Elektronicznie podpisany przez:
Jacek Orych
dnia 23 lipca 2019 r.

ZARZĄDZENIE NR 0050.101.2019
BURMISTRZA MIASTA MARKI

z dnia 22 lipca 2019 r.

w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki" oraz powołania Komisji konkursowej do wyboru ofert

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506), w związku z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.[1)]), art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, poz. 2219, Dz. U. z 2019 r.poz. 492, poz. 730 i poz. 952) oraz Uchwałą Nr V/47/2019 Rady Miasta Marki z dnia 20 lutego 2019 roku w sprawie przyjęcia i realizacji programu polityki zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki (Dz. Urz. Woj. Maz. poz. 2832) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Ogłasza się otwarty konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki", zwanego dalej „Programem".

2. Treść ogłoszenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do Zarządzenia.

§ 2. Ustala się:

1) regulamin organizowania konkursu ofert na realizację Programu w brzmieniu określonym z załączniku nr 2 do Zarządzenia,

2) szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację Programu w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do Zarządzenia,

3) treść formularza ofertowego na realizację Programu w brzmieniu określonym w załączniku nr 4 do Zarządzenia,

4) treść oświadczenia oferenta oraz wzór umowy na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki", w brzmieniu określonym w załączniku nr 5 do Zarządzenia.

§ 3. 1. Powołuje się Komisję konkursową zwaną dalej „Komisją" do opiniowania ofert wniesionych w ramach konkursu, o którym mowa w § 1 ust. 1, w składzie:

1) Przewodniczący – Weronika Kośniewska – Naczelnik Wydziału Promocji, Spraw Społecznych i Zdrowia,

2) Członkowie:

a) Ewa Czarkowska – Główny Specjalista w Wydziale Promocji, Spraw Społecznych i Zdrowia,

b) Ada Gajek – Pomoc Administracyjna w Wydziale Promocji, Spraw Społecznych i Zdrowia,

c) Katarzyna Popiół – Inspektor w Wydziale Finansowo – Budżetowym.

2. Komisja może zaprosić do udziału w jej pracach z głosem doradczym inne osoby, których obecność jest niezbędna.

3. Oferentami nie mogą być osoby wchodzące w skład Komisji.

4. Osoby wchodzące w skład Komisji podlegają wyłączeniu od udziału w pracach Komisji, w przypadku:

1) gdy oferentem jest małżonek, krewny powinowaty do drugiego stopnia, bądź osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;

[1)] Zmiany tekstu jednolitego ogłoszono w Dz. U.: z 2018 r. poz. 1515, poz. 1532, poz. 1544, poz. 1552, poz. 1669, poz. 1925, poz. 2192, poz. 2429, z 2019 r. poz. 60, poz. 303, poz. 399, poz. 447, poz. 730 i poz. 752.

2) gdy oferentem jest osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej lub jakiejkolwiek zależności.

5. Komisja rozwiązuje się po rozstrzygnięciu konkursu ofert

§ 4. Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Promocji, Spraw Społecznych i Zdrowia.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Burmistrz Miasta Marki

Jacek Orych

Załącznik nr 1
do Zarządzenia 0050.101.2019
Burmistrza Miasta Marki
z dnia 22 lipca 2019 r.

OGŁOSZENIE O OTWARTYM KONKURSIE OFERT

Burmistrz Miasta Marki

ogłasza konkurs ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki”

I. Podstawa prawna

Konkurs ofert ogłasza się na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm. [1]). Zleceniobiorca wybrany w ramach niniejszego otwartego konkursu ofert zobowiązany jest do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE. L 2016 Nr 119, str. 1 oraz innymi przepisami w tym zakresie.

II. Adresaci ogłoszenia

Do udziału w konkursie uprawnione są podmioty lecznicze w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, poz. 2219, Dz. U. z 2019 r. poz. 492, poz. 730 i poz. 952), posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia zdrowotne w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz podmioty komercyjne realizujące świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwane dalej Oferentami.

III. Przedmiot konkursu

Przedmiotem konkursu jest wyłonienie realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie

[1] Zmiany tekstu jednolitego ogłoszono w Dz. U.: z 2018 r. poz. 1515, poz. 1532, poz. 1544, poz. 1552, poz. 1669, poz. 1925, poz. 2192, poz. 2429, z 2019 r. poz. 60, poz. 303, poz. 399, poz. 447, poz. 730 i poz. 752.

opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki", który zapewni efektywną realizację programu.

IV. Termin realizacji

Od dnia zawarcia umowy do dnia 10 grudnia 2021 r.

V. Środki przeznaczone na realizację

Gmina Miasta Marki w latach 2019-2021 planuje przeznaczyć łącznie kwotę w wysokości **60 000,00 PLN (słownie: sześćdziesiąt tysięcy złotych)**.

Odpowiedzialny za przeprowadzenie konkursu jest Burmistrz Miasta Marki, zwany dalej Organizatorem.

VI. Opis i warunki realizacji

Planowane interwencje w ramach przedmiotowego programu polityki wpisują się w zakres wszechstronnej, całościowej opieki i leczenia objawowego u mieszkańców Gminy Miasto Marki bez względu na wiek chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby.

Kryteria włączenia do programu do spełnienia łącznie to:

- Podpisanie druku świadomej zgody na udział w programie – osobiście lub w przypadku osoby niepełnoletniej lub osoby z niedowładem, niepełnosprawnością ruchową przez rodzica/opiekuna prawnego (wzór zgody stanowi załącznik do projektu umowy).
- Przedstawienie skierowania od lekarza specjalisty oraz dokumentacji medycznej stwierdzającej nieuleczalną, postępującą, ograniczającą życie chorobę nowotworową i nienowotworową, zgodnie z wykazem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742 i poz. 1185)
- lub dodatni wyniki badania diagnostycznego przeprowadzonego podczas wizyty kwalifikacyjnej do programu. Badanie diagnostyczne polega na ocenie przez lekarza specjalistę przedstawionej dokumentacji medycznej pacjenta, który nie posiada skierowania na leczenie. Podczas badania lekarz może stwierdzić zasadność i konieczność zakończenia leczenia przyczynowego, a tym samym postawić lekarskie rozpoznanie terminalnej fazy choroby i zakwalifikować pacjenta do uczestnictwa w programie.

- Zamieszkanie na terenie Gminy Miasto Marki (w przypadku osób niepełnoletnich wymóg ten dotyczy rodziców/opiekunów dziecka).

Kryteria wyłączenia z programu to:

- Brak pisemnej zgody uczestnika lub rodzica/opiekuna dziecka na udział w programie lub pisemna rezygnacja uczestnika lub rodzica/opiekuna dziecka z udziału.
- Brak poświadczenia zamieszkania na terenie Gminy Miasto Marki.
- Brak przedstawienia dokumentacji medycznej z odpowiednim rozpoznaniem lub skierowania wystawionego przez lekarza specjalistę.
- Korzystanie z zakresu usług opieki paliatywnej lub hospicyjnej w ramach finansowania przez NFZ, (z programu nie będą mogły skorzystać osoby, które są już objęte opieką paliatywną lub hospicyjną, w zakresie obejmującym działania zaplanowane w programie)

Oferent powinien zaplanować realizację działań nakierowanych na poprawę jakości życia, zapobieganie bólowi oraz innym objawom somatycznym, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Planowane wsparcie powinno mieć charakter pomocy pielęgniarskiej, psychologicznej, rozwiązywania problemów społeczno-bytowych chorego i jego rodziny, a także obejmie edukację dotyczącą opieki nad chorym i wsparcie duchowe.

W ramach realizacji przedmiotowego programu polityki zdrowotnej Oferent obligatoryjnie powinien przeprowadzić:

1. Akcję informacyjną, w tym z podaniem do publicznej wiadomości miejsc, dni i godzin udzielania świadczeń oraz nabór wolontariuszy do opieki nad uczestnikami programu.
2. Rekrutację uczestników, w tym uzyskanie zgody uczestnika na przeprowadzenie świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami;
3. Interwencję terapeutyczną udzielaną w warunkach stacjonarnych lub domowych;
4. Działania edukacyjne w zakresie opieki nad pacjentem, a także wsparcie psychologiczne i terapię grupową – przygotowanie do odejścia członka rodziny.
5. Monitoring działań w ramach programu.

Szczegółowe warunki realizacji poszczególnych elementów obligatoryjnych programu polityki zdrowotnej:

1) Akcja informacyjna powinna być skierowana do mieszkańców Gminy Miasto Marki. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich

podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze oraz inne instytucje wsparcia społecznego.

