

## OGŁOSZENIE

na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.)

### **Burmistrz Kamińska**

ogłasza konkurs ofert na realizację świadczeń w zakresie prowadzenia fizjoterapii w ramach gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamińsk” na lata 2020 – 2024 na rok 2021. Program przyjęty został do realizacji Uchwałą Nr XV/146/20 Rady Miejskiej w Kamińsku z dnia 11 lutego 2020 r.

#### **I. Wymagania stawiane oferentom niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej:**

1. Do konkursu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą, o której mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).

2. Warunki jakie powinien spełnić podmiot ubiegający się o środki publiczne przeznaczone na realizację zadania:

1) dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem w prowadzeniu zabiegów w zakresie fizjoterapii leczniczej;

2) dysponuje wykwalifikowaną kadrą ( personelem) posiadająca kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń w ramach programu;

3) dysponuje warunkami lokalowymi ( pomieszczeniami) na cały okres realizacji zadania oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełnienia 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 2019 r. poz. 595);

4) dysponuje sprzętem zgodnie z wymaganiami wykazanymi w części IV (Organizacja programu) cyfra IV 2 programu ( warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych);

5) udzielanie świadczenia powinno odbywać się przez pięć dni w tygodniu ( w dni powszednie od poniedziałku do piątku), co najmniej po 8 godzin. Natomiast docelowo realizator programu winien realizować świadczenia również w godzinach popołudniowych , umożliwiając skorzystanie uczestnikom z cyklu interwencji po zakończeniu pracy zawodowej lub zajęć szkolnych;

6) posiadanie polisy OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz.U. z 2019 r. poz.866).

3. Do konkursu mogą być składane oferty dotyczące zadania, które realizowane będzie nie wcześniej niż od dnia 01 stycznia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.

**II. Przedmiotem konkursu ofert jest zlecenie realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamięnsk” poprzez udzielanie bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie prowadzenia fizjoterapii leczniczej obejmującej niżej wymienione zabiegi:**

Lp.	Rodzaj zabiegu
	<b>kinezyterapia</b>
1	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.*
2	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut
3	ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut
4	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut
5	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut
6	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut
7	wyciągi
	<b>masaż</b>
8	masaż mechaniczny przy pomocy urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.
	<b>elektrolecznictwo</b>
9	galwanizacja
10	jonoforeza
11	elektrostymulacja
12	prądy diadynamiczne
13	prądy interferencyjne
14	prądy TENS
15	prądy TRAEBERTA
16	ultradźwięki miejscowe
17	ultrafonoforeza
	<b>leczenie polem elektromagnetycznym</b>
18	impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości
19	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości
	<b>światłolecznictwo i termoterapia</b>
20	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe
21	laseroterapia - skaner
22	laseroterapia punktowa

### **III. Wysokość środków przeznaczonych na realizację programu.**

Łączna wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych w 2021 roku wynosi 200.000,00 zł. brutto (*słownie*: dwieście tysięcy złotych 00/100 groszy).

### **IV. Formy zlecenia realizacji programu i warunki konkursu.**

1. Zlecenie zadań w ramach realizacji i koordynacji programu odbywać się będzie poprzez udzielenie dotacji.

2. W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział jedynie podmioty zapewniające pełny zakres świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.
3. Warunkiem przystąpienia oferenta do konkursu jest złożenie prawidłowej oferty wraz z załącznikami.
4. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
5. Ofertę należy sporządzić na załączonym formularzu, który można otrzymać w Urzędzie Miejskim w Kamieńsku, przy ul. Wieluńskiej 50, I piętro, pokój 26, lub pobrać ze strony internetowej gminy z Biuletynu Informacji Publicznej [www.bip.kamienusk.pl](http://www.bip.kamienusk.pl)
6. Do oferty należy załączyć:
  - kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
  - kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego;
  - kopię aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i NNW .
7. Dokumenty przedłożone jako kserokopie należy poświadczyć za zgodność z oryginałem.

