

ZARZĄDZENIE NR 12/2019
BURMISTRZA OŚNA LUBUSKIEGO
z dnia 15 marca 2019 r.

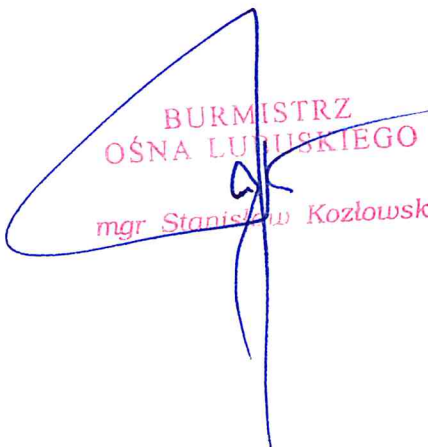
w sprawie: *ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Osno Lubuskie na lata 2019-2023”.*

Na podstawie art. 30 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. 2018.994 z późn.zm.) w związku z art. 48 i 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. - Dz. U. 2018.1510, z późn. zm.) oraz art.114 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. - Dz.U.2018.2190 z późn. zm.) zarządzam, co następuje:

§ 1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Osno Lubuskie na lata 2019-2023” na warunkach określonych w załącznikach od 1 do 2 niniejszego zarządzenia.

§ 2. Ogłoszenie podlega publikacji na tablicy ogłoszeń urzędu oraz stronie BIP gminy.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.


BURMISTRZ
OŚNA LUBUSKIEGO
mgr Stanisław Kozłowski

**Ogłoszenie konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej
pn „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Ośno Lubuskie na lata 2019-2023”.**

Burmistrz Ośna Lubuskiego

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 i 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. - Dz. U. 2018.1510, z późn. zm.), art.114-116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. - Dz.U.2018.2190 z późn. zm.) oraz uchwały nr IV/30/2019 Rady Miejskiej w Ośnie Lubuskim z dnia 14 marca 2019 r. Burmistrz Ośna Lubuskiego ogłasza konkurs ofert dla podmiotów leczniczych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ośno Lubuskie na lata 2019-2023”.

1. Oferenci muszą spełniać następujące wymagania:

- a) podmiot posiada wpis do rejestru działalności w zakresie prowadzenia działalności objętej programem na terenie Ośna Lubuskiego;
- b) podmiot posiada ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności i zobowiąże się do jego kontynuacji na czas realizacji programu;
- c) podmiot udokumentuje posiadanie kompetencji i spełnienie warunków, o których mowa w pkt 2 ogłoszenia;
- d) podmiot zapewni pacjentom korzystanie ze świadczeń w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych przez co najmniej 6 godzin dziennie, zawartych pomiędzy godzinami 7⁰⁰ – 20⁰⁰, według rozkładu zaproponowanego przez realizatora programu.
- e) świadczenia objęte programem muszą być udzielane w lokalu położonym w mieście Ośno Lubuskie

2. Kompetencje / warunki niezbędne do realizacji programu:

a) Warunki lokalowe:

- lokal położony w Ośnie Lubuskim posiadający wszelkie niezbędne prawem odbioru i decyzje;
- wejście do obiektu wyposażone w dojazdy oraz dojścia dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- poręcze i uchwyty w węzłach sanitarnych,
- w obiekcie co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno – sanitarne dla pacjentów, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo,

- gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy;
- gabinet wyposażony w sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

b) Wymagania dotyczące personelu:

- magister fizjoterapii.

c) Wyposażenie do zabiegów fizykoterapeutycznych wymagane w miejscu udzielania świadczeń:

- aparat do elektroterapii;
- aparat do ultradźwięków;
- aparat do magnetoterapii;
- aparat do laseroterapii – Terapuls 2
- aparat do laseroterapii punktowej - Terapuls 2 Micro Power
- aparat dwukanałowy do elektroterapii
- diatermia krótkofalowa
- lampa sollux
- Terapuls 2 scan
- urządzenia do masażu wirowego kończyn dolnych i górnych.

d) Wyposażenie sali kinezyterapii

- stół rehabilitacyjny,
- drabinki rehabilitacyjne,
- materace gimnastyczne,
- rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych,
- przyrząd do ćwiczeń stawu skokowego
- UGUL lub inny system spełniający jego rolę,
- stół lub tablica do ćwiczeń manualnych ręki,
- cykloergometr
- steper
- lustro korekcyjne

e) Wymagane warunki dotyczące pomieszczeń:

- zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach (boksach) posiadających ściany o wysokości co najmniej 2 m, umożliwiającym stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej.

