

OR.271.1.2024

## ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY

### WÓJT GMINY DUBENINKI

Ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”

#### Zamawiający:

Gmina Dubeninki

Ul. Dębowa 27

19-504 Dubeninki

Tel. (87) 615 81 37

e-mail: [sekretariat@dubeninki.pl](mailto:sekretariat@dubeninki.pl)

<https://bip.dubeninki.pl>

### OGŁOSZENIE

Działając na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jedn.: Dz.U. 2023 poz. 40 z późn. zm.), art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), art. 14 i 15 ustawy z dnia 11 września 2011 r. o zdrowiu publicznym (tekst jedn.: Dz.U. 2022 poz. 1608) oraz art. art. 70<sup>1</sup>-70<sup>4</sup> ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz.U. Dz.U. 2022 poz. 1360 z późn. zm.).

**1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora zadania w zakresie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026, zwanego dalej „Programem” zgodnie z warunkami szczegółowymi konkursu wraz z udzieleniem finansowania na jego realizację.**

1) Organizatorem konkursu jest Wójt Gminy Dubeninki.

2) Realizacja Programu odbędzie się na terenie Gminy Dubeninki.

3) Udział w konkursie mogą brać podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.).

4) Czas realizacji zadania: od daty zawarcia umowy do **15.11.2024 r.**

5) Wykaz zadań, zasady ich realizacji oraz wymagania stawiane realizatorom zadania określają szczegółowe warunki konkursu, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia

6) Oferty należy składać w Urzędzie Gminy Dubeninki, ul. Dębowa 27, 19-504 Dubeninki. Oferenci są zobowiązani do ponumerowania każdej strony oferty oraz wymaganych załączników. Oferta musi być złożona w zamkniętej kopercie, opatrzonej pieczętką oferenta oraz napisem „Otwarcie kopert tylko w obecności komisji konkursowej”.

7) Termin składania ofert upływa w dn. **22.01.2024 r. o godz. 11.00**

8) Spodziewany termin i miejsce otwarcia kopert z ofertami w ramach postępowania konkursowego: **22.01.2024 r. godz. 11.15** Urząd Gminy Dubeninki, z siedzibą ul. Dębowa 27, 19-504 Dubeninki.

9) Spodziewany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert: **24.01.2024r.**

10) W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.

## **2. Oferta na realizację zadania powinna zawierać:**

- 1) Formularz ofertowy, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia wraz z dołączonymi poświadczonymi przez oferenta za zgodność z oryginałem kopiami dokumentów:
  - a) wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
  - b) wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej określający aktualny stan prawny i faktyczny
  - c) polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych ważna w okresie wykonywania umowy bądź zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy.
- 2) Formularz kalkulacji cenowej, stanowiący załącznik 3 do niniejszego ogłoszenia
- 3) Oświadczenia, stanowiące załącznik 4 do niniejszego ogłoszenia, dotyczące:
  - a) zapoznania się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i opisem Programu
  - b) liczby i kwalifikacji zawodowych udzielających świadczeń określonych w załączniku nr 1 w ramach zadania objętego konkursem
  - c) spełnienia wszystkich wymagań zawartych w szczegółowych warunkach konkursu
  - d) zgodności danych zawartych w formularzu ofertowym ze stanem faktycznym i prawnym
  - e) podpisania umów o współpracę z ewentualnymi podwykonawcami Programu
  - f) posiadania niezbędnej wiedzy i doświadczenia do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponowania potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu
  - g) potwierdzenia faktu, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, Oferent nie będzie wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia

## **3. Oferent zobowiązany jest przedstawić opis sposobu realizacji zadania zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu z podaniem:**

- a) miejsca i czasu przeprowadzenia poszczególnych działań w ramach realizacji Programu (dane teleadresowe oraz dni i godziny udzielania świadczeń),
- b) planowany harmonogram poszczególnych etapów realizacji Programu

## **4. Oferty nie spełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Dopuszcza się oferty zawierające drobne uchybienia formalne pod warunkiem i uzupełnienia w terminie do następnego dnia po powiadomieniu o niekompletności oferty.**

## **5. Złożone w Konkursie oferty kierowane są pod obrady Komisji Konkursowej. Komisja Konkursowa po dokonaniu oceny ofert zgodnie z przytoczonymi niżej kryteriami wybierze najlepszą ofertę, w tym realizatora Programu.**