#### **V. Warunki realizacji zadania:**

1. Realizacja świadczenia nie może być sprzeczna z tym programem i założeniami.
2. Program będzie realizowany dla mieszkańców gminy Kamieńsk. Świadczenia zdrowotne muszą być realizowane wyłącznie na terenie gminy Kamieńsk i w terapii weźmie udział co najmniej 600 osób mieszkających na terenie gminy.
3. Do udziału w programie może być zakwalifikowany pacjent, który jest wyłącznie mieszkańcem gminy Kamieńsk ( zameldowanych na pobyt stały lub czasowy), posiadający odpowiednie skierowanie wydane przez lekarza POZ lub lekarza specjalisty np. ortopedii, rehabilitacji, fizjoterapii, chirurgii mającej zastosowanie w terapii narządu ruchu i na zasadach ujętych w programie.
4. O przystąpieniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszenia swojego uczestnictwa oraz wyrażenie pisemnej zgody na udział w programie według wzoru stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
5. Rekrutacja powinna być prowadzona w sposób ciągły, przez cały okres trwania zadania, obejmując działaniami jak największą liczbę uczestników.
6. Każdy pacjent zakwalifikowany do programu powinien zostać poddany cyklowi zabiegów terapeutycznych i fizjoterapeutycznych. Pacjentowi programu przysługuje 10-dniowy cykl zabiegów składających się do 5 rodzajów zabiegów zleconych przez lekarza – o ostatecznej ilości powtórzeń, jak i o ilości zabiegów będzie decydował wykonujący kwalifikację fizjoterapeuty, ale nie może przekroczyć w zleceniach w/w ilości.
7. Każdy z pacjentów może skorzystać do dwóch serii zabiegów w ciągu roku.
8. Zabiegi terapeutyczne i fizjoterapeutyczne muszą odbywać się pod nadzorem fizjoterapeuty.
9. Świadczenia udzielane w ramach programu będą bezpłatne;
10. Program powinien obejmować wszystkie osoby z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.
11. Zakres świadczeń dla oferenta w ramach programu obejmuje:
  - 1) przeprowadzenie rekrutacji uczestników w oparciu o skierowania od lekarza POZ lub lekarza specjalisty ( np. ortopedy, rehabilitacji, fizjoterapii, chirurgii).
  - 2) przeprowadzenie fizjoterapii leczniczej indywidualnie dobranej dla każdego uczestnika;



- 3) prowadzenie indywidualnych kart uczestników, prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu;
- 4) prowadzenie listy obecności z uwzględnieniem daty i godziny zabiegu;
- 5) zapewnienie wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji uczestnika programu;
- 6) zapewnienie przeprowadzenia wywiadu i badania na potrzeby programu zdrowotnego oraz wypełnienia formularza oceny stanu uczestnika wraz z oceną skuteczności programu;
- 7) oszczędne i celowe wydatkowanie przyznanych środków publicznych;
- 8) prawidłowe i terminowe sporządzenie raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań finansowo – merytorycznych, zestawienia zbiorowego ankiet satysfakcji (ankiety do wglądu);
- 9) przeprowadzenie akcji informacyjnej oraz działań edukacyjnych skierowanej do wszystkich mieszkańców gminy oraz zapewnienie wypełnienia ankiety satysfakcji uczestnika - działania edukacyjne przez osobę uczestniczącą w programie;
- 10) prowadzenie planu zajęć edukacyjnych, dokumentacji zajęć edukacyjnych – rejestr uczestników, przygotowanie plakatów, ulotek informacyjnych o programie;
- 11) monitoring przeprowadzonej ilości usług.
- 12) zebranie wszystkich dokumentów, w tym imiennych zgód na udział w programie oraz innych dokumentów które są ujęte w programie (formularze, ankiety, sprawozdanie) według wzoru stanowiące załącznik nr 2, nr 3, nr 4, nr 5, nr 6 nr 7 do umowy.

12. Dysponowanie przez podmiot ubiegający się o dotację, personelem posiadającym odpowiednie kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń w ramach zadania.

13. Dysponowanie odpowiednimi pomieszczeniami wyposażonym w sprzęt medyczny, niezbędny do realizacji zadania.

## **VI. Termin i miejsce składania ofert.**

1. Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym, stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 98 /20 Burmistrza Kamięńska z dnia 14 grudnia 2020 r.

2. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy składać w zamkniętej kopercie z napisem: **Konkurs ofert na realizację w 2021 r. programu pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamięnsk”** w pokoju nr 9 ( sekretariat ) w Urzędzie Miejskim w Kamięnsku, ul. Wieluńska 50 od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Urzędu lub pocztą na adres Urzędu Miejskiego w Kamięnsku.

3. Ostateczny termin składania oferty upływa w dniu **23 grudnia 2020 r. do godz. 15:30.**

4. Data wpływu do Urzędu Miejskiego decyduje o zachowaniu terminu.

5. Oferta złożona po terminie nie będzie rozpatrywana.

6. Oferta sporządzona wadliwie lub niekompletna pozostaje bez rozpatrzenia.

## **VII. Zasady, tryb i kryteria wyboru ofert.**

1. Rozpatrzenia złożonych ofert dokona Komisja Konkursowa powołana Zarządzeniem Burmistrza Kamięńska.

2. Komisja Konkursowa ocenia oferty pod względem formalnym i merytorycznym.

3. Cena ofertowa powinna zawierać wszystkie koszty niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej w tym szczególności wykonane zabiegi, przeprowadzenie akcji informacyjnej, działań edukacyjnych, koszty administracyjno – biurowe i inne.

4. Oferta niespełniająca wymogów formalnych jest odrzucana i nie podlegają ocenie merytorycznej.

5. Przy rozpatrywaniu oferty, która przeszła pozytywną ocenę formalną, brane będą pod uwagę następujące kryteria oceny merytorycznej:
- 1) ocena kosztów kalkulacji zadania ( oceniane w sali 0 – 5 punktów);
  - 2) doświadczenie w realizacji zadania ( oceniane w sali 0 – 5 punktów);
  - 3) kwalifikacje osób, przy udziale których będzie realizowane zadanie publiczne ( oceniane w sali 0 – 5 punktów);
  - 4) warunki lokalowe - pomieszczenia oraz wyposażenie w sprzęt medyczny ( oceniane w sali 0 – 5 punktów).
6. Komisja Konkursowa dokonuje oceny i przedstawia swoją propozycję wyboru oferty Burmistrzowi.
7. Otwarcie ofert i rozstrzygnięcie konkursu odbędzie się **28 grudnia 2020 r. o godz. 10:00** w siedzibie Urzędu Miejskiego w Kamięńsku, ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamięnsk, sala obrad Rady Miejskiej.
8. Oferta wraz z pozostałymi dokumentami nie jest zwracana oferentowi.
9. Oferta sporządzona wadliwie lub niekompletna pozostaje bez rozpatrzenia.
10. Rozstrzygnięcie konkursu podaje się do publicznej wiadomości poprzez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Kamięnsk [www.bip.kamiensk.pl](http://www.bip.kamiensk.pl), na stronie internetowej Gminy Kamięnsk [www.kamiensk.pl](http://www.kamiensk.pl) oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miejskiego w Kamięńsku.
11. Od podjętych decyzji nie przysługuje odwołanie.
12. Po rozstrzygnięciu konkursu Burmistrz Kamięńska zawiera umowę dotacji o przekazanie środków na realizację programu z wybranym oferentem.  
Szczegółowe warunki realizacji zadania zostaną zawarte w umowie ( ramowy wzór umowy – stanowi załącznik Nr 3).  
Po realizacji zadania oferent złoży raport, sprawozdanie z realizacji programu. Termin do złożenia i wzór sprawozdania zostaną określone w umowie.
13. Dodatkowe informacje związane z przedmiotem konkursu udzielane są pod numerem telefonu 44/ 6817 123 wew. 33 lub w Urzędzie Miejski I piętro, pokój 26.

### **VIII. Zmiany w konkursie ofert.**

1. Burmistrz Kamięńska zastrzega sobie prawo do:
  - odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny,
  - zmiany warunków konkursu,
  - zamknięcia konkursu bez rozstrzygnięcia,
  - odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych m.in. zaistnienie istotnej zmiany okoliczności powodującej, że realizacja programu nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert Zleceniodawca może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych, o czym niezwłocznie informuje się poprzez umieszczenie stosownych informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Kamięnsk.
3. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo przeprowadzenia kontroli w celu potwierdzenia wiarygodności i prawidłowości danych zawartych w ofercie.



