

ZARZĄDZENIE NR 95/20
WÓJTA GMINY ŻARY

z dnia 29 grudnia 2020 r.

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora Programu polityki zdrowotnej
w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Żary w wieku powyżej 65r.ż**

Na podstawie art.48, art.48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z zm.), w związku z uchwałą Rady Gminy Żary nr IX/121/19 z dnia 11 lipca 2019 w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz uchwałą Rady Gminy Żary nr X/130/19 z dnia 29 sierpnia 2019r. zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, zarządza się, co następuje:

§ 1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora p.n.: „**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Żary w wieku powyżej 65r.ż**” stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia.

§ 2. Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żarach.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Wójt Gminy

Leszek Mrozek

WÓJT GMINY ŻARY Działając na podstawie art.48b ust.1, ust.2 oraz ust 3. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z zm.), uchwały Rady Gminy Żary nr IX/121/19 z dnia 11 lipca 2019 w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz uchwały Rady Gminy Żary nr X/130/19 z dnia 29 sierpnia 2019r. zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej; **OGŁASZA KONKURS OFERT NA REALIZACJĘ ZADANIA PN.: ” KONKURS OFERT NA WYBÓR REALIZATORA P.N.: „PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE REHABILITACJI LECZNICZEJ DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY W WIEKU POWYŻEJ 65R.Ż.”**

1. PRZEDMIOT KONKURSU OFERT: Przedmiotem konkursu ofert wybór podmiotu , który zorganizuje i przeprowadzi w 2021 program polityki zdrowotnej pn: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Żary w wieku powyżej 65r.ż.” stanowiący załącznik do wyżej wymienionej uchwały Rady Gminy . Świadczenia rehabilitacyjne w ramach programu prowadzone będą w warunkach ambulatoryjnych.

2. ADRESACI KONKURSU: Konkurs adresowany jest do **podmiotów leczniczych** w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z zm.), zwanych dalej „ oferentami” spełniających następujące wymagania: ·dysponują specjalistyczną kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielenia wskazanych w poniższym katalogu świadczeń rehabilitacyjnych, zgodnie z wymogami określonymi w przepisach prawa(osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarki) ·dysponują lokalem, w którym świadczone będą usługi w zakresie rehabilitacji leczniczej położonym na terenie miasta Żary spełniającym warunki określone w przepisach prawa. ·dysponują specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną, do wykonywania zawartych w poniższym katalogu świadczeń zgodnym z wymaganiami określonymi w przepisach prawa , posiadającym aktualne przeglądy techniczne. · posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu. ·posiadają aktualną polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności leczniczej podmiotów wykonujących działalność leczniczą. ·Zapewnią mieszkańcom Gminy Żary dostępność do świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej tj. świadczenia mają się odbywać w dni powszednie od poniedziałku do piątku według harmonogramu zaproponowanego przez realizatora.

3. BENEFICJENCI ŚWIADCZEŃ: Beneficjentami świadczeń będą osoby spełniające kryteria **kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej**.3.1. Kryteria włączenia: ·zameldowanie na terenie gminy Żary, ·wiek powyżej 65 r.ż., ·posiadanie karty seniora gminy Żary, ·rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego, ·skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty, określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych; 3.2. Kryteria wyłączenia: ·korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych w ramach Programu w poprzednim roku jego realizacji (oświadczenie uczestnika), ·korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS, lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika). 3.3 Rehabilitacja będzie prowadzona według kolejności zgłoszeń do wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację tego zadania. Planujemy objąć działaniem ok. 100 osób

4. WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW PUBLICZNYCH przeznaczonych na realizację zadania:

1. Na realizację zadania przeznaczona jest w roku 2021 kwota w wysokości **53 000 zł brutto** (słownie: pięćdziesiąt trzy tysiące złotych 00/100) z tego 51 000 tysięcy brutto na zaplanowany plan rehabilitacyjny i 2 000zł na działania edukacyjne.

2. Rehabilitacja będzie prowadzona według kolejności zgłoszeń do wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację tego zadania.

3. Wójt Gminy Żary zastrzega sobie prawo do nierozdysponowania wszystkich środków przewidzianych w ogłoszeniu o konkursie.

