

ZARZĄDZENIE NR 344/2026

BURMISTRZA POŁCZYNA-ZDROJU

z dnia 15 września 2026 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora zadania o nazwie: „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Połczyn-Zdrój na lata 2025-2029”

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2026 r. poz. 662), art. 48b ust. 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) oraz Uchwały nr XV/131/2025 Rady Miejskiej w Połczynie-Zdroju z dnia 28 maja 2025 r. w sprawie Programu polityki zdrowotnej pn.: **„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Połczyn-Zdrój na lata 2025-2029”**, zarządza się, co następuje:

§ 1.

Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Połczyn-Zdrój na lata 2025-2029”,

§ 2.

Integralną część zarządzenia stanowią załączniki:

- 1) załącznik nr 1 – Ogłoszenie o konkursie;
- 2) załącznik nr 2 – Regulamin konkursu;
- 3) załącznik nr 3 – Formularz ofertowy;
- 4) załącznik nr 4 – Projekt umowy.

§3.

Ogłoszenie o konkursie ofert, o którym mowa w §1, publikuje się poprzez zamieszczenie:

- 1) w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Połczynie-Zdroju;
- 2) na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Połczynie-Zdroju;
- 3) na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Połczynie-Zdroju.

§ 4.

Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Wydziału Rozwoju Gminy i Spraw Społecznych.

§ 5.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

BURMISTRZ
POŁCZYNA-ZDROJU

Załącznik nr 1
do Zarządzenia nr 344/2026
Burmistrza Połczyna-Zdroju
z dnia 15 września 2026 r.

Ogłoszenie konkursu ofert na wybór realizatora zadania o nazwie: „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Połczyn-Zdrój na lata 2025-2029”

Burmistrz Połczyna-Zdroju na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2026 r. poz. 662), art. 48b ust. 1 oraz 2-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) oraz Uchwały nr XV/131/2025 Rady Miejskiej w Połczynie-Zdroju z dnia 28 maja 2025 r., ogłasza otwarty konkurs ofert w sprawie wyboru realizatora zadania o nazwie: „**Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Połczyn-Zdrój na lata 2025-2029**”.

Rozdział 1
Adresaci konkursu i rodzaj zadania

§1.

1. W konkursie mogą brać udział podmioty lecznicze, osoby wykonujące zawody medyczne oraz podmioty prowadzące działalność gospodarczą w zakresie profilaktyki zdrowotnej lub poradnictwa żywieniowego, pod warunkiem zapewnienia personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonywania wszystkich elementów programu.
2. Wykaz zadań oraz zasady ich realizacji zostały opisane w Regulaminie konkursu będącym załącznikiem nr 2 do Zarządzenia oraz w treści programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Połczyn-Zdrój na lata 2025-2029”.
3. Szczegółowy termin realizacji programu polityki zdrowotnej zostanie określony w umowie po wyłonieniu realizatora.

Rozdział 2
Wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację zadania

§2.

Koszty realizacji całego programu nie mogą przekroczyć kwoty 154 000,00 zł (słownie: sto pięćdziesiąt cztery tysiące złotych 00/100).

Rozkład środków na poszczególne lata przedstawia się następująco:

2026 – 20 100 zł

2027 – 44 410 zł

2028 – 44 745 zł

2029 – 44 745 zł

Rozdział 3

Wymagania stawiane realizatorowi programu polityki zdrowotnej niezbędne do realizacji zadania

§3.

1. Zgodność zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez realizatora programu, w świetle obowiązujących przepisów, z przedmiotem programu profilaktyki zdrowotnej.
2. Realizatorem programu może być podmiot wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U z 2026 poz.156), osoby wykonujące zawody medyczne oraz podmioty prowadzące działalność gospodarczą w zakresie profilaktyki zdrowotnej lub poradnictwa żywieniowego
3. Realizator programu zapewnia udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym pielęgniarki, lekarzy, dietetyków.
4. Realizator programu posiada w swojej strukturze laboratorium analityczne lub gwarantuje dostęp do laboratorium z możliwością wykonania badań stosownych do prowadzonych w ramach programu działań zgodnie z przepisami prawa.
5. Realizator programu posiada sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.
6. Realizator programu jest zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej i elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym, do przekazywania uczestnikom ankiet dotyczących satysfakcji pacjenta.
7. Realizator jest zobowiązany do przekazywania koordynatorowi sprawozdań okresowych, sporządzania sprawozdań końcowych z przeprowadzonych interwencji .
8. Realizator programu zobowiązany jest prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U z 2024, poz. 581, z 2026 r. poz. 26, 791), Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji o ochronie zdrowia, ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
9. Realizator przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki zawodowej.

§4.

1. Burmistrz działając na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 poz. 1411), określa realizatorowi warunki służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w ramach realizacji programu profilaktyki zdrowotnej o nazwie: „**Program profilaktyki**

cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Polczyn-Zdrój na lata 2025-2029”.

2. Informacje o poziomie zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w ramach zadania podmiot medyczny powinien zawrzeć w części VI Formularza ofertowego (załącznik nr 3 do zarządzenia).

Rozdział 4

Oferta na realizację zadania

§5.

1.Oferta na realizację zadania powinna zawierać formularz ofertowy będący załącznikiem nr 3 do Zarządzenia wraz z dołączonymi kopiami dokumentów, poświadczonymi przez oferenta za zgodność z oryginałem:

- 1) właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności podmiotu – aktualny odpis z odpowiedniego rejestru oraz inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących (ważny 3 miesiące od daty uzyskania),
- 2) kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych ważną w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenie, w przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy,
- 3) kopię umowy z punktem pobrania krwi oraz laboratorium diagnostycznym – jeśli dotyczy.

2.Oferty kompletne oraz spełniające wymogi formalne oceniane będą według następujących kryteriów merytorycznych:

- 1) informacje o dostępie do świadczeń objętych programem (ilość dni w tygodniu, w których będzie dostępny lekarz);
- 2) sposób rejestracji pacjentów do programu (osobiście, telefonicznie);
- 3) sposób prowadzenia akcji informacyjno-reklamowej do adresatów programu (plakaty, strona internetowa, media społecznościowe, prasa, radio);
- 4) kwalifikacje personelu medycznego (doświadczenie zawodowe w realizacji programów zdrowotnych);
- 5) koszty następujących interwencji:
 - a) kwalifikującej wizyty pielęgniarskiej,
 - b) badania przesiewowe, w tym:
 - badania FPG
 - a) badania OGTT (gdy wynik FPG jest nieprawidłowy)
 - morfologia krwi
 - lipidogram
 - glukoza w moczu
 - c) konsultacji lekarskiej
 - d) koszt pierwszej konsultacji dietetycznej,
 - e) koszt indywidualnego 14-dniowego jadłospisu,
 - f) koszt drugiej konsultacji dietetycznej (kontrolnej),

g) koszt akcji informacyjno-edukacyjnej,

h) dofinansowanie zajęć aktywności fizycznej

3. Realizator zadania może złożyć tylko jedną ofertę. Formularz ofertowy będący załącznikiem nr 3 do zarządzenia należy wypełnić w języku polskim.

4. Ceny wskazane przez Realizatora zadania w ofercie nie podlegają zmianom w trakcie realizacji programu zdrowotnego. Podane ceny służą do skalkulowania oferty. Ze szczególnymi warunkami o przedmiocie konkursu tj. Regulaminem konkursu, Formularzem ofertowym, Projektem umowy można zapoznać się w Urzędzie Miejskim w Polczynie-Zdroju przy Placu Wolności 3-4 - Wydział Rozwoju Gminy i Spraw Społecznych, (pokój nr 202) od poniedziałku do piątku w godzinach pracy urzędu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Polczynie-Zdroju umig.polczynzdroj.ibip.pl Osoba uprawniona do kontaktu z oferentami: Kierownik Jolanta Olszewska w Wydziale Rozwoju Gminy Spraw Społecznych (nr telefonu 94-36 66 120).