## Klauzura Informacyjna

Zgodnie z art.13 i ust.1 i 2 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” pragniemy poinformować, że:

Administratorem danych osobowych będzie Burmistrz Kamieńska mający swoją siedzibę w Kamieńsku, ul. Wielińska 50, 97-360 Kamieńsk. Administrator powołał Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się telefonicznie 44/6817123 wew.14 lub e-mailowo:

Przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu wyłonienia wykonawcy a w przypadku jego wyłonienia w celu zawarcia umowy i jej realizacji ( art.6 ust.1 lit. B RODO) oraz realizacji obowiązków prawnych ciążących na administratorze w związku z zawarciem tej umowy (art.6 ust.1 lit.c). Ponieważ realizacja umowy finansowana będzie ze środków publicznych informacje dotyczące realizacji umowy mogą być udostępnione w trybie przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Administrator zobowiązany jest stosować przepisy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych zatem dane osobowe będą przechowywane po załatwieniu sprawy i przekazaniu do archiwum zakładowego, przez czas określony dla danej kategorii archiwalnej wskazanej w „ Jednolitym rzeczowym wykazie akt organów gminy i związków międzygminnych oraz Urzędów obsługujących te organy u związki” stanowiącym załącznik nr 2 do tego rozporządzenia.

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych osobowych w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie nastąpi w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
6. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

Podanie danych jest niezbędne do podjęcia działań związanych z wyłonieniem wykonawcy, zawarciem umowy z wykonawcą i spełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z jej zawarciem. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości zawarcia umowy i jej rozliczenia. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą wykorzystywane do profilowania.

Kamieńsk, dnia 14 grudnia 2020 r.

**BURMISTRZ**  
*Bogdan Pawłowski*

pieczęć podmiotu leczniczego

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na realizację świadczeń w roku 2021**  
**w zakresie prowadzenia fizjoterapii w ramach**  
**programu polityki zdrowotnej pod nazwą**  
**„FIZJOTERAPIA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KAMIĘŃSK”**  
**na lata 2020 – 2024**

**I. DANE OFERENTA**

1. Pełna nazwa oferenta: podmiotu leczniczego

---

( podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

2. Siedziba:

---

( dokładny adres zgodnie z wpisem z właściwego rejestru):

3. Tel., fax, adres e- mail:

---

4. Forma prawna:

---

5. Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych i organ prowadzący rejestr:

---

6. Numer wpisu do rejestru sądowego :

---



5. Nr NIP, Nr REGON:

6. Osoba/osoby uprawnione do podpisywania umów w ramach realizacji zadania:

( imię i nazwisko, funkcja):

7. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenia programu zdrowotnego:

( imię i nazwisko, funkcja):

8. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert:

(imię i nazwisko)


9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

## **II. OPIS REALIZACJI PROGRAMU**

1. Główny cel zadania

2. Miejsce realizacji programu, dokładny adres

3. Dane oferenta dotyczące warunków lokalowych oraz wyposażenia i sprzęt medyczny:





Lp.	Nazwa zabiegu	Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji zadania	Sprzęt własny	Liczba jednostek
Warunki lokalowe		Liczba pomieszczeń w których realizowane będą świadczenia		

**Oświadczam**, iż pomieszczenia spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie poszczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( t.j. Dz. U. z 2019 r. poz.595).

---

(podpis osoby upoważnionej )

4. Dane dotyczące liczby i kwalifikacji zawodowych personelu odpowiedzialnego za realizację określonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu zdrowotnego:

Lp.	Nazwisko i imię	Wykształcenie	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji zamówienia
1				
2				
3				
4				

**Oświadczenie:** świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadrę niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych „Programu fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk” na lata 2020 – 2024 w roku 2021.

