Załącznik
do Zarządzenia nr 238/PMS/2025
Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle
z dnia 27 stycznia 2025 roku

Ogłoszenie otwartego konkursu ofert na realizację programów polityki zdrowotnej objętych Programem Ochrony Zdrowia na lata 2023-2025

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późń.zm.), art. 114 ust.1 pkt 1 oraz art. 115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 poz. 799, z późn. zm.), art. 14 ust. 1 oraz art. 15 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670).

Prezydent Miasta Kędzierzyn-Koźle ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację programów polityki zdrowotnej:

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi (mammografia lub mammografia i USG) u co najmniej 122 osób urodzonych w okresie 01.01.1981 – 31.12.1985	przeznaczone środki w wys. 15.000,00 zł
Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy u co najmniej 300 osób w tym kobiet: ur. w okresie 01.01.1950 – 31.12.1970 oraz mężczyzn ur. 01.01.1950 – 31.12.1965	przeznaczone środki w wys. 30.000,00 zł
Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc u co najmniej 214 osób urodzonych w okresie 01.01.1960 – 31.12.1980	przeznaczone środki w wys. 15.000,00 zł
Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy (hemoglobina glikowana HbA 1c) u co najmniej 400 osób urodzonych w okresie 01.01.1952 – 31.12.1982	przeznaczone środki w wys. 10.000,00 zł
Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych (bad. gospod. lipidowej wraz z oznaczeniem współczynnika aterogenności) u co najmniej 294 osób urodzonych w okresie 01.01.1959 – 31.12.1990	przeznaczone środki w wys. 10.000,00 zł
Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy (bad. TSH, FT4 i USG) u co najmniej 157 osób urodzonych w okresie 01.01.2008 – 31.12.2012 oraz 01.01.1962 – 31.12.1992	przeznaczone środki w wys. 30.000,00 zł
Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle polegającej na wykonaniu nie mniej niż po 18.750 punktów dla każdego z czterech podmiotów leczniczych za udzielenie usług wskazanych w katalogu świadczeń	przeznaczone środki w wys. 120.000,00 zł (po 30.000,00 zł dla każdego z 4 podmiotów leczniczych

W konkursie mogą wziąć udział **podmioty lecznicze w rozumieniu** ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej posiadające w swojej strukturze organizacyjnej jednostkę, która zrealizuje program polityki zdrowotnej.

Realizacja programów polityki zdrowotnej rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się do dnia **28 listopada 2025 r.**

I. Zakres zadania

1.Prowadzenie programów polityki zdrowotnej w rozumieniu art. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tj. w/w **badań profilaktycznych dla osób zameldowanych na pobyt stały lub czasowy powyżej roku na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle**. Meldunek tymczasowy powyżej roku na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle obejmuje pacjentów zameldowanych na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania.

Z programów polityki zdrowotnej określonych w załącznikach 1-7 finansowanych przez Gminę Kędzierzyn-Koźle mogą skorzystać tylko zainteresowani pacjenci spełniający kryteria określone dla poszczególnych programów (zameldowanie oraz wiek kwalifikujący do badania), którzy po skorzystaniu ze świadczenia/zabiegu zobowiązani są do złożenia własnoręcznego oraz czytelnego podpisu potwierdzającego odbyte badanie/zabieg (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub niepełnoletnich podpis opiekuna prawnego).

Program polityki zdrowotnej stanowiący załącznik nr 7 będzie realizowany przez świadczeniobiorców w czterech rejonach miasta, wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa:
Rejon I- osiedle Rogi, osiedle Zachód, osiedle Południe, osiedle Stare Miasto i osiedle Kłodnica.
Rejon II- osiedle Pogorzelec.
Rejon III- osiedle Śródmieście, osiedle Kuźniczka i osiedle Azoty.
Rejon IV- osiedle Blachownia, osiedle Cisowa, osiedle Piasty, osiedle Sławęcice, osiedle Lenartowice i osiedle Miejsce Kłodnickie.
Łącznie program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle będzie polegał na wykonaniu nie mniej niż po 18.750 punktów dla każdego z czterech podmiotów leczniczych za udzielenie usług wskazanych w katalogu świadczeń ze środków publicznych Gminy.
Z zabiegów rehabilitacji leczniczej finansowanych przez Gminę Kędzierzyn-Koźle mogą skorzystać tylko zainteresowani pacjenci spełniający kryteria:

a) pacjent musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
   - na pobyt stały, lub
   - na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu),
b) rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego.

2. Umowa udzielająca dotacji na realizację programów polityki zdrowotnej, określająca szczegółowe warunki realizacji zadania, zawarta zostanie z podmiotem, który złożył najkorzystniejszą ofertę i będzie obowiązywała od dnia jej podpisania **do 28 listopada 2025 r.**, chyba, że nastąpią okoliczności na podstawie, których umowa zostanie wypowiedziana Warunki takie zostaną szczegółowo określone w umowie.

3. W przypadku zlecania lub powierzania, na podstawie umowy, realizacji zadań publicznych finansowanych z udziałem środków publicznych lub udzielania zamówień publicznych podmiotom innym niż podmioty publiczne, podmiot publiczny jest obowiązany do określenia w treści umowy warunków służących zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie tych zadań publicznych lub zamówień publicznych, z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 poz. 1411).

4. Gmina zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli prawidłowości realizacji zadania, w tym również kontroli prowadzonych programów polityki zdrowotnej, bez konieczności wcześniejszego informowania realizatora zadania o planowanej kontroli.

5. W przypadku stwierdzenia wykorzystania środków publicznych niezgodnie z warunkami konkursu lub umowy środki te zostaną zwrócone na konto Gminy wraz z ustawowymi odsetkami.

6. Jednostka realizująca zadania, wyłoniona w wyniku konkursu nie może zlecić realizacji zadania innej jednostce pod rygorem unieważnienia umowy.

II. Wysokość środków przeznaczonych na realizację w/w programów zdrowotnych
Wysokość środków przeznaczonych w 2022 r. – 110.000,00 zł
Wysokość środków przeznaczonych w 2023 r. – 180.000,00 zł
Wysokość środków przeznaczonych w 2024 r. – 200.000,00 zł
Wysokość środków przeznaczonych w 2025 r. – 230.000,00 zł

III. Cel zadania
Celem zadania jest zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie programów polityki zdrowotnej, podnoszenie świadomości społeczeństwa o istocie profilaktyki i potrzebie wczesnej samokontroli.

IV. Wydatki pokrywane ze środków publicznych Gminy
1. Zamawiający zapłaci Wykonawcy za realizację programu polityki zdrowotnej ujętego w załączniku nr 1-6 do niniejszego ogłoszenia - wynagrodzenie zryczałtowane brutto (zryczałtowana kwota brutto za wykonanie badań u jednej osoby x liczbę wszystkich wykonanych badań jednego programu polityki zdrowotnej), przy czym łączna wysokość wynagrodzenia zryczałtowanego nie może przekroczyć kwoty przyznanej danemu programowi polityki zdrowotnej.
2. Zamawiający zapłaci Wykonawcy za realizację programu polityki zdrowotnej ujętego w załączniku nr 7 wynagrodzenie zryczałtowane brutto (zryczałtowana kwota brutto za ilość zrealizowanych punktów udzielonych świadczeń wskazanych w katalogu świadczeń w załączniku nr 7 pkt.1.b) przy czym łączna wysokość wynagrodzenia zryczałtowanego nie może przekroczyć kwoty przyznanej programowi polityki zdrowotnej.

V. Warunki jakie powinien spełniać podmiot ubiegający się o środki publiczne przeznaczone na realizację zadania.
Warunki konkursu określone są w szczegółowych warunkach konkursu (załącznik nr 1-7).

VI. Do oferty należy dołączyć:
1. Wszystkie dokumenty wskazane w formularzu oferty stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia.
2. W przypadku składania przez oferenta więcej niż jednej oferty, komplet tych samych dokumentów nie jest wymagany do każdej z ofert. Do ofert należy dołączyć dokument wskazujący, w której z ofert znajduje się wymagany komplet dokumentów.
3. Kopie dokumentów dołączonych do oferty powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem (na każdej stronie) z datą i podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie. Jeżeli dokument będzie miał więcej niż dwie strony wystarczy potwierdzić na ostatniej stronie i wskazać, których stron potwierdzenie dotyczy.

VII. Składanie ofert
1. Kompletne oferty na realizację wszystkich lub niektórych programów polityki zdrowotnej należy składać bezpośrednio lub przesyłką pocztową na formularzu oferty, stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia, z dopiskiem **„Otwarty konkurs ofert na realizację programów polityki zdrowotnej objętych Programem Ochrony Zdrowia na lata 2023-2025 – ..... (nazwa zadania zgodna z treścią ogłoszenia, na które jest składana oferta)" w Kancelarii Ogólnej Urzędu Miasta** (pok. 139) w terminie do dnia 12.02.2025. do godziny 15:30 przy czym za datę złożenia oferty przyjmuje się datę jej wpływu do Urzędu Miasta. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
2. Gmina dopuszcza możliwość składania ofert na realizację wszystkich programów polityki zdrowotnej lub części programów objętych ogłoszeniem.
3. Oferent może wycofać złożoną ofertę tylko w formie pisemnej.
4. Oferty świadczeniodawców uczestniczących w postępowaniu konkursowym nie podlegają zwrotowi.