Wszelkie załączniki do oferty, w tym oświadczenie oferenta, muszą być sygnowane przez osobę podpisującą ofertę. Wszystkie pola formularza oferty muszą być wypełnione czytelnie. W pola, które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „nie dotyczy”. Wszystkie strony oferty muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

Ofertę wraz z pozostałymi dokumentami należy złożyć w sekretariacie Urzędu Miejskiego w Polczynie-Zdroju przy Placu Wolności 3-4, czynnego od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Urzędu lub przesłać na w/w adres w zaklejonej kopercie i opatrzyć następującą adnotacją: **„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Polczyn-Zdrój na lata 2025-2029”**.

5. Dopuszcza się składanie ofert w postaci elektronicznej na adres e-mail: urząd@polczyn-zdroj.pl, adres do doręczeń elektronicznych AE.PL-84982-80033-DUEUS-24 lub e-PUAP:/umpz/skrytka - w takim przypadku oferta powinna być opatrzona kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym i zawierać elektroniczne kopie dokumentów wymaganych jako załączniki do oferty.

6. Ostateczny termin składania ofert upływa w dniu **06.10.2026 r.** w godzinach pracy Urzędu. W przypadku przesłania oferty drogą pocztową o terminie złożenia oferty decyduje data wpływu do Urzędu. Wszystkie oferty złożone po terminie nie będą objęte niniejszym konkursem ofert i pozostają bez rozpatrzenia. Oferty sporządzone wadliwie albo niekompletnie pozostaną bez rozpatrzenia.

7. Oferent związany jest złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu ostatecznego terminu składania ofert. Komisja konkursowa powołana przez Burmistrza Polczyna-Zdroju rozstrzygnie konkurs nie później niż w ciągu 14 dni od ostatniego dnia terminu wyznaczonego dla przyjmowania ofert. Komisja zgodnie z Regulaminem konkursu dokona ich oceny. Wyniki konkursu zostaną podane oferentom na piśmie oraz przekazane do publicznej wiadomości w formie informacji zamieszczonej na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Polczynie-Zdroju .

Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji, finansowania i rozliczania programów regulować będzie umowa zawarta pomiędzy wybranym oferentem a gminą Polczyn-Zdrój.

8. Konkurs na wyszczególnione zadanie może zostać przeprowadzony w innym terminie w przypadku nie złożenia ofert lub nie rozstrzygnięcia konkursu. Konkurs zostanie rozstrzygnięty także w przypadku, gdy wpłynie jedna oferta. Burmistrz Polczyna-Zdroju ma prawo do odwołania konkursu przed upływem terminu na złożenie ofert, unieważnienia oraz możliwości przedłużenia terminu złożenia ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu, a także ma prawo do wyboru więcej niż jednej oferty. Burmistrz Polczyna-Zdroju dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu, od którego nie przysługuje odwołanie oraz ma prawo do wybrania oferenta dającego najlepsze gwarancje na kompleksową realizację zamówienia lub zamknięcie konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert (w tym zamknięcia konkursu z uwagi na brak ofert spełniających wymogi formalne).

9. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym dokumencie mają zastosowanie przepisy dotyczące udzielenia świadczeń zdrowotnych oraz kodeksu cywilnego.
10. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi oferent.

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 344/2026

Burmistrza Polczyna-Zdroju

z dnia 15 września 2026 r.

REGULAMIN KONKURSU

Na wybór realizatora zadania o nazwie „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Polczyn-Zdrój na lata 2025-2029”.

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§1.

1. Regulamin Konkursu określa szczegółowe warunki przy realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie ponadstandardowych usług zdrowotnych, świadczonych na rzecz mieszkańców gminy Polczyn-Zdrój.

2. Burmistrz Polczyna-Zdroju na realizację ww. zadania od dnia podpisania umowy do **30.11.2029** r. w ramach konkursu przeznacza kwotę **154 000,00 zł** (słownie: sto pięćdziesiąt cztery tysiące złotych).

Rozkład środków na poszczególne lata przedstawia się następująco:

w roku 2026 – 20 100 zł

w roku 2027 – 44 410 zł

w roku 2028 – 44 745 zł

w roku 2029 – 44 745 zł

3. Rozstrzygnięcie konkursu następuje nie później niż w ciągu 14 dni od ostatniego dnia terminu wyznaczonego dla przyjmowania ofert.

§2.

Ofertę mogą składać podmioty lecznicze, osoby wykonujące zawody medyczne oraz podmioty prowadzące działalność gospodarczą w zakresie profilaktyki zdrowotnej lub poradnictwa żywieniowego, pod warunkiem zapewnienia personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonywania wszystkich elementów programu.

Rozdział 2

Szczegółowe warunki konkursu

§3.

1 Zakres świadczeń w ramach programu zdrowotnego - badania w kierunku cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego obejmuje:

1) Rejestrację w systemie kandydatów w wieku 40–59 lat (weryfikowanych w momencie przystąpienia do programu) zamieszkujących na terenie gminy Polczyn-Zdrój do kwalifikującej

wizyty pielęgniarskiej po wywiadzie, w którym stwierdzono przynajmniej jeden z czynników ryzyka cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego: występująca w rodzinie cukrzyca typu 2 i/lub choroba układu krążenia (rodzice bądź rodzeństwo),

- a) nadwaga/otyłość
- b) niska aktywność fizyczną,
- c) stan przedcukrzycowy w poprzednim badaniu,
- d) choroby układu sercowo-naczyniowego,
- e) nadciśnienie tętnicze,
- f) niebilansowana dieta,

2) Kwalifikującą wizytę pielęgniarską obejmującą:

- a) wywiad z pacjentem (w tym edukacja zdrowotna pacjenta i poziom wiedzy)
- b) pomiar wzrostu i masy ciała oraz klasyfikację według BMI,
- c) pomiar obwodu pasa oraz rozpoznanie/wykluczenie występowania otyłości trzewnej,
- d) pomiar ciśnienia tętniczego krwi
- e) ocenę ryzyka cukrzycy typu 2 lub stanu przedcukrzycowego,
- f) wypełnienie karty uczestnika programu,
- g) przekazanie pacjentowi materiałów edukacyjnych,
- h) skierowanie pacjenta na badanie FPG – oznaczenie glikemii na czczo,
- i) skierowanie pacjenta na badanie OGTT (gdy wynik FPG jest nieprawidłowy)
- j) skierowanie pacjenta na badania biochemiczne, mające na celu wychwycenie osób z wysokim ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych
- k) stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie,
- l) uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w Programie.

3) Wypełnienie przez pacjenta pre-testu przed badaniem przesiewowym;

4) Przeprowadzenie badań diagnostycznych (etap badań przesiewowych) - pobranie krwi do badania laboratoryjnego;

5) Konsultację lekarską z pacjentem w celu omówienia wyników badań i przeprowadzenie szczegółowego wywiadu, którego wynikiem będą ewentualne zalecenia co do sposobu leczenia i możliwości realizacji badań kontrolnych finansowanych w ramach NFZ. Podczas wywiadu z pacjentem lekarz udzieli uczestnikowi programu informacji na temat diagnostyki i leczenia cukrzycy oraz profilaktyki żywienia związanej z minimalizacją ryzyka wystąpienia cukrzycy, a także konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej. Skieruje pacjenta również na działania edukacyjne oraz pierwszą konsultację dietetyczną. Wynikiem wizyty jest wydanie karty informacyjnej dla lekarza rodzinnego;

6) Pierwszą konsultację dietetyczną obejmującą wywiad żywieniowy, zalecenia dietetyczne w zależności od zindywidualizowanych potrzeb pacjenta, pomiar wzrostu i masy ciała, wypełnienie karty uczestnika Programu. Opracowanie indywidualnego jadłospisu ,

7) Zajęcia aktywności fizycznej w celu zwiększenia efektywności działań profilaktycznych zgodnie z decyzją lekarza podczas pierwszej konsultacji lekarskiej.