5. TERMIN REALIZACJI ZADANIA:

1. Rozpoczęcie realizacji programu nastąpi w terminie od dnia podpisania umowy.

2. Zakończenie realizacji programu nastąpi do 15 grudnia 2021

6. **PRZEDMIOTOWY ZAKRES REALIZACJI KONKURSU:** Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

- 1) Indywidualny plan rehabilitacyjny określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty,(nie będą honorowane skierowania tzw. „prywatne” obejmujący zabiegi wskazane w tabeli I;
- 2) Działania edukacyjne, obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej: ·procedury przeprowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę, ·obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych, ·o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem). Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Rodzaj interwencji - Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
A. Kinezyterapia	
indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.	25
ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	8
pionizacja	8
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	6
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem (w tym m.in. izometryczne, izotoniczne i izokinetyczne) - minimum 15 minut	6
ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut	6
nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	8
wyciągi	7
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	5
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę)	1
B. Masaże	
masaż klasyczny - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	10
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	12
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	6
masaż podwodny - hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi)	10
hydromasaż podwodny miejscowy	10
hydromasaż podwodny całkowity	15
masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.)	4
C. Elektrolecznictwo	
galwanizacja	4
jonoforeza	5
kąpiel czterokomorowa	10

kąpiel elektryczna – wodna całkowita	14
elektrostymulacja	7
tonoliza	6
prądy diadynamiczne	4
prądy interferencyjne	4
prądy TENS	4
prądy TRAEBERTA	4
prądy KOTZA	4
ultradźwięki miejscowe	6
ultrafonoforeza	7
D. Leczenie polem elektromagnetycznym	
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	6
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	3
E. Światłolecznictwo i termoterapia	
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	3
laseroterapia - skaner	3
laseroterapia punktowa	6
okłady parafinowe	4
F. Hydroterapia	
kąpiel wirowa kończyn	7
inne kąpiele - wirowa w tanku	15
natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczowy, inne natryski	10
G. Krioterapia	
krioterapia - zabieg w kriokomorze	25
krioterapia - miejscowa (pary azotu)	8
H. Balneoterapia	
okłady z borowiny - ogólne	8
okłady z borowiny - miejscowe	6
kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo - siarkowodorowa, w suchym CO2	12
fango	7

* taryfikacja na podstawie załącznika 1m oraz 1n do Zarządzenia Nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

3) Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Otrzymanie świadczeń zdrowotnych będzie możliwe po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w programie wraz z pisemnym oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji programu (wg załącznika nr 1 do projektu umowy). W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w ramach programu. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Dokumentacja medyczna w programie prowadzona będzie w zgodzie z przepisami o ochronie danych osobowych.

4. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- 1) otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- 2) zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 3 do projektu umowy), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
- 3) kończy udział w programie. W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach program pacjent:

- 1) zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,
- 2) zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym. Należy podkreślić, iż dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie pacjenta.

5. Do zadań realizatora zadania należało będzie sporządzanie co miesięcznych rozliczeń wykonanych świadczeń(wg załącznika nr 4 do projektu umowy) stanowiący załącznik do faktur częściowych oraz sporządzenie i złożenie sprawozdań z przeprowadzonych działań w okresach kwartalnych i rocznych(załącznik nr 2 do projektu umowy) .

7. SPOSÓB SKŁADANIA OFERT:7.1. Oferta na realizację zadania powinna zawierać:

- 1) wypełniony **formularz ofertowy, stanowiący załącznik nr 1** do niniejszego ogłoszenia , posiadający :
 - a) opis sposobu realizacji zadania wskazujący dni i godziny , w których będą realizowane świadczenia ;
 - b) określenie warunków lokalowych , wskazanie adresu lokalu na terenie miasta Żary , gdzie będą wykonywane świadczenia ;
 - c) wskazanie wyposażenia w sprzęt medyczny ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji przedmiotu oferty;
 - d) cenę jednostkową brutto za jeden punkt produktu leczniczego;

2) dołączone kopie i dokumentów, tj.:

- a) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art.106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z zm.) zgodnie z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego kiedy został wydany,
- b) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej działalności i sposób reprezentacji, zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany, jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom,
- c) decyzję w sprawie nadania numeru NIP.
- d) zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON,
- e) polisą ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, ważną w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenie w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy; 7.2. Zaoferowana cena jednostkowa brutto za 1 punkt produktu rozliczeniowego nie będzie podlegała zmianom w trakcie realizacji umowy. 7.3. Podpis pod ofertą i załącznikami do oferty składa osoba upoważniona do składania w imieniu oferenta oświadczeń woli, zgodnie z KRS lub zgodnie z innym dokumentem potwierdzającym status prawny podmiotu i umocowanie osób go reprezentujących. 7.4. **W formularzu oferty należy wypełnić wszystkie pola czytelnie. W pola, które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.** 7.5. **Załączniki przedkładane w formie kserokopii muszą być uwierzytelnione przez osobę uprawnioną do złożenia oferty.** 7.6. Ofertę należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim, w sposób czytelny i przejrzysty. 7.7. Oferent winien umieścić ofertę wraz z załącznikami w zaklejonej kopercie, która będzie zaadresowana, opieczetowana pieczęcią firmową oferenta oraz oznaczona „**OTWARTY KONKURS OFERT NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU pn: „PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE REHABILITACJI LECZNICZEJ DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY W WIEKU POWYŻEJ 65 R.Ż.**”7.8. Kompletną ofertę należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia **7 stycznia 2021.** w sekretariacie Urzędu Gminy w Żarach, Aleja Jana Pawła II 6, 68-200 Żary **do godz.: 13:00.** 7.9. W przypadku przesłania oferty drogą pocztową o terminie złożenia oferty decyduje data wpływu do Urzędu Gminy w Żarach. 7.10. Oferta złożona na innym formularzu lub po upływie terminu określonego w niniejszym ogłoszeniu nie zostanie rozpatrzona i podlega odrzuceniu.