## **6. Kryteria wyboru Oferty:**

### **Cena całkowita brutto (pod warunkiem realizacji zadania na terenie Gminy Dubeninki) – 100%**

Sposób dokonywania oceny według kryterium:

- a) za kryterium można maksymalnie uzyskać 100 punktów,
- b) ilość punktów przyznanych ofercie = najniższa cena jednostkowa brutto ze wszystkich ważnych ofert/cena jednostkowa brutto badanej oferty x 100 pkt ,
- c) Oferta, która uzyska największą liczbę punktów, zostanie uznana za ofertę najkorzystniejszą.
- d) Jeżeli w postępowaniu o udzielenie zamówienia, w którym jedynym kryterium oceny ofert jest cena, nie można dokonać wyboru najkorzystniejszej oferty ze względu na to, że zostały złożone oferty o takiej samej cenie, Zamawiający wzywa Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych zawierających nową cenę.

7. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji na stronie internetowej Urzędu Gminy Dubeninki, w Biuletynie Informacji Publicznej (<https://bip.dubeninki.pl/>) i pisemne powiadomienie Oferentów.

8. Wójt Gminy Dubeninki zastrzega sobie prawo bez podania przyczyny do zmiany warunków konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu oraz zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.

9. W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości założonych przez nich ofert.

10. Wójt Gminy Dubeninki ma prawo do wyboru jednej oferty na realizację całego zadania z udziałem podwykonawców.

11. Złożenie oferty na realizację zadania, która zostanie uznana za spełniającą kryteria nie gwarantuje przyznania środków finansowych w wysokości, o którą występuje podmiot.

12. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia wyników postępowania konkursowego Oferentom przysługuje prawo do złożenia do organizatora konkursu umotywowanego protestu, który Komisja Konkursowa rozpatruje w terminie 7 dni od daty jego złożenia. W przypadku składania protestu za pośrednictwem poczty, o jego przyjęciu do rozpatrzenia decyduje data wpływu do Urzędu Gminy Dubeninki.

13. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

14. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zawartej pomiędzy Gminą Dubeninki, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem.

15. Do postępowania konkursowego stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 11 września 2011 r. o zdrowiu publicznym (tekst jedn.: Dz.U. 2022 poz. 1608).

16. W zakresie nieuregulowanych w ustawach, o których mowa w ust. 15, do trybu przeprowadzania konkursu ofert i zawarcia umów na realizację Programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

17. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji zadania, w tym również szkody wyrządzone przez podwykonawców.


18. Maksymalna wysokość środków finansowych przeznaczonych ze strony Urzędu Gminy Dubeninki na realizację całego zadania nie może przekroczyć kwoty 30 250,00 zł brutto (słownie trzydzieści tysięcy dwieście pięćdziesiąt złotych zero groszy brutto).

20. Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami oraz do udzielania szczegółowych informacji w przedmiocie postępowania konkursowego jest Anna Zyborowicz, tel.:87 615-81-37 e-mail: [a.zyborowicz@dubeninki.pl](mailto:a.zyborowicz@dubeninki.pl)

Załączniki:

- 1) Zał. nr 1 Szczegółowe warunki konkursu
- 2) Zał. nr 2 Formularz ofertowy
- 3) Zał. nr 3 Formularz kalkulacji cenowej
- 4) Zał. nr 4 Oświadczenia oferenta
- 7) Zał. nr 5 Wzór umowy

pełniący funkcję  
Wójta Gminy Dubeninki

  
Barbara Woźniak

### **Szczegółowe warunki konkursu**

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”

