**ZARZĄDZENIE NR …/2023**

**BURMISTRZA OŚNA LUBUSKIEGO**

**z dnia 30 października 2023 r.**

w sprawie: *ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ośno Lubuskie na lata 2024-2028”.*

Na podstawie art. 30 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. 2023.40 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. 2022.2561, z późn. zm. ) oraz art.114 ust.1 pkt 1ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. - Dz.U.2023.991 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 Ośno Lubuskie na lata 2024-2028” 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.

Załącznik nr 1 do zarządzenia nr …/2023

Burmistrza Ośna Lubuskiego

z dnia 30 października 2023 r.

**Ogłoszenie konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej**

**pn „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców**

**gminy Ośno Lubuskie na lata 2024-2028”.**

**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. 2022.2561, z późn. zm.), art.114-116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. - Dz.U.2023.991 z późn. zm.) oraz uchwały nr XXXIII/29/2023 Rady Miejskiej w Ośnie Lubuskim z dnia 28 marca 2023 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 2024-2028”.**

1. **Oferenci muszą spełniać następujące wymagania:**
2. **podmiot posiada wpis do rejestru działalności w zakresie prowadzenia działalności objętej programem na terenie Ośna Lubuskiego;**
3. **podmiot posiada ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności i zobowiąże się do jego kontynuacji na czas realizacji programu;**
4. **podmiot udokumentuje posiadanie kompetencji i spełnienie warunków, o których mowa w pkt 2 ogłoszenia;**
5. **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.**
6. **świadczenia objęte programem muszą być udzielane w lokalu położonym w mieście Ośno Lubuskie**
7. **Kompetencje / warunki niezbędne do realizacji programu:**

a) Warunki lokalowe:

- lokal położony w Ośnie Lubuskim posiadający wszelkie niezbędne prawem odbiory 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, umożliwiających stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej.

1. **Termin realizacji umowy – od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2028 r. – dotacje rozliczane w cyklu rocznym;**
2. **Maksymalny poziom dotacji: 75 080,00 PLN rocznie – w podziale szczegółowym na rodzaje zabiegów i jednostkowe stawki maksymalne za ich wykonanie określone w tabeli umieszczonej we wzorze zgłoszenia ofertowego.**
3. **Kryterium wyboru oferty – cena.**
4. **Oferty należy składać w zamkniętej kopercie do dnia 24 listopada 2023 r. do godz.10.00 – z dopiskiem „Oferta – wybór realizatora programu polityki zdrowotnej - rehabilitacja”.**
5. **Oferta powinna zawierać:**
6. formularz ofertowy – załącznik nr 1 do ogłoszenia;
7. dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu spełniającego warunki, o których mowa w pkt 2 ogłoszenia;
8. oświadczenie o zapoznaniu się z treścią programu i o przyjęciu wszystkich warunków w nim określonych do realizacji;
9. aktualny wypis z rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę lub inny dokument potwierdzający wpis do właściwej ewidencji/rejestru;
10. kopie statutu jednostki;
11. wpis KRS/wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
12. kopie aktualnej polisy OC wraz ze stosownym zobowiązaniem do jej przedłużenia na czas realizacji umowy;
13. oświadczenie o dobrowolnym poddaniu się kontroli w zakresie realizacji programu;
14. oświadczenie o spełnieniu wszystkich warunków organizatora konkursu.
15. **Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu złożenia ofert.**
16. **Ocena ofert nastąpi na podstawie złożonych oświadczeń i dokumentów.**
17. **Rozstrzygnięcia konkursu dokona komisja konkursowa w terminie 7 dni od daty na złożenie ofert.**
18. **Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmian w treści ogłoszenia, przesunięcia terminu złożenia ofert oraz odwołania konkursu.**
19. **Integralną częścią dokumentacji konkursowej jest uchwała XXXIII/29/2023 Rady Miejskiej w Ośnie Lubuskim z dnia 28 marca 2023 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ośno Lubuskie na lata 2024-2028”.**

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Urząd Miejski w Ośnie Lubuskim**69-220 Ośno Lubuskie, ul. Rynek 1****tel. 95 757 60 29** [**www.osno.pl**](http://www.osno.pl) **e-mail:** **urzad@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 2024-2028”.

w okresie od 01.01.2024 r. do 31.12.2028 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. 2022.2561, 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 |
| Pn |  |
| Wt |  |
| Śr |  |
| Czw |  |
| Pt |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Warunki lokalowe:- 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 75 080 zł i maks wartość za 1 pkt w kwocie 1,50 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 do Zarządzenia Nr Z/65/2021 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. mieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

Załączniki i ewentualne referencje:

1. dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu spełniającego warunki, o których mowa w pkt 1 i 2 ogłoszenia;
2. aktualny wypis z rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę lub inny dokument potwierdzający wpis do właściwej ewidencji/rejestru;
3. kopie statutu jednostki;
4. wpis KRS/wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
5. kopie aktualnej polisy OC wraz ze stosownym zobowiązaniem do jej przedłużenia na czas realizacji umowy;
6. oświadczenie o zapoznaniu się z treścią programu i o przyjęciu wszystkich warunków w nim określonych do realizacji;
7. oświadczenie o dobrowolnym poddaniu się kontroli w zakresie realizacji programu;
8. 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 2024-2028” oświadczam, iż zapoznałem się z treścią programu zdrowotnego stanowiącego załącznik do uchwały Rady Miejskiej Nr XXXIII/29/2023 z dnia 28 marca 2023 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 2024-2028” oświadczam, iż zapoznałem się z treścią programu zdrowotnego stanowiącego załącznik do uchwały Rady Miejskiej Nr XXXIII/29/2023 z dnia 28 marca 2023 r. i w przypadku wyboru mojej oferty do realizacji dobrowolnie poddaję się kontroli w zakresie realizacji programu.

……………………………………..

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 2024-2028” oświadczam, iż spełniam wszystkie warunki postawione przez organizatora konkursu.

……………………………………..

Podpis oferenta

Załącznik nr 2 do zarządzenia nr …/2023

Burmistrz Ośna Lubuskiego

z dnia 30 października 2023 r.

**UMOWA O REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO - projekt**

zawarta w dniu **..........................** 2023 r. w Ośnie Lubuskim pomiędzy Gminą Ośno Lubuskie, w imieniu której działa:

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

2. **Anna Tylmanowska**  - 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. 2022.2561, 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.2023.991 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 2024-2028”.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.

1. 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);
2. 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.
3. Maksymalna kwota na sfinansowanie programu na czas realizacji umowy wynosi **375 400,00** **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 1 stycznia 2024 r. do dnia 31 grudnia 2028 r.**

§ 3.

1. Program, o którym mowa w § 1 ust. 1, będzie realizowany od **dnia 1 stycznia 2024 r. do dnia 31 grudnia 2028 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 reazlizację programu nie sa koniecznę jakiekolwiek 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 20 -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 (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. 2023 poz. 1545 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2022, poz. 1555 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781].

§ 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**

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

Zał. nr 1 do umowy

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 do Zarządzenia Nr Z/65/2021 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. mieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

załącznik nr 2

Harmonogram realizacji programu - tygodniowy

|  |  |
| --- | --- |
| Dni tygodnia | Godziny otwarcia |
| Pn |  |
| Wt |  |
| Śr |  |
| Czw |  |
| Pt |  |