

**ZARZĄDZENIE Nr 70/2023**  
**Burmistrza Miasta Szczecinek**

z dnia 28 marca 2023 r.

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej  
pn.: „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2021 – 2024”  
– edycja 2023 – 2024**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40) oraz art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) realizując uchwałę Nr XXXIII/313/2021 Rady Miasta Szczecinek z dnia 25 marca 2021 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn.: „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2021 – 2024”, zwanym dalej PPZ, zarządzam, co następuje:

§ 1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2021 – 2024” edycja 2023 – 2024.

§ 2. Treść ogłoszenie o konkursie, o którym mowa w § 1 stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 3. Formularz, na którym należy sporządzić ofertę, stanowi załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 4. Wzór umowy stanowi załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia.

§ 5. Wykonanie zarządzenia powierza się Głównemu Specjaliście ds. uzależnień i kontaktów z organizacjami pozarządowymi Urzędu Miasta Szczecinek.

§ 6. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

BURMISTRZ MIASTA

  
Daniel Rok

## Burmistrz Miasta Szczecinek

na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40) oraz art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) realizując uchwałę Nr XXXIII/313/2021 Rady Miasta Szczecinek z dnia 25 marca 2021 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn.: „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2021 – 2024” zwanym dalej PPZ

### ogłasza konkurs ofert

na realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2021 – 2024” – edycja 2023 – 2024.

#### I. Nazwa i adres Zamawiającego

Miasto Szczecinek  
pl. Wolności 13  
78-40- Szczecinek

Adres email: [urząd@um.szczecinek.pl](mailto:urząd@um.szczecinek.pl)  
Adres strony: [www.szczecinek.pl](http://www.szczecinek.pl)

#### II. Tryb zamówienia, forma zaangażowania, powiązanie

1. Postępowanie toczy się w trybie konkursu ofert z zachowaniem zasady konkurencyjności, efektywności, jawności, przejrzystości i równego traktowania Realizatorów.
2. Podstawą prawną konkursu ofert jest art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym oraz art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Konkurs ofert jest realizacją zapisów zawartych w programie polityki zdrowotnej pn.: „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2021 – 2024”, zwanym dalej PPZ, przyjętym uchwałą Nr XXXIII/313/2021 Rady Miasta Szczecinek z dnia 25 marca 2021 r.
4. PZP dostępny jest w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Szczecinek pod adresem internetowym [www.bip.szczecinek.pl](http://www.bip.szczecinek.pl) w dziale: Miasto Szczecinek, Programy i zamierzenia.

#### III. Przedmiot konkursu

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatorów PPZ - edycja 2023 – 2024.
2. Realizacja PZP polegać będzie na zorganizowaniu regularnych form opieki rehabilitacyjnej, polegającej na zapewnieniu pacjentom powyżej 65 roku życia dostępu do zabiegów z zakresu kinezyterapii i fizykoterapii.
3. W ramach zadania zostanie przydzielonych do 800 procedur, do 400 w każdym roku.
4. Miejscem świadczenia usług medycznych będących przedmiotem konkursu jest Miasto Szczecinek.

#### IV. Termin realizacji zamówienia

Ustala się termin realizacji zdania od dnia podpisania umowy do 31.12.2024 r.

#### V. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji PPZ

Konkurs ofert adresowany jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w trybie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. poz. 633, z późn.zm.), które:

- 1) posiadają wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej,
- 2) świadczą usługi medyczne w zakresie rehabilitacji leczniczej na terenie Miasta Szczecinek,
- 3) spełniają wymogi sprzętowe i kadrowe, dotyczące świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 265),

- 4) posiadają aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego,
- 5) gwarantują dostępność do świadczeń finansowanych w ramach PPZ przez 5 dni w tygodniu w godzinach od 8.00 do 18.00,
- 6) posiadają gwarancję wykonania wysokiej jakości świadczeń rehabilitacyjnych potwierdzoną certyfikatem jakości.

## **V. Beneficjenci Programu**

Odbiorcami Programu będą osoby po 65 roku ze stwierdzoną dysfunkcją ruchu. Do zabiegów zostaną zakwalifikowani mieszkańcy Szczecinka, którzy przekroczyli 65 rok życia, zostali przebadani i uzyskali skierowanie od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty (ortopeda traumatolog, specjalista rehabilitacji). Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych traci ważność, jeżeli pacjent nie zostanie zarejestrowany w zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia skierowania. Z programu nie będą mogły skorzystać osoby, które odbyły cykl rehabilitacyjny w ramach NFZ w ostatnich 6 miesiącach lub mają zaplanowane świadczenia w ciągu najbliższego miesiąca.