---

(podpis osoby upoważnionej)

5. Dotychczasowe doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych podobnego rodzaju:

---

---

---

6. Sposób organizacji akcji informacyjnej oraz działań edukacyjnych (rodzaj działań, liczba działań)

---

7. Określenie dni i godzin, w których świadczenia będą realizowane:

---

---

8. Data rozpoczęcia i zakończenia świadczeń zdrowotnych:

---

### III. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU

1. Oferuję wykonanie świadczeń w poniższym zakresie będących przedmiotem konkursu.

2. Koszt kalkulacji zadania oceniany w ramach kryteriów oceny oferty Realizator obowiązany jest obliczyć dane wynikające z poniższej tabeli, podając koszt jednostkowy wszystkich n/w zabiegów, po ich przeliczeniu w oparciu o zakładaną ilość zabiegów podaną w tabeli. Obliczony w ten sposób koszt zabiegów stanowić będzie podstawę do badania i oceny złożonych ofert. Ceny poszczególnych zabiegów uwzględniać muszą wszystkie koszty związane z realizacją programu (koszt badania, koszt sprzętu, materiałów itp.)



<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj zabiegu</b>	<b>Koszt jednostkowy brutto</b>	<b>Zakładana ilość zabiegów</b>	<b>Koszt całkowity</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
<b>RAZEM</b>				

3. Koszty akcji informacyjnej i działań edukacyjnych: ( organizacja kampanii informacji, promocja)

---

**Jednocześnie oferent oświadcza, że**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza o konkursie ofert na wybór realizatora programu, warunkami konkursu, z treścią programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamięnsk” na lata 2020-2024 przyjęty Uchwałą Nr XV/146/20 Rady Miejskiej w Kamięnsku z dnia 11 lutego 2020 r. oraz projektem umowy.

2. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym i na dzień złożenia oferty.

3. Świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach programu polityki zdrowotnej nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

4. Nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

5. Jako podmiot będziemy ponosić wyłączną odpowiedzialność za całkowitą realizację programu.

6. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.

7. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej, zobowiązuje się do:

- zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnionych do udzielania świadczeń, określonych w odpowiednich przepisach;
- zabezpieczenie dostępu do sprzętu, materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
- udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektującymi prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- posiadanie ważnej polisy OC i NNW ubezpieczenia na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych;
- zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą ( w szczególności z uwzględnieniem dostępności świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

---

(miejscowość, data)

---

(podpis i pieczęćka oferenta lub osoby upoważnionej)



Załącznik Nr 3  
do Zarządzenia Nr 98 /20  
Burmistrza Kamieńska  
z dnia 14 grudnia 2020 r.

**WZÓR**

**UMOWA DOTACJI Nr .... /2020**

zawarta w dniu .... grudnia 2020 r. w Kamieńsku pomiędzy:  
Gminą Kamieńsk , ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamieńsk, NIP: 772 2260 719  
reprezentowaną przez Burmistrza Kamieńska - Bogdana Pawłowskiego  
przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Kamieńsk – Marii Ozga  
zwaną dalej „ **Gminą**”

**a**

.....

reprezentowanym przez .....

NIP: .....

zwanym dalej „ **Realizatorem**”

**o przekazanie środków w formie dotacji na realizację gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „ Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk” na lata 2020 – 2024 na rok 2021.**

§ 1. 1 Gmina na podstawie art.48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1398 z późn. zm. ) w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert zamawia realizację programu zdrowotnego pod nazwą „ Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk”, a Realizator zobowiązuje się do jego realizacji.

2. Przedmiotem umowy jest wykonanie w 2021 r. bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie prowadzenia fizjoterapii leczniczej dla mieszkańców gminy Kamieńsk w ramach gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „ Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk” obejmującego następujące zabiegi:

Lp.	Rodzaj zabiegu
	<b>kinezyterapia</b>
1	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.*
2	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut
3	ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut
4	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut
5	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut
6	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut
7	wyciągi
	<b>masaż</b>
8	masaż mechaniczny przy pomocy urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.
	<b>elektrolecznictwo</b>
9	galwanizacja
10	jonoforeza
11	elektrostymulacja
12	prądy diadynamiczne
13	prądy interferencyjne
14	prądy TENS
15	prądy TRAEBERTA
16	ultradźwięki miejscowe
17	ultrafonoforeza
	<b>leczenie polem elektromagnetycznym</b>
18	impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości
19	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości
	<b>światłolecznictwo i termoterapia</b>
20	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe
21	laseroterapia - skaner
22	laseroterapia punktowa

