

## ОПИСАНИЕ ПРЕДМЕТА НА ПОРЪЧКАТА

### 1. ПРЕДМЕТ НА ПОРЪЧКАТА:

Избор на изпълнител за организиране, обучение и реализиране поставянето на силанти на първите постоянни молари на деца от 5- до 9-годишна възраст по Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в България съгласно техническата спецификация – приложение №2.

### 2. СРОК НА ДОГОВОРА

Срок за изпълнение на обществената поръчка – до 01.12.2011 г.

### 3. МЯСТО ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКАТА

Място на изпълнение на поръчката е на територията на всички 28 области в страната.

### 4. НАЧИН НА ОБРАЗУВАНЕ НА ПРЕДЛАГАНАТА ЦЕНА

4.1. Всеки участник следва да предложи цена за силанизиране на един зъб.

Предложената цена следва да включва всички разходи на участника за организиране, обучение и реализиране поставянето на силанти на първите постоянни молари на деца от 5- до 9-годишна възраст по Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в България.

4.2. Общата цена на поръчката не може да надхвърля 1 310 000 лв. (един милион триста и десет хиляди лева).

### 5. НАЧИН НА ПЛАЩАНЕ

Заплащането на предоставените услуги по договора се извършва по един от следните начини:

#### 5.1.

- 30% от сумата авансово, в 10-дневен срок от сключване на договора.

- 70% след изпълнение предмета на договора, в срок до 60 дни след представяне на следните документи:

- декларации за информирано съгласие за извършване на силанизирането от родител/настойник за всяко дете;
- присъствени листове, удостоверяващи участието в проведеното обучение на лицата, избрани за извършване на силанизирането;
- списък на всички деца, на които е извършено силанизиране по области и населени места, с приложени амбулаторни листове (Приложение № 1.1);
- отчет за изразходваните материали и консумативи;
- отчет за извършен контрол на поне 1% от децата, на които е извършено силанизиране, избрани на случаен принцип;
- обобщен доклад за извършената дейност.

или

**5.2.** След изпълнение предмета на договора, в срок до 60 дни след представяне на следните документи:

- декларации за информирано съгласие за извършване на силанизирането от родител/настойник за всяко дете;
- присъствени листове, удостоверяващи участието в проведеното обучение на лицата, избрани за извършване на силанизирането;
- списък на всички деца, на които е извършено силанизиране по области и населени места, с приложени амбулаторни листове (Приложение № 1.1);
- отчет за изразходваните материали и консумативи;
- отчет за извършен контрол на поне 1% от децата, на които е извършено силанизиране, избрани на случаен принцип;
- обобщен доклад за извършената дейност.

## **6. КВАЛИФИКАЦИОННИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЕКИПА, ОРГАНИЗИРАЩ СИЛАНИЗИРАНЕТО И ЛИЦАТА, ИЗБРАНИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА СИЛАНИЗИРАНЕТО**

**6.1.** До участие се допускат екипи, представлявани от ръководител и минимум 6 лекари по дентална медицина, които организират силанизирането.

В екипа задължително се включват:

- ✓ ръководител на екипа;
- ✓ двама хабилитирани преподаватели в областта на детската дентална медицина;
- ✓ минимум двама лекари със специалност по детска дентална медицина;
- ✓ лекари по дентална медицина.

• Ръководителят на екипа следва да отговаря на следните условия:

- ✓ да е лекар по дентална медицина;
- ✓ да притежава специалност или магистърска степен по здравен мениджмънт;
- ✓ да има минимум 10 г. трудов стаж, от които поне 3 г. да е заемал длъжност като ръководител на лечебно заведение;
- ✓ да е член на Български зъболекарски съюз.

• Хабилитираните преподаватели в областта на детската дентална медицина следва да отговарят на следните условия:

- ✓ да са лекари по дентална медицина;
- ✓ да притежават специалност по детска дентална медицина;
- ✓ да имат минимум 5 г. стаж по специалността детска дентална медицина след придобиване на специалността;
- ✓ към момента на подаване на документите да преподават във Факултет по дентална медицина;
- ✓ да са членове на Български зъболекарски съюз.

• Лекарите със специалност по детска дентална медицина следва да отговарят на следните условия:

- ✓ да са лекари по дентална медицина;
- ✓ да притежават специалност по детска дентална медицина;
- ✓ да имат минимум 3 г. стаж по специалността детска дентална медицина след придобиване на специалността;
- ✓ да са членове на Български зъболекарски съюз.

- Всеки от останалите участници в екипа следва да отговаря на следните условия:
- ✓ да е лекар по дентална медицина;
- ✓ към момента на подаване на документите да работи като лекар по дентална медицина;
- ✓ да е член на Български зъболекарски съюз.

**6.2.** Лицата, избрани за извършване на силанизирането следва да отговарят на следните условия:

- ✓ да са лекари по дентална медицина;
- ✓ към момента на подаване на документите да работят като лекари по дентална медицина;
- ✓ да са членове на Български зъболекарски съюз.