VIII. Termin, tryb i kryteria rozpatrywania ofert.

1. Otwarcie ofert złożonych w ramach konkursu nastąpi w dniu 13.02.2025 w siedzibie Urzędu Miasta w Kędzierzynie-Koźlu przez komisję konkursową powołaną przez Prezydenta Miasta.
2. Gmina zastrzega sobie prawo wezwania oferenta w celu uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień.
3. Ocena ofert:
   1) Oferty na programy polityki zdrowotnej **stanowiące załącznik nr 1-6 do niniejszego ogłoszenia** kompletne i spełniające wszystkie wymogi formalne ocenione będą według następujących kryteriów.
   a) poziomem zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi- kryterium to ważyć będzie w 50% na ocenie oferty;
   b) liczbą dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla, gdzie wykonywane będą badania - kryterium to ważyć będzie w 15% na ocenie oferty;
   c) liczba dni w których przeprowadzane będą badania – kryterium to ważyć będzie w 15 % na ocenie oferty;
   d) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzone będą badania- kryterium to wazyć będzie w 20% na ocenie oferty.

Powyższe kryterium oceny liczone będzie w następujący sposób:
- **ocena oferty pod względem ceny** = cena najkorzystniejszej oferty ÷ cenę ocenianej oferty x waga oceny,
- **ocena oferty pod względem lokalu** = liczba lokali w ofercie ocenianej ÷ liczbę lokali w ofercie obejmującej największą liczbę lokali x waga oceny,
- **ocena pod względem ilości dni** w których wykonywane będą badania = liczba dni w ofercie ocenianej ÷ liczba dni w ofercie zawierającej największa liczbę dni x waga ceny,
- **ocena pod względem liczby godzin** w których przeprowadzane będą badania = liczba godzin w ofercie ocenianej ÷ liczba godzin w ofercie zawierającej największa liczbę godzin x waga ceny.

   2) Oferty na program polityki zdrowotnej **stanowiący załącznik nr 7 do niniejszego ogłoszenia** kompletne i spełniające wszystkie wymogi formalne ocenione będą według następujących kryteriów.
   a) ceny brutto za 1 punkt przeprowadzenia zabiegu - kryterium to ważyć będzie w 50% na ocenie oferty,
   b) liczba dostępnych lokali gdzie wykonywane będą zabiegi - kryterium to ważyć będzie w 15 % na ocenie oferty,
   c) liczba dni w których przeprowadzane będą zabiegi – kryterium to ważyć będzie w 15 % na ocenie oferty,
   d) liczba godzin w których przeprowadzane będą zabiegi – kryterium to ważyć będzie w 20 % na ocenie oferty.

   Powyższe kryterium oceny liczone będzie w następujący sposób:
   - **ocena oferty pod względem ceny** = cena najkorzystniejszej oferty ÷ cenę ocenianej oferty x waga oceny,
   - **ocena oferty pod względem lokalu** = liczba lokali w ofercie ocenianej ÷ liczbę lokali w ofercie obejmującej największą liczbę lokali x waga oceny,
   - **ocena pod względem ilości dni** w których wykonywane będą zabiegi = liczba dni w ofercie ocenianej ÷ liczba dni w ofercie zawierającej największa liczbę dni x waga ceny,
   - **ocena pod względem liczby godzin** w których przeprowadzane będą zabiegi = liczba godzin w ofercie ocenianej ÷ liczba godzin w ofercie zawierającej największa liczbę godzin x waga ceny.
4. W przypadku oceny pod względem liczby dni, w których wykonywane będą programy polityki zdrowotnej Gmina będzie brała pod uwagę dni tygodnia od poniedziałku do piątku.
5. W przypadku niemożności wyboru oferty najkorzystniejszej z uwagi na to, że dwie lub więcej ofert będą przedstawiać taki sam bilans ceny i innych kryteriów oceny ofert dokona się wyboru oferty z najniższą ceną oraz w przypadku oferenta, który realizował zadanie w poprzednim roku, będą brane pod uwagę wyniki kontroli przeprowadzone w danej placówce podczas realizacji zadania publicznego finansowanego ze środków Gminy.
6. W przypadku niemozności dokonania wyboru oferty, o którym mowa w pkt 5, ze względu na to, że oferty dwóch lub więcej oferentów uzyskają taki sam bilans oceny oraz będą zawierać taką samą cenę, konieczne będzie wezwanie oferentów do złożenia w terminie określonym przez Gminę, ofert dodatkowych, przy czym oferty te nie będą mogły zawierać cen wyższych niż wskazane w złożonych ofertach. W przypadku nie złożenia oferty dodatkowej przez żadnego z oferentów konkurs zostanie unieważniony. Ustala się termin związania ofertą na 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w ciągu 30 dni od daty otwarcia ofert
8. Wyniki konkursu ofert zostaną ogłoszone niezwłocznie po zatwierdzeniu protokołu. Informacja zostanie przekazana w formie pisemnej do każdego z oferentów
9. Podmiot, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany jest zawrzeć umowę na realizację programu polityki zdrowotnej zgodnie z treścią złożonej oferty i ustalonym wzorem umowy.

IX. Postanowienia końcowe

1. Gmina zastrzega sobie prawo zamknięcia konkursu w poszczególnych programach bez wyboru oferty.
2. Gmina zastrzega sobie prawo powierzenia oferentowi:
   1) realizacji tylko części programów objętych jego ofertą;
   2) realizacji programu wyłącznie w rocznikach nie finansowanych z innych źródeł.
3. Gmina zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu przed upływem terminu na złożenie ofert oraz przesunięcia terminu składania ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert.
4. Gmina nie dopuszcza złożenia więcej niż jednej oferty przez tego samego oferenta na jeden program polityki zdrowotnej.
5. Gmina nie dopuszcza składania ofert wspólnych na realizację programu polityki zdrowotnej.
6. Kwota przyznana na realizację poszczególnych programów może być niższa od wskazanej w ogłoszeniu.
7. Szczegółowe ustalenia dotyczące formy i terminów przekazania środków finansowych, trybu oraz terminów ich rozliczenia zostaną określone w umowach zlecających realizacje programu polityki zdrowotnej.
8. W niniejszym postępowaniu oferentom nie przysługuje prawo odwołania się.

Ze **szczegółowymi warunkami konkursu** ofert na realizację programów polityki zdrowotnej objętych Programem Ochrony Zdrowia na lata 2023-2025 mozna zapoznawać się od dnia ukazania się niniejszego ogłoszenia na: stronie internetowej BIP Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle - www.kedzierzynkozle.pl, tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle oraz w Wydziale Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta.

Dodatkowych informacji na temat warunków uzyskania środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania publicznego udzielają pracownicy Wydziału Polityki Mieszkaniowej. Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle, ul Piramowicza 32, pokój nr 129-130, tel. 77 40 50 317.

Załączniki do ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację programów zdrowotnych:

1) Załącznik nr 1 – Szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi" wraz z ofertą;
2) Załącznik nr 2 – Szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy" wraz z ofertą
3) Załącznik nr 3– Szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc" wraz z ofertą;
4) Załącznik nr 4– Szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy" wraz z ofertą;
5) Załącznik nr 5– Szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych" wraz z ofertą;
6) Załącznik nr 6– Szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania tarczycy" wraz z ofertą;
7) Załącznik nr 7– Szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację „programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle" wraz z ofertą;
8) Załącznik nr 8- Wzór umowy na program polityki zdrowotnej;
9) Załącznik nr 9 – Wzór umowy na program rehabilitacji leczniczej.

Załącznik nr 1
do ogłoszenia przyjętego
Zarządzeniem nr 23/PMS/2025
Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle
z dnia 27 stycznia 2025 roku

Szczegółowe warunki konkursu ofert

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi" u co najmniej 122 osób urodzonych w okresie 01.01.1981 – 31.12.1985 ogłoszonego przez Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle.

1. Zakres świadczeń w ramach programu obejmuje:

1) przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą;
2) przeprowadzenie badań: mammografii i USG piersi lub mammografii;
3) przeprowadzenie edukacji kobiet na temat raka piersi jego skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę;
4) wręczenie pacjentce wyników badań wraz z decyzją co do dalszego postępowania w przypadku ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobie, u której stwierdzono nieprawidłowy wynik badania;
5) przeprowadzenie wśród osób kwalifikujących się do udziału w Programie ankiety dotyczącej zadowolenia beneficjentek z przeprowadzonej edukacji oraz zadowolenia ze świadczenia w ramach realizacji zadania (wynik należy zawrzeć w sprawozdaniu).

2. Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późń.zm.) art. 114 ust.1 pkt. 1 oraz art. 115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 poz. 799, z późn. zm).

3. Kwalifikacje zawodowe osób, które realizować będą program polityki zdrowotnej:

1) lekarz specjalista radiolog mający doświadczenie w interpretacji zdjęć radiologicznych w zakresie mammografii i posiadający uprawnienie do ich opisywania – potwierdzone stosownymi dokumentami;
2) lekarz specjalista radiolog lub ginekolog – mający doświadczenie w interpretacji wyników badań USG – potwierdzone stosownymi dokumentami- jeśli oferta obejmuje wykonanie badania USG;
3) technik RTG legitymujący się zaświadczeniem o znajomości obsługi aparatu mammograficznego w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami;
4) rejestratorka- prowadzić będzie obsługę administracyjną programu.

4. Warunki lokalowe oraz wyposażenie w aparaturę i sprzęt:

1) dysponowanie aparatem do badań mammograficznych i USG (jeśli oferta obejmuje wykonanie badania USG) dopuszczonymi do uruchomienia i stosowania (potwierdzonymi stosownymi dokumentami, w tym nazwa aparatu, rok produkcji, możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu oraz informacja o stanie technicznym sprzętu);
2) dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program polityki zdrowotnej, spełniającym wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402), składającym się z pracowni mammograficznej, pracowni USG (jeśli oferta obejmuje wykonanie badania USG), co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów, potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań.