3. Na realizację niniejszej umowy Gmina prześle dotację na ww zadanie w wysokości **200.000,00 zł.** ( *słownie*: dwieście tysięcy złotych). Dotacja zostanie przekazana w dwóch transzach:

a) I transza w wysokości 100.000,00 zł. ( *słownie*: sto tysięcy złotych ) do dnia 10 stycznia 2021 r.

b) II transza w wysokości 100.000,00 zł. ( *słownie*: sto tysięcy złotych ) do dnia 10 lipca 2021 r.

rachunek bankowy Realizatora nr: .....

4. Świadczenia realizowane będą w ilości zgodnej z zapotrzebowaniem mieszkańców do wysokości przyznanej Realizatorowi dotacji.

5. Realizator zobowiązuje się do realizacji programu zgodnie z Uchwałą Nr XV/146/20 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 11 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej gminy Kamieńsk na lata 2020 – 2024 pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk”.

6. Realizator zobowiązany jest do udokumentowania przeprowadzonych badań oraz sporządzania pisemnego rocznego raportu z realizacji przedmiotu umowy.

7. Realizator oświadcza, że realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach programu nie będzie przedstawiana do refundowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia ani innym podmiotom.

8. W programie mogą wziąć udział tylko mieszkańcy gminy Kamieńsk, którzy posiadają skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty ( ortopedii, rehabilitacji, fizjoterapii, chirurgii ).

9. Określenie osób uprawnionych, zasady rejestracji pacjentów, zasady organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych znajdują się w programie oraz w ofercie stanowiącej integralną część umowy.

10. Zobowiązuje się Realizatora do zamieszczenia w widocznym miejscu na terenie placówki realizującej zadanie informacji, że realizowany program jest finansowany ze środków budżetowych Gminy Kamieńsk.

**§ 2. 1** Realizator będzie realizować program polityki zdrowotnej, o którym mowa w § 1. Niniejsza umowa dotacji zostaje zawarta na okres realizacji zadania **tj. od dnia 01 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2021 roku.**

2. Realizator oświadcza, iż posiada polisę OC i NNW ubezpieczenia na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

3. Realizator jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym prawem w tym zakresie.

4. Realizator jest zobowiązany do zebrania wszystkich dokumentów, w tym imiennych zgód na udział w programie oraz innych dokumentów które są ujęte w programie (formularze, ankiety, sprawozdanie) według załączników nr 1, nr 2, nr 3, nr 4, nr 5, nr 6, nr 7 do umowy.

5. Realizator zobowiązuje się do poddania kontroli na każde żądanie Gminy.

6. Dokumentacja finansowo – księgową dotyczącą realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie Realizatora i udostępniona do wglądu dla Gminy na każde żądanie, zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji programu.

7. Realizator zobowiązuje się do realizacji przedmiotu umowy zachowaniem praw pacjenta, należytej staranności zgodnie ze wskazaniem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej, zapewnienia personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy oraz sprzętu i urządzeń medycznych niezbędnych do zrealizowania umowy, spełniających normy określone przepisami prawa.

8. Realizator jest zobowiązany do przyjmowania w zakresie realizowanego programu skarg i wniosków pacjentów, zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków przez przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.

**§ 3. 1.** Rozliczenie programu zdrowotnego będzie następowało na podstawie prawidłowo i terminowo sporządzonej dokumentacji:



1) co miesięczne sprawozdanie z wykonania świadczeń, zgodnie z załącznikiem nr 6 do umowy w terminie do 10- tego każdego miesiąca oraz roczne sprawozdanie z wykonania świadczeń do 15.01.2022 r.

2) Realizator zobowiązuje się po zakończeniu realizacji programu przedstawić rozliczenie finansowo - merytoryczne, zgodnie z załącznikiem nr 7 do umowy w terminie do 15.01.2022 roku.