## **VI. Zakres działań prowadzonych w ramach PPZ**

1. Do obowiązków Realizatorów PPZ należeć będzie m. in.:
  - 1) przyjmowanie zgłoszeń i rejestracja beneficjentów świadczeń na podstawie skierowania lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty (ortopeda traumatolog, specjalista rehabilitacji),
  - 2) informowanie telefoniczne i osobiste potencjalnych zainteresowanych udziałem w PPZ,
  - 3) uzyskiwanie od beneficjentów świadczeń
    - a) pisemnej zgody na uczestnictwo w PPZ,
    - b) pisemnego oświadczenia o wyrażeniu zgody na przekazywanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji PPZ,
    - c) pisemnego oświadczenia, że w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie korzystał z cyklu zabiegów rehabilitacyjnych w ramach NFZ i nie ma zaplanowanego świadczenia w ciągu najbliższego miesiąca,
    - d) pisemnego oświadczenia, że w dniu składania wniosku zamieszkuje na terenie Miasta Szczecinek
  - 4) udzielenie wizyty lekarskiej lub wizyty fizjoterapeutycznej początkowej, w trakcie której po przeprowadzeniu oceny stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, zostanie ustalony plan świadczeń oraz wypełniona ankieta wstępna dotycząca stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy,
  - 5) wykonanie w cyklu 10-dniowym łącznie 30 zabiegów z zakresu kinezyterapii i/lub fizykoterapii zaplanowanych w trakcie wizyty, o której mowa powyżej,
  - 6) udzielenie wizyty lekarskiej lub wizyty fizjoterapeutycznej końcowej mającej na celu ocenę stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po przeprowadzonym cyklu świadczeń oraz wypełnienie ankiety końcowej dotycząca stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy,
  - 7) opracowanie ankiety wstępnej i końcowej dla świadczeniobiorcy zgodnie z założeniami PPZ,
  - 8) przeprowadzenie ankiety zadowolenia świadczeniobiorcy po wykonaniu cyklu zabiegów,
  - 9) przekazanie świadczeniobiorcy informacji dotyczących zalecanych aktywności ruchowych po zakończeniu cyklu zabiegów,
  - 10) działania informacyjno-profilaktyczne na temat chorób i zagrożeń związanych z wiekiem senioralnym oraz, w miarę możliwości, zaangażowane w działania profilaktyczne rodziny i najbliższego otoczenia seniorów.
2. Realizator zobowiązany jest do;
  - 1) wykonywania procedury zgodnie z obowiązującymi przepisami i współczesną wiedzą medyczną,
  - 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej na zasadach i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265),
  - 3) prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2022 r. poz. 1876, z późn. zm.), ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U z 2022 r. poz. 1555, z późn. zm.), a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781),

- 4) prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w ramach PPZ oraz comiesięczne przedkładanie sprawozdań z realizacji PPZ,
- 5) opracowanie raportu końcowego z realizacji zadania zgodnie według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2476),
- 6) umieszczenia informacji o realizowanym PPZ w siedzibie oraz na stronie internetowej Realizatora.

#### **VII. Wymogi dotyczące składanych ofert**

1. Czytelnie sporządzoną Ofertę należy składać na formularzu oferty, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.
2. Oferta musi być podpisana przez osobę uprawnioną/osoby uprawnione lub przez pełnomocnika/pełnomocników Realizatora.
3. Ofertę należy uzupełnić następującymi załącznikami przedstawionymi w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Realizatora:
  - 1) polisa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego
  - 2) certyfikat jakości gwarantującą wykonanie wysokiej jakości świadczeń rehabilitacyjnych,
  - 3) dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób wskazanych w ofercie, jako te które mają wykonywać zabiegi.

#### **VIII. Miejsce i termin składania ofert**

Oferty wraz z załącznikami należy składać w zamkniętych kopertach opatrzonych napisem „Rehabilitacja 65+” w Biurze Obsługi Interesanta Urzędu Miasta Szczecinek, pl. Wolności 13, 78-400 Szczecinek lub przesłać pocztą w nieprzekraczalnym terminie do godziny 14<sup>00</sup> w dniu 13.04.2023 r.