1. Nazwa zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026” świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu będą stanowiły uzupełnienie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych na terenie Gminy Dubeninki i będą finansowane z budżetu Gminy Dubeninki oraz współfinansowane przez Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Cel zadania: Celem głównym programu jest uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu boreliozy, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród co najmniej 60%\* uczestników programu.
3. Realizator: Podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.), prowadzący działalność na terenie Gminy Dubeninki oraz spełniający warunki określone w ogłoszeniu o konkursie.
4. Realizator zadania zatrudnia, na zasadzie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, wykwalifikowany personel realizujący działania zaplanowane w Programie.
5. Dopuszcza się realizację zadania z udziałem podwykonawców, lecz realizator zadania również musi brać czynny udział w wykonywaniu zadań określonych w pkt. 8 zał. 1 Szczegółowe warunki konkursu. Organizator konkursu ma prawo zażądać wglądu w umowy o współpracy z podwykonawcami przed rozpoczęciem zadania.
6. Miejsce realizacji zadania: Gmina Dubeninki, w tym: infrastruktura pozostająca w dyspozycji Wykonawcy lub Podwykonawców. Realizator Zadania dysponuje odpowiednimi zasobami kadrowymi oraz rzeczowymi, które są niezbędne do jego realizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Zaplanowane działania będą realizowane w miejscu/miejscach wskazanym/-ch przez realizatora z podaniem dostępności do zaplanowanych działań i interwencji tj. danych teleadresowych oraz dni i godzin miejsca ich realizacji.
7. Adresaci zadania: ok. 100 dorosłych mieszkańców gminy Dubeninki, należących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę, zgodnie z załączonym opisem Programu
8. Zakres zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”:
  - 1). przeprowadzenie następujących interwencji w Programie:
    - a. Szkolenie dla personelu medycznego skierowanego przez Realizatora do udzielania świadczeń zdrowotnych uczestnikom Programu, w formie dostosowanej do potrzeb personelu medycznego (zgodnie z punktem III.3.1 Programu)
    - b. Działania informacyjno-edukacyjne (zgodnie z punktem III.3.2 Programu), w tym:
      - opracowanie, druk oraz rozpowszechnienie na terenie Gminy ulotek i plakatów informacyjnych,

- umieszczenie informacji o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania na stronie internetowej Wykonawcy oraz w miejscu udzielania świadczeń w ramach Programu,
- poinformowanie lokalnych mediów o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania,
- c. Lekarskie wizyty diagnostyczno-terapeutyczne (zgodnie z punktem III.3.3 Programu)
- d. Wizyty kontrolne (zgodnie z punktem III.3.4 Programu)

2) Prowadzenie sprawozdawczości ewaluacyjnej z realizacji Programu, w tym wymaganej przez NFZ w związku z dofinansowaniem Programu, w formie pisemnej oraz elektronicznej edytowalnej, w tym zbieranie, opracowywanie, przetwarzanie i analiza danych, w tym danych wrażliwych i ochrony danych osobowych oraz pozostawanie administratorem tych danych na podstawie 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 na potrzeby Programu, zgodnie z zapisami wynikającymi z Umowy.

9. Czas realizacji zadania: od dnia zawarcia umowy do dnia **15.11.2024r.**

10. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji zadania, w tym również szkody wyrządzone przez podwykonawców.

### Formularz Ofertowy – Informacje o ofercie

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....  
.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....  
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

.....

b) numer fax.

.....

b) adres e-mail:

.....

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru – imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

.....

5. Nr NIP Oferenta:

.....

6. Nr REGON Oferenta:

.....

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

.....

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

.....

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

12. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę (jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert)

.....

.....

.....

13. Miejsce udzielania świadczeń w ramach realizacji II etapu Programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach Programu)

Nazwa	Adres	tel. kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania

14. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do udzielania świadczeń w ramach realizacji Programu:

Lp.	Imię i nazwisko	Niezbędne kwalifikacje/kompetencje do realizacji Programu	Forma współpracy z oferentem	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu (zakres obowiązków)
1				
2				
3				
4				

15. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych, planowanych do wykorzystania w celu realizacji Programu

.....

16. Harmonogram realizacji Programu z podziałem na kwartały.

Lp.	Rok	Kwartał	Rodzaj działań w ramach realizacji Programu
1	2024	I	
2		II	
3		III	
4		IV	

17. Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy)

.....

18. Planowane działania informacyjne:

.....

.....

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:**

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby/osób  
upoważnionych do reprezentacji oferenta)



### FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia w 2024 r.- program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

2. Kalkulacja kosztów zadania:

Lp	Rodzaj kosztu	Liczba osób/działań	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
1	Szkolenie dla personelu medycznego	--	--	
2	Akcja informacyjno-edukacyjna	--	--	
3	Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	100		
4	Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG oraz test potwierdzający techniką Western blot)	25		
5	Lekarska wizyta kontrolna	25		
<b>Łączny koszt brutto (suma z poz. 1-5)</b>				

**Łączny koszt brutto:** ..... zł (słownie .....)

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji oferenta)