8) Drugą konsultację dietetyczną (po 30 dniach od wdrożenia przez pacjenta żywienia zgodnie z jadłospisem)

9) Wypełnienie przez pacjenta ankiety satysfakcji z udziału w Programie oraz ankiety ewaluacyjnej .

2. Sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych badań nastąpi zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i standardami stosowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dane będą archiwizowane przez okres 20 lat w siedzibie podmiotu realizującego program zdrowotny.
3. Rejestr świadczeń wykonywanych w ramach programu zdrowotnego prowadzony będzie w formie papierowej i elektronicznej.
4. Realizator Programu zobowiązany jest składać:
 - 1) sprawozdania kwartalne
 - 2) sprawozdanie zbiorcze z realizacji zadania, zgodnie z załącznikiem nr 2 do programu,
 - 3) raport z analizy jakości udzielonych świadczeń na podstawie ankiety satysfakcji (załącznik nr 3 do Umowy)
 - 4) raport z analizy poziomu wiedzy na podstawie pre- i post-testu (załącznik nr 4 do Umowy)
 - 5) raport oceny efektywności programu na podstawie ankiety ewaluacyjnej (załącznik nr 5 do Umowy)
 - 6) oryginały oświadczeń pacjentów o niekorzystaniu ze świadczeń w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2 i/lub chorób układu sercowo naczyniowego w ramach świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (załącznik nr 6 do Umowy) do każdego 10 dnia miesiąca łącznie z fakturą.
5. Realizator Programu zobowiązany jest składać, łącznie z fakturą, informację w zakresie liczby osób objętych świadczeniem (w wersji papierowej) oraz zestawienie kosztów wraz z rodzajem i datą poszczególnych interwencji, a także numerem PESEL i adresem zamieszkania pacjenta w terminie do 10. dnia każdego kolejnego miesiąca. Przekazanie danych osobowych (PESEL, adres) drogą elektroniczną musi odbywać się w sposób zabezpieczony, uniemożliwiający dostęp osób trzecich (plikiem szyfrowanym hasłem przekazanym osobnym kanałem), zgodnie z wymogami Rozporządzenia RODO.
6. Realizator zobowiązuje się do zamieszczenia w widocznym miejscu w placówkach realizujących umowę informacji, że realizowany program zdrowotny jest finansowany ze środków budżetu gminy Polczyn-Zdrój.
7. Zakres świadczeń w ramach programu zdrowotnego musi być realizowany przez oferenta w całości w miejscu wskazanym w ofercie.

§4.

1. Burmistrz działając na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 poz. 1411), określa realizatorowi warunki służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w ramach realizacji programu profilaktyki zdrowotnej o nazwie: **„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Polczyn-Zdrój na lata 2025-2029”**. Realizator przy wykonaniu przedmiotu umowy zobowiązany jest spełnić warunki służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, z uwzględnieniem minimalnych wymagań określonych w art. 6 ww. ustawy, co oznacza: w zakresie dostępności architektonicznej:
 - a) zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych w budynku (w budynku parterowym wystarczające będzie wyłącznie zadbanie o dostępność przestrzeni poziomych),

- b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do pomieszczeń, w których będą przeprowadzone badania i konsultacje lekarskie oraz działania edukacyjne z wyłączeniem pomieszczeń technicznych (wejście musi być dostępne z poziomu terenu, a komunikacja pomiędzy piętrami musi być zapewniona za pomocą windy, platformy pionowej lub innych urządzeń dźwigowych umożliwiających transport osób z niepełnosprawnościami),
 - c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy (tablice informacyjne zlokalizowane w charakterystycznych miejscach budynku, np. przy wejściu lub w węzłach komunikacyjnych, napisy informacyjne umieszczane na drzwiach lub obok drzwi do pomieszczeń),
 - d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
 - e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób w przypadku wystąpienia zagrożenia;
- 2) w zakresie dostępności cyfrowej – strona internetowa umożliwiająca osobom ze szczególnymi potrzebami dostęp do informacji o realizacji oraz warunkach uczestnictwa w programie określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. z 2023 poz. 1440);
- 3) w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
- a) obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2023 r. poz. 20) lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu on-line do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
 - b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
 - c) zapewnienie osobie ze szczególnymi potrzebami, która będzie korzystała z programu, komunikacji z realizatorem w formie określonej w zgłoszeniu.

§5.

1. Jeżeli podmiot realizujący nie jest w stanie ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobie ze szczególnymi potrzebami w zakresie, o którym mowa w §4 ust. 2 niniejszego Regulaminu, podmiot ten jest obowiązany zapewnić takiej osobie dostęp alternatywny, który polega na:

- 1) **wspieraniu innej osoby** lub
- 2) **wspieraniu technicznym**, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii lub
- 3) **wprowadzeniu takiej organizacji podmiotu publicznego**, która umożliwi realizację potrzeb w niezbędnym zakresie dla tych osób.

2. Spełnienie wymogów dotyczących dostępności, zgodnie z treścią Ogłoszenia konkursowego, podlega opinii Komisji konkursowej i może zostać zweryfikowane na etapie realizacji lub sprawozdania lub kontroli realizacji zadania publicznego.

Rozdział 3

Minimalne wymagania stawiane realizatorowi programu zdrowotnego niezbędne do realizacji zadania:

§6.

1. Zgodność zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez realizatora programu, w świetle obowiązujących przepisów, z przedmiotem programu profilaktyki zdrowotnej.

Grupę docelową programu stanowi 345 mieszkańców Gminy Połczyn-Zdrój, tj.:

w roku 2026 – nie mniej niż 45 osób

w roku 2027 – nie mniej niż 100 osób

w roku 2028 – nie mniej niż 100 osób

w roku 2029 – nie mniej niż 100 osób.

2. W zakresie personelu udzielającego świadczenia w ramach programu zdrowotnego wymaga się:

1) przeprowadzenia konsultacji przez co najmniej 1 lekarza medycyny rodzinnej, internistę lub kardiologa,

2) udziału co najmniej 1 pielęgniarki posiadającej tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwa zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 15),

3) dysponowanie personelem do obsługi organizacyjnej programu odpowiedzialnym za rejestrację pacjentów oraz za prowadzenie bazy danych,

4) dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodne z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782) lub posiadania umowy z punktem pobrań oraz laboratorium diagnostycznym,

5) dietetyka, który przekaze pacjentowi zindywidualizowane zalecenia żywieniowe oraz sporządzi 14-dniowy jadłospis, a także wykona wszelkie pomiary niezbędne do porównania efektów pracy z pacjentem (w przypadku braku takich uprawnień przez pozostały personel medyczny).

3. W zakresie wyposażenia w sprzęt, materiały i pomieszczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

1) wyposażenie gabinetu lekarskiego w niezbędny sprzęt umożliwiający przeprowadzenie powyższych badań zgodny z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,

2) wyposażenie w komputer z dostępem do Internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych,

3) dysponowanie punktem pobrań, w którym prowadzony będzie pobór materiału do badań, spełniający wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402) – potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosownymi oświadczeniami Oferenta dotyczącymi spełniania wyżej wymienionych wymagań,

4) dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu. Laboratorium winno posiadać wpis do Krajowej Izby Diagnostów

Laboratoryjnych - potwierdzone stosownymi dokumentami oraz spełniać wymagania zawarte w ustawie z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. 2025 poz. 1295).

§7.

1. Oferent przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki zawodowej.
2. Miejsce realizacji programu – pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia musi spełniać wymogi przepisów prawa.

Rozdział 4

Cele i założenia

konkursu

§8.

