

## **Wzór umowy na program polityki zdrowotnej**

### **Umowa nr ...../2020**

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

.....  
zwanego 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 2011r. o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.), art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990r. 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 polegającego na:
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
  - 4) .....u ..... **osób** zameldowanych na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania) na terenie Kędzierzyna-Koźla i urodzonych w okresie od ..... **r. do** ..... **r.**
2. 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 .....
3. Z badania finansowanego 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 odbyte badanie (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych podpis opiekuna prawnego). Gmina Kędzierzyn-Koźle zapłaci za mieszkańca korzystającego z badania w ramach programu polityki zdrowotnej objętego niniejszą umową tylko raz, w przypadku gdy mieszkaniec skorzysta z badania po raz drugi Gmina nie poniesie kosztów z tym związanych.
4. Realizacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i **zakończy się do dnia** ..... **2020 r.** Ostateczne rozliczenie zadania nastąpi

w terminie 14 dni od daty złożenia w siedzibie Zamawiającego ostatniego wykazu, o którym mowa w ust. 6, jednakże **nie później niż do dnia .....**

5. Realizacja programu polityki zdrowotnej odbywać się będzie w:

miejsce	dzień tygodnia	czas pracy

6. Wykonawca prowadzić będzie dzienny wykaz pacjentów, którym wykonano badanie, wg. wzoru stanowiącego **załącznik nr 1 do umowy** i zawierający podpis pacjenta (-ki), lub prawnego opiekuna potwierdzający odbyte badanie oraz przeprowadzoną edukację zgodnie z programem stanowiącym załącznik do oferty, a także oświadczenie potwierdzające zameldowanie na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania) na terenie Kędzierzyna-Koźła oraz wyrażający zgodę na udostępnienie danych osobowych pacjenta (-ki) Urzędowi Miasta w Kędzierzynie-Koźlu celem rozliczenia płatnej przez ten Urząd należności za przeprowadzone badanie, wraz z oświadczeniem, że podane dane meldunkowe są zgodne z prawdą.
7. Wykonawca zobowiązuje się prowadzić dla wykonania programu polityki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy dokumentację medyczną oraz sprawozdawczość statystyczną na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
8. 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.
9. Wykonawca będzie współpracował z jednostkami wskazanymi przez Zamawiającego w zakresie promocji zdrowia.
10. Wykonawca zobowiązuje się do zamieszczenia w widocznym miejscu na terenie placówki realizującej zadanie informacji, że realizowany **program polityki zdrowotnej finansowany jest ze środków publicznych Gminy Kędzierzyn-Koźle.**

### § 3

1. Za realizację programu polityki zdrowotnej objętego umową Zamawiający przekaże Wykonawcy dotację w wysokości stanowiącej iloczyn ilości pacjentów przebadanych w danym okresie oraz stawki dotacji za jedno badanie, którą strony ustalają na kwotę ..... 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. 6, sprawozdania z realizacji programu polityki zdrowotnej w danym okresie, obejmujące między innymi:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wykazy te będą przedkładane do 10 dnia miesiąca następującego po badaniach, natomiast za miesiąc listopad do dnia .....

4. Końcowe sprawozdanie za cały okres realizacji programu zdrowotnego 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 w .....  
– pod warunkiem że dokumenty te będą kompletne i poprawne merytorycznie.

#### § 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 kontrolować przebieg 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) przebadania w terminie ..... mniej niż ..... osób, o których mowa w § 2 ust.1,
- 4) odmowy poddania się kontroli,
- 5) nieprawidłowości w rozliczeniach,
- 6) powtarzających się skarg pacjentów na sposób i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych,

#### § 6

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

#### § 7

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

#### § 8

Wszelkie zmiany, uzupełnienia i oświadczenia składane w związku z niniejszą umową wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 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:**