## OŚWIADCZENIE OFERETNA

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i opisem Programu
2. Potwierdzam liczbę i kwalifikacje zawodowe osób uprawnionych do udzielania świadczeń określonych w załączniku nr 2 w ramach zadania objętego konkursem
3. Spełniam wszystkich wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu
4. Dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym
5. Podpisane zostały wstępne umowy o współpracy z ewentualnymi podwykonawcami Programu
6. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu
7. Potwierdzam fakt, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, nie będę wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia
8. Potwierdzam, że nie stwierdzono w stosunku do mnie niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych
9. Nie jestem karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe
10. Jestem jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym
11. Kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis  
osoby/osób upoważnionych do reprezentacji oferenta)

### Wzór umowy

o przekazanie środków na realizację zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”

pomiędzy:

**Gminą Dubeninki z siedzibą w Dubeninkach przy ul. Dębowej 27.**  
NIP ....., REGON ....., zwanym w dalszej treści umowy  
**Zamawiającym,**  
reprezentowanym przez: **Wójta Gminy Dubeninki – .....**

**a**

..... prowadzącym działalność gospodarczą pod  
nazwą ..... z siedzibą .....,  
NIP ....., REGON ..... zwanym dalej **Wykonawcą.**

Podstawa prawna: art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jedn.: Dz.U. 2023 poz. 40 z późn. zm.), art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), art. 14 i 15 ustawy z dnia 11 września 2011 r. o zdrowiu publicznym (tekst jedn.: Dz.U. 2022 poz. 1608) oraz art. 70<sup>1</sup>-70<sup>4</sup> ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1360 z późn. zm.).

### § 1

1. Przedmiotem umowy jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026” z udziałem ok. 100 dorosłych mieszkańców gminy Dubeninki, należących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę, zgodnie z załączonym opisem Programu.
2. Za dzień rozpoczęcia realizacji zadania publicznego uważa się datę podpisania umowy, a zakończenia dzień 15.11.2024r.
3. Zadanie realizowane będzie zgodnie z załączoną ofertą stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszej umowy oraz obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi udzielania świadczeń zdrowotnych.

### § 2

Koordynatorem zadania jest Gmina Dubeninki z siedzibą ul. Dębowa 27, 19-504 Dubeninki.

### § 3

1. W ramach zadania publicznego, o którym mowa w § 1 Wykonawca zgodnie z załączonym opisem programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026” oraz ofertą stanowiącą Załącznik nr 1 do umowy zobowiązany jest do:
  - 1) przeprowadzenia następujących interwencji w Programie:
    - a. Szkolenie dla personelu medycznego w formie dostosowanej do potrzeb personelu medycznego (zgodnie z punktem III.3.1 Programu)
    - b. Działania informacyjno-edukacyjne (zgodnie z punktem III.3.2 Programu), w tym:

- opracowanie, druk oraz rozpowszechnienie na terenie Gminy ulotek i plakatów informacyjnych,
  - umieszczenie informacji o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania na stronie internetowej Wykonawcy oraz w miejscu udzielania świadczeń w ramach Programu,
  - poinformowanie lokalnych mediów o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania,
- c. Lekarskie wizyty diagnostyczno-terapeutyczne (zgodnie z punktem III.3.3 Programu)
- d. Wizyty kontrolne (zgodnie z punktem III.3.4 Programu)
- 2) Prowadzenia sprawozdawczości ewaluacyjnej z realizacji Programu, w tym wymaganej przez NFZ w związku z dofinansowaniem Programu, w formie pisemnej oraz elektronicznej edytowalnej, w tym zbieranie, opracowywanie, przetwarzanie i analiza danych, w tym danych wrażliwych i ochrony danych osobowych oraz pozostawanie administratorem tych danych na podstawie 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 na potrzeby Programu poprzez:
- a. przekazanie Zamawiającemu sprawozdań okresowych wg załącznika 3 niniejszej umowy w terminach do dnia: 15.06.2024r., 15.11.2024.
  - b. przekazanie Zamawiającemu sprawozdania końcowego wg załącznika 3 niniejszej umowy w terminie do dnia 15.11.2024r.
  - c. przedłożenia sprawozdań merytoryczno-finansowych z wykonania zadania wg zał. 4 niniejszej umowy w terminach do dnia 30.06.2024r., 30.11.2024.
  - d. zawarcie umowy o przekazanie danych, na podstawie której przekaże Zamawiającemu dane osobowe osób, którym udzielone zostały świadczenia w ramach PPZ, do celów sprawozdawczych.
- 3) wykonania przedmiotu umowy przy pomocy wykwalifikowanej kadry posiadającej niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania zadania zgodnie z § 3 umowy w odpowiednich warunkach lokalowych z wyposażeniem w sprzęt niezbędny do realizacji zadania publicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 4) kreowania pozytywnego wizerunku Zamawiającego w sposób uzgodniony z Zamawiającym, w tym:
- a. informowania, że zadanie jest współfinansowane ze środków Zamawiającego w formie „Program finansowany jest ze środków Gminy Dubeninki oraz środków Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia”. Informacja na ten temat powinna znaleźć się we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania;
  - b. umieszczania logo Zamawiającego na wszelkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizowanego zadania oraz zakupionych rzeczach, o ile wielkość i przeznaczenie tego uniemożliwia, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność;
  - c. Logo oraz treść wymaganych informacji Zamawiający przekazuje Wykonawcy. Wszystkie elementy przekazów promocyjnych Zamawiający dostarczy Wykonawcy na nośniku elektronicznym CD lub pocztą elektroniczną, w uzgodnionym terminie, umożliwiającym oznakowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych
  - d. wszystkie materiały reklamowe wyprodukowane przez Wykonawcę po podpisaniu niniejszej umowy, oznakowane przekazem informacyjnym Zamawiającego oraz realizacja działań promocyjno-informacyjnych, wymagają akceptacji wyznaczonych pracowników Urzędu Gminy Dubeninki.
2. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją zadania.
3. W zakresie związanym z realizacją zadania, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Wykonawca jako administrator danych odbiera stosowne oświadczenia osób, których dane te dotyczą, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781).

#### § 4

1. Realizacja programu, w tym świadczeń, o których mowa w § 3 pkt. 1 ppkt. 1 umowy przeprowadzona będzie przez wykwalifikowany personel, wskazany poniżej:

Lp.	Imię i nazwisko	Niezbędne kwalifikacje do realizacji Programu	Forma współpracy z wykonawcą	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu
1				
2				
3				
4				

2. Świadczenia, o których mowa w § 3 pkt. 1 ppkt. 1 umowy udzielane będą w poniższej/yh placówkach:

Nazwa	Adres	Tel. Kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania

#### § 5

1. Zamawiający zobowiązuje się do przekazania na realizację zadania publicznego środków finansowych w wysokości maksymalnej ..... zł brutto (słownie zł brutto: .....).

2. Wynagrodzenie za wykonanie zadania zostanie przekazane na rachunek bankowy ..... nr ..... w 2 transzach w wysokości kwoty brutto wynikającej z przedłożonego rachunku lub faktury VAT zgodnej ze sprawozdaniem merytoryczno-finansowym stanowiącym zał. 4 do niniejszej umowy przedstawionym przez Wykonawcę w terminach wskazanych w § 3 pkt. 2 lit c. niniejszej umowy, obejmującym faktycznie poniesiony koszt wykonanych świadczeń zdrowotnych wskazanych w kosztorysie wg zał. 2 do niniejszej umowy. Wynagrodzenie zostanie przekazane na ww. rachunek bankowy w terminie 21 dni od daty złożenia sprawozdania merytoryczno-finansowego.

3. Wykonawca zobowiązany jest do przedłożenia sprawozdania wymaganego przez Narodowy Fundusz Zdrowia do dn. 30.11.2024r.

4. Wykonawca zobowiązany jest do umieszczenia numeru umowy i nazwy zadania w treści rachunku lub faktury VAT.

5. Wykonawca na swój koszt i ryzyko dokona zakupu materiałów medycznych wykorzystanych w ramach realizacji Programu. W przypadku niewykorzystania całości lub części zakupionych materiałów medycznych, Wykonawca nie może domagać się od Zamawiającego zwrotu kosztów ich zakupu.

6. Podstawą do przyjęcia rozliczenia przez Zamawiającego jest wykonanie świadczeń zdrowotnych. Wykonawcy nie przysługuje wynagrodzenie, jeśli nie wykonał usługi.

#### § 6

1. Zamawiający ma prawo żądać, aby Wykonawca w wyznaczonym terminie przedstawił dodatkowe informacje i wyjaśnienia do przedkładanego sprawozdania okresowego lub końcowego.