5. Podmiot, którego ofertę wybrano, zobowiązany jest zawrzeć umowę na realizację programu polityki zdrowotnej zgodnie z treścią złożonej oferty i ustalonym wzorem umowy.

6. **Gmina zastrzega:**

1) prawo wezwania oferenta w celu uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień;
2) możliwość zamknięcia konkursu bez wyboru oferty;
3) w przypadku złożenia ofert na realizację programu obejmującego badanie mammografii plus badania USG, oferty te będą oceniane w pierwszej kolejności.

7. Kwota przyznana na realizację programu polityki zdrowotnej może być niższa od wskazanej w ogłoszeniu.

8. Pozostałe warunki konkursu określone są w ogłoszeniu o nim.

Oferta

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi" u co najmniej 122 osób urodzonych w okresie 01.01.1981 – 31.12.1985.

1. Oferent (pełna nazwa):

.....

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu oferenta:

.....

.....

.....

3. Numery wpisów do: rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej – wypisy z rejestrów w załączeniu.

.....

.....

.....

.....

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

.....

5. Szczegółowy sposób realizacji zadania:
   1) Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

   2) Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresów lokalu (lokali) na terenie miasta, gdzie wykonywane będą badania, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą oraz środki transportu i łączności wraz z oświadczeniem, że aparatura i sprzęt do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą spełniają wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu·

.....

.....

.....

.....

.....

   3) Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane badania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

   4) Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

.....

.....

.....

6. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę:

.....

.....

.....

7. Proponowana zryczałtowana kwota brutto ..... zł za wykonanie badania **mammograficznego** i proponowana zryczałtowana kwota brutto ..... zł za wykonanie badania **USG** (jeśli oferta obejmuje wykonanie badania USG) jednej osoby oraz podanie liczby osób objętych programem: .....

8. Oświadczam, że **badanie mammograficzne i USG piersi** (jeśli oferta obejmuje wykonanie badania USG) u osób w rocznikach od 01.01.1981 r. do 31.12.1985 r. nie są/ są* (w rocznikach .....) finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia ani innych źródeł.
9. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
10. Oświadczam, ze jestem uprawniony/uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
11. Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
12. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej opublikowanego w dniu ..... w ....., a także z szczegółowymi warunkami konkursu.
13. Realizacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się **do dnia 28 listopada 2025 r.**

Miejscowość, data, imię, nazwisko i podpis oferenta lub osoby(osób) występującej(ych) w imieniu oferenta

.....

.....

Uwaga!
Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez oferenta lub osobę(osoby) uprawnioną(e) do reprezentowania oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.

*** - niewłaściwe skreślić**

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

1) **dokumenty rejestrowe:** odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony po ostatniej zmianie, jednak **nie wcześniej niż 30 dni przed terminem składania ofert,** w oryginale lub w kopii poświadczonej co do zgodności z oryginałem przez oferenta;
2) statut oferenta, regulamin organizacyjny podmiotu prowadzącego działalność leczniczą – właściwe dla oferenta;
3) dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej ważny na cały okres realizacji zadania;
4) dysponowanie specjalistyczną kadrą:
   a) lekarz specjalista radiolog mający doświadczenie w interpretacji wyników badań w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami,

b) lekarz specjalista radiolog lub ginekolog – mający doświadczenie w interpretacji wyników badań w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami,

c) technik RTG mający doświadczenie w zakresie objętym konkursem - potwierdzone stosownymi dokumentami,

d) rejestratorka- prowadzić będzie obsługę administracyjną programu;

5) tytuł prawny do lokalu (na cały okres realizacji zadania), w którym prowadzony będzie program polityki zdrowotnej, który spełnia wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402), składającym się z pracowni mammograficznej, pracowni USG (jeśli oferta obejmuje wykonanie badania USG), co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosowne oświadczenie oferenta dotyczące spełniania w/w wymagań;
6) dysponowanie aparatem do badań mammograficznych i USG (jeśli oferta obejmuje wykonanie badania USG) dopuszczonymi do uruchomienia i stosowania (potwierdzonymi stosownymi dokumentami, w tym nazwa aparatu, rok produkcji, możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu oraz informacja o stanie technicznym sprzętu);
7) wzór ankiety zawierającej ocenę zadowolenia beneficjentek z przeprowadzonej edukacji oraz zadowolenia ze świadczenia w ramach realizacji zadania;
8) program edukacyjny obejmujący tematykę profilaktyki stosowanej w kierunku wykrywalności raka piersi oraz eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobą

Załącznik nr 2
do ogłoszenia przyjętego
Zarządzeniem nr 238/PMS/2025
Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle
z dnia 27 stycznia 2025 roku

Szczegółowe warunki konkursu ofert

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy" u co najmniej 300 osób w tym kobiet: ur. w okresie 01.01.1950 - 31.12.1970 oraz mężczyzn ur. 01.01.1950 - 31.12.1965 ogłoszonego przez Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle.

1. Zakres świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej obejmuje:

1) przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą;
2) oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX;
3) przeprowadzenie edukacji pacjenta na temat osteoporozy i jej skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania;
4) wykonanie badania densytometrycznego szyjki kości udowej;
5) przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobie, u której stwierdzono nieprawidłowy wynik badania;
6) przeprowadzenie ankiety zawierającej ocenę zrealizowanej edukacji, jak również zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Programu (wynik należy zamieścić w sprawozdaniu).

2. Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późń.zm.) art. 114 ust.1 pkt. 1 oraz art. 115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 poz. 799, z późn. zm).

3. Kwalifikacje zawodowe osób, które realizować będą program polityki zdrowotnej:

1) lekarz specjalista mający doświadczenie w interpretacji wyników badań densytometrycznych, z ukończonymi kursami z zakresu osteoporozy, posiadający certyfikat do przeprowadzenia badań i leczenia schorzeń kostnych- potwierdzone stosowanymi dokumentami;
2) pielęgniarka, technik elektroradiologii lub inny personel medyczny legitymujący się zaświadczeniem o znajomości obsługi aparatury i sprzętu służącego do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie objętym konkursem - potwierdzone stosownymi dokumentami;
3) rejestratorka- prowadzić będzie obsługę administracyjną programu.

4. Warunki lokalowe, liczba osób objęta badaniem, podanie dni i godziny pracy w tygodniu oraz wyposażenie w aparaturę i sprzęt:

1) dysponowanie niezbędnym sprzętem do realizacji programu (densytometrem), dopuszczonym do stosowania (potwierdzone stosownym dokumentem, w tym nazwa aparatu, rok produkcji, możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizacje programu, informacja o stanie technicznym sprzętu);
2) dysponowanie lokalem spełniającym wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402), składającym się co najmniej z jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów – potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań.

5. **Podmiot, którego ofertę wybrano**, zobowiązany jest zawrzeć umowę na realizację programu polityki zdrowotnej zgodnie z treścią złozonej oferty i ustalonym wzorem umowy.

6. **Gmina zastrzega:**
   1) prawo wezwania oferenta w celu uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień;
   2) możliwość zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.

7. Kwota przyznana na realizację programu polityki zdrowotnej może być niższa od wskazanej w ogłoszeniu.

8. Pozostałe warunki konkursu określone są w ogłoszeniu o nim.

Oferta

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy" u co najmniej 300 osób w tym kobiet: ur. w okresie 01.01.1950 – 31.12.1970 oraz mężczyzn ur. 01.01.1950 - 31.12.1965.

1. Oferent (pełna nazwa):

.....

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu oferenta:

.....

.....

.....

3. Numery wpisów do: rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej – wypisy z rejestrów w załączeniu.

.....

.....

.....

.....

.....

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

.....

5. Szczegółowy sposób realizacji zadania:
   1) Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

   2) Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresów lokalu (lokali) na terenie miasta, gdzie wykonywane będą badania, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą oraz środki transportu i łączności wraz z oświadczeniem, ze aparatura i sprzęt do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą spełniają wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu:

.....

.....

.....

.....

.....

   3) Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane badania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4) Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

.....

.....

.....

6. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę:

.....

.....

.....

7. Proponowana zryczałtowana kwota brutto ... . zł za wykonanie badania jednej osoby oraz podanie liczby osób objętych programem:.....
8. Oświadczam, że badanie osteoporozy (densytometria oraz metoda FRAX do oceny 10-letniego, indywidualnego, bezwzględnego ryzyka złamań osteoporotycznych) u kobiet: ur. w okresie 01.01.1950 – 31.12.1970 oraz mężczyzn ur. 01.01.1950 - 31.12.1965 nie jest/ jest* (w rocznikach .....) finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia ani innych źródeł.
9. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
10. Oświadczam, że jestem uprawniony/uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
11. Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
12. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej opublikowanego w dniu ..... w ....., a także z szczegółowymi warunkami konkursu.
13. Realizacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się **do dnia 28 listopada 2025 r.**

Miejscowość, data, imię, nazwisko i podpis oferenta lub osoby(osób) występującej(ych) w imieniu oferenta

.....

.....

Uwaga!
Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez oferenta lub osobę(osoby) uprawnioną(e) do reprezentowania oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.