8. TERMIN, TRYB I KRYTERIA ROZPATRYWANIA OFERT:

1. Otwarcie ofert nastąpi nie później niż w terminie 7 dni od dnia upływu terminu do składania ofert w siedzibie Urzędu Gminy w Żarach, al. Jana Pawła II 6. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa powołaną przez Wójta Gminy Żary.

2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi nie później niż w terminie 14 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

3. Z wyłonionym w drodze konkursu świadczeniodawcą zostanie zawarta umowa zgodnie z art 48b ustawy z dnia 27 lipca 2014r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z zm.), której wzór stanowi **załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia**.

4. Konkurs na realizację zadania może zostać przeprowadzony w innym terminie w przypadku nie złożenia ofert lub nie rozstrzygnięcia konkursu.

5. Konkurs zostanie rozstrzygnięty także w przypadku, gdy wpłynie tylko jedna oferta.

6. Wójt Gminy Żary ma prawo do odwołania postępowania konkursowego, unieważnienia konkursu, odstąpienia od rozstrzygnięcia konkursu oraz przesunięcia terminu składania i otwarcia ofert bez podania przyczyny.

7. Wójt Gminy Żary zastrzega sobie prawo do wyboru więcej niż jednej oferty zwycięskiej w konkursie w związku z koniecznością zapewnienia optymalnych warunków realizacji zadania objętego przedmiotowym konkursem.

8. Termin związania ofertą ustala się na 30 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert.

9. Wójt Gminy Żary dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu ofert, od którego nie przysługuje odwołanie.

10. Wójt Gminy Żary niezwłocznie zawiadomi oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku.

11. Szczegółowe warunki o przedmiocie konkursu, formularz ofertowy i projekt umowy na realizację **Programu Polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Żary w wieku powyżej 65 r. ż.** dostępne są na stronie internetowej Urzędu Gminy w Żarach (<http://bip.gminazary.pl>, w Biuletynie Informacji Publicznej oraz Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Żarach, pokój 306, tel. 68 470 7320 lub pok. 307 tel. 68 470 7305.

9. TRYB, KRYTERIA I TERMIN WYBORU OFERTY:

1. Czynności związane z przeprowadzeniem konkursu i wyłonieniem świadczeniodawcy wykonuje Komisja Konkursowa, powołana Zarządzeniem Wójta Gminy Żary, działająca zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym ogłoszeniu.

2. Komisja obraduje na posiedzeniu zamkniętym bez udziału oferentów.

3. Pracami Komisji kieruje Przewodniczący Komisji. W przypadku nieobecności Przewodniczącego pracami komisji kieruje sekretarz Komisji.

4. Posiedzenia Komisji są ważne, jeżeli w posiedzeniu uczestniczy co najmniej ½ jej składu osobowego.

5. Komisja może zasięgnąć opinii specjalistów z danej dziedziny medycyny w sprawach dotyczących przedmiotu konkursu.

6. Członek Komisji podlega wyłączeniu z udziału w pracach Komisji, jeżeli pozostaje w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa lub jest związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z oferentem lub członkami organów zarządzających oferenta, oferent lub członkowie organów zarządzających oferenta pozostają wobec członka Komisji w stosunku nadrzędności służbowej, bądź pozostają w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności członka Komisji.

7. Członkowie Komisji podpisują oświadczenie, że nie zachodzi okoliczność wykluczająca ich z udziału w pracach Komisji zgodnie z warunkami, o których mowa w pkt 6.

8. W sytuacji, o której mowa w pkt 6, Wójt Gminy Żary może uzupełnić skład Komisji i powołać do Komisji nowego członka.

9. W ramach swoich prac Komisja:

a) stwierdza liczbę otrzymanych ofert na realizację przedmiotu konkursu,

b) dokonuje otwarcia ofert złożonych w terminie,

c) dokonuje sprawdzenia ofert pod względem spełnienia wymogów formalnych.

10. Komisja odrzuca oferty, złożone po wyznaczonym terminie.

11. Złożone oferty podlegają ocenie formalnej i merytorycznej z odpowiednim zastosowaniem kryteriów zawartych w niniejszym ogłoszeniu.

12. Ocena formalna polega na sprawdzeniu czy:

a) oferta została złożona w terminie określonym w ogłoszeniu,

b) oferta została złożona przez uprawniony podmiot,

c) oferta została złożona na właściwym formularzu,

d) oferta została podpisana przez osoby uprawnione,

e) formularz jest prawidłowo wypełniony,

f) oferta jest zgodna z zakresem zadania ogłoszonym w konkursie,

g) oferta zawiera wymagane załączniki.