- 3. Termin realizacji umowy – od podpisania umowy do 31 grudnia 2023 r. – dotacje rozliczane w cyklu rocznym;**
- 4. Maksymalny poziom dotacji: 62 600,00 PLN – w podziale szczegółowym na rodzaje zabiegów i jednostkowe stawki maksymalne za ich wykonanie określone w tabeli umieszczonej we wzorze zgłoszenia ofertowego.**
- 5. Kryterium wyboru oferty – cena.**
- 6. Oferty należy składać w zamkniętej kopercie do dnia 1 kwietnia 2019 r. do godz.10.00 – z dopiskiem „Oferta – wybór realizatora programu polityki zdrowotnej - rehabilitacja”.**
- 7. Oferta powinna zawierać:**

- a) formularz ofertowy – załącznik nr 1 do ogłoszenia;
 - b) dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu spełniającego warunki, o których mowa w pkt 2 ogłoszenia;
 - c) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią programu i o przyjęciu wszystkich warunków w nim określonych do realizacji;
 - d) aktualny wypis z rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę lub inny dokument potwierdzający wpis do właściwej ewidencji/rejestru;
 - e) kopie statutu jednostki;
 - f) wpis KRS/wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
 - g) kopie aktualnej polisy OC wraz ze stosownym zobowiązaniem do jej przedłużenia na czas realizacji umowy;
 - h) oświadczenie o dobrowolnym poddaniu się kontroli w zakresie realizacji programu;
 - i) oświadczenie o spełnieniu wszystkich warunków organizatora konkursu.
8. **Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu złożenia ofert.**
9. **Ocena ofert nastąpi na podstawie złożonych oświadczeń i dokumentów.**
10. **Zapytania w sprawie konkursu można kierować do Zamawiającego najpóźniej do 26 marca 2019 r. w formie pisemnej na faks 95 757 50 80 lub mailowo sekretarz@osno.pl.**
11. **Oferentom przysługuje środek odwoławczy w postaci protestu rozstrzyganego w terminie 3 dni kalendarzowych od jego wpływu odpowiednio:**
- a) przez Burmistrza Ośna Lubuskiego a dotyczącego warunków konkursu – termin wnoszenia protestów upływa w dniu **26 marca 2019 r.** ;
 - b) przez komisję konkursową na czynność wyboru najkorzystniejszej oferty – termin wniesienia protestu – 3 dni kalendarzowe od momentu zawiadomienia oferenta o rozstrzygnięciu konkursu.
12. **Rozstrzygnięcia konkursu dokona komisja konkursowa w terminie 7 dni od daty na złożenie ofert.**
13. **Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmian w treści ogłoszenia, przesunięcia terminu złożenia ofert oraz odwołania konkursu.**
14. **Integralną częścią dokumentacji konkursowej jest uchwała IV/30/2019 Rady Miejskiej w Ośnie Lubuskim z dnia 14 marca 2019 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ośno Lubuskie na lata 2019-2023”.**

BURMISTRZ
OŚNA LUBUSKIEGO
mgr Stanisław Kozłowski

Urząd Miejski w Ośnie Lubuskim
69-220 Ośno Lubuskie, ul. Rynek 1

tel. 95 757 60 29 fax. 95 757 50 80

www.osno.pl e-mail: urząd@osno.pl

.....
(pieczęć podmiotu)

.....
(data i miejsce złożenia oferty)

ZGŁOSZENIE OFERTOWE

KONKURS OFERT NA REALIZACJĘ

Programu polityki zdrowotnej pn.:

„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ośno Lubuskie na lata 2019-2023”.

w okresie od podpisania umowy do 31.12.2023 r.

przeprowadzanego na podstawie przepisów art. 7 ust.1 oraz art.48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (t.j. - Dz. U. 2018.1510, z późn. zm.)

