZAMAWIAJĄCY

WYKONAWCA

....., dnia

ZGODA NA UDZIAŁ OSOBY NIELETNIEJ

w „ Programie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lata na lata 2018 – 2020
”
wyrażona przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka

Ja,
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego dziecka)

zam.
(adres zamieszkania)

Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego dziecka.....

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w „ Programie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020, obejmującego m.in.: działania edukacyjne, wykonanie u mojego dziecka badania stanu zdrowia jamy ustnej oraz profilaktycznego lakowania pierwszych dwóch zębów bocznych stałych siódmych wolnych od próchnicy przez lekarza stomatologa,

.....PESEL.....
(imię i nazwisko dziecka)

Moje dziecko uczęszcza do
(nazwa i adres szkoły)

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego dziecka
.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych oraz ich przetwarzanie na potrzeby realizacji programu polityki zdrowotnej „Programie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lata na lata 2018 – 2020”, którego organem założycielskim jest Gmina Zbąszynek”.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawiania oraz możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

.....
(imię i nazwisko oraz podpis
rodzica/opiekuna prawnego uczestnika programu)

ANKIETA (WYWIAD MEDYCZNY)

Szanowni Państwo, uprzejmie prosimy o wypełnienie wstępnej ankiety związanej z realizacją programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy prowadzonego przez Gminę Zbąszynek, w którym uczestniczy Państwa dziecko. Uzyskane informacje posłużą do przygotowania dalszych działań związanych z promocją zdrowia jamy ustnej.

Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020

Nazwisko i imię dziecka:

(Proszę zakreślić właściwą odpowiedź X)

1. Czy dziecko było kiedykolwiek badane przez lekarza dentystę?

- tak
 nie (przejdź do pytania nr 4)

2. Kiedy dziecko było ostatni raz u lekarza dentysty?

- w ciągu ostatnich 6 m-cy
 w ciągu ostatnich 12 m-c
 powyżej 12 m-cy

3. Jak często dziecko chodzi na wizyty do lekarza dentysty?

- częściej niż raz na pół roku
 raz na pół roku
 rzadziej niż raz na pół roku

4. Jak często dziecko myje zęby?

- 3 i więcej razy dziennie
 1-2 razy dziennie
 rzadziej niż raz dziennie
 nie myje zębów

5. Czy dziecko stosuje pastę do zębów zawierającą fluor?

- tak
 nie

6. Czy przed przeczytaniem ulotki informacyjnej wiedział Pan/Pani jaka powinna być zawartość fluoru w paście do zębów stosowanej u dzieci:

tak nie

7. Czy stara się Pan/Pani wyjaśnić dziecku, że regularne mycie zębów pomaga utrzymać zdrowe zęby i dziąsła?

tak nie

8. Czy dziecko stosuje produkty do higieny jamy ustnej, takie jak:

- nić dentystyczna? - płukanki?

tak tak

nie nie

9. Czy dziecko podczas mycia zębów czyści język?

tak nie

10. Jak często dziecko spożywa słodkie przekąski i słodzone napoje (np. Coca Cola)?

nie spożywa kilka razy w tygodniu

rzadziej niż raz w tygodniu codziennie

Jak oceniają Państwo dostępność usług stomatologicznych?

.....

Ankieta wstępna dla Uczestnika Programu

Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020
I rok - 2018 r. II rok – 2019, III rok - 2020

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, wstawiając znak „X” w kratce obok odpowiedzi.