Celem otwartego konkursu ofert jest wybór realizatora zadania o nazwie: **„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Polczyn-Zdrój na lata 2025-2029”**.

1. odpowiadającego warunkom konkursu.
2. Zadanie winno być realizowane w latach 2026-2029 . Szczegółowy termin realizacji programu polityki zdrowotnej zostanie określony w umowie.
3. Zawarcie umowy z wyłonionym podmiotem następuje w wyniku rozstrzygnięcia konkursu organizowanego przez udzielającego zamówienia na zasadach i w trybie określonym w niniejszym Regulaminie Konkursu.
4. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania reguluje umowa zawarta między Gminą Polczyn-Zdrój, a realizatorem zadania.
5. Wydatki mogą być przeznaczone wyłącznie na pokrycie kosztów wskazanych w Formularzu Ofertowym.
6. W konkursie ofert nie mogą uczestniczyć osoby wchodzące w skład Komisji Konkursowej lub osoby powiązane z nimi pokrewieństwem lub powinowactwem.

§9.

1. Ogłoszenie o konkursie ofert podaje się do publicznej wiadomości na:
 - 1) tablicy ogłoszeń w siedzibie udzielającego zamówienie,
 - 2) stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego Polczynie-Zdroju,
 - 3) stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Polczynie-Zdroju www.polczyn-zdroj.pl.

2. Ogłoszenie powinno zawierać następujące informacje:

- 1) Nazwę i adres siedziby organu ogłaszającego konkurs,
- 2) Przedmiot konkursu obejmujący:
 - a) przyjęcie obowiązku realizacji zadania,
 - b) miejsce, w którym można się zapoznać ze szczegółowymi warunkami konkursu, materiałami o przedmiocie konkursu oraz miejscu, gdzie można otrzymać formularz oferty na realizację programu profilaktycznego,
 - c) wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne oferenta,
 - d) miejsce i termin składania ofert,
 - e) miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu,
 - f) termin związania ofertą – nie dłuższy niż 30 dni od upływu terminu składania ofert,
 - g) zastrzeżenie o prawie odwołania konkursu oraz o przesunięciu terminu składania ofert,
 - h) kwotę jaka jest przeznaczona ze środków publicznych na realizację zadania.

Rozdział 5

Terminy i warunki składania ofert

§10.

3. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest złożenie w terminie wskazanym w ogłoszeniu oferty wraz z pozostałymi dokumentami w formie papierowej w Punkcie Obsługi Klienta Urzędu Miejskiego w Polczynie-Zdroju przy ulicy Plac Wolności 3-4 od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Urzędu lub przesłać na w/w adres w zaklejonej kopercie lub w postaci elektronicznej na adres e-mail: urząd@polczyn-zdroj.pl, adres do doręczeń elektronicznych AE.PL-84982-80033-DUEUS-24 lub adres skrzynki e-PUAP/umpz/skrytka - w takim przypadku oferta powinna być opatrzona kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym i zawierać elektroniczne kopie dokumentów wymaganych jako załączniki do oferty.

4. Ofertę wraz z załącznikami należy spakować (zip), następnie zabezpieczyć hasłem. Hasło do złożonej oferty należy przesłać odrębną wiadomością.

oraz opatrzyć adnotacją: **Konkurs ofert na realizatora zadania o nazwie - „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Polczyn-Zdrój na lata 2025-2029”.**

1. Termin składania ofert upływa w dniu **06.10. 2026 r.** w godzinach pracy Urzędu , w przypadku ofert przesłanych drogą tradycyjną za dotrzymanie terminu liczny się data wpływu do tut. Urzędu.
2. Zamawiający informuje, że oferty niespełniające wymogów formalnych lub niespełniające warunków określonych w Regulaminie bądź złożone po terminie, zostaną odrzucone w postępowaniu konkursowym.
3. Oferta na realizację zadania powinna zawierać Formularz ofertowy stanowiący załącznik nr 3 do Zarządzenia wraz z dołączonymi, poświadczonymi przez oferenta za zgodność z oryginałem, kopiami dokumentów:
 - 1) właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności podmiotu – aktualny odpis z odpowiedniego rejestru oraz inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących (ważny 3 miesiące od daty uzyskania);

2) kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych ważna w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenie, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy;

3) kopię umowy z punktem pobrań krwi oraz laboratorium diagnostycznym – jeśli dotyczy.

4. Ceny wskazane przez oferenta w ofercie nie podlegają zmianom w trakcie realizacji programu zdrowotnego. Podane ceny służą do skalkulowania oferty.

5. Oferty świadczeniodawców uczestniczących w postępowaniu konkursowym nie podlegają zwrotowi.

§11.

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem” oraz pieczętkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie.

§12.

Wszelkie załączniki do oferty, w tym oświadczenie oferenta, muszą być sygnowane przez osobę podpisującą ofertę. Wszystkie pola formularza oferty muszą być wypełnione czytelnie. W pola, które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „nie dotyczy”. Wszystkie strony oferty muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

Rozdział 6

Tryb, kryteria i termin wyboru oferty

§13.

1. Czynności związane z przeprowadzeniem konkursu wykonuje Komisja Konkursowa, powołana zarządzeniem Burmistrza Połczyna-Zdroju, działająca zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Konkursu.

2. Komisja obraduje na posiedzeniu zamkniętym bez udziału oferentów.

3. Pracami Komisji kieruje i posiedzenie prowadzi Przewodniczący Komisji.

4. Posiedzenia Komisji są ważne, jeżeli w posiedzeniu uczestniczy co najmniej połowa jej składu osobowego.

5. Rozstrzygnięcie Komisji podejmowane jest zwykłą większością głosów.

6. W przypadku równego rozkładu głosów, głos rozstrzygający należy do Przewodniczącego.

7. Z przebiegu posiedzeń Komisji sporządza się protokół.

8. Protokół, o którym mowa w ust. 7 sporządza sekretarz Komisji i przedkłada do podpisu wszystkim członkom Komisji obecnym na posiedzeniu.

9. Komisja, podczas trwania obrad, może zasięgnąć opinii specjalistów z danej dziedziny medycyny w sprawach dotyczących przedmiotu konkursu.

§14.

1. W ramach swoich prac Komisja:
 - 1) stwierdza liczbę otrzymanych ofert na wybór realizatora programu zdrowotnego,
 - 2) otwiera koperty z ofertami złożonymi w terminie i zapoznaje się z treścią każdej z nich.
2. Komisja dokonuje sprawdzenia ofert pod względem spełnienia wymogów formalnych.
3. Komisja odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w Regulaminie Konkursu lub zgłoszone po wyznaczonym terminie.
4. Każda oferta, która spełnia wymogi formalne, może zostać wybrana do realizacji zadania.
5. Oferty kompletne oraz spełniające wymogi formalne oceniane będą według następujących kryteriów merytorycznych:
 - 1) dostęp do świadczeń objętych programem (ilość dni w tygodniu, w których będzie dostępny lekarz),
 - 2) sposób rejestracji pacjentów do programu (osobiście, telefonicznie),
 - 3) sposób prowadzenia akcji informacyjno-reklamowej do adresatów programu (plakaty, strona internetowa, media społecznościowe, prasa, radio),
 - 4) kwalifikacje personelu medycznego (doświadczenie zawodowe w realizacji programów zdrowotnych),
 - 5) koszty następujących interwencji:
 - a) kwalifikującej wizyty pielęgniarskiej,
 - b) badania FPG – oznaczenie glikemii na czczo w osoczu krwi żyłnej,
 - c) powtórnego badania FPG – oznaczenia glikemii na czczo w osoczu krwi żyłnej, jeżeli u pacjenta wynik w pierwszym pomiarze jest wątpliwy bądź nieprawidłowy,
 - d) badania OGTT – doustnego testu tolerancji glukozy,
 - e) morfologii krwi,
 - f) lipidogramu
 - g) glukozy w moczu
 - h) konsultacji lekarskiej
 - i) koszt pierwszej konsultacji dietetycznej,
 - j) koszt indywidualnego 14-dniowego jadłospisu,
 - k) koszt drugiej konsultacji dietetycznej (kontrolnej),
 - l) koszt zajęć z aktywności fizycznej