I. Dane na temat podmiotu

- 1) pełna nazwa
- 2) forma prawna
- 3) numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze
- 4) data wpisu , rejestracji lub utworzenia
- 5) nr NIP nr REGON
- 6) dokładny adres: miejscowość ul.

gmina powiat

województwo

7) tel. faks.....

e-mail: http://

8) nazwa banku i numer rachunku

.....

9) nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy

.....

10) nazwa, adres i telefon kontaktowy podmiotu bezpośrednio wykonującego zadanie, o którym mowa w ofercie

.....

11) osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)

.....

12) przedmiot działalności statutowej:

13) jeżeli podmiot prowadzi działalność gospodarczą:

a) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców,

b) przedmiot działalności gospodarczej

II. Opis zadania

1. Nazwa zadania

--

2. Harmonogram realizacji zadania – min 6 godzin dziennie w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych w godzinach od 7.00 do 20.00.

Dni tygodnia	Godziny otwarcia	Godziny otwarcia	Łącznie ilość godzin dziennie
Pn			
Wt			
Śr			
Czw			
Pt			

3. Miejsce realizacji i warunki lokalowe (adres i szczegółowy opis)

<p>Warunki lokalowe:</p> <ul style="list-style-type: none">- lokal położony w Ośnie Lubuskim posiadający wszelkie niezbędne prawem odbiory i decyzje – TAK/NIE*- wejście do obiektu wyposażone w dojazdy oraz dojścia dla osób niepełnosprawnych ruchowo – TAK/NIE*- poręcze i uchwyty w węzłach sanitarnych – TAK/NIE*- w obiekcie co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno – sanitarne dla pacjentów, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo – TAK/NIE*- gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy – TAK/NIE*- gabinet wyposażony w sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu – TAK/NIE*- zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach (boksach) posiadających ściany o wysokości co najmniej 2 m, umożliwiających stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej – TAK/NIE*
--

4. Kwalifikacje personelu i dokumenty potwierdzające wymagane kwalifikacje.

Magister fizjoterapii – TAK/NIE*

5. Wykaz sprzętu do zabiegów rehabilitacji leczniczej będący w posiadaniu podmiotu.

Wyposażenie do zabiegów fizykoterapeutycznych wymagane w miejscu udzielania świadczeń:

- aparat do elektroterapii – TAK/NIE*
- aparat do ultradźwięków – TAK/NIE*
- aparat do magnetoterapii – TAK/NIE*
- aparat do laseroterapii – Terapuls 2 – TAK/NIE*
- aparat do laseroterapii punktowej - Terapuls 2 Micro Power – TAK/NIE*
- aparat dwukanałowy do elektroterapii – TAK/NIE*
- diatermia krótkofalowa – TAK/NIE*
- lampa sollux – TAK/NIE*
- Terapuls 2 scan – TAK/NIE*
- urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych i górnych – TAK/NIE*

6. Opis wyposażenia sali kinezyterapii.

Wyposażenia sali kinezyterapii:

- stół rehabilitacyjny – TAK/NIE*
- drabinki rehabilitacyjne – TAK/NIE*
- materace gimnastyczne – TAK/NIE*
- rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych – TAK/NIE*
- przyrząd do ćwiczeń stawu skokowego – TAK/NIE*
- UGUL lub inny system spełniający jego rolę – TAK/NIE*
- stół lub tablica do ćwiczeń manualnych ręki – TAK/NIE*
- cykloergometr – TAK/NIE*
- steper – TAK/NIE*
- lustro korekcyjne – TAK/NIE*

7. Dotychczasowe doświadczenie w realizacji zadań podobnego rodzaju /ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną.

8. Zabiegi oferowane wchodzące w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu – ilości poszczególnych zabiegów proponuje realizator biorąc pod uwagę wartość całkowitą umowy na 1 rok w kwocie 62 400 zł i maks wartość za 1 pkt w kwocie 1,25 zł.

Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Rodzaj interwencji	Liczba punktów	Cena jednostkowa za 1 pkt	Ilość planowanych zabiegów	Wartość całkowita (iloczyn wartości kol.1*2*3)
	1	2	3	4
I. Fizjoterapia ambulatoryjna (wizyty fizjoterapeutyczne)				
Wizyta fizjoterapeutyczna	13			
II. Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)				
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. Elektrolecznictwo				
galwanizacja	4			
jonoforeza	5			
elektrostymulacja	7			
tonoliza	6			
prądy diadynamiczne	4			
prądy interferencyjne	4			
prądy TENS	4			
prądy TRAEBERTA	4			
prądy KOTZA	4			
ultradźwięki miejscowe	6			
ultrafonoforeza	7			
C. Leczenie polem elektromagnetycznym				
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6			
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	6			
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	3			
D. Światłolecznictwo i termoterapia				
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	3			
laseroterapia - skaner	3			
laseroterapia punktowa	6			
okłady parafinowe	4			
E. Hydroterapia				
kąpiel wirowa kończyn	7			

* taryfikacja na podstawie załącznika 1m oraz 1n do Zarządzenia Nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 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 (zgodne z zarządzeniem poprzedzającym ujętym w PPZ.

Załączniki i ewentualne referencje:

- a) dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu spełniającego warunki, o których mowa w pkt 1 i 2 ogłoszenia;
- b) aktualny wypis z rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę lub inny dokument potwierdzający wpis do właściwej ewidencji/rejestru;
- c) kopie statutu jednostki;
- d) wpis KRS/wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- e) kopie aktualnej polisy OC wraz ze stosownym zobowiązaniem do jej przedłużenia na czas realizacji umowy;
- f) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią programu i o przyjęciu wszystkich warunków w nim określonych do realizacji;
- g) oświadczenie o dobrowolnym poddaniu się kontroli w zakresie realizacji programu;
- h) oświadczenie o spełnieniu wszystkich warunków postawionych przez organizatora konkursu.

.....

Podpis oferenta

* Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do ogłoszenia

Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią programu i o przyjęciu wszystkich warunków w nim określonych do realizacji – wzór

Niniejszym jako składający ofertę w konkursie na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ośno Lubuskie na lata 2019-2023” oświadczam, iż zapoznałem się z treścią programu zdrowotnego stanowiącego załącznik do uchwały Rady Miejskiej Nr IV/30/2019 z dnia 14 marca 2019 r. i przyjmuję w przypadku wyboru mojej oferty wszystkie warunki w nim określone do realizacji.

.....
Podpis oferenta

Załącznik nr 3 do ogłoszenia

Oświadczenie o dobrowolnym poddaniu się kontroli w zakresie realizacji programu

Niniejszym jako składający ofertę w konkursie na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ośno Lubuskie na lata 2019-2023” oświadczam, iż dobrowolnie poddam się kontroli w zakresie realizacji programu polityki zdrowotnej stanowiącego załącznik do uchwały Rady Miejskiej Nr IV/30/2019 z dnia 14 marca 2019 r. w przypadku wyboru mojej oferty do realizacji.

.....
Podpis oferenta

Załącznik nr 4 do ogłoszenia

Oświadczenie o spełnieniu wszystkich warunków postawionych przez organizatora konkursu

Niniejszym jako składający ofertę w konkursie na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ośno Lubuskie na lata 2019-2023” oświadczam, iż spełniam wszystkie warunki postawione przez organizatora konkursu.

.....
Podpis oferenta

UMOWA O REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO - projekt

zawarta w dniu 2019 r. w Ośnie Lubuskim pomiędzy Gminą Ośno Lubuskie, w imieniu której działa:

1. **Stanisław Kozłowski** - Burmistrz Ośna Lubuskiego

2. **Anna Tyłmanowska** - skarbnik

zwaną dalej „Zamawiającym”

a

nazwa oferenta:

adres:

NIP **Regon**

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub nr KRS,

zwanego dalej „Realizatorem”.

Podstawę prawną zawarcia niniejszej umowy stanowi art. 48 i 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. - Dz. U. 2018.1510, z późn. zm.) oraz art. 114 ust. 1 pkt 1 oraz art. 115 - 116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. - Dz.U.2018.2190 z późn. zm.).

§ 1.