*** - niewłaściwe skreślić**

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

1) **dokumenty rejestrowe:** odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony po ostatniej zmianie, jednak **nie wcześniej niż 30 dni przed terminem składania ofert,** w oryginale lub w kopii poświadczonej co do zgodności z oryginałem przez oferenta – właściwe dla oferenta;
2) statut oferenta, regulamin organizacyjny podmiotu prowadzącego działalność leczniczą – właściwe dla oferenta;
3) dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej ważny na cały okres realizacji zadania;
4) dysponowanie specjalistyczną kadrą:

a) lekarz specjalista mający doświadczenie w interpretacji wyników badań densytometrycznych, z ukończonymi kursami z zakresu osteoporozy, posiadający certyfikat do przeprowadzenia badań i leczenia schorzeń kostnych- potwierdzone stosowanymi dokumentami,

b) pielęgniarka, technik elektroradiologii lub inny personel medyczny legitymujący się zaświadczeniem o znajomości obsługi aparatury i sprzętu służącego do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie objętym konkursem - potwierdzone stosownymi dokumentami,

c) rejestratorka- prowadzić będzie obsługę administracyjną programu;

5) tytuł prawny do lokalu (na cały okres realizacji zadania), w którym prowadzony będzie program polityki zdrowotnej, który spełnia wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402), składającym się co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów, oraz stosowne oświadczenie oferenta dotyczące spełniania w/w wymagań;
6) dokumenty potwierdzające posiadanie niezbędnego sprzętu do realizacji programu (densytometru) dopuszczonego do uruchomienia i stosowania (potwierdzony stosownym dokumentem w tym nazwa aparatu, rok produkcji oraz możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu, informacja o stanie technicznym sprzętu);
7) wzór ankiety zawierającej ocenę zrealizowanej edukacji, jak również zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Programu;
8) program edukacyjny obejmujący tematykę w zakresie profilaktyki osteoporozy, jej skutków, a także eliminacji czynników ryzyka zachorowania.

Załącznik nr 3
do ogłoszenia przyjętego
Zarządzeniem nr 238/PMS/2025
Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle
z dnia 27 stycznia 2025 roku

Szczegółowe warunki konkursu ofert

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc" u co najmniej 214 osób urodzonych w okresie 01.01.1960 – 31.12.1980 ogłoszonego przez Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle.

1. Zakres świadczeń w ramach programu obejmuje:

1) przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą;
2) przeprowadzenie badania RTG (RTG klatki piersiowej zostanie wykonane na podstawie skierowania od lekarza);
3) przekazanie wyniku badania (na płycie CD wraz z opisem) oraz zaleceń dotyczących dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobie, u której stwierdzono nieprawidłowy wynik badania;
4) przeprowadzenie edukacji oraz ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w schorzeniach gruźlicy i chorobach płuc, jak również zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Programu (wyniki należy zawrzeć w sprawozdaniu).

2. Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn.zm.) art. 114 ust.1 pkt. 1 oraz art. 115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 poz. 799, z późn. zm).

3. Kwalifikacje zawodowe osób, które realizować będą program polityki zdrowotnej:

1) lekarz radiolog mający doświadczenia w interpretacji wyników badań w zakresie chorób płuc i gruźlicy – potwierdzone stosownymi dokumentami;
2) technik RTG legitymujący się doświadczeniem w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami.

4. Warunki lokalowe oraz wyposażenie w aparaturę i sprzęt :

1) dysponowanie sprzętem do badań RTG;
2) dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program polityki zdrowotnej, spełniającym wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402), składającym się z pracowni RTG, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów;
3) wynik badań na płycie CD wraz z opisem.

5. Podmiot, którego ofertę wybrano, zobowiązany jest zawrzeć umowę na realizację programu polityki zdrowotnej zgodnie z treścią złożonej oferty i ustalonym wzorem umowy.

6. Gmina zastrzega:

1) prawo wezwania oferenta w celu uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień;
2) możliwość zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.

7. Kwota przyznana na realizację programu polityki zdrowotnej może być niższa od wskazanej w ogłoszeniu.

8. Pozostałe warunki konkursu określone są w ogłoszeniu o nim.

Oferta

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc" u co najmniej 214 osób urodzonych w okresie 01.01.1960 – 31.12.1980.

1. Oferent (pełna nazwa):

.....

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu oferenta:

.....

.....

.....

3. Numery wpisów do: rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej – wypisy z rejestrów w załączeniu.

.....

.....

.....

.....

.....

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

.....

5. Szczegółowy sposób realizacji zadania:
   1) Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

   2) Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresów lokalu (lokali) na terenie miasta, gdzie wykonywane będą badania, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą oraz środki transportu i łączności wraz z oświadczeniem, że aparatura i sprzęt do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą spełniają wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu:

.....

.....

.....

.....

.....

   3) Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane badania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

   4) Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

.....

.....

.....

6. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę:

.....

.....

.....

7. Proponowana zryczałtowana kwota brutto ..... zł za wykonanie **badania RTG** oraz podanie liczby osób objętych programem:.....

.....

8. Oświadczam, że **badanie RTG** u osób w rocznikach od 01.01.1960 – 31.12.1980 nie są/ są* (w rocznikach .....) finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia ani innych źródeł.
9. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
10. Oświadczam, ze jestem uprawniony/uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
11. Oświadczam, ze podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
12. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej opublikowanego w dniu ..... w ....., a także z szczegółowymi warunkami konkursu.
13. Realizacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się **do dnia 28 listopada 2025 r.**

Miejscowość, data, imię, nazwisko i podpis oferenta lub osoby(osób) występującej(ych) w imieniu oferenta

.....

.....

Uwaga!
Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez oferenta lub osobę(osoby) uprawnioną(e) do reprezentowania oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.

*** - niewłaściwe skreślić**
Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

1) **dokumenty rejestrowe:** odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony po ostatniej zmianie, jednak **nie wcześniej niż 30 dni przed terminem składania ofert,** w oryginale lub w kopii poświadczonej co do zgodności z oryginałem przez oferenta;
2) statut oferenta, regulamin organizacyjny podmiotu prowadzącego działalność leczniczą – właściwe dla oferenta;
3) dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej ważny na cały okres realizacji zadania;
4) dokument potwierdzający dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (lekarz specjalista radiolog oraz technik RTG);
5) tytuł prawny do lokalu (na cały okres realizacji zadania),w którym prowadzony będzie program polityki zdrowotnej, który spełnia wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402), składającym się z pracowni RTG, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów, oraz stosowne oświadczenie oferenta dotyczące spełniania w/w wymagań;
6) dokumenty potwierdzające dysponowanie sprzętem do badań chorób płuc i gruźlicy wraz z informacją o stanie technicznym sprzętu;
7) wzór ankiety przeprowadzonej wśród osób zakwalifikowanych do udziału w Programie zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w schorzeniach gruźlicy i chorobach płuc, jak również zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Program;
8) program edukacyjny obejmujący tematykę w zakresie profilaktyki stosowanej w schorzeniach gruźlicy i chorobach płuc.

Załącznik nr 4
do ogłoszenia przyjętego
Zarządzeniem nr 28/PMS/2025
Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle
z dnia 27 stycznia 2025 roku

Szczegółowe warunki konkursu ofert

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy" u co najmniej 400 osób urodzonych w okresie 01.01.1952 – 31.12.1982 ogłoszonego przez Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle.

1. **Zakres świadczeń w ramach programu obejmuje:**
1) pobranie krwi do badania laboratoryjnego, oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c);
2) przeprowadzenie edukacji na temat wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 jej skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę;
3) przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem;
4) przeprowadzenie wśród osób kwalifikujących się do udziału w Programie ankiety dotyczącej zadowolenia ze zrealizowanej edukacji, jak również zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Programu (wyniki należy zawrzeć w sprawozdaniu).

2. **Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie** art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz.146, z późń.zm.) art. 114 ust.1 pkt. 1 oraz art. 115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 poz. 799, z późn. zm.).

3. **Warunki kadrowe, lokalowe oraz wyposażenie w aparaturę i sprzęt:**
1) dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2019 poz. 1222)
2) dysponowanie co najmniej dwoma punktami pobrań na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle, w których prowadzony będzie pobór materiału do badań, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595), potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosowanym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
3) dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
4) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosowanymi dokumentami;
5) posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosowanymi dokumentami.

4. **Podmiot, którego ofertę wybrano, zobowiązany jest zawrzeć umowę na realizację programu polityki zdrowotnej zgodnie z treścią złożonej oferty i ustalonym wzorem umowy.**

5. **Gmina zastrzega:**
1) prawo wezwania oferenta w celu uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień;
2) możliwość zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.

6. Kwota przyznana na realizację programu polityki zdrowotnej może być niższa od wskazanej w ogłoszeniu.

7. Pozostałe warunki konkursu określone są w ogłoszeniu o nim.

Oferta

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy" u co najmniej 400 osób urodzonych w okresie 01.01.1952 – 31.12.1982.

1. Oferent (pełna nazwa):

.....

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu oferenta:

.....

.....

.....

3. Numery wpisów do: rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej – wypisy z rejestrów w załączeniu.

.....

.....

.....

.....

.....

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

.....

5. Szczegółowy sposób realizacji zadania:
   1) Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

   2) Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresów lokalu (lokali) na terenie miasta, gdzie wykonywane będą badania, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą oraz środki transportu i łączności wraz z oświadczeniem, ze aparatura i sprzęt do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą spełniają wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu:

.....

.....

.....

.....

.....

   3) Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane badania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

   4) Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

.....

.....

.....

6. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę:

.....

.....

.....