2) Rekrutacja do programu powinna być przeprowadzana na podstawie weryfikacji przedstawionej dokumentacji medycznej stwierdzającej nieuleczalną, postępującą, ograniczającą życie chorobę nowotworową i nienowotworową zgodnie z wykazem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742 i poz. 1185) lub skierowania od lekarza specjalisty stwierdzającego ww. przesłanki. Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu powinien móc nieodpłatnie skorzystać z całościowej, wszechstronnej opieki w przypadku nieuleczalnych, niepoddających się terapii przyczynowej i postępujących chorób. Udział w programie będzie dobrowolny, a o włączeniu do programu powinna decydować kolejność zgłoszeń; uczestnicy powinni być przyjmowani do momentu osiągniecia limitu osób, wynikającego z zawartej umowy. Uczestnicy programu rozpoczynający w nim udział powinni być poinformowani przez Oferenta o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa. Program ma charakter ciągły. W trakcie trwania programu będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

3) Interwencja terapeutyczna powinna dotyczyć następujących podstawowych wymiarów: łagodzenie objawów; wsparcie psychologiczne, socjalne, duchowe i emocjonalne; wsparcie rodziny; wsparcie w okresie żałoby. Oferent powinien zaplanować realizację świadczeń w ramach przedmiotowego programu polityki zdrowotnej dla dzieci młodzieży oraz osób dorosłych w warunkach stacjonarnych oraz domowych:

a) świadczenia w warunkach stacjonarnych:

- Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy, w tym doraźna pomoc medyczna w sytuacjach nagłych.
- Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki.
- Porady psychologa.
- Leczenie farmakologiczne.
- Diagnostyka i leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna).
- Leczenie innych objawów somatycznych, w tym tlenoterapia.
- Opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, organizowanie różnych form pomocy, w tym wypoczynku i rekreacji, wsparcie w okresie żałoby.

- Rehabilitacja, fizjoterapia, użyczanie do korzystania sprzętu rehabilitacyjnego i aparatury medycznej.
- Zapobieganie powikłaniom.
- Inne badania zlecone przez lekarzy, diagnostyka laboratoryjna itp.
- Zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędne do realizacji opieki.
- Opieka wyręczająca.
- Przejazd środkami transportu sanitarnego.
- Działania edukacyjne dla pacjentów, ich rodzin oraz społeczeństwa w zakresie pomocy osobom chorym i potrzebującym.

b) świadczenia w warunkach domowych:

- Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy.
- Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki.
- Porady psychologa.
- Leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna).
- Leczenie innych objawów somatycznych, w tym tlenoterapia.
- Opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną.
- Rehabilitacja.
- Zapobieganie powikłaniom.
- Ordynacja leków.
- Bezpłatne wypożyczanie wyrobów medycznych i środków pomocniczych.
- Przejazd środkami transportu sanitarnego.
- Pomoc wyręczająca.

4) W ramach realizacji przedmiotowego programu Oferent powinien zaplanować działania edukacyjne w zakresie opieki nad pacjentem, a także wsparcie psychologiczne i terapię grupową dla rodzin, rodziców/opiekunów dzieci nim objętych. Planowane działania edukacyjne mogą być także skierowane np. do pracowników podmiotów zajmujących się pacjentem paliatywnym, rodzin podopiecznych hospicjów. Planowane działania edukacyjne powinny zwiększyć świadomość konieczności wsparcia u osób udzielających świadczeń hospicyjnych i paliatywnych oraz poszerzyć ich umiejętności w opiece nad pacjentem terminalnym. Uczestnicy zajęć mogą być poddawani badaniu poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed oraz post-testu po edukacji, opracowanym przez Oferenta. Elementem działań edukacyjnych powinno być także wsparcie psychologiczne i terapia

grupowa rodzin, rodziców/opiekunów dzieci objętych programem – przygotowanie do odejścia członka rodziny. Tematyka działań edukacyjnych powinna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grup odbiorców. Szczególnie istotna powinna być kwestia dopasowania przekazu do ich wieku i stanu psychicznego. Podczas działań edukacyjnych Oferent może wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Wszystkie powyższe materiały powinny być opatrzone informacją o finansowaniu z budżetu Gminy Miasto Marki i opatrzone logotypem Miasta Marki.

Dodatkowo Oferent może posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i temu podobne podmioty.

Ponadto Oferent zobowiązany jest prowadzić dokumentację zajęć edukacyjnych w postaci list obecności uczestników oraz konspektów poszczególnych zajęć edukacyjnych. Plan zajęć edukacyjnych dla uczestników programu powinien zawierać m.in. informacje o chorobach nowotworowych, opiece terminalnej, potrzebie łagodzenia bólu i wsparcia psychologicznego. Działania edukacyjne powinny także obejmować informację o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ w ramach opieki paliatywnej.
Działania edukacyjne powinny obejmować ok. 5 godzin zajęć dla grupy uczestników i powinny odbywać się one z częstotliwością raz na kwartał, wraz z zebraniem się grupy wolontariuszy.

5) Ostatnim elementem w ramach programu jest monitoring działań obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Oferent zobligowany jest do poproszenia każdego z uczestników programu na spotkaniu podsumowującym o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłużyć powinna opracowaniu przez Oferenta sprawozdań rocznych dla Organizatora (wzór ankiety oraz wzór sprawozdania rocznego stanowi załącznik do projektu umowy). Na zakończenie realizacji programu polityki zdrowotnej Oferent będzie zobligowany do przekazania oryginałów wypełnionych ankiet ewaluacyjnych do Organizatora.

VII. Wymagania kadrowe, lokalowe i organizacyjne wobec Oferenta:

1. Świadczenia w ramach hospicjum stacjonarnego powinny być przeznaczone przede wszystkim dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie. Jego działalność powinna polegać przede wszystkim na sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie

terminalnym oraz na opiece nad ich rodzinami. W ramach hospicjum stacjonarnego powinna być także świadczona opieka wyręczająca.

2. Świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem są świadczenia udzielane w warunkach domowych.

3. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji w warunkach stacjonarnych powinny być zlokalizowane tak, aby zagwarantować dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Oferent powinien zapewnić pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

4. Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne powinny być przeprowadzane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych, wynikających z przepisów prawa.

5. W programie powinny być zastosowane urządzenia i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej).

6. Oferent powinien zapewnić także kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń.

7. Oferent musi dysponować wymaganą kadrą lub dobrać niezbędne osoby do realizacji zadań przewidzianych w programie. Wymagania kadrowe:

- lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończeniem kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych;
- pielęgniarki, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub właściwe kursy zgodnie z obowiązującymi wytycznymi;
- psycholodzy, psycholodzy kliniczni, psychoonkolodzy, edukatorzy, specjaliści zdrowia publicznego;
- fizjoterapeuci;
- duszpasterze.

8. Kompleksową pomoc pacjentom powinien zapewniać wielodyscyplinarny zespół osób, w którego skład powinni wchodzić lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci i psycholog.

9. Specjalista opieki paliatywnej powinien być dostępny dla wszystkich chorych, którzy tego potrzebują, o każdej porze, przez 7 dni w tygodniu i w każdej sytuacji.

10. Interwencje psychoterapeutyczne, psychospołeczne i edukacyjne powinny odgrywać rolę w poprawie jakości życia pacjentów. Promocja strategii radzenia sobie ze stresem może przyczynić się do wzrostu poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z symptomami choroby oraz polepszenia samopoczucia fizycznego.

11. Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu polityki zdrowotnej powinny być prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Wymagane jest, aby osoby prowadzące edukację miały przygotowanie merytoryczne (np. lekarze medycyny, psycholodzy lub psychoterapeuci, specjaliści zdrowia publicznego).

12. Oferent jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania – sprzętu medycznego i pomocniczego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

13. Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zgonu uczestnika lub zakończenia czasu trwania programu. Możliwe jest także zakończenie udziału na podstawie rezygnacji uczestnika. W przypadku osób niepełnoletnich decyzja należy do rodziców/opiekunów dziecka. Dobrowolne odstąpienie od udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika lub rodzica/opiekuna uczestnika. Możliwe jest także obligatoryjne usuniecie uczestnika z programu, w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie wystąpienia takich zdarzeń na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu. Świadczenia w ramach programu powinny być przerywane w przypadku, kiedy zaistnieje choć jedno z kryteriów wyłączenia uczestników z programu.