13. Oferta spełniająca wymogi formalne zostanie dopuszczona do dalszego etapu postępowania i poddana ocenie merytorycznej.

14. W przypadku wystąpienia braków, o których mowa w pkt 12 i/lub niejasności co do treści oferty lub załączonych do oferty dokumentów, komisja może wezwać oferenta do uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień w wyznaczonym przez siebie terminie.

15. Oferty nie uzupełnione przez Oferenta zgodnie z postanowieniami pkt 14 (złożenie brakujących dokumentów, złożenie wyjaśnień) w wyznaczonym przez Komisję terminie, zostają odrzucone z przyczyn formalnych.

16. Komisja tworzy wykaz ofert spełniających wymogi formalne oraz wykaz ofert, które nie kwalifikują się do konkursu, wraz z podaniem przyczyn.

17. Każda oferta, która spełnia wymogi formalne, może zostać wybrana do realizacji.

18. Komisja konkursowa dokonuje oceny merytorycznej mającej na celu wybór najkorzystniejszych ofert na podstawie następujących kryteriów:

a) cena za 1 punkt;

b) dostępność do świadczeń zdrowotnych,

c) działania profilaktyczne.

19. Ocena merytoryczna dokonywana jest przez komisję konkursową. Ocenę merytoryczną ustala się przez zsumowanie punktów przydzielonych ofercie za poszczególne kryteria w skali od 1 do 5 przez każdego członka komisji. Średnia arytmetyczna punktów otrzymanych od poszczególnych członków komisji konkursowej stanowi ocenę końcową uzyskaną przez oferenta.

20. Komisja przygotowuje propozycję wyboru ofert lub nie wybrania żadnej z ofert.

21. Z przebiegu posiedzeń Komisja sporządza protokół.

22. Protokół, o którym mowa w pkt 21 sporządza sekretarz Komisji i przedkłada do podpisu wszystkim członkom Komisji obecnym na posiedzeniu.

23. Swoje stanowisko Komisja przedstawia w protokole Wójtowi Gminy Żary do zatwierdzenia.

24. W razie, gdy na konkurs ofert zostanie zgłoszona tylko jedna oferta, może zostać wybrana, jeśli spełnia wymagania określone w warunkach konkursu.

25. Wójt Gminy Żary niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku.

26. Komisja Konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

27. Wójt Gminy Żary dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu ofert na podstawie stanowiska Komisji, od którego nie przysługuje odwołanie lub zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert, w tym zamknięcia konkursu z uwagi na brak ofert spełniających wymogi formalne.

28. Po rozstrzygnięciu konkursu z wyłonionym Oferentem/Oferentami Wójt Gminy Żary zawiera umowę na realizację świadczeń gwarantowanych usług z zakresu rehabilitacji leczniczej najpóźniej w terminie 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu.

29. Umowę, o której mowa w ust. 1 zawiera się na czas określony, tj. od podpisania umowy do 15 grudnia 2021 r.

30. W sytuacji nieprzewidzianych niniejszym ogłoszeniem Komisja podejmuje rozstrzygnięcie zwykłą większością głosów.

Załączniki :

1. Formularz ofertowy
2. Projekt umowy

FORMULARZ OFERTOWY

na realizację: „PROGRAMU pn.: „PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE
REHABILITACJI LECZNICZEJ DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY W WIEKU POWYŻEJ
65R.Ż.”

(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)
I. DANE OFERENTA	
Pełna nazwa oferenta	
Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)	
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu)	
Nr NIP oferenta	
Nr REGON oferenta	
Telefon kontaktowy i adres e-mail	
Nazwa banku i numer konta bankowego	
Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację zadania	
Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować zadanie, w tym działania promocyjne	

II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń:		
Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Data od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa)	Posiadane specjalizacje i certyfikaty
1.		
2.		
3.		
III. Informacje o warunkach lokalowych oraz sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń zdrowotnych:		
1. Warunki lokalowe zgodne z przepisami obowiązującymi w tym zakresie		
2. Wyposażenie w sprzęt medyczny (aparatura, sprzęt do realizacji świadczeń) zgodny z przepisami obowiązującymi w tym zakresie		
IV. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:		
1. Miejsce realizacji świadczeń (dokładny adres, nr tel./fax)		
2. Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń		
V. Kalkulacja realizacji zadania:		
1. Cena jednostkowa brutto w zł za 1 punkt produktu rozliczeniowego:	 zł (słownie:.....)
2. Cena jednostkowa działań edukacyjnych prowadzonych przed świadczeniami	zł Słownie:zł

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się i nie wnoszę uwag do ogłoszenia o konkursie ofert oraz projektu umowy;
- 2) spełniam wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie;
- 3) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
- 4) osoby realizujące świadczenia posiadają kwalifikacje wymagane przez Organizatora;
- 5) przez okres realizacji świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do:
 - a) zatrudnienia przy realizacji świadczeń osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,

- b) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonych w odrębnych przepisach,
- c) zabezpieczenia specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej do wykonywania świadczeń zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach prawa, posiadające aktualne przeglądy techniczne potwierdzone w paszportach tych urządzeń.
- d) udzielenia świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
- e) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń – przez cały okres realizacji świadczeń oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
- f) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).
- g) Przestrzegania ustawy z dnia 16 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (DZ.U z 2018r. poz.405)

.....