2. W przypadku nieprzedłożenia sprawozdania i wyjaśnień, Zamawiający wzywa pisemnie Wykonawcę do ich złożenia.

3. Zamawiający jest zobowiązany do pisemnego zaakceptowania przedłożonego przez Wykonawcę prawidłowo sporządzonego sprawozdania końcowego, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt. 3 umowy.

#### § 7

1. Wykonawca zobowiązany jest do poddania się kontroli w zakresie realizowanego

zadania, o którym mowa w § 1 umowy, przeprowadzonej przez Zamawiającego lub przez inny podmiot na zlecenie Zamawiającego, w uzgodnionym przez obie strony terminie lub w przypadku braku uzgodnień w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

3. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są na piśmie.

4. Zamawiający udzieli odpowiedzi Wykonawcy w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Wykonawcę wyjaśnień

#### **§ 8**

1. Wykonawca przenosi na Zamawiającego całość autorskich praw majątkowych do materiałów informacyjnych, opracowanych w ramach realizacji zadania wskazanego w § 3 ust. 1 pkt 1a niniejszej umowy, uprawniających do nieograniczonego w czasie korzystania i rozporządzania ww. materiałami w kraju i zagranicą, na wszystkich polach eksploatacji znanych w dniu zawarcia umowy, w szczególności obejmujących:

a) utrwalanie, kopiowanie, zwielokrotnianie, wprowadzanie do pamięci komputerów i serwerów sieci komputerowych, utrwalanie w całości lub w części poprzez wytwarzanie egzemplarzy jakkolwiek techniką drukarską, zapisu magnetycznego, wszelkimi technikami graficznymi oraz techniką cyfrową;

b) wystawianie na publiczną prezentację (na ekranie), w tym podczas seminariów i konferencji;

c) wykorzystywanie w materiałach wydawniczych oraz we wszelkiego rodzaju mediach audiowizualnych i komputerowych;

d) rozpowszechnianie poprzez publiczne wystawianie, a także publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć dostęp w czasie i miejscu przez siebie wybranym, a w szczególności przez wprowadzanie do pamięci komputera i umieszczanie w sieci internetowej.

#### **§ 9**

1. Strony zastrzegają wzajemne prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

2. W przypadku rozwiązania umowy Wykonawcy przysługuje kwota za prawidłowo i faktycznie zrealizowaną usługę do czasu rozwiązania umowy.

3. W przypadku realizacji zadania w sposób niezgodny z warunkami niniejszej umowy, Zamawiający może wypowiedzieć umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia.

#### **§ 10**

1. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

a. nieterminowego lub nienależytego wykonania umowy, w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania, stwierdzonego na podstawie wyników kontroli oraz oceny realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych

b. jeżeli Wykonawca odmówi poddania się kontroli, bądź w terminie podanym przez Zamawiającego nie doprowadzi do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości

2. Wykonawca zobowiązuje się do rozliczenia umowy w terminie 7 dni od dnia wypowiedzenia umowy przez Zamawiającego.

3. W przypadku rozwiązania umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zapłaci na rzecz Zamawiającego karę umowną w wysokości 10% wartości umowy, o której mowa w § 5 ust. 1 umowy.

4. Zamawiający ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego w sytuacji, gdy wysokość kary umownej będzie niższa niż wysokość poniesionej szkody.

#### **§ 11**

1. Wykonanie umowy nastąpi z chwilą zaakceptowania przez Zamawiającego sprawozdania końcowego, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 6 umowy.

2. Uznanie wykonania umowy może również nastąpić po kontroli realizacji zadania w formie protokołu pokontrolnego bez uwag.

#### **§ 12**

W przypadkach nieuregulowanych niniejszą umową, zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

#### **§ 13**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy pod rygorem nieważności wymagają formy pisemnej w formie aneksu.

#### **§ 14**

Spory mogące wyniknąć przy realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

#### **§ 15**

Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, z których 2 egzemplarze otrzymuje Zamawiający a 1 egzemplarz Wykonawca.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1. Oferta do konkursu na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”
2. Załącznik nr 2. Kosztorys realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”
3. Załącznik nr 3. Sprawozdanie ewaluacyjne okresowe/końcowe z realizacji umowy (wzór)
4. Załącznik nr 4. Sprawozdanie merytoryczno-finansowe z realizacji umowy (wzór)
5. Załącznik nr 5. Opis programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”

**Oferta do konkursu na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia -  
program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie  
Dubeninki na lata 2024-2026”**

**Formularz Ofertowy – Informacje o ofercie**

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....  
.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....  
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

.....

b) numer fax.

