**Załącznik nr 6**

do ogłoszenia przyjętego

Zarządzeniem nr 820/PMS/2020

Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle

z dnia 29 lipca 2020 roku

Wzór umowy na program rehabilitacji leczniczej

Umowa nr …..../2020

zawarta w dniu .................... 2020 r. w Kędzierzynie-Koźlu pomiędzy Gminą Kędzierzyn-Koźle, reprezentowaną przez:

**………………………………………………………………………………………………………**

zwaną dalej Zamawiającym,

a

**……………………………………………………………………………………………………..**

zwanym dalej Wykonawcą.

**§ 1**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.), art. 114 – 117 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295), art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713) oraz ustawy z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365) Gmina realizuje program polityki zdrowotnej polegający na prowadzeniu świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Kędzierzyna-Koźla.

**§ 2**

1. Zamawiający zleca Wykonawcy realizację programu polityki zdrowotnej „rehabilitacja mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle” polegającego na wykonaniu świadczeń zdrowotnych dla osób zameldowanych na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem zabiegu) obejmujących rejon ………………………………………………………………………….. w Kędzierzynie-Koźlu   
   w zakresie rehabilitacji obejmującej następujące zabiegi:
2. kinezyterapię,
3. masaż,
4. elektrolecznictwo,
5. pole elektromagnetyczne,
6. światłolecznictwo i ciepłolecznictwo,

polegającej na wykonaniu nie mniej niż ………… punktów za udzielenie usług wskazanych   
w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

1. U pacjenta, który zgłosi się do udziału w programie bez skierowania lekarskiego Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia wywiadu i badania kwalifikującego do udzielania zabiegów, czasu i ilości powtórzeń. Zakres świadczeń w ramach programu obejmuje także:
2. …………………………………………………………………………………………,
3. …………………………………………………………………………………………,
4. …………………………………………………………………………………………,
5. …………………………………………………………………………………………,
6. …………………………………………………………………………………………,
7. …………………………………………………………………………………………,
8. ………………………………………………………………………………………….
9. Z zabiegów finansowanych przez Gminę mogą skorzystać tylko zainteresowani pacjenci spełniający kryteria (zameldowanie na pobyt stały lub czasowy powyżej roku na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle), którzy po skorzystaniu ze świadczenia zobowiązani są do złożenia własnoręcznego oraz czytelnego podpisu potwierdzającego odbyty zabieg (w przypadku osób niepełnoletnich podpis opiekuna prawnego).
10. Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia u jednego pacjenta w ciągu roku nie więcej niż dwa rodzaje zabiegów, przy czym na każdy rodzaj zabiegu przypadać będzie   
    nie więcej niż dziesięć powtórzeń. Gmina Kędzierzyn-Koźle zapłaci za mieszkańca korzystającego z zabiegów tylko raz, w przypadku gdy mieszkaniec skorzysta z zabiegów   
    w innym gabinecie realizującym zadanie Gmina nie poniesie kosztów związanych   
    z zabiegiem. Rezygnacja przed lub w czasie uczestnictwa w Programie przez pacjenta wyłącza go z udziału w Programie.
11. Łącznie na realizację programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w § 2 ust.1 Zamawiający przeznaczy środki (dotację) w wysokości …………. zł (słownie: …………………………), która to kwota wydatkowana będzie z działu …………………………
12. Realizacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się do dnia ………….. Ostateczne rozliczenie zadania nastąpi w terminie 14 dni od daty złożenia w siedzibie Zamawiającego ostatniego wykazu, o którym mowa   
    w ust. 8, jednakże nie później niż do dnia …………….
13. Realizacja programu polityki zdrowotnej odbywać się będzie w …………………………od poniedziałku do piątku w godzinach od …………………. po uprzedniej bezpośredniej lub telefonicznej rejestracji pacjentów.
14. Wykonawca prowadzić będzie dzienny wykaz pacjentów, którym wykonano zabieg, wg. wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do umowy i zawierający podpis pacjenta (-ki), lub prawnego opiekuna potwierdzający odbyty zabieg oraz oświadczenie potwierdzające zameldowanie na pobyt stały lub czasowy powyżej roku na terenie Kędzierzyna-Koźla oraz wyrażający zgodę na udostępnienie danych osobowych pacjenta (-ki) Urzędowi Miasta w Kędzierzynie-Koźlu celem rozliczenia płatnej przez ten Urząd należności za przeprowadzony zabieg, wraz   
    z oświadczeniem, że podane dane meldunkowe są zgodne z prawdą.
15. Wykonawca zobowiązuje się prowadzić dla wykonania programu polityki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy dokumentację medyczną oraz sprawozdawczość statystyczną na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
16. Wykonawca we własnym zakresie i na własny koszt będzie prowadził działania obejmujące zamieszczanie w prasie lokalnej i lokalnej rozgłośni radiowej informacji o zakresie, terminach i trybie realizacji programu polityki zdrowotnej jak również informacje o zagrożeniach oraz zasadności prowadzenia profilaktyki.
17. Wykonawca zobowiązuje się do zamieszczenia w widocznym miejscu na terenie placówki realizującej zadanie informacji, że realizowany program polityki zdrowotnej – opieka rehabilitacyjna, finansowany jest ze środków publicznych Gminy Kędzierzyn-Koźle.
18. Wykonawca będzie współpracował z jednostkami wskazanymi przez Zamawiającego   
    w zakresie promocji zdrowia.
19. Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia edukacji w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej, zagrożeń zdrowotnych wynikających z niewłaściwie dobranych form aktywności fizycznej, ćwiczeń w warunkach domowych dla osób kwalifikujących się do udziału   
    w Programie, zgodnie z programem stanowiącym załącznik do oferty.