#### **IX. Rozstrzygnięcie konkursu**

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w terminie do 7 roboczych od daty upływu składania ofert.
2. Oceny merytorycznej dokona komisja konkursowa powołana przez Burmistrza Miasta Szczecinek zgodnie z następującymi kryteriami:
  - 1) cena za 1 procedurę – do 80 pkt.
  - 2) liczba oferowanych rodzajów zabiegów fizjoterapeutycznych – do 10 pkt.
  - 3) liczba i kwalifikacje personelu medycznego planowanego do udzielania świadczeń – do 10 pkt.
3. Decyzję o wyborze Realizatora/Realizatorów PPZ podejmie Burmistrz Miasta Szczecinek po przedstawieniu przez komisję konkursową oceny ofert.
4. Złożenie oferty na realizację zadania, która zostanie uznana za spełniającą kryteria nie gwarantuje przyznania środków finansowych w wysokości, o której występuje Oferent.
5. Burmistrz Miasta Szczecinek zastrzega sobie prawo do:
  - 1) wyboru więcej niż jednej oferty,
  - 2) nierozstrzygnięcia konkursu ofert bez podania przyczyny,
  - 3) przedłużenia terminu składania ofert,
  - 4) przedłużenia terminu otwarcia ofert i rozstrzygnięcia konkursu,
  - 5) zmiany terminu realizacji zadania,
  - 6) odstąpienia od realizacji PPZ z przyczyn obiektywnych (np. zmian w budżecie Miasta Szczecinek dotyczących zadania).
6. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.
7. Wyniki postępowania konkursowego zostaną opublikowane na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Miasta Szczecinek, na stronie internetowej Miasta oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.
8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.
9. Dodatkowe informacje na temat konkursu można uzyskać u Głównego Specjalisty ds. uzależnień oraz kontaktów z organizacjami pozarządowymi – Urząd Miasta Szczecinek – budynek B pok. 115, tel. 94 37 141 53

.....  
(pieczęć Oferenta)

### Formularz ofertowy

konkursu ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja seniorów  
– mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2021 – 2024” – edycja 2023 – 2024

#### I. Informacje o Oferencie

1. Pełna nazwa oferenta zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim

.....  
.....

2. Dokładny adres siedziby:

.....  
.....

tel. .... fax. ....

e-mail ..... http:// .....

3. Działalność prowadzona na podstawie :

wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, nr .....

innego rejestru/ewidencji.....

.....

4. Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych .....

5. Nr NIP ..... Nr REGON.....

6. Nazwa banku i nr rachunku bankowego

.....

7. Osoba upoważniona/osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta i do podpisywania umowy na realizację:

- .....  
.....
8. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego i e-mail)

.....  
.....

## II. Szczegółowy sposób realizacji PPZ

### 1. Miejsce udzielania świadczeń

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

### 2. Personel medyczny planowany do udzielania świadczeń:

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje	Forma współpracy z Oferentem	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji PPZ
1.				
2.				
3.				
4.				
...				

### 3. W ramach realizacji umowy oferuję wykonanie następujących zabiegów fizjoterapeutycznych z zakresu kinezyterapii i fizykoterapii:

Lp.	Nazwa
1.	
2.	
3.	
4.	
...	

4. Oferowana liczba pełnych 10-dniowym cykli składających się łącznie z 30 zabiegów fizjoterapeutycznych z zakresu kinezyterapii i fizykoterapii możliwych do przeprowadzenia:

od dnia podpisania umowy do 22.12.2023 r. ....

od 01.01.2024 r. do 20.12.2024 r. ....