Miejscowość, data

.....

podpis i pieczęć

przedstawiciela/-li oferenta

upoważnionego/-ych do

reprezentowania oferenta

Do oferty załączono:

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z zm.) zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.

2. Kopię odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowane upoważnienia udzielone tym organom.

3. Polisę bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

4. Decyzję w sprawie nadania numeru NIP.

5. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON. **Kopie dokumentów załączone do oferty muszą być uwierzytelnione przez osobę uprawnioną do złożenia oferty.**

UMOWA Nr/2021

zawarta w dniu w Żarach pomiędzy: Gminą Żary, z siedzibą w Żarach, Al. Jana Pawła II 6; 68-200 Żary - Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Żarach, Al. Jana Pawła II 6; 68-200 Żary reprezentowaną przez: Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żarach -działającej na podstawie pełnomocnictwa Wójta Gminy Żary z dnia 03.01.2011 przy kontrasygnacie Głównego Księgowego -zwaną dalej „Organizatorem”

a
.....
.....
....., wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego, pod numerem: , nr NIP zakładu:, nr REGON: , reprezentowanym przez:

1. -
2. -zwanym dalej „Realizatorem”

§ 1. 1. Organizator powierza a Realizator zobowiązuje się do przeprowadzenia „ Programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Żary w wieku powyżej 65 r.ż. według warunków określonych szczegółowo ofercie złożonej przez Realizatora w dniu stanowiącej integralną część umowy oraz w zakresie i na warunkach określonych w niniejszej umowie.

2. Świadczenia prowadzone będą w..... w(dniach, miesiącach).....w godzinach.....

3. Realizator w ramach przedmiotu umowy, o którym mowa w ust. 1 zobowiązuje się do wykonania następującego katalogu świadczeń/zabiegów wchodzących w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Rodzaj interwencji - Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
A. Kinezyterapia	
indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.	25
ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	8
pionizacja	8
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	6
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem (w tym m.in. izometryczne, izotoniczne i izokinetyczne) - minimum 15 minut	6
ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut	6
nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	8
wyciągi	7
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	5
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę)	1
B. Masaże	
masaż klasyczny - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	10
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	12
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	6
masaż podwodny - hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi)	10
hydromasaż podwodny miejscowy	10
hydromasaż podwodny całkowity	15

masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.)	4
C. Elektrolecznictwo	
galwanizacja	4
jonoforeza	5
kąpiel czterokomorowa	10
kąpiel elektryczna – wodna całkowita	14
elektrostymulacja	7
tonoliza	6
prądy diadynamiczne	4
prądy interferencyjne	4
prądy TENS	4
prądy TRAEBERTA	4
prądy KOTZA	4
ultradźwięki miejscowe	6
ultrafonoforeza	7
D. Leczenie polem elektromagnetycznym	
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	6
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	3
E. Światłolecznictwo i termoterapia	
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	3
laseroterapia - skaner	3
laseroterapia punktowa	6
okłady parafinowe	4
F. Hydroterapia	
kąpiel wirowa kończyn	7
inne kąpiele - wirowa w tanku	15
natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczowy, inne natryski	10
G. Krioterapia	
krioterapia - zabieg w kriokomorze	25
krioterapia - miejscowa (pary azotu)	8
H. Balneoterapia	
okłady z borowiny - ogólne	8
okłady z borowiny - miejscowe	6
kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo - siarkowodorowa, w suchym CO2	12
fango	7

4. Ponadto Realizator zobowiązuje się do:

- 1) Przeprowadzenia działań edukacyjnych, obejmujących 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej
- 2) zarejestrowania pacjenta ze stosownym skierowaniem od lekarza opieki zdrowotnej, tj. lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (nie będą honorowane skierowania tzw. prywatne) oraz dokonanie stosownej adnotacji na skierowaniu „posiadającego kartę seniora 65+ Gminy Żary, zameldowanego na terenie Gminy Żary.
- 2) uzyskania pisemnego zgody na uczestnictwo w programie wraz z pisemnym oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji zadania (wg załącznika nr 1 do projektu umowy)
- 3) **zaplanowania indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu, z zakresie zawartym w powyższym katalogu świadczeń, które zrealizuje cel skierowania na rehabilitację i jest z nim zgodne;**
- 4) wykonania zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich wraz z częścią edukacyjną dostosowaną do beneficjenta świadczeń wymagającego samodzielnego i systematycznego wykonania ćwiczeń;