6. Ceny wskazane przez Oferenta w ofercie nie podlegają zmianom w trakcie realizacji programu zdrowotnego. Przy wyborze oferty Komisja bierze pod uwagę możliwość rzeczywistej realizacji przedmiotu konkursu w warunkach określonych przez oferenta.
7. Komisja przeprowadza dyskusję na temat każdej z ofert. Każdy z członków Komisji ma prawo do wypowiedzenia się.
8. Komisja przygotowuje propozycję wyboru ofert lub nie wybrania żadnej z ofert.
9. Swoje stanowisko Komisja przedstawia w protokole Burmistrzowi Połczyna-Zdroju do zatwierdzenia.
10. W razie, gdy na konkurs ofert zostanie zgłoszona tylko jedna oferta, może zostać wybrana, jeśli spełnia wszystkie wymagania określone w warunkach konkursu.

§15.

1. Burmistrz Połczyna-Zdroju ma prawo do odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert, unieważnienia oraz możliwość przedłużenia terminu złożenia ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert.
2. Burmistrz Połczyna-Zdroju dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu ofert, od którego nie przysługuje odwołanie oraz ma prawo do wybrania oferenta dającego najlepsze gwarancje na kompleksową realizację zamówienia lub zamknięcie konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert, w tym zamknięcia konkursu z uwagi na brak ofert spełniających wymogi formalne.

§16.

1. Wyniki konkursu zostaną podane oferentom na piśmie oraz przekazane do publicznej wiadomości w formie informacji zamieszczonej na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Połczynie-Zdroju.
2. Oferty wraz z dokumentami nie będą zwracane oferentom.
3. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji, finansowania i rozliczania programów regulować będzie umowa zawarta pomiędzy wybranym oferentem, a Gminą Połczyn-Zdrój.

§17.

1. Oferta uznana jest za prawidłową pod względem formalnym, gdy:
 - 1) status prawny oferenta przewiduje realizację zadań zbieżnych z zadaniem konkursowym,
 - 2) oferent posiada ważną polisę od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku udzieleniem świadczeń zdrowotnych ważną w okresie wykonywania umowy,
 - 3) oferent posiada umowę z punktem pobrań oraz laboratorium diagnostycznym – jeśli dotyczy,
 - 4) złożona została terminowo,
 - 5) złożona została na obligatoryjnym druku,
 - 6) oferta oraz załączniki są podpisane przez osoby upoważnione,

- 7) zapewniona zostaje dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami.
2. Wymagane jest złożenie przez oferentów kompletu dokumentów określonych w §10 niniejszego Regulaminu.

§18.

Z przebiegu konkursu sporządza się protokół, który powinien zawierać:

- 1) nazwę ogłoszenia konkursowego,
- 2) imiona i nazwiska członków Komisji Konkursowej,
- 3) informacja o dacie publikacji ogłoszenia,
- 4) termin składania ofert,
- 5) liczbę zgłoszonych ofert,
- 6) wskazanie ofert odpowiadających warunkom określonym w Regulaminie Konkursu,
- 7) wskazanie ofert nie odpowiadających warunkom określonym w Regulaminie Konkursu lub zgłoszonych po terminie wraz z uzasadnieniem,
- 8) wskazanie najkorzystniejszej dla udzielającego zamówienie oferty albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta – wraz z uzasadnieniem,
- 9) ewentualnie odrębne stanowisko członka Komisji Konkursowej,
- 10) podpisy członków Komisji,
- 11) decyzję Burmistrza Polczyna-Zdroju.

§19.

1. Gmina Polczyn-Zdrój zobowiązana jest zawrzeć umowę zgodną z wybraną przez Komisję Konkursową i zaakceptowaną przez Burmistrza Polczyna-Zdroju, najkorzystniejszą ofertą w ciągu 14 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się przetwarzać dane uczestników projektu zgodnie z przepisami z zakresu ochrony danych osobowych, w szczególności RODO m. in. poprzez wprowadzenie odpowiednich zabezpieczeń.
3. W przypadku odstąpienia od umowy przez wybranego oferenta, Burmistrz Polczyna-Zdroju, po zasięgnięciu opinii Komisji Konkursowej zawrze umowę z tym oferentem, który przedstawił kolejną najkorzystniejszą ofertę według treści protokołu z postępowania konkursowego.
4. Burmistrz Polczyna-Zdroju może w każdej chwili odstąpić od zawarcia umowy bez podania przyczyn.

§20.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem mają zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2026 r. poz. 795), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 344/2026

Burmistrza Połczyna-Zdroju

z dnia 15 września 2026 r.

FORMULARZ OFERTOWY

„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Połczyn-Zdrój na lata 2025-2029”

(pieczęć oferenta)		Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienie)	
I. DANE OFERENTA			
Nazwa oferenta			
Adres siedziby Realizatora (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)			
Nr NIP			
Nr REGON			
Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru			
Telefon kontaktowy		(stacjonarny)	(komórkowy)
E-mail			
Nazwa banku			
Numer rachunku bankowego			
Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu			
Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nich za realizację programu			
Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego			
Nazwisko i imię osoby/osób upoważnionej/nich do podpisania			

umowy na realizację programu			
Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program			
Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno-promocyjną skierowaną do adresatów programu			
II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:			
Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenia, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje i certyfikaty	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)
1.			
2.			
3.			
4.			
III. Informacje o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego			
1. Wyposażenie gabinetów zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie			

2. Dostępność punktu pobrań krwi oraz laboratorium diagnostycznego lub posiadanie stosownej umowy z punktem i laboratorium (proszę załączyć kopię do Formularza)	
3. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do Internetu oraz drukarką	

do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych	
--	--

IV. Informacje o dostępie do świadczeń objętych programem:

1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego (dokładny adres, nr tel., e-mail)	
2. Należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu	
3. Sposób rejestracji pacjentów do programu: • Osobiście (adres, dni, godziny) • Telefonicznie (nr telefonu, dni, godziny)	

V. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:

1. Wynagrodzenie za jedno badanie (PLN/brutto):	Maksymalna liczba interwencji	Cena za jedną interwencję	Razem
1) koszt kwalifikującej wizyty pielęgniarzkiej,			
2) koszt badań przesiewowych • FPG, • OGTT(jeżeli zachodzi taka potrzeba) • morfologia krwi, • lipidogram, • glukoza w moczu			
3) koszt konsultacji lekarskiej			
4) koszt pierwszej konsultacji dietetycznej			
5) koszt indywidualnego 14-dniowego jadłospisu,			

6) koszt zajęć z aktywności fizycznej			
7) koszt drugiej konsultacji dietetycznej (kontrolnej),			
5. Łączny całkowity koszt realizacji Programu			
Słownie w złotych:			
Podane ceny służą do skalkulowania oferty.			
VI. Dostępność do świadczeń dla osób ze szczególnymi potrzebami			
1. Warunki służące zapewnieniu dostępności (opis warunków w miejscu, gdzie mają być realizowane świadczenia):			
1) dostępność architektoniczna:			
2) dostępność cyfrowa:			
3) dostępność informacyjno-komunikacyjna:			
2. Zapewnienie pacjentom dostępu alternatywnego, jeśli podmiot nie jest w stanie ze względów technicznych lub prawnych zapewnić dostępności osobie ze szczególnymi potrzebami w niezbędnym zakresie dla tych osób (m. in. wsparcie innej osoby, wsparcie techniczne, wprowadzenie organizacji podmiotu, która umożliwi realizację potrzeb):			

1. Załączniki wymagane do oferty:

- 1) Właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności podmiotu – aktualny odpis z odpowiedniego rejestru oraz inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących (ważny 3 miesiące od daty uzyskania);

2) Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych ważną w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenie, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy.