5. Oferowana cena za Procedurę

Lp.	Zakres Procedury opisanej w ogłoszeniu konkursu ofert	Cena brutto za Procedurę
1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przyjmowanie zgłoszeń i rejestracja beneficjentów świadczeń na podstawie skierowania lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty (ortopeda traumatolog, specjalista rehabilitacji),</li> <li>2. Informowanie telefoniczne i osobiste potencjalnych zainteresowanych udziałem w PPZ,</li> <li>3. Uzyskiwanie od beneficjentów świadczeń:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pisemnej zgody na uczestnictwo w PPZ,</li> <li>b) pisemnego oświadczenia o wyrażeniu zgody na przekazywanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji PPZ,</li> <li>c) pisemnego oświadczenia, że w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie korzystał z cyklu zabiegów rehabilitacyjnych w ramach NFZ i nie mam zaplanowanego świadczenia w ciągu najbliższego miesiąca,</li> <li>d) pisemnego oświadczenia, że w dniu składania wniosku zamieszkuje na terenie Miasta Szczecinek</li> </ol> </li> <li>4. udzielenie wizyty lekarskiej lub wizyty fizjoterapeutycznej początkowej, w trakcie której po przeprowadzeniu oceny stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, zostanie ustalony plan świadczeń oraz wypełniona ankieta wstępna dotycząca stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy,</li> <li>5. wykonanie w cyklu 10-dniowym łącznie 30 zabiegów z zakresu kinezyterapii i/lub fizykoterapii zaplanowanych w trakcie wizyty, o której mowa powyżej,</li> <li>6. udzielenie wizyty lekarskiej lub wizyty fizjoterapeutycznej końcowej mającej na celu ocenę stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po przeprowadzonym cyklu świadczeń oraz wypełnienie ankiety końcowej dotycząca stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy,</li> <li>7. opracowanie ankiety wstępnej i końcowej dla świadczeniobiorcy zgodnie z założeniami PPZ,</li> <li>8. przeprowadzenie ankiety zadowolenia świadczeniobiorcy po wykonaniu cyklu zabiegów,</li> <li>9. przekazanie świadczeniobiorcy informacji dotyczących zalecanych aktywności ruchowych po zakończeniu cyklu zabiegów,</li> <li>10. działania informacyjno-profilaktyczne na temat chorób i zagrożeń związanych z wiekiem senioralnym oraz, w miarę możliwości, zaangażowane w działania profilaktyczne rodziny i najbliższego otoczenia seniorów.</li> </ol>	<p style="text-align: right;">..... złotych</p>

### III. Oświadczenia Oferenta

1. Nie zalegam z opłatami z tytułu składek ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego.
2. Nie zalegam z opłatami należnych podatków.
3. Nie otwarto wobec Oferenta likwidacji, ani nie ogłoszono upadłości.
4. Zapoznałam się z treścią ogłoszenia i warunkami szczegółowymi zadania.
5. Wymienione w ofercie, projekcie umowy i warunkach szczegółowych konkursu warunki zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
6. Posiadam warunki niezbędne do wykonania niniejszej umowy, zatrudniony przeze mnie personel posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe, a sytuacja ekonomiczna gwarantuje należyte wykonanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.
7. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obowiązujących przepisach z zakresu właściwego przedmiotu umowy.
8. W przypadku przyjęcia niniejszej oferty nie będę wykazywał świadczeń objętych rozliczeniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.
9. Posiadam polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie objętym treścią zapytania ofertowego oraz zobowiązuję się do posiadania takiej polisy przez cały okres trwania umowy.

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelne podpisy i pieczętki osób uprawnionych  
do reprezentowania Oferenta

#### Załączniki:

- 1) Polisa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego
- 2) Certyfikat jakości gwarantującą wykonanie wysokiej jakości świadczeń rehabilitacyjnych,
- 3) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób wskazanych w ofercie, jako te które mają wykonywać zabiegi.





## Umowa nr BS.8010.1. .2023

na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „**Rehabilitacja seniorów-mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2021-2024**” – edycja 2023-2024, zawarta w dniu .....kwietnia 2023 roku w Szczecinku pomiędzy:

**Miastem Szczecinek**, plac Wolności 13, 78-400 Szczecinek, zwanym dalej „**Zamawiającym**”, reprezentowanym przez **Daniela Raka – Burmistrza Miasta Szczecinek**, przy kontrasygnacie **Grzegorza Kołomyckiego – Skarbnika Miasta Szczecinek**

a

.....  
.....

Adres: .....  
NIP ....., REGON .....,  
reprezentowanym przez: .....  
zwanym w treści Umowy **Realizatorem**.