- 5) informowania beneficjenta świadczeń o dalszych zaleceniach rehabilitacyjnych;
- 6) przeprowadzenia wśród beneficjentów ankiety satysfakcji uczestnika projektu po zabiegach rehabilitacyjnych ,oceniających jakość świadczonych usług (wg załącznika nr 3 do projektu umowy)
- 7) utylizacji zużytych materiałów wykorzystanych przy wykonywaniu świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) prowadzenie w formie papierowej dla indywidualnego beneficjenta rejestru wykonanych w ramach skierowań świadczeń potwierdzonych ich wykonanie podpisem beneficjenta ;
- 9) sporządzenie oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Żary „ (załącznik nr 2 do projektu umowy)
- 10) sporządzanie co miesięcznych rozliczeń wykonanych świadczeń (wg załącznika nr 4 do projektu umowy) stanowiących załącznik do faktur częściowych;
- 11) sporządzenie i złożenie sprawozdań w kwartalnych i rocznych z realizacji programu (załącznik nr 5 do projektu umowy)
- 12) inne ważne czynności niezbędne dla realizacji programu.

§ 2. 1. Umowa zawarta jest na czas określony, tj. od dnia podpisania umowy do 15 grudnia 2021r.

§ 3. Realizator zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej.

§ 4. 1. Realizator oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy. W przypadku, gdy termin obowiązywania polisy, o której mowa wyżej jest krótszy niż termin obowiązywania umowy Realizator przedłuży okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy.

2. Realizator na wezwanie Organizatora zobowiązuje się do udostępnienia/przedstawienia do wglądu polisy, o której mowa w ust. 1. W przypadku jej nie udostępnienia/ przedstawienia Organizator może rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia.

3. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy realizacji przedmiotu niniejszej umowy ponosi wyłącznie Realizator.

§ 5. Realizator zobowiązuje się do :

- 1) sporządzania w terminie do 5 dnia każdego miesiąca miesięcznego rozliczenia wykonywanych świadczeń, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy. Do rozliczenia świadczenia Realizator zobowiązany jest załączyć upoważnienia do przetwarzania danych osobowych. Rozliczenie za miesiąc grudzień zostanie dostarczone w terminie do 18.12.2021r.
- 2) sporządzania i składania na żądanie Organizatora dodatkowych informacji na temat realizowanego zadania.

§ 6. 1. Organizator będący zarazem „Administratorem danych” w trybie art. 28 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych parlamentu europejskiego i rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. zwanego dalej „Rozporządzeniem”, upoważnia Realizatora będącego zarazem „Podmiotem przetwarzającym” do przetwarzania danych na zasadach i w celu określonym w niniejszej umowie danych osobowych osób, o których mowa w §1 ust.1 umowy.

2. Przetwarzanie danych obejmuje dane zwykle w postaci imion, nazwisk, adresy zamieszkania, PESEL osób, o których mowa w ust.1 oraz dane szczególne , o których mowa w §1 ust 4 pkt 1 do 9 umowy.

3. Realizator zobowiązuje się do przetwarzania danych , o których mowa w ust2 wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy.

4. Realizator zobowiązuje się , przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych , do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanym z przetwarzaniem danych osobowych , o których mowa w art.32 Rozporządzenia.

5. Realizator zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z niniejszą umową, Rozporządzeniem oraz innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą oraz dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych.

6. Realizator zobowiązuje się nadania upoważnień do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które będą przetwarzały powierzone dane w celu realizacji niniejszej umowy.

7. Realizator zobowiązuje się zapewnić zachowanie tajemnicy, o której mowa w art.28 ust 3 pkt b Rozporządzenia przetwarzanych danych przez osoby, które upoważnia do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji niniejszej umowy, zarówno w trakcie zatrudnienia ich w Podmiocie przetwarzającym, jak i po jego ustaniu.

8. Organizator nie wyraża zgody na powierzenie danych osobowych, o których mowa w ust.2 podwykonawcy. Realizator oświadcza, że w związku z obowiązkiem do zachowania tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody organizatora w innym celu niż wykonanie umowy, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa lub umowy.

9. Realizator jest upoważniony do przetwarzania danych, o których mowa w ust.2 w okresie określonym w §2 niniejszej umowy.

10. W miarę możliwości Realizator pomaga Organizatorowi w niezbędnym zakresie wywiązać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą oraz wywiązania się z obowiązków określonych w art. 32-36 Rozporządzenia.

11. Realizator po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki – w miarę możliwości nie później niż w terminie 24 godzin zgłasza je Organizatorowi.

12. Organizator zgodnie z art. 28 ust 3 pkt. h Rozporządzenia na prawo do przeprowadzenia kontroli, czy środki zastosowane przez świadczeniobiorcę przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełniają postanowienia umowy. Kontrolę przeprowadza się w godzinach pracy Realizatora i z minimum 7 dniowym uprzedzeniem.