3) Kopię umowy z punktem pobrań krwi oraz laboratorium diagnostycznym – jeśli dotyczy.

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem” oraz pieczętę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.

2. Jednocześnie oferent oświadcza, iż:

- 1) Zapoznał się z treścią: Ogłoszenia konkursu, Regulaminem konkursu oraz Projektem umowy, które dotyczą konkursu ofert na wybór realizatora zadania o nazwie „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Połczyn-Zdrój na lata 2025-2029”;
- 2) Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
- 3) Przedmiot programu zdrowotnego mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów;
- 4) Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuje się do:
 - a) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
 - b) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
 - c) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - d) utrzymanie ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
 - e) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczętka przedstawiciela/-li oferenta
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 344/2026

Burmistrza Połczyna-Zdroju

z dnia 15 września 2026 r.

UMOWA NR (projekt)

zawarta w dniu w Połczynie-Zdroju

pomiędzy:

Gminą Połczyn-Zdrój – Urząd Miejski w Połczynie-Zdroju, Plac Wolności 3-4, 78-320 Połczyn-Zdrój, NIP: 672 202 34 27 reprezentowaną przez:

Burmistrza Gminy Józefa Nizioła

przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy – Rafała Fishera

- zwanym dalej **Zleceniodawcą**

a

.....
.....

wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez

.....

pod numerem, nr NIP zakładu, nr
REGON

reprezentowanym przez:

1.

2.

zwanej dalej **Realizatorem**

Podstawę prawną niniejszej Umowy stanowi:

1) ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2026 r. poz. 662),

2) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461),

3) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 poz. 156).

§1

Przedmiotem niniejszej Umowy jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn.:
„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Połczyn-Zdrój na lata 2025-2029”.

zwanego dalej „Programem”, w okresie od dnia
do dnia

1. Badania przeprowadzone będą w

.....

.....
..... w (dniach, miesiącach)
.....
....

w godzinach:

.....
.....

2. Realizator zobowiązuje się do:

- 1) Rejestracji w systemie kandydatów w wieku 40-59 lat oraz zameldowanych na stałe na terenie gminy Połczyn-Zdrój do kwalifikującej wizyty pielęgniarzkiej po wywiadzie, w którym stwierdzono przynajmniej jeden z czynników ryzyka cukrzycy typu 2:
 - a) nadwagę lub otyłość,
 - b) cukrzycę występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo),
 - c) niską aktywność fizyczną,
 - d) stwierdzenie stanu przedcukrzycowego w poprzednim badaniu,
 - e) choroby układu sercowo-naczyniowego,
 - f) nadciśnienie tętnicze ($\geq 140/90$ mm Hg),
 - g) dyslipidemię (stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl ($< 1,0$ mmol/l) i/lub trójglicerydów > 150 mg/dl ($> 1,7$ mmol/l)),
 - h) przebytą cukrzycę ciążową,
- 2) Kwalifikującej wizyty pielęgniarzkiej obejmującej:
 - a) Wywiad z pacjentem,
 - b) Pomiar wzrostu i masy ciała oraz klasyfikację według BMI,
 - c) Pomiar obwodu pasa oraz rozpoznanie/wykluczenie występowania otyłości trzewnej,
 - d) Ocenę ryzyka cukrzycy typu 2 lub stanu przedcukrzycowego,
 - e) Wypełnienie karty uczestnika programu (załącznik nr 1 do niniejszej Umowy),
 - f) Przekazanie pacjentowi materiałów edukacyjnych,
 - g) Skierowanie pacjenta na badanie FPG, OGTT (jeżeli zachodzi taka potrzeba), lipidogram, oraz badanie poziomu glukozy w moczu
 - h) Stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie,
 - i) Uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w programie, w tym oświadczenia o niekorzystaniu ze świadczeń w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2 w ramach świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

- 3) Przekazania pacjentowi zakwalifikowanego w programie do wypełnienia pre-testu przed badaniem przesiewowym (treść testu stanowi załącznik Nr 4 do niniejszej umowy);
- 4) Przeprowadzenia badań diagnostycznych (etap badań przesiewowych), obejmujących pobranie krwi oraz analizę próbek moczu zgodnie z zakresem Programu,
- 5) Przeprowadzenia konsultacji lekarskiej z pacjentem w celu omówienia wyników badań i przeprowadzenie szczegółowego wywiadu, którego wynikiem będą ewentualne zalecenia co do sposobu leczenia i możliwości realizacji badań kontrolnych finansowanych w ramach NFZ. Podczas wywiadu z pacjentem lekarz udzieli uczestnikowi programu informacji na temat diagnostyki i leczenia cukrzycy oraz profilaktyki żywienia związanej z minimalizacją ryzyka wystąpienia cukrzycy, a także konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej. Skieruje pacjenta również na grupowe działania edukacyjne oraz pierwszą konsultację dietetyczną.
 - 6) Wydania karty informacyjnej dla lekarza rodzinnego z wnioskami:
 - nie stwierdzono schorzeń,
 - schorzenia wymagające badań kontrolnych z pakietu POZ,
 - zalecenie skierowania do Poradni dietetycznej celem dalszej diagnostyki i leczenia;
 - 7) Wypełnienie przez pacjenta po zakończeniu udziału w programie (druga wizyta konsultacji dietetycznej):
 - a) ankiety satysfakcji (załącznik nr 3),
 - b) post-testu (załącznik nr 4),
 - c) ankiety ewaluacyjnej (załącznik nr 5).
3. Realizator sporządzać będzie dokumentację medyczną z przeprowadzonych badań (Karta uczestnika programu – załącznik nr 1 do Umowy) – zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i standardami stosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz archiwizowanie danych przez okres 5 lat w siedzibie Zakładu realizującego program zdrowotny.
4. Realizator prowadzić będzie rejestr świadczeń wykonywanych w ramach programu zdrowotnego w formie papierowej i elektronicznej.

§2.

1. Burmistrz działając na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 poz. 1411), określa realizatorowi warunki służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w ramach realizacji programu profilaktyki zdrowotnej o nazwie: **„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Polczyn-Zdrój na lata 2025-2029”**. Realizator przy wykonaniu przedmiotu umowy zobowiązany jest spełnić warunki służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, z uwzględnieniem minimalnych wymagań określonych w art. 6 ww. ustawy, co oznacza: w zakresie dostępności architektonicznej:
 - a) zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych w budynku (w budynku parterowym wystarczające będzie wyłącznie zadbanie o dostępność przestrzeni poziomych),
 - b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do pomieszczeń, w których będą przeprowadzone badania i konsultacje lekarskie oraz działania edukacyjne z wyłączeniem pomieszczeń technicznych (wejście musi być dostępne z poziomu terenu,

a komunikacja pomiędzy piętrami musi być zapewniona za pomocą windy, platformy pionowej lub innych urządzeń dźwigowych umożliwiających transport osób z niepełnosprawnościami),

- c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy (tablice informacyjne zlokalizowane w charakterystycznych miejscach budynku, np. przy wejściu lub w węzłach komunikacyjnych, napisy informacyjne umieszczane na drzwiach lub obok drzwi do pomieszczeń),
- d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób w przypadku wystąpienia zagrożenia;

2) w zakresie dostępności cyfrowej – strona internetowa umożliwiająca osobom ze szczególnymi potrzebami dostęp do informacji o realizacji oraz warunkach uczestnictwa w programie określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. z 2023 poz. 1440);

3) w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:

- a) obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2023 r. poz. 20) lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu on-line do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
- b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
- c) zapewnienie osobie ze szczególnymi potrzebami, która będzie korzystała z programu, komunikacji z realizatorem w formie określonej w zgłoszeniu.