Na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert Strony zawierają umowę o następującej treści:

### §1 Przedmiot Umowy

1. Przedmiotem umowy jest realizacja świadczeń opieki zdrowotnej zwanych dalej Procedurą, opisanych w programie polityki zdrowotnej: „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2021 – 2024”, przyjętym uchwałą Nr XXXIII/313/2021 Rady Miasta Szczecinek z dnia 25 marca 2021 r. zwanym dalej PPZ.
2. Zadanie, o którym mowa w ust. 1 realizowane będzie w placówce wskazanej przez Realizatora, mieszczącej się w **Szczecinku przy ul. ....**
3. Realizator w ramach realizacji PPZ jest w szczególności zobowiązany do:
  - 1) przyjmowanie zgłoszeń i rejestracja beneficjentów świadczeń na podstawie skierowania lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty (ortopeda traumatolog, specjalista rehabilitacji),
  - 2) informowanie telefoniczne i osobiste potencjalnych zainteresowanych udziałem w PPZ,
  - 3) uzyskiwanie od beneficjentów świadczeń:
    - a) pisemnej zgody na uczestnictwo w PPZ,
    - b) pisemnego oświadczenia o wyrażeniu zgody na przekazywanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji PPZ,
    - c) pisemnego oświadczenia, że w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie korzystał z cyklu zabiegów rehabilitacyjnych w ramach NFZ i nie mam zaplanowanego świadczenia w ciągu najbliższego miesiąca,
    - d) pisemnego oświadczenia, że w dniu składania wniosku zamieszkuje na terenie Miasta Szczecinek,
  - 4) udzielenie wizyty lekarskiej lub wizyty fizjoterapeutycznej początkowej, w trakcie której po przeprowadzeniu oceny stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, zostanie ustalony plan świadczeń oraz wypełniona ankieta wstępna dotycząca stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy,
  - 5) wykonanie w cyklu 10-dniowym łącznie 30 zabiegów z zakresu kinezyterapii i/lub fizykoterapii zaplanowanych w trakcie wizyty, o której mowa powyżej,
  - 6) udzielenie wizyty lekarskiej lub wizyty fizjoterapeutycznej końcowej mającej na celu ocenę stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po przeprowadzonym cyklu świadczeń oraz wypełnienie ankiety końcowej dotycząca stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy,
  - 7) przeprowadzenie ankiety zadowolenia świadczeniobiorcy po wykonaniu cyklu zabiegów,
  - 8) przekazanie świadczeniobiorcy informacji dotyczących zalecanych aktywności ruchowych po zakończeniu cyklu zabiegów,
  - 9) działania informacyjno-profilaktyczne na temat chorób i zagrożeń związanych z wiekiem senioralnym oraz w miarę możliwości, zaangażowane w działania profilaktyczne rodziny i najbliższego otoczenia seniorów.

4. Na realizację PPZ Zamawiający zobowiązuje się zapewnić środki publiczne w wysokości:
  - 1) w roku 2023 do .... zł (słownie: ..... złotych 00/100),
  - 2) w roku 2024 do ... zł . (słownie: ... złotych 00/100).

## **§ 2.**

### **Sposób wykonania zadania**

1. Program zostanie wykonany zgodnie z niniejszą umową oraz z ofertą Realizatora stanowiącą załącznik Nr 1 do umowy.
2. Realizator zobowiązuje się do:
  - 1) wykonywania procedury zgodnie z obowiązującymi przepisami i współczesną wiedzą medyczną,
  - 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej na zasadach i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265),
  - 3) prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2022 r. poz. 1876, z późn. zm.), ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U z 2022 r. poz. 1555, z późn. zm.), a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781),
  - 4) prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w ramach PPZ oraz comiesięczne przedkładanie sprawozdań z realizacji PPZ,
  - 5) opracowanie raportu końcowego z realizacji zadania zgodnie według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2476),
  - 6) umieszczenia informacji o realizowanym PPZ w siedzibie oraz na stronie internetowej Realizatora.
3. Środki finansowe, o których mowa w § 2 ust. 4 mogą być wykorzystane wyłącznie na pokrycie wydatków z tytułu realizacji nin. umowy.
4. Umowa będzie realizowana w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2024 r.
5. Uprawnieni do udziału w PPZ są mieszkańcy Miasta Szczecinek z dysfunkcją ruchu spełniający poniższe kryteria:
  - 1) ukończyli 65 rok życia;
  - 2) zostali przebadani i uzyskali skierowanie od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty (ortopeda traumatolog, specjalista rehabilitacji);
  - 3) w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie odbyli cyklu rehabilitacyjnego w ramach NFZ i nie mają zaplanowanego świadczenia w ciągu najbliższego miesiąca.
6. O zakwalifikowaniu do PPZ decydować będzie kolejność zgłoszenia, liczona od daty i godziny złożenia przez pacjenta u Realizatora skierowania i oświadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 3.