**6.3.** Минималният брой лица, избрани за извършване на силанизирането е 120, като се осигуряват минимум по трима представители във всяка област.

## **7. ДРУГИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ УЧАСТНИЦИТЕ В ЕКИПА И ЛИЦАТА, ИЗБРАНИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА СИЛАНИЗИРАНЕТО**

- Изразено съгласие от участниците в екипа за включването им в него с декларация по образец – Приложение №13 .
- Изразено съгласие от лицата, избрани за извършване на силанизирането, за участие в дейността по силанизиране, както и за това, че разполагат с кабинет, в който да извършват дейността по силанизирането с декларация по образец – Приложение №12.
- При изготвяне и реализиране на поръчката участниците да се съобразяват с разпоредбите на Закона за здравето, Закона за лечебните заведения и подзаконовите нормативни актове.

Замяната на лице, избрано за извършване на силанизирането, както и включването на нови лица става само след писмено заявление до възложителя, който в едномесечен срок одобрява извършването на промяната. Възложителят отказва извършването на промяната, ако лицето не отговаря на изискванията по т. 6.2.

Допуска се в списъка на лицата, избрани за извършване на силанизирането да бъдат включени резервни членове, които да могат да заместват титулярите, когато това е необходимо.

Резервните членове, както и допълнително включените в списъка нови лица, трябва да отговарят на изискванията, приложими към титулярите.

В случай, че в списъка се посочат такива резервни членове или нови лица е необходимо за тях да бъдат представени всички документи, които се изискват за титулярните членове.

Ръководителят на екипа не може да бъде сменян.

## **8. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ, КОИТО СЕ ПРЕДСТАВЯТ ОТ УЧАСТНИЦИТЕ**

### **8.1. Необходими документи за участниците:**

- За ръководителя на екипа:
- ✓ Копие на диплома за лекар по дентална медицина;
- ✓ Копие на диплома за придобита специалност или магистърска степен по здравен мениджмънт;
- ✓ Документ, удостоверяващ общия трудов стаж и трудовия стаж като ръководител на лечебно заведение (копие от трудова и/или осигурителна книжка);
- ✓ Удостоверение за регистрация в БЗС, удостоверяващо актуално членство за 2011 г.

- За хабилитираните преподаватели в областта на детската дентална медицина:
  - ✓ Копие на диплома за лекар по дентална медицина;
  - ✓ Копие на диплома за придобита специалност по детска дентална медицина;
  - ✓ Документ, удостоверяващ трудовия стаж след придобиване на специалност по детска дентална медицина (копие от трудова и/или осигурителна книжка);
  - ✓ Служебна бележка от факултет по дентална медицина;
  - ✓ Удостоверение за регистрация в БЗС, удостоверяващо актуално членство за 2011 г.
- За лекарите със специалност по детска дентална медицина:
  - ✓ Копие на диплома за лекар по дентална медицина;
  - ✓ Копие на диплома за придобита специалност по детска дентална медицина;
  - ✓ Документ, удостоверяващ трудовия стаж след придобиване на специалност по детска дентална медицина (копие от трудова и/или осигурителна книжка);
  - ✓ Удостоверение за регистрация в БЗС, удостоверяващо актуално членство за 2011 г.
- За останалите участници в поръчката:
  - ✓ Копие на диплома за лекар по дентална медицина;
  - ✓ Служебна бележка от лечебното заведение, в което работи като лекар по дентална медицина;
  - ✓ Удостоверение за регистрация в БЗС, удостоверяващо актуално членство за 2011 г.
- За лицата, избрани за извършване на силанизирането:
  - ✓ Удостоверение за регистрация в БЗС, удостоверяващо актуално членство за 2011 г.;
  - ✓ Декларация, че са съгласни да участват в извършване на силанизирането и че разполагат с кабинет за извършване на дейност по дентална медицина, в който да бъде извършено силанизирането.

#### **8.2. Необходими документи за участие в процедурата:**

- ✓ Списък на лицата, избрани за извършване на силанизирането в 28-те области;
- ✓ Програма за обучение;
- ✓ Разпределение на материалите и консумативите по области;
- ✓ План за информирание на родителите;
- ✓ Времеви график за сроковете за провеждане на обучението, разпределението и предоставянето на материалите и консумативите и извършването на силанизирането по области;
- ✓ Описание на начина на извършване и отчитане на контрола.

# АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ

<p><b>Пациент</b></p> <p>..... име, презиме и фамилия по лична карта</p> <p>дата на раждане <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Адрес: Област .....</p> <p>гр. (с.) .....</p> <p>ул. .... № .....</p> <p>ж.к. .... бл. .... вх. .... ет. .... ап. ....</p>	<p><b>Лекар по дентална медицина</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>регистрационен номер на лечебното заведение</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ЛПК на лекаря по дентална медицина</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>име и фамилия на лекаря по дентална медицина</p>
---	---

Дата	Код зъб		Извършена дейност
			Силанизиране

Пациент (родител/ настойник) .....

..... (подпис)

Лекар по дентална медицина .....

(подпис и личен печат)