1. Jak często myjesz zęby w ciągu dnia?

- po każdym posiłku trzy razy dziennie dwa razy dziennie raz dziennie
 nie myję zębów (przejdź do pytania nr 7)

2. Jak długo myjesz zęby?

- poniżej 1 minuty 1-2 minuty 3 minuty lub dłużej

3. Czy czyścisz także język?

- tak, zawsze tak, czasem nie

4. Czy stosujesz produkty do higieny jamy ustnej, takie jak:

- nici dentystyczne

- tak, zawsze tak, czasem nie

- płyn do płukania

- tak, zawsze tak, czasem nie

5. Jak często wymieniasz szczoteczkę do zębów?

- co 3 miesiące lub częściej co pół roku raz w roku
 dopiero jak się zniszczy (włosie mocno się ugnie) nie wymieniam

6. Czy wymieniasz szczoteczkę po przebytej chorobie, np. grypie, przeziębieniu, infekcji jamy ustnej?

- tak nie

7. Jak często jesz słodkie i pijesz słodkie napoje?

- kilka razy dziennie raz dziennie kilka razy w tygodniu rzadziej

8. Jak często jesz owoce i warzywa?

- pięć razy dziennie, na każdy posiłek przynajmniej trzy razy dziennie raz w ciągu dnia
 raz na 2-3 dni rzadziej

9. Jak często chodzisz na wizyty do lekarza dentysty?

- częściej niż raz na pół roku raz na pół roku raz na rok
 rzadziej niż raz na rok nigdy nie byłem/am (przejdź do pytania nr 11)

10. Kiedy idziesz do lekarza dentysty?

- regularnie na kontrolę jeżeli zauważę dziurę w zębie gdy boli mnie ząb

11. Czy boisz się wizyty u lekarza dentysty?

- tak nie

12. Skąd wiesz jak prawidłowo dbać o higienę jamy ustnej?

- od rodziców od lekarza dentysty ze szkoły z internetu z telewizji
 inne źródła (jakie?)

.....
(miejsowość, data) (podpis i pieczęć lekarza)

.....
Pieczęć świadczeniodawcy

KARTA BADANIA STOMATOLOGICZNEGO UCZESTNIKA
Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lata na lata 2018 – 2020

Nr

Nazwisko i imię dziecka:

Data urodzenia:

Stan higieny jamy ustnej:

dobry zły

Wada zgryzu

Nie ma jest krótki opis

Stan uzębienia i potrzeby lecznicze

				V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
Stan	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Potrzeby																
Stan																
Potrzeby																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
				V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			

Stan uzębienia mlecznego:	Stan uzębienia stałego:
A - zdrowy ząb mleczny	0 - zdrowy ząb stały
B - ubytek próchnicowy	1 - ubytek próchnicowy
C - wypełnienie	2 - próchnica wtórna
D - próchnica wtórna	3 - wypełnienie
E - ząb usunięty	4 - ząb usunięty
T - uraz	5 - uszczelnienie bruzd
	6 - uraz
	7 - ząb niewyrznięty

Potrzeby lecznicze :

0 - brak potrzeb leczniczych
1 - aplikacja lakieru fluorkowego
2 - uszczelnienie bruzd
3 - wypełnienie na 1 powierzchni
4 - wypełnienie na 2 lub więcej powierzchniach
5 - leczenie endodontyczne
6 - ekstrakcja
7 - inne

puw =

PUW =

INFORMACJA DLA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA

Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lata na lata 2018 – 2020

Zalecany sposób dalszego postępowania (leczenia)

1. Dbanie o higienę jamy ustnej oraz racjonalne odżywianie.
2. Wskazane jest leczenie następujących zębów:

mlecznych:.....

stałych:.....

3. Wskazane jest usunięcie następujących zębów:

mlecznych:.....

stałych:.....

4. Wskazana jest konsultacja ortodontyczna:

TAK NIE

5. Wskazana jest intensywna profilaktyka fluorkowa:

2 x w roku 4 x w roku

6. Kolejna wizyta kontrolna powinna zostać zrealizowana:

.....

7. Inne zalecenia:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data) (podpis i pieczęć lekarza)

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020

I rok - 2018 r. II rok – 2019, III rok - 2020

Szanowni Państwo,

uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety ewaluacyjnej realizacji programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy prowadzonego przez Gminę Zbąszynek, w którym uczestniczyło Państwa dziecko. Uzyskane informacje posłużą do oceny efektywności Programu i weryfikacji jego celowości. Ankieta jest anonimowa, nie wymaga podawania imienia i nazwiska.