## **§ 3.**

### **Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie**

1. Realizator podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i oświadcza, iż posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielenia świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawa.
2. Odpis aktualnej polisy ubezpieczeniowej Realizatora jako dowód zawarcia umowy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 1 stanowi załącznik do niniejszej umowy.
3. Realizator zobowiązuje się do zachowania ciągłości ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz do przedłożenia Zamawiającemu odpisu dowodu aktualizacji polisy ubezpieczeniowej, po każdorazowym upływie terminu obowiązywania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, w terminie 7 dni od daty zawarcia nowej umowy ubezpieczenia lub przedłużenia terminu obowiązywania umowy dotychczasowej.
4. Za szkody powstałe w związku z realizacją Programu odpowiedzialność ponosi Realizator.

5. Realizator zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją zadania przez 5 lat licząc od początku roku następującego po roku, w którym Przyjmujący zamówienie realizował zadanie.

#### **§ 4.**

#### **Wynagrodzenie Realizatora**

1. Wynagrodzenie za wykonywane Procedury jako cena z oferty jest obowiązująca i nie podlega zmianie przez okres obowiązywania umowy.
2. Jednostkowa cena za wykonanie jednej Procedury wynosi: ..... złotych.
3. Całkowita kwota zobowiązania Zamawiającego w stosunku do Realizatora nie może być wyższa niż ..... złotych (..... osób x cena, o której mowa w § 4 ust. 2).
4. Zapłata za wykonane Procedury zostanie dokonana na rachunek bankowy Realizatora w ciągu 21 dni od daty doręczenia faktury Zamawiającemu wraz ze sprawozdaniem, o którym mowa w § 5 niniejszej umowy. Nr. Rachunku: .....
5. Za prawidłowo wystawioną fakturę VAT, rozumie się fakturę zawierającą następujące dane Nabywcy i Płatnika:  
Nabywca - Miasto Szczecinek, pl. Wolności 13, 78-400 Szczecinek, NIP 673-00-10-209,  
Płatnik - Urząd Miasta Szczecinek, pl. Wolności 13, 78-400 Szczecinek.
6. Fakturę wraz z miesięcznym sprawozdaniem z realizacji PPZ w grudniu Realizator zobowiązany jest przedłożyć najpóźniej do dnia 27 grudnia 2023 roku oraz do dnia 27 grudnia 2024 roku.
7. Dniem zapłaty wynagrodzenia jest dzień obciążenie rachunku bankowego Zamawiającego.
8. Realizator nie może przenieść wierzytelności wynikających z umowy na osobę trzecią za wyjątkiem zgłoszonych Podwykonawców lub banku obsługującego Realizatora.
9. Realizator nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego, pod rygorem nieważności, dokonywać cesji należności z niniejszej umowy na osoby trzecie.
10. Rachunek, o którym mowa w ust. 4 winien znajdować się na „białej liście VAT” wykazu podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT prowadzonej przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej.
11. Zamawiający oświadcza, że będzie realizował płatność za rachunek z zastosowaniem mechanizmu podzielonej płatności, tzw. split payment.
12. Podzieloną płatność, stosuje się wyłącznie przy płatnościach bezgotówkowych, realizowanych za pośrednictwem polecenia przelewu lub polecenia zapłaty dla czynnych podatników VAT. Mechanizm podzielonej płatności nie będzie wykorzystywany do zapłaty za czynności lub zdarzenia pozostające poza zakresem VAT (np. zapłata za odszkodowanie), a także za świadczenia zwolnione z VAT, opodatkowane stawką 0%.
13. Realizator oświadcza, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w jego imieniu, jest rachunkiem, dla którego zgodnie z rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe prowadzony jest rachunek VAT.
14. Jednocześnie Realizator oświadcza, że rachunek bankowy, o którym mowa w ust. 13, jest rachunkiem bankowym wpisanym w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT (biała lista podatników VAT).
15. W przypadku braku możliwości dokonania zapłaty przez Zamawiającego z wykorzystaniem mechanizmu podzielonej płatności, w szczególności w przypadku złożenia przez Realizatora nieprawdziwego oświadczenia, o którym mowa w ust. 13, Zamawiający uprawniony jest do wstrzymania płatności do czasu wskazania przez Realizatora rachunku, o którym mowa w ust. 13.