.....

b) adres e-mail:

.....

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru – imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

.....

5. Nr NIP Oferenta:

.....

6. Nr REGON Oferenta:

.....

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

.....



9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

.....

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

12. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę (jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert)

.....

.....

.....

13. Miejsce udzielania świadczeń w ramach realizacji II etapu Programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach Programu)

Nazwa	Adres	tel. kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania

14. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do udzielania świadczeń w ramach realizacji Programu:

Lp.	Imię i nazwisko	Niezbędne kwalifikacje/kompetencje do realizacji Programu	Forma współpracy z oferentem	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu (zakres obowiązków)
1				
2				
3				
4				

15. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych, planowanych do wykorzystania w celu realizacji Programu

.....

16. Harmonogram realizacji Programu z podziałem na kwartały.

Lp.	Rok	Kwartał	Rodzaj działań w ramach realizacji Programu
1	2024	I	
2		II	
3		III	
4		IV	
5	2025	I	
6		II	
7		III	
8		IV	
9	2026	I	
10		II	
11		III	
12		IV	

17. Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy)

.....

18. Planowane działania informacyjne:

.....

.....

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:**

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby/osób  
upoważnionych do reprezentacji oferenta)

**Kosztorys realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”**

Lp	Rodzaj kosztu	Liczba osób/działań	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
1	Szkolenie dla personelu medycznego	--	--	
2	Akcja informacyjno-edukacyjna	--	--	
3	Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	100		
4	Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG oraz test potwierdzający techniką Western blot)	25		
5	Lekarska wizyta kontrolna	25		
<b>Łączny koszt brutto (suma z poz. 1-5)</b>				

**Koszt całkowity brutto:** ..... zł (słownie .....)

.....

(data)

.....

(pieczętka i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji oferenta)

**Sprawozdanie ewaluacyjne okresowe/końcowe realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”**

**I. Dane Realizatora**

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

**II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji**

<b>Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjno-edukacyjnej</b>	
<b>Monitoring</b>	
Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne	
Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	
Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym	
Liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej	
Liczba osób poddanych badaniom serologicznym w kierunku boreliozy z Lyme, w tym:	
- liczba osób, u których przeprowadzono test ELISA, w tym:	
- liczba wyników dodatnich	
- liczba wyników ujemnych	
- liczba wyników niejednoznacznych	
- liczba osób, u których przeprowadzono Western blot, w tym:	
- liczba wyników dodatnich	
- liczba wyników ujemnych	
- liczba wyników niejednoznacznych	
Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów	
Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału	
Wyniki ankiety satysfakcji*	
<b>Ewaluacja</b>	
Liczba i odsetek osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy na temat boreliozy z Lyme	
Liczba i odsetek świadczeniobiorców, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy	

na temat boreliozy z Lyme	
Liczba i odsetek uczestników Programu (personel medyczny i świadczeniobiorcy), u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy na temat boreliozy z Lyme	
Odsetek osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy podczas wizyty diagnostyczno-terapeutycznej	
Odsetek osób z pozytywnym wynikiem badania serologicznego w kierunku boreliozy z Lyme	
Odsetek osób, które otrzymały leczenie w związku ze stwierdzoną boreliozą z Lyme	

\* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
 (pieczęć i podpis osoby  
 działającej w imieniu sprawozdawcy)  
 sprawozdawcy)

**Sprawozdanie merytoryczno-finansowe z realizacji programu polityki  
zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata  
2024-2026”**

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....  
.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....  
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

.....

b) numer fax.

.....

b) adres e-mail:

.....

4. Okres realizacji zadania: od ..... do .....

5. Opis działań podjętych w ramach realizacji zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w gminie Dubeninki na lata 2024-2026”:

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

6. Cele realizowanych działań:

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

7. Koszty realizowanych działań

Lp	Rodzaj kosztu	Liczba osób/działań	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
1	Szkolenie dla personelu medycznego	--	--	
2	Akcja informacyjno-edukacyjna	--	--	
3	Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna			
4	Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG oraz test potwierdzający techniką Western blot)			
5	Lekarska wizyta kontrolna			
<b>Łączny koszt brutto (suma z poz. 1-5)</b>				

8. Zestawienie świadczeń zrealizowanych w ramach programu wraz z wykazem świadczeniobiorców (dotyczy świadczeń wskazanych w § 3 pkt. 1 ppkt. 1 lit. c i d)

Dane identyfikujące świadczeniobiorcę					Nazwa udzielonego świadczenia
Lp.	Nr PESEL pacjenta lub seria i numer dowodu osobistego lub paszportu - w przypadku osób, które mają nadanego numeru PESEL	Imię	Nazwisko	Data udzielenia świadczenia dz-m-rr	
1	2	3	4	5	6

9. Efekty realizowanych działań:

.....