2. Niewykorzystaną kwotę dotacji przyznaną na dany rok Realizator jest zobowiązany zwrócić na rachunek bankowy Gminy:

a) **84 8980 0009 2028 0076 5156 0004** - o ile zwrot środków nastąpi do 31 grudnia danego roku włącznie,

b) **73 8980 0009 2028 0076 5156 0008** - o ile zwrot środków nastąpi po 1 stycznia następnego roku.

§ 4. 1. Niniejsza umowa dotacji może zostać rozwiązana przez Gminę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonywania umowy – niezgodnie z warunkami konkursu, wykorzystywania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem, zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania.

2. Z tytułu nienależytego wykonania umowy realizator zapłaci Gminie karę umowną w wysokości 10 % wartości przedmiotu umowy.

§ 5. Realizator nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 6. Wszelkie zmiany niniejszej umowy będą dokonywane na piśmie w formie aneksu pod rygorem ich nieważności.

§ 7. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 8. Zgodnie z art.13 i ust.1 i 2 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” pragniemy poinformować, że:

Administratorem danych osobowych będzie Burmistrz Kamińska mający swoją siedzibę w Kamińsku, ul. Wielińska 50, 97-360 Kamińsk. Administrator powołał Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się telefonicznie 44/6817123 wew.14 lub e-mailowo: Przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu wyłonienia wykonawcy a w przypadku jego wyłonienia w celu zawarcia umowy i jej realizacji ( art.6 ust.1 lit. B RODO) oraz realizacji obowiązków prawnych ciążących na administratorze w związku z zawarciem tej umowy (art.6 ust.1 lit.c). Ponieważ realizacja umowy finansowana będzie ze środków publicznych informacje dotyczące realizacji umowy mogą być udostępnione w trybie przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Administrator zobowiązany jest stosować przepisy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych zatem dane osobowe będą przechowywane po załatwieniu sprawy i przekazaniu do archiwum zakładowego, przez czas określony dla danej kategorii archiwalnej wskazanej w „ Jednolitym rzeczowym wykazie akt organów gminy i związków międzygminnych oraz Urzędów obsługujących te organy u związku” stanowiącym załącznik nr 2 do tego rozporządzenia. Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:



1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych osobowych w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie nastąpi w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
6. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

Podanie danych jest niezbędne do podjęcia działań związanych z wyłonieniem wykonawcy, zawarciem umowy z wykonawcą i spełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z jej zawarciem. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości zawarcia umowy i jej rozliczenia. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą wykorzystywane do profilowania.

§ 9. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, w tym jeden otrzymuje Realizator, dwa egz. dla Gminy.

**REALIZATOR:**

**GMINA:**



**ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

.....  
(nazwa programu)

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 obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....  
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....  
Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

Data i czytelny podpis pieczętka

**Administratorem danych osobowych jest Realizator – szczegółowy opis po stronie Realizatora.**

.....  
*Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki programu*



ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....  
(nazwa programu)

1. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak ocenia Pan/Pani poziom fizjoterapeutycznej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Jak ocenia Pan/Pani ogólny poziom opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

*Bardzo Dobrze Średnio Źle Bardzo Nie mam*



	<i>dobrze</i>				<i>źle</i>	<i>zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Jak ocenia Pan/Pani ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Inne uwagi**

.....

.....

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za wypełnienie ankiety.  
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług.*

Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby programu zdrowotnego

.....  
(nazwa programu)

Imię i nazwisko.....PESEL

Wywiad:

Rozpoznanie.....

Dolegliwości.....

Choroby współistniejące:.....


	TAK	NIE		TAK	NIE
nadciśnienie tętnicze			choroba zakrzepowo - zatorowa		
rozrusznik serca			ostre stany zapalne		
choroba nowotworowa			stany podgorączkowe		
padaczka			stany depresyjne		
gruźlica			ciąża		
niewydolność serca			inne		
nadczynność tarczycy					

Zła tolerancja zabiegu(ów) rehabilitacyjnego(ych) .....

(podpis pacjenta)

Adnotacja fizjoterapeuty

(podpis fizjoterapeuty)



Formularz oceny stanu uczestnika programu

.....  
(nazwa programu)

A. Wypełnia fizjoterapeuta

Imię i nazwisko.....