7. Proponowana zryczałtowana kwota brutto ..... zł za wykonanie **badanie hemoglobiny glikowanej** oraz podanie liczby osób objętych programem:.....
.....
8. Oświadczam, że **badanie hemoglobiny glikowanej** u osób w rocznikach od 01.01.1952 – 31.12.1982 nie są/ są* (w rocznikach .....) finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia ani innych źródeł
9. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
10. Oświadczam, że jestem uprawniony/uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
11. Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
12. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej opublikowanego w dniu ..... w ....., a także z szczegółowymi warunkami konkursu.
13. Realizacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się **do dnia 28 listopada 2025 r.**

Miejscowość, data, imię, nazwisko i podpis oferenta lub osoby(osób) występującej(ych) w imieniu oferenta
.....
.....

Uwaga!
Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez oferenta lub osobę(osoby) uprawnioną(e) do reprezentowania oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.

*** - niewłaściwe skreślić**

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

1) **dokumenty rejestrowe:** odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony po ostatniej zmianie, jednak **nie wcześniej niż 30 dni przed terminem składania ofert,** w oryginale lub w kopii poświadczonej co do zgodności z oryginałem przez oferenta;
2) statut oferenta, regulamin organizacyjny podmiotu prowadzącego działalność leczniczą – właściwe dla oferenta;
3) dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej ważny na cały okres realizacji zadania;
4) dokument potwierdzający dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1222);
5) dokument potwierdzający dysponowanie co najmniej dwoma punktami pobrań na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle, w których prowadzony będzie pobór materiału do badań, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595), potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosowanym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;

6) dokument potwierdzający dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
7) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 oraz Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami;
8) wzór ankiety przeprowadzonej wśród osób zakwalifikowanych do udziału w Programie zawierającej zadowolenia ze zrealizowanej edukacji, jak również zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Program;
9) program edukacyjny obejmujący tematykę wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2, jej skutków, a także profilaktyki eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę.

Załącznik nr 5
do ogłoszenia przyjętego
Zarządzeniem nr 236/PMS/2025
Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle
z dnia 27 stycznia 2025 roku

Szczegółowe warunki konkursu ofert

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych" u co najmniej 294 osób urodzonych w okresie 01.01.1959 – 31.12.1990 ogłoszonego przez Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle.

1. Zakres świadczeń w ramach programu obejmuje:

1) przeprowadzenie edukacji dotyczącej profilaktyki stosowanej w chorobach sercowo-naczyniowych;
2) pobranie krwi do badania laboratoryjnego, oznaczenie profilu lipidowego oraz obliczenie współczynnika aterogenności czyli szkodliwego wpływu substancji tłuszczowych na naczynia krwionośne;
3) przekazanie wyniku badania prezentowanego w sposób ilościowy, w tym wyszczególnienie parametrów uwzględniających współczynnik aterogenności oraz zalecenia dotyczące skonsultowania wyniku z lekarzem;
4) przeprowadzenie ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w chorobach sercowo-naczyniowych, jak również ocenę zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Programu (wyniki należy zawrzeć w sprawozdaniu).

2. Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz. 146, z późn. zm.), art. 114 ust.1 pkt. 1 oraz art. 115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 poz. 799, z późn. zm.).

3. Warunki kadrowe, lokalowe oraz wyposażenie w aparaturę i sprzęt:

1) dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2019 poz. 1222);
2) dysponowanie co najmniej dwoma punktami pobrań na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle, w których prowadzony będzie pobór materiału do badań, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595), potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosowanym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
3) dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
4) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosowanymi dokumentami;
5) posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosowanymi dokumentami.

4. Podmiot, którego ofertę wybrano, zobowiązany jest zawrzeć umowę na realizację programu polityki zdrowotnej zgodnie z treścią złożonej oferty i ustalonym wzorem umowy.

5. Gmina zastrzega:

1) prawo wezwania oferenta w celu uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień;
2) możliwość zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.

6. Kwota przyznana na realizację programu polityki zdrowotnej może być niższa od wskazanej w ogłoszeniu.

7. Pozostałe warunki konkursu określone są w ogłoszeniu o nim.

Oferta

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych" u co najmniej 294 osób urodzonych w okresie 01.01.1959 – 31.12.1990.

1. Oferent (pełna nazwa):

.....

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu oferenta:

.....

.....

.....

3. Numery wpisów do: rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej – wypisy z rejestrów w załączeniu.

.....

.....

.....

.....

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

.....

5. Szczegółowy sposób realizacji zadania:
   1) Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

   2) Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresów lokalu(lokali) na terenie miasta, gdzie wykonywane będą badania, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą oraz środki transportu i łączności wraz z oświadczeniem, że aparatura i sprzęt do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą spełniają wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu:

.....

.....

.....

.....

   3) Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane badania:

.....

.....

.....

.....

.....

   4) Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

.....

.....

6. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę:

.....

.....

.....

.....

7. Proponowana zryczałtowana kwota brutto ..... zł za wykonanie **badania chorób naczyniowych (badanie gospodarki lipidowej wraz z oznaczeniem współczynnika aterogenności)** oraz podanie liczby osób objętych programem: .....

8. Oświadczam, że **badania chorób naczyniowych (badanie gospodarki lipidowej wraz z oznaczeniem współczynnika aterogenności)** u osób w rocznikach od 01.01.1959 – 31.12.1990 nie są/ są* (w rocznikach .....) finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia ani innych źródeł.
9. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
10. Oświadczam, że jestem uprawniony/uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
11. Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
12. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej opublikowanego w dniu ..... w ....., a także z szczegółowymi warunkami konkursu.
13. Realizacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się **do dnia 28 listopada 2025 r.**

Miejscowość, data, imię, nazwisko i podpis oferenta lub osoby(osób) występującej(ych) w imieniu oferenta.....
.....

Uwaga!
Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez oferenta lub osobę(osoby) uprawnioną(e) do reprezentowania oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.

*** - niewłaściwe skreślić**

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

1) **dokumenty rejestrowe:** odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony po ostatniej zmianie, jednak **nie wcześniej niż 30 dni przed terminem składania ofert,** w oryginale lub w kopii poświadczonej co do zgodności z oryginałem przez oferenta;
2) statut oferenta, regulamin organizacyjny podmiotu prowadzącego działalność leczniczą – właściwe dla oferenta;
3) dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej ważny na cały okres realizacji zadania;
4) dokument potwierdzający dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2019 poz. 1222);
5) dokument potwierdzający dysponowanie co najmniej dwoma punktami pobrań na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle, w których prowadzony będzie pobór materiału do badań, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595), potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosowanym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
6) dokument potwierdzający dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
7) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 oraz wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami;

8) wzór ankiety przeprowadzonej wśród osób zakwalifikowanych do udziału w Programie zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w chorobach sercowo-naczyniowych, jak również zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Program;
9) program edukacyjny obejmujący tematykę w zakresie profilaktyki stosowanej w chorobach sercowo-naczyniowych.

Załącznik nr 6
do ogłoszenia przyjętego
Zarządzeniem nr 238/PMS/2025
Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle
z dnia 27 sierpnia 2025 roku

Szczegółowe warunki konkursu ofert

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy" u co najmniej 157 osób urodzonych w okresie 01.01.2008 – 31.12.2012 oraz 01.01.1962 – 31.12.1992 ogłoszonego przez Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle.

1. Zakres świadczeń w ramach programu obejmuje:

1) edukację osób kwalifikujących się do Programu w zakresie zaleceń profilaktycznych- odpowiedniej diety i zwiększonej aktywności fizycznej, która jest nieodłącznym elementem w procesie leczenia schorzenia tarczycy;
2) badanie ultrasonograficzne tarczycy po badaniu pacjenci będą kierowani do laboratorium w celu oznaczenia poziomu hormonu tyretropowego (TSH) oraz stężenia wolnej frakcji tyroksyny (FT4);
3) przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem;
4) przeprowadzenie ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w schorzeniach tarczycy, jak również zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Programu (wyniki należy zawrzeć w sprawozdaniu).

2. Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz 48 ust 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późń.zm.), art. 114 ust.1 pkt. 1 oraz art. 115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 poz. 799, z późn. zm.).

3. Kwalifikacje zawodowe osób, które realizować będą program polityki zdrowotnej:

1) dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (lekarz specjalista endokrynolog lub radiolog, pielęgniarki);
2) dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz U. z 2021 poz. 1749).

4. Warunki lokalowe oraz wyposażenie w aparaturę i sprzęt:

1) dysponowanie co najmniej dwoma lokalami, w których prowadzony będzie program polityki zdrowotnej, składającymi się z punktu pobrań materiału do badań, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego, pracowni USG i rejestracji pacjentów, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402), potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
2) dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
3) dysponowanie sprzętem do badań USG (aparaty do USG potwierdzone stosownymi dokumentami, w tym nazwy aparatów, rok produkcji oraz możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu, informacja o stanie technicznym sprzętu), dopuszczonymi do stosowania i wykrywania zmian metabolicznych w obrębie tarczycy;

4) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami;
5) posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

2. Podmiot, którego ofertę wybrano, zobowiązany jest zawrzeć umowę na realizację programu polityki zdrowotnej zgodnie z treścią złożonej oferty i ustalonym wzorem umowy.

6. Gmina zastrzega:

1) prawo wezwania oferenta w celu uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień;
2) możliwość zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.

7. Kwota przyznana na realizację programu polityki zdrowotnej może być niższa od wskazanej w ogłoszeniu.

8. Pozostałe warunki konkursu określone są w ogłoszeniu o nim.

Oferta

na realizację „programu profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy" u co najmniej 157 osób urodzonych w okresie 01.01.2008 – 31.12.2012 oraz 01.01.1962 – 31.12.1992.

1. Oferent (pełna nazwa):

.....

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu oferenta:

.....

.....

.....

3. Numery wpisów do: rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej – wypisy z rejestrów w załączeniu.

.....