13. Realizator zobowiązuje się do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli w terminie wskazanym przez Organizatora nie dłuższym niż 7 dni.

14. Realizator udostępnia Organizatorowi wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia.

15. Realizator jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.

16. Realizator zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Organizatora o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez Realizatora danych osobowych określonych w umowie o jakiegokolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do Realizatora, a także o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania u Realizatora tych danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez inspektorów upoważnionych przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Niniejszy ustęp dotyczy wyłącznie danych osobowych powierzonych przez Organizatora.

17. Strony zobowiązują się do dołożenia wszelkich starań w celu zapewnienia, aby środki łączności wykorzystane do odbioru, przekazywania oraz przechowywania danych poufnych gwarantowały zabezpieczenie danych poufnych, w tym w szczególności danych osobowych powierzonych do przetwarzania, przed dostępem osób trzecich nieupoważnionych do zapoznania się z ich treścią.

18. Realizator po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem zwraca Organizatorowi wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych.

§ 7. 1. Realizator za wykonanie przedmiotu umowy otrzyma wynagrodzenie jednostkowe w wysokości zł brutto za 1 punkt produktu rozliczeniowego ,oraz wynagrodzenie w wysokościzł brutto za świadczenia edukacyjne o którym mowa w § 1 ust. 3 i 4 umowy.

2. Całkowita wysokość wynagrodzenia nie może przekroczyć kwoty 53 000,00 zł brutto (słownie: Pięćdziesiąt trzy tysiące złotych brutto), z tego 51 000 tysięcy brutto na zaplanowany plan rehabilitacyjny i 2 000 zł na działania edukacyjne przy czym wynagrodzenie miesięczne nie może przekroczyć kwoty 4250 zł brutto (słownie: cztery tysiące dwieście pięćdziesiąt złotych 00/100 brutto) na rehabilitację leczniczą z zastrzeżeniem zapisów § 7.

3. Cena jednostkowa, o której mowa w ust. 1 jest ostateczna i nie podlega zmianie.

4. Całkowita wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 2 może ulec zmniejszeniu w przypadku pomniejszenia ilości wykonywanych zabiegów.

5. Zapłata wynagrodzenia za poszczególne miesiące wykonywania świadczeń nastąpi po przedstawieniu faktury miesięcznej wraz załącznikami, o których mowa w § 5 ust. 1. Realizator doręczy Organizatorowi fakturę wraz z załącznikami w nieprzekraczalnym terminie do 5 dnia każdego miesiąca. Realizator zobowiązany jest do dostarczenia faktury za miesiąc grudzień 2021 r. wraz z załącznikami w nieprzekraczalnym terminie do dnia 18.12.2021r.

6. Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 14 dni liczonych od daty otrzymania faktur miesięcznych VAT wraz z załącznikami oraz w terminie do 28.12.2020r. po otrzymaniu faktury VAT wraz załącznikami za miesiąc grudzień, na rachunek bankowy Realizatora

7. Za dzień płatności uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Organizatora.

8. Należność płatna ze środków Ośrodka Pomocy Społecznej w Żarach z działu 851 rozdziału 85149 § 4280 – zakup usług zdrowotnych.

§ 8. 1. Liczba udzielanych miesięcznie świadczeń rehabilitacyjnych/zabiegów nie może przekroczyć punktów rozliczeniowych.

2. Dopuszcza się możliwość niewykorzystania lub przekroczenia liczby punktów rozliczeniowych w danym miesiącu do wartości punktów rozliczeniowych miesięcznie.

3. Niewykorzystana lub przekroczona liczba punktów rozliczeniowych w danym miesiącu do wysokości określonej w ust. 2 przechodzi na następny miesiąc, z tym, że nie może przekroczyć terminu obowiązywania umowy.

§ 9. 1. Dokumentacja finansowo-księgową, dotyczącą realizacji przedmiotu umowy, powinna być przechowywana w siedzibie Realizatora i być udostępniana do wglądu Organizatorowi na żądanie zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania.

2. Realizator zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Organizatora oraz przekazywania Organizatorowi w formie pisemnej wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień, dotyczących realizacji zadania.

3. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch egzemplarzach.

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

5. Organizator udziela odpowiedzi Realizatorowi na piśmie w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Realizatora wyjaśnień.

6. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli nienależytego wykonania umowy i niezgodnego z treścią umowy, Organizator zastrzega sobie prawo do:

- a) żądania zwrotu przekazanych środków finansowych w zakwestionowanych części, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia otrzymania środków,
- b) rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 10. 1. Umowa może zostać przez Organizatora rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym przypadku naruszenia przez Realizatora postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonania umowy, a także w przypadku nie udokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

2. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron z miesięcznym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonania umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określają w sporządzonym protokole.