14. Za zgodą lekarza oraz kierownika oddziału medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego pacjentowi może być udzielona przepustka. W okresie korzystania z niej Oferent wyposaża chorego w leki i wyroby medyczne. Czas jego przebywania na przepustce nie może być dłuższy niż 2 dni w miesiącu

15. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu powinna być prowadzona i przechowywana w siedzibie Oferenta zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

16. Udzielanie świadczeń przez Oferenta w ramach programu nie powinno wpływać w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane dla pacjenta z NFZ.

VIII. Miejsce realizacji programu polityki zdrowotnej: Gmina Miasto Marki w miejscu wskazanym przez Oferenta. W przypadku hospicjum stacjonarnego dopuszcza się miejsce realizacji poza terenem Gminy Miasto Marki.

Załącznik nr 2
do Zarządzenia 0050.101.2019
Burmistrza Miasta Marki
z dnia 22 lipca 2019 r.

REGULAMIN ORGANIZOWANIA KONKURSU OFERT

I. Wymogi formalne

1. Informacje ogólne

a) Oferent powinien zapoznać się z ogłoszeniem o konkursie oraz załącznikami do niego.

b) Wszystkie załączniki do ogłoszenia powinny zostać wypełnione przez Oferenta.

c) <u>Oferty muszą obejmować całość przedmiotu konkursu, nie dopuszcza się składania ofert częściowych.</u>

d) Organizator wykluczy z postępowania Oferenta jeśli stwierdzi, że dostarczone przez niego informacje, istotne dla prowadzonego postępowania, są niezgodne ze stanem faktycznym.

e) Ocenę ofert przeprowadzi Komisja Konkursowa powołana przez Burmistrza Miast Marki, która zarekomenduje Burmistrzowi oferty wybrane do realizacji.

2. Opis sposobu przygotowania oferty

a) Ofertę należy sporządzić na formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 4 do Zarządzenia 0050.101.2019 Burmistrza Miasta Marki z dnia 22 lipca 2019 r.

b) Oferta, oświadczenia i dokumenty powinny być napisane w języku polskim w sposób czytelny i trwały np. na maszynie do pisania lub komputerze. Organizator dopuszcza ręczne, czytelne wypełnianie formularzy ofertowych oraz oświadczeń i dokumentów (według załączników).

c) Oferta, oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego na język polski oraz podpisane przez osobę upoważnioną do reprezentowania Oferenta.

d) Oferent winien wypełnić wszystkie pozycje cenowe ujęte w formularzu cenowym.

e) Do oferty należy dołączyć wszystkie dokumenty, oświadczenia i informacje wymagane postanowieniami niniejszego ogłoszenia.

f) Załączone dokumenty powinny być przedstawione w formie oryginałów lub kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione przez Oferenta.

g) Okres ważności zaświadczeń i informacji, których wymaga Organizator musi obejmować termin otwarcia ofert, a data ich wystawienia nie może być wcześniejsza niż 90 dni przed terminem złożenia oferty.
h) Wymagane oświadczenia muszą być złożone na formularzach zgodnych ze wzorami określonymi przez załączniki do ogłoszenia.
i) Oferta powinna być opieczętowana pieczęcią firmową Oferenta i podpisana przez osoby upoważnione do reprezentowania Oferenta.
j) W przypadku składania oferty przez pełnomocników należy dołączyć oryginał pełnomocnictwa lub jego kopię, poświadczoną za zgodność z oryginałem przez mocodawcę upoważnionego do reprezentowania Oferenta lub uwierzytelnioną przez notariusza.
k) Wszelkie miejsca, w których Oferent naniósł korekty powinny być parafowane i datowane własnoręcznie przez osoby podpisujące ofertę.
l) Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez czytelne przekreślenie błędnego zapisu i zamieszczenie obok poprawnego.
m) Oferenci ponoszą wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

3. Wykaz wymaganych dokumentów

a) Formularz ofertowy – **Załącznik nr 4 do Zarządzenia 0050.101.2019 Burmistrza Miasta Marki z dnia 22 lipca 2019 r.**
b) Kopia aktualnego odpisu z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (dział I, II w całości oraz wyciąg z działu III dot. wybranych komórek organizacyjnych uczestniczących w realizacji przedmiotu konkursu) **oraz** dokumenty potwierdzające zarejestrowaną działalność oferenta, tj. odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (wystawioną nie wcześniej niż 90 dni przed upływem terminu składania ofert) – **Załącznik nr 1* do Formularza Ofertowego.**
c) Kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej o zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń w przedmiocie konkursu lub oświadczenie Oferenta o zamiarze zawarcia umowy ubezpieczenia OC w przypadku wyboru jego oferty - **Załącznik nr 2* do Formularza Ofertowego.**
d) Pełnomocnictwo do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez Oferenta – **Załącznik nr 3* do Formularza Ofertowego.**
e) Wykaz osób, które będą realizować program polityki zdrowotnej w przedmiocie konkursu wraz z danymi na temat ich kwalifikacji niezbędnych do wykonania zamówienia, stażu pracy

i doświadczenia zawodowego w zakresie przedmiotu konkursu - **Załącznik nr 4 do Formularza Ofertowego**.

f) Wykaz podwykonawców oraz wykaz osób, które będą realizować program polityki zdrowotnej w przedmiocie konkursu wraz z danymi na temat ich kwalifikacji niezbędnymi do wykonania zamówienia, stażu pracy i doświadczenia zawodowego w zakresie przedmiotu konkursu - **Załącznik nr 5 do Formularza Ofertowego.**

g) Określenie warunków lokalowych wraz ze wskazaniem miejsca realizacji programu polityki zdrowotnej w przedmiocie konkursu (w granicach administracyjnych Gminy Miasto Marki, W przypadku hospicjum stacjonarnego dopuszcza się miejsce realizacji poza terenem Gminy Miasto Marki) - Załącznik nr 6 do Formularza Ofertowego.

h) Opis proponowanego sposobu realizacji programu polityki zdrowotnej, w tym w szczególności uwzględniający sposób realizacji działań edukacyjnych wraz z harmonogramem działań oraz projektami pre i post –testów planowanymi do ewaluacji programu- **Załącznik nr 7* do Formularza Ofertowego.**

i) Formularz cenowy- **Załącznik nr 8 do Formularza Ofertowego**.

j) Uzasadnienie wyceny przedmiotu konkursu - **Załącznik nr 9* do Formularza Ofertowego**

k) Oświadczenie o akceptacji projektu umowy i wzór umowy- **Załącznik nr 5 do Zarządzenia 0050.101.2019 Burmistrza Miasta Marki z dnia 22 lipca 2019 r.**

Wymagane w ofercie dokumenty (oryginały lub kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez Oferenta) należy złożyć ponumerowane w kolejności zgodnej z podaną powyżej numeracją oraz zabezpieczone przed dekompletacją.

*** Formularz Oferenta**

4. Opis sposobu obliczania ceny

a) Oferent w przedstawionej ofercie winien zaoferować cenę kompletną, jednoznaczną i ostateczną.

b) Oferent określi jedną cenę brutto za kompleksowe wykonanie przedmiotu konkursu.

c) W ofercie należy podać wartość łączną brutto całości przedmiotu konkursu ofert z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

d) Do oferty należy dołączyć wypełniony Formularz cenowy stanowiący załącznik nr 8 do Formularza Ofertowego.

e) Cena oferty musi być podana w złotych polskich (PLN).

f) Ceny proponowane przez Oferenta i zaakceptowane przez Organizatora lub wynikające z przeprowadzonych negocjacji obowiązują przez cały okres związania ofertą i będą wiążące dla zawieranej umowy.

g) Podana cena powinna uwzględniać wszystkie elementy związane z prawidłową i terminową realizacją programu polityki zdrowotnej.

