

Załącznik Nr 3
do Zarządzenia Nr 0050.2.2023
Burmistrza Kamieńsk
z dnia 12 stycznia 2023 r.

WZÓR

UMOWA DOTACJI NR RFK.

o przekazanie środków na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk na lata 2023 – 2025 w 2023 roku

zawarta w dniu stycznia 2023 r. w Kamieńsku pomiędzy:
Gminą Kamieńsk, ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamieńsk, NIP: 772 2260 719
reprezentowaną przez Burmistrza Kamieńskiego - Bogdana Pawłowskiego
przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Kamieńsk – Marii Ozga

zwaną dalej „**Gminą**”

a

.....
wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Łódzkiego pod numerem, nr NIP:, nr REGON

reprezentowanym przez

zwanym dalej „**Realizatorem**”

§ 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 2022 r. poz. 2561, poz. 2674) w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert **powierza** realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu dla mieszkańców gminy Kamieńsk na lata 2023 – 2025, a **Realizator** zobowiązuje się do realizacji programu.

2. Przedmiotem umowy jest wykonanie bezpłatnych świadczeń w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na rzecz mieszkańców gminy Kamieńsk od 45 (kobiet i mężczyzn) roku życia w 2023 roku.

3. Program realizowany będzie w formie:

- 1) kwalifikacji uczestnika do programu;
- 2) działań informacyjno – edukacyjnych dla świadczeniobiorcy;
- 3) lekarskiej wizyty diagnostycznej;
- 4) konsultacji dietetycznej;
- 5) wykładów w formie grupowej;
- 6) szkoleń dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru;
- 7) szkolenia dla personelu medycznego;
- 8) rehabilitacji poudarowej.

§ 2. Realizator zobowiązany jest do:

- 1) realizacji programu zgodnie z Uchwałą Nr XLVII/498/22 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 30 listopada 2022 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na lata 2023 – 2025 w 2023 r.
- 2) zapewnienia fachowego personelu medycznego dla potrzeb programu oraz personelu do obsługi organizacyjnej Programu;
- 3) prowadzenia oraz przechowywania niezbędnej dokumentacji medycznej związanej z wykonywanymi świadczeniami zdrowotnymi zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych oraz zgodnie z wymaganiami zawartymi w Programie;
- 4) zapewnienia wyposażenia i warunków lokalowych do planowanych działań;
- 5) wykonania niniejszej umowy z należytą starannością, zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej z zasadami etyki zawodowej oraz zachowaniem praw pacjenta;
- 6) rejestracji pacjentów, którym w ramach niniejszej umowy zostaną zakwalifikowani do programu. Rejestracja pacjentów obejmuje spełnienie kryterium wieku potwierdzone na podstawie numeru PESEL lub okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;
- 7) zamieszczenia informacji o realizacji świadczeń medycznych w widocznym miejscu w swojej siedzibie lub w inny sposób, który pozwoli dotrzeć z informacją do społeczeństwa oraz, że program polityki zdrowotnej stanowiący przedmiot umowy finansowany jest przez Gminę Kamieński;
- 8) podania informacji dotyczącej zakresu i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, dni tygodnia i godzin udzielania świadczeń oraz o zasadach kwalifikacji osób do programu;
- 9) prowadzenia monitoringu i ocena z przebiegu realizacji zadania;
- 10) zapewnienia wypełnienia ankiet satysfakcji uczestnika programu, których wzór stanowi załącznik nr 2 i nr 3 do umowy;
- 11) prowadzenia planu, dokumentacji zajęć edukacyjnych – rejestr uczestników;
- 12) zamieszczenia plakatów, ulotek informacyjnych o programie;
- 13) zebrania wszystkich dokumentów, w tym imiennych zgód na udział w programie, ankiet satysfakcji uczestnika oraz innych dokumentów które są ujęte w programie według załączników nr 1, nr,2 , nr 3;
- 14) zobowiązuje się do poddania kontroli na każde żądanie Gminy.

§ 3. 1 Realizator będzie realizować program polityki zdrowotnej, o którym mowa w § 1. Niniejsza umowa dotacji zostaje zawarta na okres realizacji zadania tj. **od dnia 2023 r. do dnia 31 grudnia 2023 roku.**

§ 4. 1. Na realizację niniejszej umowy Gmina przekaże dotację na ww zadanie w wysokości zł (słownie:).

2. Dotacja (środki finansowe) zostanie przekazana w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy na rachunek bankowy Realizatora nr:

3. Dotacja(środki finansowe) przekazana na realizację programu polityki zdrowotnej nie może być przeznaczona na inne cele.

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

5. Przekazaną dotację (środki finansowe), określoną w § 4 ust. 1 Realizator jest zobowiązany wykorzystać do dnia 31 grudnia 2023 r. 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.

§ 5. 1. Rozliczenie z dotacji (środki finansowe) będzie następowało na podstawie prawidłowo i terminowo sporządzonego sprawozdania z realizacji programu za dany rok.

2. Realizator zobowiązuje się do złożenia sprawozdania z realizacji programu, zgodnie z załącznikiem nr do umowy oraz złożenia pisemnego raportu oceny z przebiegu realizacji działań w terminie do 19.01.2024 roku.

7. Na żądanie Gminy Realizator programu zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.

8. Realizator oświadcza, że udzielanie świadczeń w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

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

2. 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.

3. 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.

§ 7. 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.

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

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

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

§ 11. 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 ciążyących 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.

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

REALIZATOR:

GMINA:

BURMISTRZ
Bohdan Pawłowski

b. Zgoda na udział w programie

Załącznik nr 1 do umowy

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 i pieczęćka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx z siedzibą przy xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - moich danych osobowych zawartych w formularzu w celu realizacji programu polityki zdrowotnej
.....(nazwa programu)

Przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx lub pisemnie na adres: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
2. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.

3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej
..... (nazwa programu)
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
8. Odbiorcami danych są podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu.

.....

*Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki programu*

3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej 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>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(i) 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 pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

BURMISTRZ

Bogdan Pawłowski

c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne

Załącznik nr 3 do umowy

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan 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 Pani/Pana 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

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu
na lata 2023-2025

- 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 Pani/Pana 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.*

Załącznik nr 4 do umowy

Sprawozdanie z realizacji programu
do umowy z dnia r. z realizacji Programu Polityki Zdrowotnej
w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu
w okresie od dnia r. do dnia r.

.....
(nazwa placówki realizującej Program)

Rodzaj wykonanych świadczeń (nazwa świadczenia)	Liczba poszczególnych świadczeń	Liczba osób którym udzielono świadczenia	Wielkość wydatkowanych środków w zł	Uwagi
kwalifikacja uczestnika do programu				
Lekarska wizyta diagnostyczna				
Konsultacja dietetyczna				
Rehabilitacja poudarowa				
inne.....				
inne.....				
inne.....				
RAZEM				
Zajęcia edukacyjne	Liczba zajęć edukacyjnych	Liczba uczestników	Wielkość wydatkowanych środków w zł	
wykłady w formie grupowej				
Szkolenia dla osób z grup ryzyka wystąpienia udaru				
szkolenia dla personelu medycznego				
RAZEM				

.....
Data i podpis osoby sporządzającej
upoważnionej/ sprawozdanie

.....
Data i podpis osoby /osób/
upoważnionych do reprezentacji

BURMISTRZ
Roman Pawłowski