#### **§ 5.**

#### **Obowiązki sprawozdawcze Przyjmującego zamówienie**

1. Realizator zobowiązany jest do sporządzania i przekazywania Zamawiającemu, w okresach miesięcznych do 15 dnia każdego miesiąca sprawozdania z bieżącej realizacji PPZ, tj. z pełnych „turnusów” zrealizowanych w miesiącu poprzednim, zawierającego co najmniej: oznaczenie nazwy zadania, nazwę Zamawiającego, nazwę Realizatora, numer Umowy, liczbę wykonanych Procedur, liczbę zaangażowanych w realizację osób (z podziałem na wykonywane zawody). „Turnus” realizowany na przełomie dwóch miesięcy powinien być ujęty w sprawozdaniu za miesiąc, w którym był zakończony.
2. Realizator zobowiązany jest do sporządzania i przekazywania Zamawiającemu rocznego sprawozdania z realizacji PPZ za rok ubiegły do dnia 15 stycznia roku następnego.
3. Realizator zobowiązany jest do sporządzenia i przekazania Zamawiającemu Raportu końcowego zawierającego dane wskazane w PPZ niezbędne do przeprowadzenia ewaluacji i kontroli prawidłowości wykonywania Procedur w ramach PPZ zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2476).

4. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1-3 mogą być przekazane Zamawiającemu drogą elektroniczną na adres b.kowal@um.szczecinek.pl lub w formie papierowej.

## **§ 6.**

### **Obowiązki informacyjne Przyjmującego zamówienie**

Realizator zamówienie zobowiązuje się do informowania, że zadanie jest finansowane ze środków otrzymanych od Zamawiającego. Informacja na ten temat powinna się znaleźć we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach, wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania publicznego oraz w placówce, o której mowa w §1 ust. 2 niniejszej umowy.

## **§ 7.**

### **Uprawnienia informacyjne Zamawiającego**

Realizator upoważnia Zamawiającego do rozpowszechniania w dowolnej formie, w prasie, radiu, telewizji, internecie oraz innych publikacjach nazwy oraz adresu Realizatora, przedmiotu i celu, na który przyznano środki, oraz informacji o wysokości przyznanych środków.

## **§ 8.**

### **Kontrola zadania publicznego**

1. Zamawiającemu przysługuje prawo kontroli Realizatora, w zakresie prawidłowości realizacji zadań określonych niniejszą umową zarówno w toku realizacji zadania oraz po jego zakończeniu do czasu ustania obowiązku, o którym mowa w §3 ust. 5.
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1 osoby upoważnione przez Zamawiającego mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości realizacji PPZ oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji oraz oświadczeń dotyczących realizacji PPZ. Realizator na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
3. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez Zamawiającego zarówno w siedzibie Zamawiającego (Realizator ma obowiązek dostarczenie dokumentów i zestawień wskazanych przez kontrolujących), jak i w miejscu realizacji Programu.
4. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1 Zamawiający poinformuje Realizatora, a przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
5. Realizator jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń, o których mowa w ust. 4 do ich wykonania i powiadomienia o tym Zamawiającego.

## **§ 9.**

### **Rozwiązanie umowy**

1. Umowa może być rozwiązana z miesięcznym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie przedmiotu umowy.
2. Prawo rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym przysługuje Zamawiającemu w przypadku:
  - 1) gdy Realizator z przyczyn leżących po jego stronie - nie rozpoczął realizacji umowy lub przerwał jej realizację i nie wznowił jej pomimo wezwań Zamawiającego,
  - 2) gdy Realizator zamówienie rażąco narusza postanowienia umowy.
3. Prawo rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym przysługuje Realizatorowi w przypadku, gdy Zamawiający nie reguluje na bieżąco należności za realizację Programu i mimo wezwania zwleka z zapłatą dłużej niż 1 miesiąc, licząc od terminu zapłaty ustalonego w umowie.

4. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawierania umowy, Zamawiający może rozwiązać umowę w terminie jednego miesiąca od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo jednostronnego rozwiązania umowy w przypadku, gdy Rada Miasta Szczecinek nie zapewni środków na realizację PPZ w budżecie Miasta Szczecinek.

## § 10.

### Kary umowne

1. Zamawiający może zażądać od Realizatora zapłaty kary umownej w wysokości 1 000,00 zł za każdy przypadek :
  - 1) braku wyodrębnionego dla programu rejestru świadczeń wykonywanych w ramach PPZ,
  - 2) rozbieżności ww. rejestru ze sprawozdaniami przedkładanymi przez Realizatora,
  - 3) niewywiązywania się lub nieterminowego realizowania postanowień umowy,
  - 4) nieusunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w czasie kontroli w terminie wskazany w protokole.
2. W przypadku poniesienia szkody wyższej od zastrzeżonych powyżej kar umownych, Zamawiający może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym.
3. Realizator upoważnia Zamawiającego do potrącenia kar umownych z przysługującego wynagrodzenia.

## § 11

### RODO

1. Zamawiający oświadcza, że jest administratorem danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
2. Realizator może przetwarzać dane osobowe osób zakwalifikowanych wyłącznie w zakresie oraz w celu zgodnym z niniejszą umową i ustawami. Realizator jest zobowiązany przekazać osobom zakwalifikowanym klauzulę informacyjną wymaganą Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady o którym mowa w ust. 1.
3. Zmiana zakresu oraz celu przetwarzania danych osobowych może zostać dokonana jedynie w drodze zmiany niniejszej umowy.
4. Realizator jest zobowiązany do przestrzegania aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie przetwarzania danych osobowych oraz przepisów wykonawczych.
5. Realizator oświadcza, że przed rozpoczęciem przetwarzania danych podejmie środki techniczne i organizacyjne mające na celu zabezpieczenie powierzonych danych osobowych stosownie do przepisów.
6. Zamawiający ma prawo do kontroli sposobu wykonywania niniejszej umowy przez Realizatora odnośnie zobowiązań, o których mowa w niniejszym paragrafie.
7. Dostęp do powierzonych danych osobowych mogą posiadać tylko osoby, którym Realizator nadał upoważnienia.
8. Realizator oświadcza, że zobowiązuje się do zachowania powierzonych lub otrzymanych danych w tajemnicy. Tajemnica ta obejmuje również wszelkie informacje dotyczące sposobów zabezpieczenia powierzonych do przetwarzania danych osobowych.
9. Realizator odpowiada za szkody rzeczywiste, jakie powstały wobec Zamawiającego lub osób trzecich w wyniku działania niezgodnego z niniejszymi postanowieniami w zakresie przetwarzania danych osobowych.
10. Realizator po zakończeniu przetwarzania danych zobowiązany jest do niezwłocznego usunięcia lub zwrotu powierzonych mu danych z wyjątkami określonymi w odrębnych przepisach.
11. Powierzenie przetwarzania danych, o którym mowa w niniejszym paragrafie, ma charakter nieodpłatny.

## § 12.

### Postanowienia końcowe

1. Osobami do kontaktów roboczych są:
  - 1) ze strony Zamawiającego - **Beata Kowal**,  
tel. 94 37 141 53, adres poczty elektronicznej b.kowal@um.szczecinek.pl;
  - 2) ze strony Przyjmującego zamówienie – .....,  
tel. .... adres poczty elektronicznej .....

2. Koperty, w których na adres Urzędu Miasta w Szczecinku przesyłane będą wszelkie dokumenty związane z programem polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja seniorów – mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2023-2024” powinny być opatrzone napisem: „Rehabilitacja 65+”.
3. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności, a wszelkie wątpliwości związane z realizacją umowy wyjaśniane będą w formie pisemnej.
4. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej i ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny.
5. Ewentualne spory wynikłe na tle wykonywania umowy będą rozstrzygane w drodze polubownego porozumienia. W przypadku niezyskania porozumienia, rozstrzygnięcie sporu zostanie poddane sądowi właściwemu dla siedziby Zamawiającego.
6. Integralną częścią umowy stanowi oferta Realizatora.
7. Umowa wchodzi w życie z dniem podpisania jej przez obie strony umowy.
8. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Zamawiający**

**Realizator**