3. Strony ustalają, że w razie konieczności lub nienależytego wykonania umowy, tj. niezgodnego z zakresem określonym w § 1 Organizator może nałożyć na Realizatora karę umowną w wysokości 10 % ostatecznej wartości brutto umowy, określonej wg § 7 ust. 2. Nie wyłącza to prawa Organizatora do dochodzenia roszczeń w przypadku wystąpienia szkody przewyższającej wysokość kary umownej na zasadach ogólnych.

§ 11. 1. Realizator nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy osobom trzecim.

2. W razie naruszenia postanowienia ust. 1 Organizator może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 12. 1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.

3. Spory powstałe przy realizacji niniejszej umowy strony rozstrzygać będą polubownie. W przypadku braku porozumienia spory rozstrzygać będzie sąd powszechny właściwy miejscowo dla Organizatora.

4. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy z ramienia Organizatora: Osoba odpowiedzialna za realizację umowy z ramienia Realizatora:

5. Informacja o ewentualnej zmianie osoby bezpośrednio odpowiedzialnej za realizację umowy zostanie przekazana drogą mailową.

§ 13. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron umowy

.....

REALIZATOR

.....

ORGANIZATOR

**ZGODANA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW
GMINY ŻARY W WIEKU POWYŻEJ 65 R.Ż**

.....zam.....

.....PESEL.....

wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody na przeprowadzenie w ramach programu świadczeń rehabilitacyjnych.

OŚWIADCZENIE Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji świadczeń oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi.

OŚWIADCZENIE Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych parlamentu europejskiego i rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z 2018r. poz.1000) na potrzeby realizacji „Programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Żary w wieku powyżej 65 r.ż.”

- imię i nazwisko

- PESEL -adres

- rodzaj i kod zabiegu rehabilitacji do celów rozliczeń finansowych sporządzonych przezz realizacji zawartej umowy dotyczącej realizacji programu polityki zdrowotnej pn, „ Program polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Żary w wieku powyżej 65 r.ż.”. Finansowanie świadczeń gwarantowanych odbywa się na podstawie art.48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2017r poz. 1938 z zm.). Administratorem danych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żarach (Aleja Jana Pawła II 6, 68-200 Żary, telefon kontaktowy: 68 470 73 20). Dane kontaktowe Inspektora Danych Osobowych: : inspektor@cbi24.pl Oświadczam jednocześnie , iż zostałem (-am) poinformowany (-a) o:

- 1) adresie siedziby podmiotu , pod którym dane są zbierane i przetwarzane;
- 2) celu zbierania danych , dobrowolności lub obowiązku podania danych , jeżeli taki obowiązek istnieje , o jego podstawie prawnej;
- 3) okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane;
- 4) prawie wglądu do treści danych swoich danych oraz możliwości ich sprostowania , usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawie do przenoszenia danych.
- 5) możliwości wniesienia sprzeciwu do przetwarzania swoich danych osobowych;
- 6) prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania , którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 7) możliwości do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych; Podanie powyższych danych osobowych jest dobrowolne , lecz odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w programie

.....

Data i czytelny podpis

Karta oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Żary na lata 2020-2022”

A. Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia	
Imię	 / /	
Nr PESEL*		<i>(dzień/miesiąc/rok)</i>	
Data rozpoczęcia udziału w programie		Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data zakończenia udziału w programie		Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

B. Ocena skuteczności programu

B. 1.

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie / / <i>(dzień/miesiąc/rok)</i>	Ostatni dzień udziału w programie / / <i>(dzień/miesiąc/rok)</i>	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS			

.....*(pieczęć i podpis fizjoterapeuty)*

B. 2.

Miernik efektywności	pre-test / / <i>(dzień/miesiąc/rok)</i>	post-test / / <i>(dzień/miesiąc/rok)</i>	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi			

.....
(pieczęć i podpis osoby realizującej działania edukacyjne)

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Żary na lata 2020-2022”

I. Ocena rejestracji

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość fizjoterapeutów?					
poszanowanie prywatności podczas wykonywania zabiegów?					
staranność wykonywania zabiegów?					

III. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

--

Rozliczenie wykonanych świadczeń w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Żary w wieku powyżej 65 r.ż.

Za miesiąc20.....r

1. Liczba mieszkańców Gminy Żary korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej:

Lp.	Imię i nazwisko, PESEL, adres	Termin wykonania zabiegu od dnia do dnia w danym miesiącu	Ilość dni	Rodzaj zabiegu, KOD	Wartość punktowa zabiegu	Kwota kol 4 x kol.6
1	2	3	4	5	6	7
RAZEM						

2. W załączeniu sztuk upoważnień do przetwarzania danych osobowych.

3. Kwotę:zł proszę przekazać na konto:
Bank.....
Nr.....
.....

.....

Data:

.....

Pieczęć i podpis Realizatora

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Żary w roku 2021”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Gminy Żary
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym
Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego	
Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-teście w porównaniu do pre-testu	

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)