1. Zamawiający zleca a Realizator przyjmuje do wykonania obowiązek realizacji programu polityki zdrowotnej pn „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ośno Lubuskie na lata 2019-2023”. Program obejmuje bezpłatne świadczenia rehabilitacyjne zgodnie z ofertą realizatora programu, kampanie informacyjną, prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz prowadzenie działań monitorująco-ewaluacyjnych z wykorzystaniem narzędzi i technik opisanych w programie.
2. Szczegółowy wykaz świadczeń w ilościach maksymalnych na czas realizacji umowy zawiera oferta realizatora. Zamawiający dopuszcza jednak zmiany w tym zakresie zgodnie z zapotrzebowaniem na poszczególne zabiegi wynikające ze skierowań pod warunkiem nie przekroczenia w całym okresie realizacji programu wartości dotacji.
3. Działanie edukacyjne w zakresie edukacji zdrowotnej prowadzone będą przez fizjoterapeutów w trakcie wykonywania indywidualnego planu rehabilitacyjnego, obejmują badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed rozpoczęciem planu rehabilitacji oraz post-testu po zakończeniu planu rehabilitacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych, o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii

pracy w profilaktyce wtórnej chorób obwodowego układu nerwowego, chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem);

4. Akcja informacyjna to zaprojektowanie i przygotowanie materiałów informacyjnych o programie w formie ulotek i plakatów oraz w formie elektronicznej umożliwiającej zamieszczenie na wybranych stronach internetowych i portalach społecznościowych.
5. Maksymalna kwota na sfinansowanie programu na czas realizacji umowy wynosi **313 000,00 zł** z zastrzeżeniem, iż każdy rok w kwocie 1/5 wartości umowy na cały okres realizacji programu rozliczany jest do końca grudnia danego roku budżetowego. Wartość punktów rozliczeniowych obowiązujących w trakcie realizacji umowy wyspecyfikowano w załączniku nr 1.

§ 2.

Umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia podpisania umowy r. do dnia 31 grudnia 2023 r.**

§ 3.

1. Program, o którym mowa w § 1 ust. 1, będzie realizowany **dnia podpisania umowy r. do dnia 31 grudnia 2023 r.** w gabinecie fizjoterapii ambulatoryjnej znajdującym się w Ośnie Lubuskim przy ul. w dniach i godzinach określonych w harmonogramie (załącznik nr 2).
2. Realizator zobowiązuje się do udzielania świadczeń na podstawie skierowań, o których mowa w programie oraz kwalifikacji do programu zgodnie z zasadami i procedurami określonymi w programie. Jeśli w trakcie realizacji programu nastąpią zmiany przepisów powszechnie obowiązujących a nie będzie miało to wpływu na zmianę kwot przeznaczonych na realizację programu nie są konieczne jakiegokolwiek zmiany w przyjętym dokumencie.
3. Realizator oświadcza, że posiada fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych i spełnia wymagania określone w odrębnych przepisach.

§ 4.

1. Zamawiający przekazuje środki finansowe za realizację przez Realizatora programu w zakresie objętym niniejszą umową w terminie 14 dni od otrzymania faktury/rachunku od Realizatora, zgodnie z ilością wykonanych świadczeń.
2. Realizator zobowiązuje się do wystawiania rachunku/faktury najpóźniej do dnia 5-go każdego miesiąca za świadczenia zdrowotne wykonane w miesiącu poprzednim wraz ze sprawozdaniem częściowym z wykonania zamówienia za świadczenia zdrowotne wykonane w tym okresie (ilości poszczególnych rodzajów zabiegów).
3. Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona jest poprzez analizę:
 - odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
 - odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie,
 - odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej -i jest dokonywana na podstawie ankiet i sprawozdań przekazywanych przez realizatora.

4. Realizator jest zobowiązany przechowywać dokumentację finansową dotyczącą wydatków poniesionych na świadczenia zdrowotne w związku z realizacją zamówienia.

§ 5.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 do PPZ), a także do przekazywania i gromadzenia ankiet ewaluacyjnych dla pacjenta objętego programem zdrowotnym (załącznik 2 do PPZ) oraz ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4 do PPZ). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 3 do PPZ – obowiązujące okresy sprawozdawcze to kwartał, rok, po zakończeniu programu – sprawozdanie przekazywane jest w terminie 14 dni po upływie okresu sprawozdawczego.). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1318 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1845 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2018 poz. 1000].