.....

.....

.....

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

.....

5. Szczegółowy sposób realizacji zadania:
   1) Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

   2) Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresów lokalu(lokali) na terenie miasta, gdzie wykonywane będą badania, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą oraz środki transportu i łączności wraz z oświadczeniem, że aparatura i sprzęt do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą spełniają wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu:

.....

.....

.....

.....

   3) Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane badania:

.....

.....

.....

.....

.....

   4) Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

.....

.....

.....

6. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę:

.....

.....

.....

.....

7. Proponowana zryczałtowana kwota brutto ..... zł za wykonanie **badania TSH i FT4** oraz proponowana zryczałtowana kwota brutto .....zł za wykonanie **badania USG** jednej osoby oraz podanie liczby osób objętych programem: .....

8. Oświadczam, że **badania TSH, FT4 i USG** u osób w rocznikach od 01.01.2008 – 31.12.2012 oraz 01.01.1962 – 31.12.1992 nie są/ są* (w rocznikach .....) finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia ani innych źródeł.
9. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
10. Oświadczam, że jestem uprawniony/uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
11. Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
12. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej opublikowanego w dniu ..... w ....., a także z szczegółowymi warunkami konkursu.
13. Realizacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się **do dnia 28 listopada 2025 r.**

Miejscowość, data, imię, nazwisko i podpis oferenta lub osoby(osób) występującej(ych) w imieniu oferenta

.....

.....

Uwaga!
Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez oferenta lub osobę(osoby) uprawnioną(e) do reprezentowania oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.

*** - niewłaściwe skreślić**

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

1) **dokumenty rejestrowe:** odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony po ostatniej zmianie, jednak **nie wcześniej niż 30 dni przed terminem składania ofert,** w oryginale lub w kopii poświadczonej co do zgodności z oryginałem przez oferenta;
2) statut oferenta, regulamin organizacyjny podmiotu prowadzącego działalność leczniczą – właściwe dla oferenta;
3) dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej ważny na cały okres realizacji zadania;
4) dokument potwierdzający dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (lekarz specjalista endokrynolog lub radiolog, pielęgniarki);
5) dokument potwierdzający dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 poz. 1749);
6) dokument potwierdzający dysponowanie co najmniej dwoma punktami pobrań na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle, w których prowadzony będzie pobór materiału do badań, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402), potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosowanym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
7) dokument potwierdzający dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
8) dokument potwierdzający dysponowanie sprzętem do badań USG (aparaty do USG potwierdzone odpowiednimi dokumentami, w tym nazwy aparatów, rok produkcji oraz możliwa ilość wykonania badań

w okresie obejmującym realizację programu, informacja o stanie technicznym sprzętu), dopuszczonymi do stosowania i wykrywania zmian metabolicznych w obrębie tarczycy;

9) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 oraz Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami;
10) wzór ankiety przeprowadzonej wśród osób zakwalifikowanych do udziału w Programie zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w schorzeniach tarczycy, jak również zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Program;
11) program edukacyjny obejmujący tematykę w zakresie zaleceń profilaktycznych- odpowiedniej diety i zwiększonej aktywności fizycznej, która jest nieodłącznym elementem w procesie schorzeń tarczycy.

Załącznik nr 7
do ogłoszenia przyjętego
Zarządzeniem nr238/PMS/2025
Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle
z dnia 27 stycznia 2025 roku

Szczegółowe warunki konkursu ofert

na realizację „programu rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle" ogłoszonego przez Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle.

1. Zakres świadczeń w ramach programu obejmuje:

a) prowadzenie programów polityki zdrowotnej w rozumieniu art. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późń.zm,),

b) prowadzenie bezpłatnych świadczeń zdrowotnych dla osób zameldowanych na pobyt stały lub czasowy powyżej roku w Kędzierzynie-Koźlu na podstawie **Programu Ochrony Zdrowia na lata 2023-2025** w zakresie rehabilitacji leczniczej obejmującej kinezyterapię, masaż, elektrolecznictwo, pole elektromagnetyczne, światłolecznictwo i ciepłolecznictwo, **polegającej na wykonaniu nie mniej niż po 18.750 punktów dla każdego z czterech podmiotów leczniczych za udzielenie usług wskazanych w poniższym katalogu świadczeń:**

rodzaj świadczenia	wartość punktowa w warunkach ambulatoryjnych
Kinezyterapia	
Ćwiczenia wspomagane*	8
Ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem*	6
Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem*	6
Ćwiczenia izometryczne*	6
Wyciągi	7
Inne formy usprawniania (kinezyterapia)*	5
Masaż	
Masaż suchy - częściowy - minumum 20 minut na jednego pacjenta w tym min. 15 minut czynnego masażu	10
Masaż limfatyczny ręczny	12
Masaż limfatyczny mechaniczny	6
Masaż podwodny – hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi)	10
Masaż podwodny miejscowy	10
Masaż podwodny całkowity	15
Masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące itp.)	4
Elektrolecznictwo	
Galwanizacja	4
Jonoforeza	5
Kąpiel czterokomorowa	10
Kąpiel elektryczna – wodna całkowita	14
Elektrostymulacja	7
Prądy diadynamiczne	4
Prądy interferencyjne	4
Prądy TENS	4
Prądy TREBERTA	4
Prądy KOTZA	4

Ultradźwięki miejscowe	6
Ultrafonoforeza	7
pole elektromagnetyczne	
Impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6
Diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	6
Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	3
światlolecznictwo i cieplolecznictwo	
Naświetlanie promieniami IR, UV – miejscowe	3
Laseroterapia - skaner	3
Laseroterapia punktowa	6
Okłady parafinowe	4

** - czas trwania zabiegu – minimum 15 minut*

w ilości nie więcej niż **dwa rodzaje zabiegów**, przy czym na każdy rodzaj zabiegu przypadać będzie nie więcej niż **dziesięć** powtórzeń.

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały lub czasowy powyżej roku posiadający rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. U pacjenta, który zgłosi się do udziału bez skierowania lekarskiego zostanie przeprowadzony wywiad i badanie kwalifikujące do udzielania zabiegów, czasu i ilości powtórzeń:

a) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem,
b) przeprowadzenia wywiadu i badania kwalifikującego pacjenta do udzielania zabiegów, czasu i ilości powtórzeń,
c) wykonania zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń,
d) edukacja pacjentów do zwiększenia aktywności fizycznej, uświadamiając im korzyści z tego płynące,
e) edukacja w zakresie zagrożeń zdrowotnych wynikających z niewłaściwie dobranych form aktywności fizycznej,
f) edukacja w zakresie ćwiczeń w warunkach domowych – zastosowanie rodzaju świadczeń dobranych zgodnie z zaleceniami rehabilitanta,
g) przeprowadzenia ankiety zawierającej ocenę jakości udzielonych świadczeń w ramach Programu (efektywność podjętej interwencji na podstawie ankiety opracowanej przez realizatora) – opracowany wynik należy zawrzeć w sprawozdaniu,
h) przeprowadzenia ankiety ewaluacyjnej (ankieta będzie stanowiła załącznik do umowy) – opracowany wynik należy zawrzeć w sprawozdaniu,
i) przeprowadzenie badania poziomu wzrostu wiedzy uczestników z przeprowadzonej edukacji (program edukacyjny obejmujący tematykę w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej, zagrożeń zdrowotnych wynikających z niewłaściwie dobranych form aktywności fizycznej, ćwiczeń w warunkach domowych) przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora testu przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz po jej zakończeniu – opracowany wynik należy zawrzeć w sprawozdaniu.

2. Kwalifikacje zawodowe osób, które realizować będą program polityki zdrowotnej:

Dysponowanie specjalistyczną kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych udokumentowane dyplomami, certyfikatami itp. zgodnie z załącznikiem nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 2209 z późn. zm.).

3. Warunki lokalowe oraz wyposażenie w aparaturę i sprzęt:

1) dysponowanie lokalem (na cały okres realizacji zadania), w którym prowadzony będzie program polityki zdrowotnej, potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie

szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402),

2) dysponowanie specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną do realizacji programu polityki zdrowotnej wraz z informacją o stanie technicznym sprzętu (potwierdzone odpowiednimi dokumentami).

4. **Podmioty, których ofertę wybrano**, zobowiązane będą zawrzeć umowę na realizację programu polityki zdrowotnej zgodnie z treścią złożonej oferty i ustalonym wzorem umowy.

5. **Gmina zastrzega:**
1) prawo wezwania oferenta w celu uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień;
2) możliwość zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.

6. Kwota przyznana na realizację programu polityki zdrowotnej może być niższa od wskazanej w ogłoszeniu.

7. Pozostałe warunki konkursu określone są w ogłoszeniu o nim.

Oferta

na realizację **„programu rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle"**.

1. Oferent (pełna nazwa):

   .....

2. Adres siedziby oraz rejon (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu oferenta:

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

3. Numery wpisów do: rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej – wypisy z rejestrów w załączeniu.

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

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

   .....
   .....