II. Miejsce, termin i sposób złożenia oferty

1. Oferty należy składać w terminie do dnia 6 sierpnia 2019 r. do godziny 12:00. Oferty można składać osobiście w kancelarii Urzędu Miasta Marki, pokój nr 13 Al. Marszałka Józefa Piłsudskiego 95, 05 – 270 Marki.
2. W przypadku przesłania oferty drogą pocztową o zachowaniu terminie decyduje data wpływu do kancelarii Urzędu.
3. Oferty, które wpłyną lub zostaną złożone po terminie zostaną komisyjnie zniszczone bez otwierania.
4. Ofertę wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie, opatrzonej danymi Oferenta z dopiskiem:
   KONKURS OFERT NA WYBÓR REALIZATORÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PN. „PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ GMINY MIASTO MARKI NA LATA 2019-2021 W PRZEDMIOCIE OPIEKI PALIATYWNEJ DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIASTO MARKI".
5. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem pisemnego powiadomienia przewodniczącego Komisji Konkursowej drogą elektroniczną na adres: wpr@marki.pl.
6. Termin związania ofertą:

a) Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert,

b) Oferent może wyrazić zgodę na przedłużenie okresu związania ofertą o czas wskazany przez Organizatora, nie dłużej jednak niż do 60 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

III. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu

1. Informacje w sprawach formalnych konkursu udzielane są w Wydziale Promocji, Spraw Społecznych i Zdrowia, Al. Marszałka Józefa Piłsudskiego 96, pokój A1, 05 – 270 Marki.
2. Osobą uprawnioną do bezpośredniego kontaktu z Oferentami jest: Weronika Kośniewska – Naczelnik Wydziału promocji, Spraw Społecznych i Zdrowia, tel. 22 781 10 03 wew. 205,

(poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek, w godzinach od 8:00 do 16:00 oraz w środy od 10:00 do 18:00) bądź osoba przez niego wskazana.

Załącznik nr 3

do Zarządzenia 0050.101.2019

Burmistrza Miasta Marki

z dnia 22 lipca 2019 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

I. Komisja konkursowa

1. Komisja Konkursowa, zwana dalej Komisją, obraduje na posiedzeniach zamkniętych, bez udziału oferentów, z wyjątkiem czynności:

1) stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia konkursu ofert oraz liczby otrzymanych ofert;

2) otwarcia kopert z ofertami;

3) ogłoszenia oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w ogłoszeniu o konkursie ofert, a które zostały odrzucone.

2. Prace Komisji są ważne przy udziale przynajmniej połowy składu Komisji.

3. Posiedzenia Komisji prowadzi Przewodniczący lub wyznaczony przez niego członek Komisji.

4. Wszystkie decyzje dotyczące przebiegu konkursu Komisja podejmuje w głosowaniu jawnym, zwykłą większością głosów. W przypadku równej liczby głosów, decyduje głos Przewodniczącego lub w przypadku jego nieobecności osoby prowadzącej obrady komisji.

5. Dopuszcza się możliwość składania wyjaśnień przez oferentów w zakresie złożonej oferty i realizacji "Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki", zwanego dalej Programem.

6. Komisja przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów.

7. Komisja w pierwszej kolejności dokonuje oceny formalnej na podstawie karty oceny formalnej oraz oceny merytorycznej na podstawie karty oceny merytorycznej.

8. W przypadku niezaliczenia do oferty lub zaliczenia w niewłaściwej formie któregokolwiek z wymaganych dokumentów Komisja może wezwać Oferenta do zmiany lub uzupełnienia brakujących dokumentów w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

II. Otwarcie, ocena i wybór ofert

1. Otwarcie i ocena

a) Otwarcia ofert dokona Komisja, która oceni oferty w dwóch etapach pod względem spełnienia koniecznych warunków:

- oceny formalnej na podstawie karty oceny formalnej;
- oceny merytorycznej na podstawie karty oceny merytorycznej;

b) Na etapie oceny formalnej Komisja po stwierdzeniu prawidłowości zarejestrowania ofert, otwiera koperty w kolejności ich rejestracji.

c) Następnie Komisja dokonuje oceny formalnej ofert na podstawie karty oceny formalnej.

d) W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Wezwanie nastąpi drogą telefoniczną, bezpośrednio podczas obrad komisji.

e) Oferty spełniające wymogi formalne zostaną ocenione przez Komisję pod względem merytorycznym na podstawie karty oceny merytorycznej.

- f) Kryteria oceny merytorycznej oferty (maks. 100 pkt) gdzie P – liczba przyznanych punktów:

  - liczba spotkań w ramach działań edukacyjnych zaproponowanych przez Oferenta – 0-10 pkt - kryterium obliczane będzie wg poniższego wzoru i stanowić będzie 10% łącznej sumy punktów przyznawanej przez Komisję:
    - P = (badana zaproponowana liczba spotkań/najwyższa zaproponowana liczba spotkań w przedmiotowym konkursie)*10.
  - liczba łączna uczestników działań edukacyjnych zaproponowana przez Oferenta – 0-10 pkt - kryterium obliczane będzie wg poniższego wzoru i stanowić będzie 10% łącznej sumy punktów przyznawanej przez Komisję:
    - P = (badana zaproponowana liczba łączna uczestników działań edukacyjnych /najwyższa zaproponowana liczba łączna uczestników działań edukacyjnych w przedmiotowym konkursie)*10

- liczba łączna uczestników objętych świadczeniami zaproponowana przez Oferenta – 0-10 pkt - kryterium obliczane będzie wg poniższego wzoru i stanowić będzie 10% łącznej sumy punktów przyznawanej przez Komisję:
  - P = (badana zaproponowana liczba łączna uczestników objętych świadczeniami /najwyższa zaproponowana liczba łączna uczestników objętych świadczeniami w przedmiotowym konkursie)*10
- liczba lat doświadczenia Oferenta w prowadzeniu działań z zakresu przedmiotu konkursu, tj. realizacji opieki hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych oraz działań edukacyjnych – 0-10 pkt - kryterium obliczane będzie wg poniższego wzoru i stanowić będzie 10% łącznej sumy punktów przyznawanej przez Komisję:
  - P = (badana liczba lat doświadczenia wskazana przez Oferenta/najwyższa liczba lat doświadczenia wskazana w przedmiotowym konkursie)*10
- Cena osobodnia w hospicjum domowym dla dzieci i młodzieży zaproponowana przez Oferenta – 0-12 pkt - kryterium obliczane będzie wg poniższego wzoru i stanowić będzie 12% łącznej sumy punktów przyznawanej przez Komisję:
  - P = (najniższa zaproponowana przez Oferenta cena osobodnia w hospicjum domowym dla dzieci i młodzieży/ badana cena osobodnia w hospicjum domowym dla dzieci i młodzieży zaproponowana przez Oferenta)*12
- Cena osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dzieci i młodzieży zaproponowana przez Oferenta – 0-12 pkt - kryterium obliczane będzie wg poniższego wzoru i stanowić będzie 12% łącznej sumy punktów przyznawanej przez Komisję:
  - P = (najniższa zaproponowana przez Oferenta cena osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dzieci i młodzieży/ badana cena osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dzieci i młodzieży zaproponowana przez Oferenta)*12
- Cena osobodnia w hospicjum domowym dla dorosłych zaproponowana przez Oferenta – 0-12 pkt - kryterium obliczane będzie wg poniższego wzoru i stanowić będzie 12% łącznej sumy punktów przyznawanej przez Komisję:
  - P = (najniższa zaproponowana przez Oferenta cena osobodnia w hospicjum domowym dla dorosłych/ badana cena osobodnia w hospicjum domowym dla dorosłych zaproponowana przez Oferenta)*12
- Cena osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dorosłych zaproponowana przez Oferenta – 0-12 pkt - kryterium obliczane będzie wg poniższego wzoru i stanowić będzie 12% łącznej sumy punktów przyznawanej przez Komisję:

- P = (najniższa zaproponowana przez Oferenta cena osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dorosłych/ badana cena osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dorosłych zaproponowana przez Oferenta)*12

o Cena całości działań edukacyjnych zaproponowana przez Oferenta – 0-12 pkt - kryterium obliczane będzie wg poniższego wzoru i stanowić będzie 12% łącznej sumy punktów przyznawanej przez Komisję:

- P = (najniższa zaproponowana przez Oferenta cena całości działań edukacyjnych/ badana cena całości działań edukacyjnych zaproponowana przez Oferenta)*12

g) W trakcie oceny merytorycznej ofert Komisja może:

- zwrócić się do Oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznych złożonych ofert,
- wezwać Oferentów do poprawy w tekście oferty oczywistych omyłek pisarskich.

2. Wybór ofert

a) Komisja wybierze oferty, które uzyskają największą liczbę punków w wyniku dokonania oceny merytorycznej.
b) Komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z Oferentami w celu ustalenia korzystniejszej ceny jednostkowej za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej lub w celu ustalenia innych istotnych elementów.
c) Do negocjacji zaprasza się Oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru. Komisja przeprowadzi negocjacje z wybranymi Oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden Oferent. Dopuszczalne są również negocjacje z jednym Oferentem, o ile w konkursie złożono jedną ofertę.
d) Do negocjacji kwalifikuje się Oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów konkursowych lub od drugiej najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów konkursowych, jeżeli pierwsza oferta o najwyższej łącznej ocenie uzyskanej na podstawie kryteriów konkursowych nie wymaga negocjacji.
e) Komisja dokumentuje wynik negocjacji z Oferentami w formie ustaleń z negocjacji.
f) Ustalenie w procesie negocjacji ceny nie oznacza dokonania wyboru Oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy.