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź wstawiając znak „X” w kratce obok odpowiedzi.

LP.	Jak ocenia Pan/i:	Bardzo dobrze	Dobrze	Dostatecznie	Źle
1	Sprawność rejestracji pacjenta				
2	Dotrzymanie terminu przyjęcia				
3	Uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania przez lekarza				
4	Zrozumiałość przekazanych przez lekarza informacji dotyczących stanu uzębienia dziecka i ewentualnych wskazań do leczenia				
5	Zrozumiałość przekazanych przez lekarza informacji dotyczących prawidłowej higieny jamy ustnej				
6	Inne uwagi:				

- Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę w zakresie poniższych zagadnień (w skali ocen od 1 do 5, gdzie 5 to najwyższa ocena)?
 - Zapobiegania powstawania próchnicy i chorób dziąseł u dzieci?
 - Zachęcania dzieci do dbania o zęby poprzez ich codzienne mycie i wizyty u dentysty?
 - Czynników wpływających na rozwój próchnicy u dzieci?
- Czy uważa Pan/Pani, że uczestnictwo w Programie było korzystne dla zdrowia Pana/Pani dziecka?

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE
<input type="checkbox"/> NIE WIEM	
- Czy uczestnictwo w programie zwiększyło Pana/Pani wiedzę w zakresie profilaktyki stomatologicznej?

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> RACZEJ TAK
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> RACZEJ NIE
<input type="checkbox"/> NIE WIEM	
- Czy uzyskana przez Pana/Panią wiedza będzie wykorzystywana w dalszej opiece nad dzieckiem?

<input type="checkbox"/> NIEZBĘDNA	<input type="checkbox"/> PRZYDATNA
<input type="checkbox"/> MAŁO PRZYDATNA	<input type="checkbox"/> NIEPOTRZEBNA
- Jak ocenia Pan/Pani zaangażowanie personelu medycznego realizującego program?

<input type="checkbox"/> DOBRZE	<input type="checkbox"/> RACZEJ DOBRZE
<input type="checkbox"/> ŹLE	<input type="checkbox"/> RACZEJ ŹLE
<input type="checkbox"/> NIE WIEM	

.....
Pieczęć świadczeniodawcy (miejscowość, data)

FORMULARZ SPRAWOZDANIA ROCZNEGO ZA.....ROK

Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020

I. Informacje ogólne

1. Czy świadczenia zdrowotne były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Zbąszynek, a Realizatorem Programu?

TAK NIE

2. Świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie?

TAK NIE

II. Informacje o programie

1. Okres realizacji świadczeń:

--

2. Zrealizowane działania informacyjne (załączyć zaświadczenie o zrealizowanych działaniach) :

--

3. Wyniki realizacji programu:

1. Liczba dzieci w wieku 11-12 lat, u których przeprowadzono profilaktyczne badanie jamy ustnej	
3. Liczba dzieci, u których wykonano zabieg profilaktycznego lakowania zębów	
4. Liczba dzieci skierowanych na dalsze leczenie stomatologiczne/ortodontyczne	

4. Analiza wyników uzyskanych informacji zawartych w ankietach:*

--

5. Wnioski z przeprowadzonej ankiety:*

--

6. Wnioski z przeprowadzonego badania stomatologicznego dzieci, w tym określenie odsetka dzieci z próchnicą na początku realizacji Programu: *

--

7. Wnioski z rocznej realizacji Programu:

--

III. Roczne rozliczenie finansowe Programu:

Koszty realizacji Programu zgodnie z zawartą umową:	
Kwota wydatkowana na realizację Programu:	

IV. Załączniki (np. materiały informacyjno-edukacyjne wykorzystywane w Programie).

1.zaświadczenie ze spotkania informacyjno-edukacyjnego

2.

3.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania
Realizatora programu)

* pkt.4, pkt. 5 i pkt 6 należy wypełnić wyłącznie przy pierwszym sprawozdaniu rocznym

UWAGA: W przypadku braku miejsca w rubrykach można dołączyć do formularza oddzielne kartki.