.....

.....

.....

.....

10. Uwagi dotyczące realizacji Programu

.....

.....

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
 (pieczęć i podpis osoby  
 działającej w imieniu sprawozdawcy)  
 sprawozdawcy)

## 1. Opis problemu zdrowotnego

Borelioza z Lyme to choroba odzwierzęca występująca endemicznie w krajach klimatu umiarkowanego półkuli północnej. Wzrastająca corocznie liczba zachorowań na boreliozę, w obliczu braku metod profilaktyki swoistej (szczepienia) sprawia, że choroba stanowi coraz poważniejszy problem natury medycznej i społecznej. Mimo dużego zagrożenia atakami kleszczy oraz dostępu do wielu publikacji, zarówno naukowych jak i popularnonaukowych, wiedza na temat występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal znikoma w polskim społeczeństwie. Należy zatem zwiększać dostęp do diagnostyki boreliozy, co jest postępowaniem społecznie oczekiwanym i przełoży się na wzrost wykrywalności choroby w populacji docelowej. Realizacja opisanych w projekcie interwencji będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń już istniejących i w konsekwencji poprawi bezpieczeństwo zdrowotne populacji gminy w perspektywie długofalowej.

Oczekuje się, że zapewnienie mieszkańcom z grup szczególnego ryzyka bezpłatnych badań diagnostycznych w kierunku boreliozy pozwoli na zwiększenie wykrywalności zakażeń oraz wdrożenie procesu terapeutycznego na wczesnym etapie choroby, w przypadku wyników pozytywnych. Edukacja zdrowotna kierowana w ramach programu do mieszkańców gminy pozwoli na zwiększenie ich świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, czynników ryzyka zakażenia bakterią *Borrelia burgdorferi* oraz korzyści wynikających z wczesnego wykrywania boreliozy. Oczekuje się, iż wszystkie podejmowane w programie interwencje przełożą się w perspektywie długookresowej na ograniczenie liczby zakażeń *Borrelia burgdorferi* oraz odległych następstw wynikających z zakażenia w populacji gminy.

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Dubeninki, należących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę (osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy, osoby wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy). Należy podkreślić, że województwo warmińsko-mazurskie jest terenem wysoce endemicznym dla chorób przenoszonych przez kleszcze, w związku z czym



wszyscy mieszkańcy gminy należą do grupy o zwiększonym ryzyku zachorowania na boreliozę. Gminę zamieszkuje około 2,17 tys. osób dorosłych. Ze względu na ograniczone możliwości budżetowe zdecydowano się objąć świadczeniami zdrowotnymi w Programie około 300 mieszkańców (po ok. 100 osób w każdym roku trwania programu).

**Cel główny:**

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu boreliozy, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród co najmniej 60%\* uczestników programu.

**Cele szczegółowe:**

- 1) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród co najmniej 60%\* personelu medycznego w zakresie w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia boreliozy.
- 2) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród co najmniej 60%\* świadczeniobiorców w zakresie w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia boreliozą.

**Szczegółowe informacje można uzyskać pod adresem:**

[https://bip.dubeninki.pl/akty/58/2388/w\\_sprawie\\_przyjecia\\_programu\\_polityki\\_zdrowo\\_tnej\\_pn\\_\\_3A\\_\\_E2\\_80\\_9EProgram\\_profilaktyki\\_boreliozy\\_w\\_gminie\\_Dubeninki\\_na\\_l\\_ata\\_2024-2026\\_E2\\_80\\_9D\\_0D\\_0A/](https://bip.dubeninki.pl/akty/58/2388/w_sprawie_przyjecia_programu_polityki_zdrowo_tnej_pn__3A__E2_80_9EProgram_profilaktyki_boreliozy_w_gminie_Dubeninki_na_l_ata_2024-2026_E2_80_9D_0D_0A/)