3. Rozstrzygnięcie i postępowanie:

a) Organizator unieważnia postępowanie konkursowe, jeżeli zaistnieje jedna z poniższych okoliczności:

- cena najkorzystniejszej oferty lub ofert (także po negocjacjach z Oferentami) przewyższa kwotę, jaką Organizator przeznaczył na realizację programu polityki zdrowotnej,
- nie wpłynęła żadna oferta,
- odrzucono wszystkie oferty,
- wystąpi istotna zmiana okoliczności, niemożliwa do przewidzenia, powodująca, że prowadzenie postępowania lub realizacja zamówienia nie leży w interesie publicznym,
- postępowanie konkursowe nie zostanie zakończone wyłonieniem oferty, na podstawie której będzie można realizować program polityki zdrowotnej.

b) Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 16 sierpnia 2019 r. z uwzględnieniem postanowienia rozdziału III pkt 2a.

c) Konkurs może się odbyć i zostać rozstrzygnięty chociażby wpłynęła tylko jedna oferta spełniająca warunki określone w przedmiotowym ogłoszeniu.

d) Z prac Komisji sporządza się protokół, który podpisuje Przewodniczący i wszyscy członkowie Komisji. Przewodniczący przekazuje protokół Burmistrzowi Miasta Marki z rekomendacją, co do wyników konkursu.

e) Komisja zarekomenduje do wyboru ofertę o najwyższej łącznej liczbie punktów za wszystkie kryteria w liczbie zapewniającą efektywną realizację programu polityki zdrowotnej. Ogłoszenia wyników konkursu dokonuje Burmistrz Miasta Marki w drodze Zarządzenia. Ogłoszenie o wynikach konkursu będzie podstawą do zawarcia z Oferentem, którego oferta została wybrana w konkursie, umowy wieloletniej szczegółowo określającej sposób realizacji programu polityki zdrowotnej.

f) Wyniki otwartego konkursu ofert zostaną podane do wiadomości publicznej (w Biuletynie Informacji Publicznej miasta Marki, na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta oraz na stronie internetowej miasta www.marki.pl)

4. Odrzucenie oferty

1. Oferta podlega odrzuceniu jeżeli:

a) została złożona po terminie,

b) Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej ceny za realizację przedmiotu konkursu,

c) cena wydaje się rażąco niska w stosunku do przedmiotu zamówienia i budzi wątpliwości Organizatora, Organizator wzywa Oferenta do udzielenia wyjaśnień, w tym złożenia dowodów dotyczących wyliczenia ceny. Jeżeli Oferent, który nie udzielił wyjaśnień lub jeżeli dokonana ocena wyjaśnień wraz ze złożonymi dowodami potwierdza, że oferta zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia, wówczas taka oferta podlega odrzuceniu,

d) oferta jest nieważną na podstawie odrębnych przepisów,

e) Oferent złożył ofertę alternatywną w tym postepowaniu (w tym wypadku za ofertę aktualną uznaje się ofertę, która wpłynęła później),

f) Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w niniejszym ogłoszeniu konkursu,

II. Postanowienia umowy

1. Organizator zawrze umowę zgodnie z wybraną najkorzystniejszą ofertą w terminie do 30 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

2. Organizator wymagać będzie od wybranego Oferenta podpisania umowy o treści uwzględniającej warunki wynikające z postanowień zawartych w niniejszym ogłoszeniu oraz zaproponowanych w wybranej ofercie.

3. Wzór umowy wraz z oświadczeniem Oferenta o akceptacji umowy został określony w Załączniku nr 5 do Zarządzenia 0050.101.2019 Burmistrza Miasta Marki z dnia 22 lipca 2019 r. Ostateczna treść umowy może ulec zmianie w zakresie niezmieniającym istotnych postanowień umowy oraz przedmiotu zamówienia.

4. Oferent nie może dokonywać żadnych dodatkowych zmian we wzorze umowy i w chwili złożenia oferty zobowiązuje się do podpisania umowy zgodnej z zapisami określonymi we wzorze.

III. Postanowienia końcowe

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert, Organizator może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych, o czym

niezwłocznie informuje poprzez umieszczenie stosownych informacji w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Organizatora.

2. Organizator zastrzega sobie prawo do:

a) odwołania konkursu ofert, przedłużenia terminu składania i otwarcia ofert oraz przedłużenia terminu rozstrzygnięcia konkursu w każdej chwili bez podania przyczyny,

b) odstąpienia od realizacji programu polityki zdrowotnej z przyczyn obiektywnych (m.in. zmiany w budżecie).

Załącznik nr 4
do Zarządzenia 0050.101.2019
Burmistrza Miasta Marki
z dnia 22 lipca 2019 r.

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki”

……..

Przedmiot konkursu ofert

<table>
<tr><td colspan="4">I. Wykaz danych ewidencyjnych Oferenta</td></tr>
<tr><td>1. Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą składającego ofertę - zwanego Oferentem</td><td colspan="3">2. Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą</td></tr>
<tr><td>3. Adres siedziby Oferenta</td><td>Nr telefonu</td><td>Nr faksu</td><td>E-mail</td></tr>
<tr><td>4. Status prawny Oferenta</td><td colspan="3">5. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą</td></tr>
<tr><td>6. Nr wpisu do KRS lub wpisu do ewidencji działalności gospodarczej</td><td colspan="2">7. Nr NIP</td><td>8. Nr REGON</td></tr>
<tr><td>9. Nazwa banku</td><td colspan="3">10. Nr rachunku bankowego</td></tr>
<tr><td colspan="4">II. Osoby upoważnione do reprezentowania Oferenta</td></tr>
<tr><td>1. Dane osoby kierującej podmiotem leczniczym (imię nazwisko)</td><td>Nr telefonu</td><td>Stanowisko</td><td>E - mail</td></tr>
</table>

2. Dane osoby/osób upoważnionej/ych do składania oświadczeń woli, zgodnie z odpisem z KRS lub innymi dokumentami potwierdzającymi status prawny podmiotu i umocowanie osób go reprezentujących (imię i nazwisko)	Nr telefonu	Stanowisko	E - mail
3. Dane osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko)	Nr telefonu	Stanowisko	E - mail

Reprezentując podmiot……..,

po zapoznaniu się z zapisami ogłoszenia o przeprowadzeniu konkursu ofert na **wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn."Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki"** oświadczam, że:

1. uzyskaliśmy konieczne informacje i niezbędne dokumenty do przygotowania i złożenia oferty,
2. jesteśmy podmiotem, który posiada odpowiednie przygotowanie, potencjał finansowy, kadrowy i techniczny, który w momencie podpisania umowy pozwala na jego realizację zgodnie z obowiązującymi przepisami,
3. przedmiot konkursu zamierzamy realizować sami / przy udziale podwykonawców *(niepotrzebne skreślić*),
4. przedmiot konkursu ofert będzie realizowany zgodnie ze specyfikacją zawartą w ogłoszeniu konkursowym oraz opisem przedstawionym w ofercie,
5. pomieszczenia i urządzenia, które będą wykorzystywane do realizacji przedmiotu konkursu, a także personel odpowiadają wymaganiom zgodnie z zakresem przedmiotu konkursu ofert,[2]

[2] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.), Rozporządzenie 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 r., poz. 595), Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

6. na niniejszą ofertę składa się ..... kolejno ponumerowanych i podpisanych stron,
7. w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umów, w miejscu i terminie wskazanym przez Organizatora,
8. dane przedstawione w ofercie i załącznikach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
9. załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
10. posiadamy ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej / zawrzemy umowę od odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy *(niepotrzebne skreślić).*
11. zobowiązujemy się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

Marki, dnia ..... ……

Podpis Oferenta (pieczątka) /
osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Wykaz załączników:

1. …….
2. ……
3. ……
4. ……
5. ……
6. …….
7. ……
8. …….
9. ……

(Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

Załącznik nr 4

do Formularza Ofertowego

Wykaz osób, które będą udzielać świadczeń w przedmiocie konkursu wraz z danymi na temat ich kwalifikacji niezbędnymi do wykonania zamówienia, stażu pracy i doświadczenia zawodowego. ***Nie jest wymagane podawanie listy imiennej.***			
L.P.	**Tytuł zawodowy, staż pracy**	**Specjalizacje, kwalifikacje**	**Wykonywane świadczenia w przedmiocie konkursu**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Marki, dnia ..... ……