**§ 3**

1. Za realizację programu polityki zdrowotnej objętego umową Zamawiający przekaże Wykonawcy dotację w wysokości stanowiącej iloczyn zryczałtowanej kwoty brutto za 1 punkt świadczenia oraz sumy wartości punktów udzielonych świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszej umowy. Strony ustalają zryczałtowaną kwotę brutto za 1 punkt świadczenia   
   w wysokości **……. zł brutto.** Całkowita kwota dotacji nie może przekroczyć kwoty   
   **…………. zł.**
2. Strony zgodnie postanawiają, że ustalenie kwoty należnej Wykonawcy dotacji **będzie dokonywane po upływie każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego**.
3. Celem ustalenia kwoty dotacji za dany okres, Wykonawca przedstawi Zamawiającemu ilościowe zestawienie z wykonanego programu polityki zdrowotnej i wykazy pacjentów   
   o których mowa w § 2 ust. 8, u których zostało zakończone udzielanie świadczenia w postaci zabiegów, sprawozdania z realizacji programu polityki zdrowotnej w danym okresie, obejmujące między innymi: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Wykazy te będą przedkładane do 15 dnia każdego miesiąca, natomiast za miesiąc listopad do dnia …………………
4. Końcowe sprawozdanie za cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć w terminie do ………………….
5. Przekazanie kwoty dotacji należnej za dany okres, nastąpi w terminie 21 dni od daty przedstawienia Zamawiającemu dokumentów o których mowa w ust. 3 na rachunek bankowy Wykonawcy ………………………………………………………………………

– pod warunkiem że dokumenty te będą kompletne i poprawne merytorycznie.

1. Zleceniobiorca oświadcza, że jest jedynym posiadaczem wskazanego w ust. 5 rachunku bankowego i zobowiązuje się do utrzymania wskazanego powyżej rachunku nie krócej niż do chwili dokonania ostatecznych rozliczeń ze Zleceniodawcą, wynikających z umowy.

**§ 4**

W czasie realizacji programu polityki zdrowotnej objętego umową upoważnieni pracownicy Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta w Kędzierzynie-Koźlu mają prawo kontrolowaćprzebieg realizacji programu polityki zdrowotnej, w tym zaznajamiać się z jego dokumentacją, w zakresie nie objętym tajemnicą lekarską.

**§ 5**

Umowa może zostać rozwiązana przed upływem okresu realizacji programu polityki zdrowotnej, bez zachowania okresu wypowiedzenia w razie:

1. stwierdzenia w toku kontroli, o której mowa w § 4, rażącego naruszenia przez Wykonawcę jego obowiązków wynikających z umowy,
2. awarii sprzętu trwającej dłużej niż 4 tygodnie,
3. odmowy poddania się kontroli,
4. nieprawidłowości w rozliczeniach,
5. powtarzających się skarg pacjentów na sposób i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych.

**§ 6**

Wykonanie w terminie do ………………. zabiegów o wartości mniej niż ………. punktów   
o których mowa w § 2 ust.1 skutkować może rozwiązaniem umowy bądź zmniejszeniem kwoty przeznaczonej na realizacje programu.

**§ 7**

Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem rozwiązującym na koniec miesiąca kalendarzowego.

**§ 8**

W sprawach nieuregulowanych umową stosują się przepisy Kodeksu cywilnego i ustawy   
o działalności leczniczej.

**§ 9**

Wszelkie spory wynikające z realizacji umowy rozstrzygane będą przez właściwy sąd powszechny.

**§ 10**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

**Zamawiający: Wykonawca**