§ 6.

1. Realizator zobowiązuje się do umożliwienia kontroli przeprowadzonej przez Zamawiającego lub osobę przez niego upoważnioną w zakresie objętym umową.
2. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji programu oraz po jego zakończeniu. Kontrola będzie przeprowadzana przez upoważnionych pracowników Urzędu Miejskiego w Ośnie Lubuskim.
3. W wyniku przeprowadzonej kontroli Zamawiający przekazuje Realizatorowi wnioski i zalecenia pokontrolne zmierzające do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.
4. Realizator w terminie 14 dni od dnia doręczenia wniosków i zaleceń pokontrolnych zawiadamia na piśmie Zamawiającego o czynnościach podjętych w celu ich wykonania, pod rygorem rozwiązania umowy przez Zamawiającego w trybie § 7 pkt 1 niniejszej umowy.

§ 7.

1. Umowa może być rozwiązana na skutek oświadczenia złożonego przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
 - 1) wykorzystania środków finansowych na cele inne niż określone w niniejszej umowie,
 - 2) nieterminowego lub nienależytego wykonania przez Realizatora postanowień niniejszej umowy.
2. Realizator zwraca środki finansowe wykorzystane niezgodnie z umową, w przypadkach określonych w pkt 1 w terminie 14 dni od daty rozwiązania umowy.
3. W przypadku uchybienia terminu określonego w pkt 2 będą naliczane ustawowe odsetki.
4. Realizator zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 5 % wynagrodzenia rocznego, o którym mowa w § 1 ust. 5 umowy, w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 albo nieusunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w czasie kontroli.
5. Umowa może być rozwiązana za dwutygodniowym wypowiedzeniem przez każdą ze stron, w przypadku

wystąpienia okoliczności, za które nie odpowiada żadna ze stron.

§ 8.

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobom trzecim przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych albo związanych z zaniechaniem udzielania świadczeń ponosi Realizator.

§ 9.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego oraz inne przepisy obowiązujące w tym zakresie.

§ 10.

Wszelkie zmiany treści niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 11.

Spory, które mogą wyniknąć w trakcie realizacji niniejszej umowy, strony poddają rozstrzygnięciu właściwemu rzeczowo sądowi powszechnemu w Sulęcinie .

§ 12.

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego 1 egzemplarz otrzymuje Realizator, a 2 egzemplarze dla Zamawiającego.

Zamawiający

Realizator

.....

.....

KONTRASYGNATA SKARBNIKA MIASTA

.....

Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Rodzaj interwencji	Liczba punktów	Cena jednostkowa za 1 pkt	Ilość planowanych zabiegów	Wartość całkowita (iloczyn wartości kol.1*2*3)
	1	2	3	4
I. Fizjoterapia ambulatoryjna (wizyty fizjoterapeutyczne)				
Wizyta fizjoterapeutyczna	13			
II. Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)				
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			
pijonizacja	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. Elektrolecznictwo				
galwanizacja	4			
jonoforeza	5			
elektrostymulacja	7			
tonoliza	6			
prądy diadynamiczne	4			
prądy interferencyjne	4			
prądy TENS	4			
prądy TRAEBERTA	4			
prądy KOTZA	4			
ultradźwięki miejscowe	6			
ultrafonoforeza	7			
C. Leczenie polem elektromagnetycznym				
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6			
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	6			
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	3			
D. Światłolecznictwo i termoterapia				
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	3			
laseroterapia - skaner	3			
laseroterapia punktowa	6			
okłady parafinowe	4			
E. Hydroterapia				
kąpiel wirowa kończyn	7			

* taryfikacja na podstawie załącznika 1m oraz 1n do Zarządzenia Nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 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 (zgodne z zarządzeniem poprzedzającym ujętym w PPZ.

załącznik nr 2
Harmonogram realizacji programu - tygodniowy

Dni tygodnia	Godziny otwarcia	Godziny otwarcia	Łącznie ilość godzin dziennie
Pn			
Wt			
Śr			
Czw			
Pt			