Podpis Oferenta (pieczątka) /

osoby upoważnionej do reprezentowania Oferent

Załącznik nr 5

do Formularza Ofertowego

Wykaz podwykonawców wraz z danymi teleadresowymi	
1	
2	
3	

Wykaz osób, które będą udzielać świadczeń w przedmiocie konkursu wraz z danymi na temat ich kwalifikacji niezbędnych do wykonania zamówienia, stażu pracy i doświadczenia zawodowego. ***Nie jest wymagane podawanie listy imiennej.***

L.P.	**Tytuł zawodowy, staż pracy**	**Specjalizacje, kwalifikacje**	**Wykonywane świadczenia w zakresie konkursu**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Marki, dnia..... ……

Podpis Oferenta (pieczątka) /

osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Załącznik nr 6
do Formularza Ofertowego

Określenie warunków lokalowych wraz ze wskazaniem miejsca realizacji przedmiotu konkursu (w granicach administracyjnych Gminy Miasta Marki, w przypadku hospicjum stacjonarnego dopuszcza się miejsce realizacji poza terenem Gminy Miasto Marki)

……
……
……
……
……

Oświadczam, że pomieszczenia, w których realizowany będzie przedmiot konkursu ofert są zgodne z warunkami określonymi 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 r., poz. 595).

Marki, dnia..... ……

Podpis Oferenta (pieczątka) /
osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Załącznik nr 8

do Formularza Ofertowego

Formularz cenowy

Informuję, iż proponowane wartości poszczególnych elementów realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki" wynoszą:

1. proponowana łączna liczba uczestników działań edukacyjnych, w tym wsparcia psychologicznego dla rodzin/najbliższych	
2. proponowana liczba spotkań w ramach działań edukacyjnych, w tym wsparcia psychologicznego dla rodzin/najbliższych	
3. proponowana cena brutto całości działań edukacyjno-informacyjnych *(uwzględnia weryfikację kryteriów włączenia do programu, edukację, wsparcie psychologiczne, przeprowadzenie ankiety satysfakcji, prowadzenie dokumentacji, akcję informacyjną, koszty administracyjne)*	
4. proponowana liczba miejsc dla uczestników możliwych do objęcia świadczeniami w hospicjum domowym dla dzieci i młodzieży	
5. proponowana cena brutto osobodnia w hospicjum domowym dla dzieci i młodzieży	
6. proponowana liczba miejsc dla uczestników możliwych do objęcia świadczeniami w hospicjum stacjonarnym dla dzieci i młodzieży	
7. proponowana cena brutto osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dzieci i młodzieży	
8. proponowana liczba miejsc dla uczestników możliwych do objęcia świadczeniami w hospicjum domowym dla dorosłych	
9. proponowana cena brutto osobodnia w hospicjum domowym dla dorosłych	
10. proponowana liczba miejsc dla uczestników możliwych do objęcia świadczeniami w hospicjum stacjonarnym dla dorosłych	
11. proponowana cena brutto osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dorosłych	
Łączna liczba miejsc dla uczestników możliwa do objęcia świadczeniami (4+6+8+10)	

Łączny proponowany koszt realizacji całości programu polityki zdrowotnej (*uwzględnia koszty działań edukacyjnych (3) oraz interwencji terapeutycznej)*	

Informuję, iż liczba lat doświadczenia w prowadzeniu działań z zakresu przedmiotu konkursu, tj. realizacji opieki hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych oraz działań edukacyjnych przez podmiot …….. wynosi …… lat (słownie ……..).

Łączna wartość brutto całości przedmiotu konkursu ofert z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, wynosi ……. PLN (słownie: ……), z czego:
w roku 2019 …….. PLN (słownie ……..)
w roku 2020 ……...PLN (słownie ……..)
w roku 2021 ……...PLN (słownie ……..)
Wyrażam zgodę na przystąpienie do negocjacji cen zgodnie z zapisem zawartym w rozdziale I ust. 2 pkt. b-f załącznika nr 3 do Zarządzenia 0050.101.2019 Burmistrza Miasta Marki z dnia 22 lipca 2019 r.
Oświadczam, iż ustalone ceny zawarte w ofercie lub po negocjacji nie będą podlegać zmianie przez cały okres obowiązywania umowy.

Marki, dnia..... ……

Podpis Oferenta (pieczątka) /
osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Załącznik nr 5
do Zarządzenia 0050.101.2019
Burmistrza Miasta Marki
z dnia 22 lipca 2019 r.

Oświadczenie o akceptacji projektu umowy

Oświadczam, iż akceptuję treść wzoru umowy na realizację programu polityki zdrowotnej pn. **„Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki”** stanowiącego załącznik do Zarządzenia 0050.101.2019 Burmistrza Miasta Marki z dnia 22 lipca 2019 r.

Marki, dnia..... ……

Podpis Oferenta (pieczątka) /
osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

UMOWA Nr …….(WZÓR)

zawarta w dniu ……2019 r. w Markach, pomiędzy:

Gminą Miasta Marki z siedzibą przy ……., **NIP ……..,** **REGON ……..,** reprezentowaną przez:
……. zwanym dalej **Zleceniodawcą**
a
…… zwaną dalej **Zleceniobiorcą**, reprezentowanym przez:…….

na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 1 i art. 115 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.) oraz w oparciu o wyniki przeprowadzonego konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki"

§1

1. Zleceniodawca zleca a Zleceniobiorca przyjmuje do realizacji „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki", zwany dalej programem polityki zdrowotnej na zasadach określonych w niniejszej umowie oraz zgodnie ze złożoną ofertą, stanowiącą załącznik nr 1 do Umowy.
2. Uczestnikami programu polityki zdrowotnej będą mieszkańcy Gminy Miasto Marki bez względu na wiek chorujący na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby.
3. W ramach realizacji zadania Zleceniobiorca zobowiązuje się do:
   1) akcji informacyjnej, w tym z podaniem do publicznej wiadomości miejsc, dni i godzin udzielania świadczeń oraz naboru wolontariuszy do opieki nad uczestnikami programu.
   2) rekrutacji Uczestników, w tym uzyskanie zgody Uczestnika na przeprowadzenie świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami;
   3) interwencji terapeutycznych udzielanych w warunkach stacjonarnych lub domowych;
   4) działań edukacyjnych w zakresie opieki nad pacjentem, a także wsparcia psychologicznego i terapii grupowej – przygotowania do odejścia członka rodziny.
   5) monitoringu działań w ramach programu.
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

§ 2

1. **Umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od dnia zawarcia do dnia … grudnia 2021 roku.**
2. Opis sposobu realizacji programu polityki zdrowotnej przez Zleceniobiorcę wraz z harmonogramem działań stanowi załącznik nr 2 do Umowy.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do złożenia sprawozdania rocznego za każdy rok realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sprawdzania końcowego ze zrealizowania programu polityki zdrowotnej. Sprawozdanie roczne Zleceniobiorca zobowiązany jest złożyć w terminie do 30 dni od zakończenia roku kalendarzowego, w którym program

polityki zdrowotnej był realizowany, natomiast sprawozdanie końcowe w terminie do …, na formularzu stanowiącym załącznik nr 8 do Umowy. Wraz ze sprawozdaniem rocznym Zleceniobiorca zobowiązany jest złożyć w formie elektronicznej zapisanej na płycie CD lub pamięci przenośnej USB: zeskanowane oryginały wypełnionych przez Uczestników pre-testów, których wzór stanowi załącznik nr 5 do Umowy; zeskanowane oryginały post-testów, których wzór stanowi załącznik nr 6 do Umowy; zeskanowane oryginały wypełnionych ankiet satysfakcji, których wzór stanowi załącznik nr 7 do Umowy. Zleceniobiorca oryginały wypełnionych przez Uczestników testów i ankiet przechowuje w terminie określonym w § 7 ust. 2