5. Szczegółowy sposób realizacji zadania:
   1) Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania:

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

   2) Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresów lokalu(lokali) na terenie miasta, gdzie wykonywane będą zabiegi, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji programu zdrowotnego objętego ofertą oraz środki transportu i łączności wraz z oświadczeniem, ze aparatura i sprzęt do realizacji programu zdrowotnego objętego ofertą spełniają wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu:

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

   3) Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane zabiegi:

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

   4) Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

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

6. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę:

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

7. Proponowana zryczałtowana kwota brutto ..... zł za 1 punkt udzielonych świadczeń wskazanych w katalogu świadczeń w punkcie 1.b) załącznika nr 7.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej opublikowanego w dniu ..... w ....., a także z szczegółowymi warunkami konkursu.
9. Oświadczam, że świadczenia finansowane z budżetu gminy nie będą/będą* finansowane również z innych źródeł i nie będą/będą* wchodzić w kolizję ze świadczeniami finansowanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia.
10. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
11. Oświadczam, że jestem uprawniony/uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
12. Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem rzeczowym.
13. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej opublikowanego w dniu ..... w ....., a także z szczegółowymi warunkami konkursu.
14. Realizacja programu zdrowotnego rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się **do dnia 28 listopada 2025 r.**

Miejscowość, data, imię, nazwisko i podpis oferenta lub osoby(osób) występującej(ych) w imieniu oferenta.....
.....

Uwaga!
Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez oferenta lub osobę(osoby) uprawnioną(e) do reprezentowania oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.
*** - niewłaściwe skreślić**
Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

1) **dokumenty rejestrowe:** odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony po ostatniej zmianie, jednak **nie wcześniej niż 30 dni przed terminem składania ofert,** w oryginale lub w kopii poświadczonej co do zgodności z oryginałem przez oferenta,
2) statut oferenta, regulamin organizacyjny podmiotu prowadzącego działalność leczniczą – właściwe dla oferenta,
3) dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej ważny na cały okres realizacji zadania,
4) dysponowanie specjalistyczną kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych udokumentowane dyplomami, certyfikatami itp. zgodnie z załącznikiem nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265),
5) dysponowanie lokalem (na cały okres realizacji zadania),w którym prowadzony będzie program polityki zdrowotnej, potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402),
6) dysponowanie specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną do realizacji programu polityki zdrowotnej wraz z informacją o stanie technicznym sprzętu (potwierdzone odpowiednimi dokumentami),
7) wzór ankiety przeprowadzonej wśród osób zakwalifikowanych do udziału w Programie zawierającej ocenę jakości udzielonych świadczeń w ramach Programu (ocenę efektywności podjętej interwencji).
8) wzór testu wiedzy przeprowadzonego przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu rehabilitacji mającego za zadanie zbadanie poziomu wiedzy uczestników z przeprowadzonej edukacji (program edukacyjny obejmujący tematykę w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej, zagrożeń zdrowotnych wynikających z niewłaściwie dobranych form aktywności fizycznej, ćwiczeń w warunkach domowych).

Załącznik nr 8
do ogłoszenia przyjętego
Zarządzeniem nr 238 /PMS/2025
Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle
z dnia 27 listopada 2025 roku

Wzór umowy na program polityki zdrowotnej

Umowa nr ...../2025

zawarta w dniu ..... 2025 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 oraz 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz.146 z późń.zm.), art. 114 ust.1 pkt 1 oraz art. 115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 poz. 799 z późn zm.), art. 14 ust. 1 oraz art. 15 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670).

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 28.11.2025 r.**

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-Koźla 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 zobligowany jest do uzyskania od świadczeniobiorców oświadczenia określonego w **załączniku nr 3** do umowy oraz przekazania ich wraz z rozliczeniem miesięcznym Urzędowi Miasta w Kędzierzynie-Koźlu.
9. 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 zagrozeniach oraz zasadności prowadzenia profilaktyki.
10. Wykonawca będzie współpracował z jednostkami wskazanymi przez Zamawiającego w zakresie promocji zdrowia.
11. Wykonawca zobowiązuje się do zamieszczenia w widocznym miejscu na terenie placówki realizującej zadanie informacji, ze realizowany **program polityki zdrowotnej finansowany jest ze środków publicznych Gminy Kędzierzyn-Koźle**.
12. W przypadku zlecania lub powierzania, na podstawie umowy, realizacji zadań publicznych finansowanych z udziałem środków publicznych lub udzielania zamówień publicznych podmiotom innym niż podmioty publiczne, podmiot publiczny jest obowiązany do określenia w treści umowy warunków służących zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie tych zadań publicznych lub zamówień publicznych, z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 poz. 1411). Minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami obejmują:
1)w zakresie dostępności architektonicznej:
a)zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków,
b)instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych,
c)zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy,
d)zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, 858, 1089 i 1165),
e)zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;

2)w zakresie dostępności cyfrowej - wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;
3)w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
a)obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
b)instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
c)zapewnienie na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności - w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
d)zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.

§ 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 <u>każdego</u> 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 02.12.2025 roku.
4. Końcowe sprawozdanie za cały okres realizacji programu zdrowotnego Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć w terminie do 30.12.2025 roku.
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 do końca lipca 2025 roku 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:**

Załącznik nr 1
Do wzoru umowy nr .....
z dnia ..... 2025 r.

KLAUZULA INFORMACYJNA ORAZ OŚWIADCZENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art 13 ust 1 i ust 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Kędzierzyn-Koźle, z siedzibą przy ul Grzegorza Piramowicza 32, 47-200 Kędzierzyn-Koźle, adres e-mail prezydent@kedzierzynkozle.pl, tel 77/40-50-338

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie art 6 RODO lit C, 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 2024 r poz. 146 z późn.zm.), art 114–117 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej (Dz. U z 2024 r poz. 799 z późn zm), art 7 ust 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r o samorządzie gminnym (Dz. U z 2024 r poz. 1465) oraz ustawy z dnia 11.09 2015 r o zdrowiu publicznym (Dz. U z 2024 r poz. 1670) oraz uchwały Nr LI/597/22 Rady Miasta Kędzierzyn-Koźle z dnia 27 października 2022 r. w sprawie przyjęcia Programu Ochrony Zdrowia na lata 2023–2025 i w celu realizacji programów profilaktycznych przeznaczonych dla mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle.

Sposoby kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych w Urzędzie Miasta Kędzierzyn-Koźle, to. adres korespondencyjny Inspektora Ochrony Danych Osobowych Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle, adres e-mail inspektor@kedzierzynkozle.pl, tel. 77/40-50-346/

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w instrukcji kancelaryjnej przez okres 5 lat

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania/ prawo do cofnięcia zgody, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udziału w badaniach profilaktycznych realizowanych przez Gminę Kędzierzyn-Koźle

Brak podania danych osobowych będzie skutkował brakiem możliwości skorzystania ze badań profilaktycznych

Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np : sądy lub organy ścigania)

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane

Lp.	IMIĘ, NAZWISKO DATA URODZENIA	AKTUALNY ADRES ZAMELDOWANIA NA TERENIE GMINY KĘDZIERZYN-KOŹLE	DATA BADANIA	CZYTELNY PODPIS pacjenta(ki) lub prawnego opiekuna potwierdzający: 1) odbyte badanie 2) zameldowanie na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania) na terenie Kędzierzyna-Koźla 3) wyrazenie zgody na udostępnienie danych osobowych pacjenta(-ki) Urzędowi Miasta w K-Koźlu celem rozliczenia płatnej przez ten Urząd należności za przeprowadzone badanie 4) złożenie oświadczenia, ze podane dane meldunkowe są zgodne z prawdą, 5) Zostałam/em poinformowany, iż w przypadku podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym zobowiązuje się do zwrócenia kosztów wykonanego badania.	CZYTELNY PODPIS pacjenta(ki) lub prawnego opiekuna potwierdzający odbytą edukacje zgodnie z programem stanowiącym załącznik do oferty.	CZYTELNY PODPIS Pacjenta(ki) lub prawnego opiekuna wyrażający zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, ul. Grzegorza Piramowicza 32, 47-200 Kędzierzyn-Koźle w celu rozliczenia badania profilaktycznego realizowanego przez Gminę Kędzierzyn-Koźle oraz zapoznanie się z klauzulą informacyjną.
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*

Załącznik nr 3
do Umowy nr .....
z dnia .....2025 r.

Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....

Oświadczam, że nie korzystałam/em ze świadczeń w zakresie ..... w ramach świadczeń gwarantowanych.

Wyrażam zgodę na weryfikację świadczeń z danymi znajdującymi się w zasobach NFZ oraz przetwarzanie danych osobowych w niezbędnym zakresie.

Czytelny podpis:

.....

Załącznik nr 9
do ogłoszenia przyjętego
Zarządzeniem nr 238 /PMS/2025
Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle
z dnia 27 stycznia 2025 roku

Wzór umowy na program rehabilitacji leczniczej
Umowa nr ...../2025

zawarta w dniu ..... 2025 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 oraz 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późń. zm.), art. 114 ust.1 pkt 1 oraz art. 115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 poz. 799 z późn.zm.), art. 14 ust. 1 oraz art. 15 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670).