Rozpoznanie.....


Zabiegi.....

B. Wypełnia pacjent

Proszę określić zaznaczając „x” (początek zabiegów) lub „•” (koniec cyklu zabiegów) natężenie dolegliwości wg skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas wystąpiło.

Dolegliwość	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból											
Ograniczona ruchomość											
Oslabiona siła mięśni											
Zaburzenie czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Obrzęk											
Zmiany skórne											
Niesprawność fizyczna											
Inne											

(podpis pacjenta)



Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałaś/eś udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

**Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?**

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

**O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?**

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

**Inne uwagi:**

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

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.  
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług  
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.  
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*





WZÓR

**SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ**

.....  
(nazwa programu)

**1. Sprawozdanie**

- miesięczne, za okres od ..... do .....
- roczne, za rok .....

**2. Liczba przyjętych osób (badanie wstępne)** .....

**3. Liczba osób skierowanych na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych**  
.....


**4. Liczba wykonanych instruktaży postępowania w siedzibie Realizatora**  
.....

**5. Liczba instruktaży w ramach wizyty domowej** .....

**6. Uwagi**  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczętka Realizatora programu



**Sprawozdanie finansowo – merytoryczne**

z realizacji świadczeń zdrowotnych w roku 2020 w zakresie fizjoterapii  
zgodnie z przyjętym Programem polityki zdrowotnej  
pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieńsk”

**I. Ocena merytoryczna programu**

**1. Nazwa placówki/jednostki realizującej program .....**

.....

**2. Dokładny adres placówki/jednostki .....**

.....

.....

**3. Osoba odpowiadająca za jego realizację:**

.....

**4. Czas realizacji zadania:**

Data rozpoczęcia programu: .....

Data zakończenia programu: .....

**5. Charakterystyka populacji objętej zadaniem:**

.....

.....

.....

.....

.....

6. Cel główny programu: .....

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

7. Proszę opisać przebieg realizacji zadań programowych:


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

8. Faktyczna liczba osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych:

.....  
.....

9. Wyniki z realizacji programu zdrowotnego (np. na podstawie ankiet): ocena efektów terapeutycznych po zakończeniu programu przez magistra fizjoterapii:

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



**10. Opinia oraz wnioski na temat konieczności realizacji programu w następnych latach:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**II. Rozliczenie finansowe programu**

1. Proszę podać ogólny koszt realizacji zadania w zakresie świadczeń zdrowotnych: zgodnie z umową dotacji .....

2. Wykorzystanie przyznanych środków finansowych:

2.1. Koszty osobowe.

Rozliczenie kosztów osobowych proszę przedstawić wg wzoru tabeli.

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Liczba zabiegów	Stawka za przeprowadzony zabieg	Koszt ogólny	Rozliczenie dotacji – niewykorzystane środki finansowe
1. ..	Jonoforeza				
2. ..	Galwanizacja				
3. ..	Elektrostymulacja				
4. ..	TRAEBERTA prądy				
5. ..	Prądy interferencyjne				
6. ..	Prądy diadynamiczne				
7. ..	TENS prądy				
8. ..	Ultrafonoforeza				

9..	Ultradźwięki miejscowe				
10..	Laseroterapia - skaner				
11..	Laseroterapia punktowa				
12..	Naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym - miejscowe				
13..	Impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości				
14..	Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości				
15..	Masaż mechaniczny przy pomocy urządzeń typu fotele musujące, maty musujące itp.				
16..	Wyciągi				
17..	Nauka czynności lokomocji – minimum 15 minut				
18..	Ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut				
19..	Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem – minimum 15 minut				
20..	Ćwiczenia czynne w obciążeniu i czynne w obciążeniu z oporem – minimum 15 minut				

21..	Ćwiczenia wspomagane – minimum 15 minut				
22..	Indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody redukcji nerwowo- mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) – nie mniej niż 30 minut				
	<b>razem</b>		<b>razem</b>		

**III. Przebieg akcji informacyjnej oraz działań edukacyjnych realizowanej w programie oraz koszty:**

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

**IV. Dodatkowe informacje:** .....

.....  
.....

.....  
miejsowość, data

.....  
(podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