§ 3

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się zapewnić w latach 2019-2021 nie mniej niż:
   1) ……. miejsc dla Uczestników w ramach hospicjum domowego dla dzieci i młodzieży.
   2) …….. miejsc dla Uczestników w ramach hospicjum stacjonarnego dla dzieci i młodzieży.
   3) ……... miejsc dla mieszkańców Uczestników w ramach hospicjum domowego dla dorosłych.
   4) …… miejsc dla mieszkańców Uczestników w ramach hospicjum stacjonarnego dla dorosłych.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się przeprowadzić w latach 2019-2021 nie więcej niż ……. spotkań w ramach działań edukacyjnych dla łącznej liczby nie więcej niż …….. Uczestników.
3. Wartość poszczególnych elementów realizacji programu polityki zdrowotnej objętego niniejszą umową wynosi:
   1) cena brutto całości działań edukacyjno-informacyjnych (uwzględnia weryfikację kryteriów włączenia do programu, edukację, wsparcie psychologiczne, przeprowadzenie ankiety satysfakcji, prowadzenie dokumentacji, akcję informacyjną, koszty administracyjne) ……. PLN (słownie ……..)
   2) cena brutto 1 osobodnia w hospicjum domowym dla dzieci i młodzieży ……. PLN (słownie ……..)
   3) cena brutto 1 osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dzieci i młodzieży ……. PLN (słownie ……..)
   4) cena brutto 1 osobodnia w hospicjum domowym dla dorosłych ……. PLN (słownie ……..)
   5) cena brutto 1 osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dorosłych ……. PLN (słownie ……..).
4. Zleceniodawca na realizację programu polityki zdrowotnej określonego w § 1 ust. 1 planuje przeznaczyć kwotę brutto:
   w 2019 roku w wysokości: ……. PLN (słownie: ……. PLN).
   w 2020 roku w wysokości: ……. PLN (słownie: ……. PLN).
   w 2021 roku w wysokości: ……. PLN (słownie: ……. PLN).
5. Całkowity koszt realizacji programu polityki zdrowotnej zaplanowany przez Zleceniodawcę może ulec zmniejszeniu w przypadku mniejszej liczby osób zainteresowanych uczestnictwem w programie polityki zdrowotnej.

6. Zleceniobiorca zobowiązuje się do rozliczania należności za udzielone świadczenia zgodnie z ust. 3 i 4 **na podstawie faktur VAT** wystawianych co miesiąc po wykonaniu świadczeń. Do każdej faktury Zleceniobiorca zobowiązany jest dołączyć **rozliczenie finansowo-merytoryczne, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do Umowy.** Zleceniobiorca wystawi każdorazowo fakturę wskazując jako płatnika: Gmina Miasto Marki, Urząd Miasta Marki, Aleja Marszałka Józefa Piłsudskiego 95, 05-270 Marki, NIP 125-162-23-08.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się do dostarczenia co miesiąc faktur po wykonaniu świadczeń za dany miesiąc w terminie do … dnia miesiąca następującego po miesiącu realizacji świadczeń, z zastrzeżeniem, że faktura za miesiąc grudzień za dany rok kalendarzowy będzie dostarczona w terminie do … grudnia tego roku kalendarzowego.
8. Zapłata należnego Zleceniobiorcy wynagrodzenia za dany miesiąc realizacji przedmiotu umowy nastąpi przelewem na rachunek wskazany na fakturze w terminie do … dni od dnia otrzymania przez Zleceniodawcę faktury.
9. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku Zleceniodawcy.

§ 4

Zleceniobiorca zobowiązuje się do:

1) prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji medycznej pacjenta, któremu udzielono świadczeń w ramach niniejszej umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, z uwzględnieniem dokumentów stanowiących załącznik nr do Umowy.
2) realizacji programu polityki zdrowotnej z należytą starannością zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej i poszanowaniem praw pacjenta.

§ 5

1. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej (OC) obejmującą szkody, będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie działań objętych umową zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, obejmującą cały okres obowiązywania umowy. Kopia polisy poświadczona za zgodność z oryginałem przez upoważnioną osobę stanowi załącznik nr 9 do Umowy.
2. W sytuacji zakończenia ważności polisy, o której mowa w ust. 1, Zleceniobiorca dostarcza Zleceniodawcy kolejną polisę w terminie 5 dni od dnia upływu terminu ważności poprzedniej. Postanowienia zdania poprzedzającego stosuje się odpowiednio w przypadku zmniejszenia wysokości sumy gwarantowanej polisy, o której mowa w ust. 1.

§ 6

1. Środki przekazane na realizację programu polityki zdrowotnej przeznaczone będą wyłącznie na finansowanie świadczeń objętych umową oraz wszelkich czynności i działań, niezbędnych do ich wykonania.
2. Zleceniobiorca nie może pobierać od Uczestników jakichkolwiek opłat za udział w programie polityki zdrowotnej. Wszelkie świadczenia udzielane Uczestnikowi

wykraczające poza program polityki zdrowotnej nie będą finansowane przez Zleceniodawcę.

3. Zleceniobiorca zobowiązany jest do informowania w wydawanych przez siebie materiałach oraz podczas wykonywania świadczeń, w tym w miejscu ich realizacji, o finansowaniu programu z budżetu Gminy Miasto Marki.
4. Zleceniodawca zobowiązuje się do nieodpłatnego udostępnienia swojego logotypu dla celów realizacji zobowiązań, o których mowa w ust. 3.
5. Zleceniobiorca, poza czynnościami wskazanymi w ofercie, nie jest uprawniony do powierzenia wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom, chyba że część zadań zostanie zlecona podwykonawcom, o których Zleceniobiorca poinformował w złożonej na konkurs ofercie. Zleceniobiorca za działania lub zaniechania działań przez wskazanego przez siebie podwykonawcę ponosi pełną odpowiedzialność w zakresie wykonania przedmiotu umowy.

§ 7

1. Strony ustalają, że Zleceniodawca prowadzi nadzór i kontrolę nad realizacją programu polityki zdrowotnej w trakcie jego realizacji, jak i do 5 lat po jego zrealizowaniu. Zleceniobiorca zobowiązuje się udzielać na żądanie Zleceniodawcy informacji, sprawozdań i wyjaśnień w formie ustnej i pisemnej dotyczących realizowanego programu polityki zdrowotnej.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przechowywania w swoich zasobach przez 5 lat od zakończenia realizacji programu polityki zdrowotnej dokumentacji:
   1) o uczestnikach korzystających z opieki hospicyjnej w ramach programu,
   2) związanej z realizacją programu polityki zdrowotnej.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do niezwłocznego wykonania wszelkich zaleceń pokontrolnych po przeprowadzonej kontroli, o której mowa w ust. 1.
4. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
   1) realizacji programu polityki zdrowotnej niezgodnie z umową,
   2) nieterminowego lub nienależytego wykonywania umowy, w tym w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizacji programu polityki zdrowotnej, stwierdzonego na podstawie wyników kontroli,
   3) odmowy Zleceniobiorcy poddania się kontroli, bądź nie usunięcia w terminie, stwierdzonych nieprawidłowości,
   4) nieprzedłożenia aktualnej polisy, o której mowa w § 5.

5. W przypadku rozwiązania Umowy z przyczyn określonych w ust. 4, Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną w wysokości 10% całkowitej wartości umowy stanowiącej sumę kwot, o której mowa w § 3 ust. 4.

6. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia na potrzeby kontroli imiennego wykazu pacjentów (Uczestników), którym udzielono świadczeń objętych niniejszą umową.

7. Prawo kontroli przysługuje upoważnionym pracownikom Zleceniodawcy zarówno w siedzibie Zleceniobiorcy, jak i w miejscu realizacji programu polityki zdrowotnej.

8. Zleceniobiorca w celu kontroli, zobowiązuje się do udostępnienia dokumentacji źródłowej informacji wskazanych w rozliczeniu finansowo-merytorycznym, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do Umowy.

§ 8

1. Zmiany warunków umowy mogą być dokonane na pisemny wniosek każdej ze Stron jeśli konieczność wprowadzenia zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

2. Wszelkie zmiany i uzupełnienia umowy wymagają aneksu w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.
3. Zleceniobiorca nie może bez pisemnej uprzedniej zgody Zleceniodawcy dokonać cesji ani obciążyć prawami osób trzecich wierzytelności przysługujących mu z niniejszej umowy.

§ 9

1. Zleceniobiorca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe
   w związku z realizacją niniejszej umowy.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE. L 2016 Nr 119, str. 1 oraz innymi przepisami w tym zakresie.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych w umowie będą miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2019 r. poz.1145) oraz ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.).

§ 11

Ewentualne spory mogące wynikać z niniejszej umowy strony poddają rozstrzygnięciu przez Sąd właściwy dla Zleceniodawcy.