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 (rejon dotyczy miejsca wykonywania zabiegów, a nie miejsca zamieszkania osób korzystających ze świadczenia)
   w zakresie rehabilitacji obejmującej następujące zabiegi:
   1) kinezyterapię,
   2) masaż,
   3) elektrolecznictwo,
   4) pole elektromagnetyczne,
   5) światłolecznictwo i ciepłolecznictwo,
   polegającej na wykonaniu nie mniej niż ..... **punktów** za udzielenie usług wskazanych w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
2. 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:

1) przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej (załącznik nr 6) oraz testu poziomu wiedzy przed rozpoczęciem zabiegów rehabilitacyjnych (załącznik nr 4) – wyniki należy zawrzeć w sprawozdaniu;
2) wykonania zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń;
3) edukację pacjentów do zwiększenia aktywności fizycznej, uświadamiając im korzyści z tego płynące,
4) edukację w zakresie zagrożeń zdrowotnych wynikających z niewłaściwie dobranych form aktywności fizycznej,
5) edukację w zakresie ćwiczeń w warunkach domowych – zastosowanie rodzaju świadczeń dobranych zgodnie z zaleceniami rehabilitanta,

6) przeprowadzenie ankiety oceniającej jakości świadczeń, badanych na podstawie odsetka pacjentów pozytywnie oceniających jakość usług zdrowotnych po zakończeniu zabiegów (załącznik nr 3). Wypełnione ankiety należy bezwarunkowo przekazać Zamawiającemu;
7) przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej (załącznik nr 6) oraz testu poziomu wiedzy po zakończeniu rehabilitacji (załącznik nr 5) (wyniki należy zawrzeć w sprawozdaniu);

3. 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).
4. 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.
5. 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 .....
6. Realizacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się do dnia 28.11.2025 roku.
7. Realizacja programu polityki zdrowotnej odbywać się będzie w .....od poniedziałku do piątku w godzinach od ..... po uprzedniej bezpośredniej lub telefonicznej rejestracji pacjentów.
8. 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.
9. Wykonawca zobowiązuje się prowadzić dla wykonania programu polityki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy dokumentację medyczną oraz sprawozdawczość statystyczną na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
10. Wykonawca zobligowany jest do uzyskania od świadczeniobiorców oświadczenia określonego w **załączniku nr** 7 do umowy oraz przekazania ich wraz z rozliczeniem miesięcznym Urzędowi Miasta w Kędzierzynie-Koźlu.
11. 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.
12. 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.
13. Wykonawca będzie współpracował z jednostkami wskazanymi przez Zamawiającego w zakresie promocji zdrowia.
14. 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.

15. W przypadku zlecania lub powierzania, na podstawie umowy, realizacji zadań publicznych finansowanych z udziałem środków publicznych lub udzielania zamówień publicznych podmiotom innym niż podmioty publiczne, podmiot publiczny jest obowiązany do określenia w treści umowy warunków służących zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie tych zadań publicznych lub zamówień publicznych, z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz U. z 2024 poz 1411).
Minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami obejmują:
1)w zakresie dostępności architektonicznej:
a)zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków,
b)instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych,
c)zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy,
d)zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, 858, 1089 i 1165),
e)zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;
2)w zakresie dostępności cyfrowej - wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;
3)w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
a)obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
b)instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
c)zapewnienie na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności - w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
d)zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.

§ 3

1. Za realizację programu polityki zdrowotnej objętego umową Zamawiający przekaze 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 <u>każdego</u> 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 liczbę osób uczestniczących w zabiegach oraz rodzaje i liczbę udzielonych świadczeń, a także wyniki ankiet i testów przeprowadzonych wśród osób zakwalifikowanych do udziału w Programie, o których mowa w § 2 ust.2 w ramach Programu

oraz przeprowadzonej edukacji. Wykazy te będą przedkładane **do 15 dnia każdego miesiąca**, natomiast za miesiąc listopad **do dnia 02.12.2025 r.**

4. Końcowe sprawozdanie za cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć w terminie do 30.12.2025 roku.
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.
6. 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 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. 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 31.08.2025 roku 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**

Załącznik nr 1
do wzoru umowy nr .....
z dnia .....2025 r.

rodzaj świadczenia	wartość punktowa w warunkach ambulatoryjnych
kinezyterapia	
Ćwiczenia wspomagane*	8
Ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem*	6
Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem*	6
Ćwiczenia izometryczne*	6
Wyciągi	7
Inne formy usprawniania (kinezyterapia)*	5
masaż	
Masaż suchy - częściowy - minumum 20 minut na jednego pacjenta w tym min. 15 minut czynnego masażu	10
Masaz limfatyczny ręczny	12
Masaż limfatyczny mechaniczny	6
Masaż podwodny – hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi)	10
Masaż podwodny miejscowy	10
Masaż podwodny całkowity	15
Masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące itp.)	4
elektrolecznictwo	
Galwanizacja	4
Jonoforeza	5
Kąpiel czterokomorowa	10
Kąpiel elektryczna – wodna całkowita	14
Elektrostymulacja	7
Prądy diadynamiczne	4
Prądy interferencyjne	4
Prądy TENS	4
Prądy TREBERTA	4
Prądy KOTZA	4
Ultradźwięki miejscowe	6
Ultrafonoforeza	7
pole elektromagnetyczne	
Impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6
Diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	6
Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	3
światłolecznictwo i cieplolecznictwo	
Naświetlanie promieniami IR, UV – miejscowe	3
Laseroterapia - skaner	3
Laseroterapia punktowa	6
Okłady parafinowe	4

*** - czas trwania zabiegu – minimum 15 minut**

Załącznik nr 2
do wzoru umowy nr .....
z dnia ..... 2025 r.

KLAUZULA INFORMACYJNA ORAZ OŚWIADCZENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, iż:
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Kędzierzyn-Koźle, z siedzibą przy ul. Grzegorza Piramowicza 32, 47-200 Kędzierzyn-Koźle, adres e-mail: prezydent@kedzierzynkozle.pl, tel. 77/40-50-338.
Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie art 6 RODO lit C, 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 2024 r. poz. 146 z późń.zm.), art. 114–117 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799 z późn. zm.)art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 z późń. zm.) oraz ustawy z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r . poz. 1670) oraz uchwały Nr LI/597/22 Rady Miasta Kędzierzyn-Koźle z dnia 27 października 2022 r. w sprawie przyjęcia Programu Ochrony Zdrowia na lata 2023–2025 i w celu realizacji programów profilaktycznych przeznaczonych dla mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle.
Sposoby kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych w Urzędzie Miasta Kędzierzyn-Koźle, to: adres korespondencyjny Inspektora Ochrony Danych Osobowych Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle, adres e-mail: inspektor@kedzierzynkozle pl, tel. 77/40-50-346/.
Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w instrukcji kancelaryjnej przez okres 5 lat.
Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania/ prawo do cofnięcia zgody, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udziału w badaniach profilaktycznych realizowanych przez Gminę Kędzierzyn-Koźle.
Brak podania danych osobowych będzie skutkował brakiem możliwości skorzystania ze badań profilaktycznych.
Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: sądy lub organy ścigania).
Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta Data urodzenia	Aktualny adres zameldowania na terenie Kędzierzyna-Koźla
	Rodzaj świadczenia:	**Rodzaj świadczenia:**
Data	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**
Data	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**
Data	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**
Data	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**
Data	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**
Data	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**
Data	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**
Data	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**
Data	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**
Data	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**	*Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)**

***Podpis czytelny pacjenta (ki), rodzica lub prawnego opiekuna dziecka** potwierdzający:

1) zapoznanie się z klauzulą informacyjną oraz oświadczeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych
2) odbyty zabieg i wyrażenie zgody na wykonanie świadczenia,
3) zameldowanie na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem zabiegu) na terenie Kędzierzyna-Koźla,
4) wyrażenie zgody na udostępnienie danych osobowych pacjenta(ki) Urzędowi Miasta w Kędzierzynie-Koźlu celem rozliczenia płatnej przez ten Urząd należności za przeprowadzony zabieg,
5) złożenie oświadczenia, że podane dane meldunkowe są zgodne z prawdą,
6) odbytą edukację zgodnie z programem stanowiącym załącznik do oferty,
7) Zostałam/em poinformowany, iż w przypadku podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym zobowiązuje się do zwrócenia kosztów wykonanego badania.
8) wyrażenie zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, ul. Grzegorza Piramowicza 32, 47-200 Kędzierzyn-Koźle w celu rozliczenia badania profilaktycznego realizowanego przez Gminę Kędzierzyn-Koźle oraz zapoznanie się z klauzulą informacyjną.

Załącznik nr 3

Sposób przeprowadzenia ankiety oceniającej jakości świadczeń

Kwestionariusz ankiety może zostać skonstruowany w dowolny sposób, ale musi się on zmieścić na jednej stronie i zawierać poniżej wskazane pytanie oraz przygotowane odpowiedzi.

O wypełnienie anonimowej ankiety powinni zostać poproszeni indywidualnie wszyscy pacjenci, którzy skorzystają z usług podmiotu leczniczego w okresie realizacji badania. Zaleca się dystrybucję ankiet przez okienko rejestracji oraz zbieranie odpowiedzi do dobrze wyeksponowanej urny, znajdującej się przy wyjściu z placówki lub w recepcji. Możliwe jest również dystrybuowanie ankiet przez lekarza lub osobę udzielającą wsparcia leczniczego na zakończenie wizyty, po udzieleniu porady, usługi leczniczej i oddanie wypełnionej ankiety do wystawionej urny.

Zebrane ankiety należy przekazać Zamawiającemu w zamkniętej kopercie, z oznaczeniem nazwy placówki na terenie której prowadzono badanie ankietowe.

Kędzierzyn-Koźle
50-lecie miasta

WZÓR ANKIETY

1) Jak oceniasz jakość usług zdrowotnych tj. **usług rehabilitacyjnych,** świadczonych w gabinecie? [1]

- o bardzo dobrze
- o dobrze
- o trudno powiedzieć
- o źle
- o bardzo źle

[1] Zaznacz proszę jedną z poniższych odpowiedzi.

Załącznik nr 7
do Umowy nr .....
z dnia ..... 2025 r.

Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....

Oświadczam, że nie korzystałam/em ze świadczeń w zakresie ..... w ramach świadczeń gwarantowanych.

Wyrażam zgodę na weryfikację świadczeń z danymi znajdującymi się w zasobach NFZ oraz przetwarzanie danych osobowych w niezbędnym zakresie.

Czytelny podpis:

.....