§ 12

1. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, w tym dwa dla Zleceniodawcy i jeden dla Zleceniobiorcy.
2. Integralną część umowy stanowią następujące załączniki:

Nr 1 – Oferta złożona przez Zleceniobiorcę*
Nr 2 - Opis sposobu realizacji programu polityki zdrowotnej wraz z harmonogramem działań*
Nr 3 - Rozliczenie finansowo - merytoryczne
Nr 4 – Wzór świadomej zgody na udział w programie
Nr 5 – Wzór pre-testu*
Nr 6 – Wzór post-testu*
Nr 7 – Wzór ankiety satysfakcji
Nr 8 – Sprawozdanie roczne/końcowe z realizacji programu polityki zdrowotnej
Nr 9 - Polisa OC*

***** Załączniki Zleceniobiorcy**

…….. …….
Zleceniodawca Zleceniobiorca

Załącznik nr 3
Rozliczenie finansowo-merytoryczne

Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki”.
Umowa nr: …….
Okres rozliczeniowy (miesiąc i rok) …….

Rozliczenie finansowe		
1. Liczba osobodni w hospicjum domowym dla dzieci i młodzieży	**2. Cena brutto 1 osobodnia w hospicjum domowym dla dzieci i młodzieży**	**3. Należność ogółem (1x2)**
0	**0,00**	**0,00**
4. Liczba osobodni w hospicjum stacjonarnym dla dzieci i młodzieży	**5. Cena brutto 1 osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dzieci i młodzieży**	**6. Należność ogółem (4x5)**
0	**0,00**	**0,00**
7. Liczba osobodni w hospicjum domowym dla dorosłych	**8. Cena brutto 1 osobodnia w hospicjum domowym dla dorosłych**	**9. Należność ogółem (7x8)**
0	**0,00**	**0,00**
10. Liczba osobodni w hospicjum stacjonarnym dla dorosłych	**11. Cena brutto 1 osobodnia w hospicjum stacjonarnym dla dorosłych**	**12. Należność ogółem (10x11)**
0	**0,00**	**0,00**
13.Opis zrealizowanych działań edukacyjno-informacyjnych (w tym tematy zajęć edukacyjnych)	**14.Cena brutto zrealizowanych działań edukacyjno-informacyjnych**	**15. Należność ogółem (14)**
	0,00	**0,00**
	Łączna wartość należności (3+6+9+12+15)	**0,00**

Rozliczenie merytoryczne	
Łączna liczba uczestników, którzy zostali objęci opieką hospicjum domowego dla dzieci i młodzieży	**0**
Łączna liczba uczestników, którzy zostali objęci opieką hospicjum stacjonarnego dla dzieci i młodzieży	**0**
Łączna liczba uczestników, którzy zostali objęci opieką hospicjum domowego dla dorosłych	**0**
Łączna liczba uczestników, którzy zostali objęci opieką hospicjum stacjonarnego dla dorosłych	**0**
Liczba osób, które nie zakwalifikowały się do objęcia opieką hospicyjną z powodu przeciwskazań lekarskich	**0**
Przyczyny niezakwalifikowania:	
Łączna liczba osób objętych działaniami edukacyjnymi i informacyjnymi	**0**
Łączna liczba uczestników zajęć edukacyjnych	**0**
Liczba uczestników, którzy w trakcie programu zrezygnowali z udziału	**0**
Powody rezygnacji:	

Liczba wypełnionych przez uczestników pre-testów przekazanych Zleceniodawcy	**0**
Liczba wypełnionych przez uczestników post-testów przekazanych Zleceniodawcy	**0**
Liczba wypełnionych przez uczestników ankiet satysfakcji	**0**

Dokumentacja dotycząca udzielonych świadczeń znajduje się na terenie placówki:

.....

Marki, dnia.....

……
podpis i pieczęć Zleceniobiorcy /
osoby upoważnionej do
reprezentowania Zleceniobiorcy

Załącznik nr 4
Świadoma zgoda na udział w programie

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Ja niżej odpisany(-a).....oświadczam, że uzyskałem (-am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(-am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(-a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie Programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r.).
Uczestnik programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu

Oświadczam, że omówiłem(-am) ww. Program z uczestnikiem programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(-am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. interwencji.

Osoba uzyskująca zgodę na interwencję:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, wieku przez ……jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej.
Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.
Osoba biorąca udział w interwencji:
.....
.....
Imię i nazwisko **osoby** (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu

ORYGINAŁ/KOPIA

Załącznik nr 7
Ankieta satysfakcji

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w hospicjum?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
Możliwość telefonicznego połączenia z hospicjum	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Troska o pacjenta w trakcie rozmowy	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sprawność obsługi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kompetentna informacja	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w hospicjum?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Punktualność	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w hospicjum?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sprawność obsługi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w hospicjum?

Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Inne uwagi

……
……
……
……
……
……

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakość świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

Załącznik nr 8
Sprawozdanie roczne/końcowe

SPRAWOZDANIE ROCZNE/KOŃCOWE*

z realizacji programu polityki zdrowotnej

„Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019–2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki".

…….

(okres sprawozdawczy)

……

(numer umowy)

<table>
<tr><td colspan="2">Adresat:
Gmina Miasto Marki
Ul……..</td><td colspan="3">Data wpływu sprawozdania:</td></tr>
<tr><td colspan="5">I. Wykaz danych ewidencyjnych Zleceniobiorcy:</td></tr>
<tr><td colspan="2">1. Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą realizującego program polityki zdrowotnej</td><td colspan="3">2. Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą</td></tr>
<tr><td colspan="2">3. Adres siedziby podmiotu wykonującego działalność leczniczą realizującego program polityki zdrowotnej</td><td>Nr telefonu</td><td>Nr faksu</td><td>E-mail</td></tr>
<tr><td colspan="2">4. Nr wpisu do KRS lub wpisu do ewidencji działalności gospodarczej</td><td colspan="2">5. Nr NIP</td><td>6. Nr REGON</td></tr>
<tr><td colspan="5">II. Osoba lub osoby upoważnione do kontaktu w sprawie sprawozdania z realizacji programu polityki zdrowotnej</td></tr>
<tr><td>1. Imię i nazwisko:</td><td>Nr telefonu</td><td>Stanowisko</td><td colspan="2">E - mail</td></tr>
<tr><td colspan="5">III. Opis sposobu realizacji programu polityki zdrowotnej w okresie sprawozdawczym (ze szczególnym uwzględnieniem sposobu rekrutacji do programu, sposobu prowadzenia działań edukacyjnych, promocji programu i innych działań)</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">IV. Wskaźniki uzyskane w okresie sprawozdawczym</td></tr>
</table>

Łączna liczba uczestników, którzy zostali objęci opieką hospicyjną	**0**
Liczba osób, które nie zakwalifikowały się do programu z powodu przeciwskazań lekarskich	**0**
Przyczyny niezakwalifikowania:	
Liczba osób objętych działaniami edukacyjnymi i informacyjnymi	**0**
Liczba spotkań edukacyjnych	**0**
Liczba uczestników działań edukacyjnych	**0**
Liczba uczestników, którzy w trakcie programu zrezygnowali z udziału	**0**
Powody rezygnacji:	
Liczba wypełnionych przez uczestników pre-testów przekazanych Zleceniodawcy	**0**
Opis wyników pre-testów	
Liczba wypełnionych przez uczestników post-testów przekazanych Zleceniodawcy	**0**
Opis wyników post-testów	
Liczba wypełnionych przez uczestników ankiet satysfakcji przekazanych Zleceniodawcy	**0**
Opis wyników ankiet satysfakcji	
V. Informacje o rozliczeniu finansowym realizacji programu polityki zdrowotnej	
Wysokość środków finansowych rozliczonych w okresie sprawozdawczym	**0**
Łączna wysokość środków finansowych zgodnie z umową	**0**
Realizacja umowy (stosunek środków rozliczonych do środków przewidzianych w umowie w %)	**0%**
VI. Uwagi podmiotu realizującego program polityki zdrowotnej	

***niepotrzebne skreślić**

Marki dnia.....

.....

podpis i pieczęć
Zleceniobiorcy /
osoby upoważnionej do
reprezentowania Zleceniobiorcy

Dokument podpisany bezpiecznym podpisem elektronicznym

Podpis: Signature-1598589142
Imię: Jacek
Nazwisko: Orych
Instytucja: Urząd Miasta Marki
Miejscowość: Marki
Województwo: mazowieckie
Kraj: PL
Data podpisu: 23 lipca 2019 r.
Zakres podpisu: Cały dokument