§3.

1. Jeżeli podmiot realizujący nie jest w stanie ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobie ze szczególnymi potrzebami w zakresie, o którym mowa w §4 ust. 2 niniejszego Regulaminu, podmiot ten jest obowiązany zapewnić takiej osobie dostęp alternatywny, który polega na:

- 1) **wspieraniu innej osoby** lub
- 2) **wspieraniu technicznym**, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii lub
- 3) **wprowadzeniu takiej organizacji podmiotu publicznego**, która umożliwi realizację potrzeb w niezbędnym zakresie dla tych osób.

2. Spełnienie wymogów dotyczących dostępności, zgodnie z treścią Ogłoszenia konkursowego, podlega opinii Komisji konkursowej i może zostać zweryfikowane na etapie realizacji lub sprawozdania lub kontroli realizacji zadania publicznego.

3. Informacje o poziomie zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w ramach zadania podmiot medyczny powinien zawrzeć w części VI Formularza ofertowego (załącznik nr 3 do zarządzenia).

§4.

1. Realizator zobowiązuje się do zamieszczenia w widocznym miejscu w placówkach realizujących umowę informacji, iż program zdrowotny finansowany jest ze środków budżetu Gminy Połczyn-Zdrój wraz z dofinansowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Informacja o dostępie do świadczeń powinna być promowana przez cały okres realizacji programu za pomocą kanałów informacyjnych, tj. strona internetowa, media społecznościowe, prasa, radio, ulotki, plakaty.

Informacja musi zawierać:

- 1) kryteria przystąpienia do programu,
 - 2) miejsce realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego (dokładny adres, numer gabinetu),
 - 3) dni tygodnia oraz godziny realizacji świadczeń,
 - 4) sposób rejestracji pacjentów (osobiście, telefonicznie – podać numer telefonu).
3. Realizator poinformuje Zleceniodawcę o rozpoczęciu naboru do programu, miejscu, dniach i godzinach dostępu do świadczeń programu zdrowotnego.

§5.

1. Koszt realizacji świadczeń, zgodnie ze złożoną ofertą obejmuje:

Rodzaj interwencji (koszt pojedynczego świadczenia):	Cena brutto/PLN
1)koszt kwalifikującej wizyty pielęgniarskiej,	(PLN/brutto) słownie.....
2)koszt badania FPG – oznaczenie glikemii na czczo w osoczu krwi żyłnej,	(PLN/brutto) słownie.....
3)koszt powtórnego badania FPG – oznaczenia glikemii na czczo w osoczu krwi żyłnej, jeżeli u pacjenta wynik w pierwszym pomiarze jest wątpliwy bądź nieprawidłowy,	(PLN/brutto) słownie.....
4)koszt badania OGTT – doustnego testu tolerancji glukozy, (gdy wynik FPG jest nieprawidłowy)	(PLN/brutto) słownie.....
5) koszt morfologii krwi	(PLN/brutto) słownie.....
6)Koszt lipidogramu	(PLN/brutto) słownie.....
7)koszt glukozy w moczu	(PLN/brutto) słownie.....

8) koszt konsultacji lekarskiej (lekarz diabetolog),	(PLN/brutto) słownie.....
7)koszt pierwszej konsultacji dietetycznej,	(PLN/brutto) słownie.....
8)koszt indywidualnego 14-dniowego jadłospisu,	(PLN/brutto) słownie.....
9)koszt drugiej konsultacji dietetycznej (kontrolnej),	(PLN/brutto) słownie.....
10)koszt zajęć z aktywności fizycznej	(PLN/brutto) słownie.....

2. Całkowity koszt akcji informacyjno-edukacyjnej wynosi:

.....(PLN/brutto)

słownie:

.....
.....

3. Całkowity koszt realizacji programu wynosi: PLN/(brutto)

słownie

.....
.....

4. Realizator zobowiązuje się do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej środków finansowych na realizację zadania oraz ewidencji przyjętych pacjentów.

5. Kwota wynagrodzenia za wykonanie pojedynczego świadczenia opisanego w §5 ust. 1 oraz akcji informacyjno-edukacyjnej jest ostateczna i nie podlega zmianie.

6. Realizator zobowiązany jest składać, łącznie z fakturą, informację w zakresie ilości osób objętych świadczeniem (w wersji papierowej) oraz zestawienie kosztów wraz z rodzajem i datą poszczególnych interwencji, a także numerem PESEL i adresem zamieszkania pacjenta (drogą elektroniczną) w terminie do 10 dnia każdego kolejnego miesiąca.

Fakturę należy wystawić na:

Gnina Polczyn-Zdrój, NIP: 672 202 34 27, Plac Wolności 3-4, 78-320 Polczyn-Zdrój,

7. Należność określona w ust. 6 będzie płatna w terminie 14 dni od daty otrzymania faktury.

8. Płatność dokonuje się przelewem na rachunek bankowy Realizatora zadania:

.....
..... o nr
.....
.....

§6.

1. Wykonanie umowy wymaga złożenia pisemnych sprawozdań oraz raportów oraz innych dokumentów z przebiegu realizacji zadania przez Zakład:

- 1) sprawozdań kwartalnych (analiza zgłaszalności) na podstawie załącznika nr 2 do Umowy,
- 2) sprawozdania zbiorczego z realizacji zadania, zgodnie z załącznikiem nr 2 do programu,
- 3) raportu analizy jakości udzielonych świadczeń na podstawie ankiety satysfakcji (załącznik nr 3 do Umowy)
- 4) raportu z analizy poziomu wiedzy na podstawie pre- i post-testu (załącznik nr 4 do Umowy) do dnia,
- 5) raportu oceny efektywności programu na podstawie ankiety ewaluacyjnej (załącznik nr 5 do Umowy),
- 6) oryginały oświadczeń pacjentów o niekorzystaniu ze świadczeń w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2 w ramach świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (załącznik nr 6 do Umowy) do każdego 10 dnia miesiąca łącznie z fakturą.

2. Brak uwag do sprawozdania stanowi o jego zaakceptowaniu przez Zleceniodawcę.

§7.

1. Realizator zobowiązuje się do prowadzenia odrębnej dokumentacji medycznej oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Realizator zobowiązuje się do poddania kontroli na każde żądanie Zleceniodawcy.
3. Dokumentacja finansowo – księgowa dotycząca realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie wykonującego usługę Zakładu i udostępniana do wglądu dla Zleceniodawcy na żądanie, zarówno w trakcie jak i po zakończeniu realizacji zadania przez okres 5 lat w siedzibie Zakładu realizującego program zdrowotny.
4. Realizator zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki zawodowej.

§8.

1. Strony ustalają, że Zleceniodawca prowadzi nadzór i kontrolę wykonania umowy w trakcie jego realizacji jak i po jego wykonaniu, w szczególności Realizator zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Zleceniodawcę oraz do przekazywania Zleceniodawcy wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień w formie pisemnej dotyczących realizacji zadania.

2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch egzemplarzach.

3. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany Zakład ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są Zleceniodawcy na piśmie.

4. Zleceniodawca udziela odpowiedzi Realizatorowi zadania na piśmie w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Zakład wyjaśnień.

5. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli nieprawidłowości w wykonaniu umowy, Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do:

a) żądania zwrotu przekazanych środków finansowych w zakwestionowanej części, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia otrzymania środków,

b) rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

6. Umowa może zostać przez Zleceniodawcę rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonania umowy, zmniejszenia zakresu rzeczowego umowy.

§9.

1. Realizator nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy innym osobom bez zgody Zleceniodawcy wyrażonej na piśmie.

2. Realizator zobowiązuje się przetwarzać dane uczestników projektu zgodnie z przepisami z zakresu ochrony danych osobowych, w szczególności RODO m. in. poprzez wprowadzenie odpowiednich zabezpieczeń.

3. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron lub przez każdą ze stron z miesięcznym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonania umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określają w sporządzonym protokole.

4. W razie naruszenia postanowienia ust. 1 lub ust. 2 Zleceniodawca może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§10.

Realizator zobowiązuje się do podpisania ze Zleceniodawcą dodatkowej Umowy powierzenia danych osobowych do przetwarzania, wyłącznie w celu przekazania sprawozdania do Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z zawartą umową o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej.

§11.

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego. Właściwym do rozstrzygnięcia sporów mogących wynikać w wyniku realizacji niniejszej umowy jest Sąd właściwy dla Zleceniodawcy.

2. Jakikolwiek zmiany w niniejszej umowie mogą być dokonane tylko w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Strony nie mogą powoływać się na ustalenia pozaumowne.

§12.

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, w tym dwa egzemplarze dla Zleceniodawcy i jeden dla Realizatora.

Równocześnie oświadczam, że poinformowano mnie o tym, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz o przysługującym mi prawie wglądu do moich danych, prawie do ich poprawiania a także o prawie sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania oraz wobec przekazywania

moich danych osobowych innym podmiotom. Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z Rozporządzeniem informacje na temat moich danych osobowych przetwarzanych Administratora udzielane mi będą na podstawie pisemnego wniosku.

.....
.....

Data i miejscowość
programu

Podpis uczestnika

.....
.....

Zleceniodawca

.....
.....

Realizator

Załącznik Nr 1
do Umowy Nr
.....

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla mieszkańców gminy Polczyn-Zdrój na lata 2025-2029”.

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

II. Zgoda na udział w Programie

„Wyrażam dobrowolną zgodę na udział w Programie oraz na udzielanie świadczeń zdrowotnych i przetwarzanie moich danych osobowych (w tym danych o stanie zdrowia) dla celów realizacji i ewaluacji Programu, zgodnie z RODO.”

.....
(data i podpis uczestnika Programu)

III. Kwalifikacja do etapu I

Niniejszym zaświadczam, że pacjenta zakwalifikowano do I etapu Programu z uwagi na spełnienie następujących kryteriów:

1. Występowanie nadwagi/otyłości

- 25-29,9 kg/m²
- 30-34,9 kg/m²
- 35-39,9 kg/m²
- ≥ 40 kg/m²

2. Występowanie co najmniej jednego dodatkowego czynnika ryzyka(zaznaczyć właściwe)

- Cukrzyca występująca w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo)
- Niska aktywność fizyczna
- Stwierdzenie stanu przedcukrzycowego w poprzednim badaniu
- Choroba układu sercowo-naczyniowego
- Nadciśnienie tętnicze ($\geq 140/90$ mm Hg)
- Dyslipidemia (stężenie HDL <40 mg/dl ($<1,0$ mmol/l) i/lub trójglicerydów > 150 mg/dl($>1,7$ mmol/l))

(data, pieczęć i podpis pielęgniarki)

IV. Etap I – badania przesiewowe

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia
Badanie FPG	
Badanie OGTT	
Morfologia	
Lipidogram	
Glukoza w moczu	

V. Kwalifikacja do etapu II

☐ Niniejszym zaświadczam, że u pacjenta na podstawie wyników badań przesiewowych rozpoznano cukrzycę typu 2/stan przedcukrzycowy, w związku z czym **zakwalifikowano** go do II etapu Programu

☐ Niniejszym zaświadczam, że u pacjenta na podstawie wyników badań przesiewowych nie rozpoznano cukrzycy typu 2/stanu przedcukrzycowego, w związku z **czym nie zakwalifikowano** go do II etapu Programu

.....
(data, pieczęć i podpis pielęgniarki/lekarza)

VI. Etap II działania z zakresu profilaktyki wtórnej

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia
1. Konsultacja lekarska	
2. Działania edukacyjne	
3. Porada dietetyka (pierwsza)	
4. Przekazanie jadłospisu 14-dniowego	
5. Porada dietetyka (kontrolna)	

VII. Dane niezbędne dla ewaluacji Programu

Nazwa świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
1. Działania edukacyjne	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Przyrost wiedzy: ☐ tak ☐ nie
2. Porada dietetyka (pierwsza)	Wartość BMI:
3. Porada dietetyka (kontrolna)	Wartość BMI: Zmiana pozytywna w zakresie BMI: ☐ tak ☐ nie

.....

(data, pieczęć i podpis pielęgniarki/lekarza)

Załącznik Nr 2
do Umowy Nr
.....

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn.
„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego dla
mieszkańców gminy Polczyn-Zdrój na lata 2025-2029”.**

Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

I. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Monitoring	
Liczba osób biorących udział w kwalifikującej wizycie pielęgniarskiej	
Liczba osób, które zakwalifikowano do badań przesiewowych (I etap)	
Liczba osób uczestniczących w konsultacji lekarskiej (II etap)	
Liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych (II etap)	
Liczba osób uczestniczących w pierwszej konsultacji dietetycznej (II etap)	
Liczba osób, którym przekazano jadłospis 14-dniowy (II etap)	
Wyniki ankiety satysfakcji*	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Ewaluacja	
Liczba i odsetek pacjentów, u których utrzymano lub uzyskano wysokim poziom wiedzy w związku z podjętymi działaniami edukacyjnymi	
Liczba i odsetek pacjentów z nadwagą lub otyłością, u których uzyskano obniżenie wartości wskaźnika BMI	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia
(miejscowość) (data)

**„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz chorób układu sercowo-naczyniowego
dla mieszkańców gminy Polczyn-Zdrój na lata 2025-2029”.**

Państwa opinie służyć będą podniesieniu jakości świadczonych usług i pozwolą nam stale doskonalić jakość pracy, a także posłużą do oceny efektywności programu.

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

I. Ocena rejestracji

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena opieki pielęgniarskiej w trakcie badań przesiewowych

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
poszanowanie prywatności podczas badań?					
staranność wykonywania badań?					
rzetelność udzielania porad pielęgniarskich?					

III. Ocena diety w trakcie porad dietetycznych

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość dietetyka?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność i profesjonalizm udzielanych porad?					

IV. Ocena porad lekarskich

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					

V. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					

VI. Dodatkowe uwagi/opinie

--

- „Prosimy o zaznaczenie znakiem „X” wybranej odpowiedzi w odpowiedniej rubryce”.

Test niezbędny do ewaluacji programu (pre-test i post-test*)

- **Ile jest postaci cukrzycy?** o 2
 - o 3
 - o 5
- **Z jakim narządem jest związana cukrzyca?**
 - o z jelitami o z wątrobą o z trzustką
- **Najczęstsza postać cukrzycy to:**
 - o cukrzyca typu 1 o cukrzyca typu 2
 - o o cukrzyca ciążowa
- **Co to jest hiperglikemia?**
 - o podwyższony poziom cukru we krwi
 - o o obniżony poziom cukru we krwi
 - o o nowy rodzaj diety
- **Co to jest indeks glikemiczny?** o Wartość wpływu na poziom glukozy we krwi 120 minut po spożyciu danego pokarmu
 - o Sposób klasyfikowania cukrzycy
 - o o Ilość węglowodanów w danym produkcie
- **Co ma najwyższy indeks glikemiczny?** o sałata o marchewka o chleb
- **Jeden z objawów cukrzycy to?**
 - o podwyższenie stężenia glukozy we krwi
 - o bóle głowy o kaszel
- **Stan przedcukrzycowy określany jest w przypadku:**
 - o stężenia glukozy we krwi na czczo na poziomie 80-90 mg/dl
 - o stężenia glukozy we krwi na czczo na poziomie 100-125 mg/dl
 - o stężenia glukozy we krwi na czczo na poziomie 126-140 mg/dl
- **Jakie są najczęstsze skutki cukrzycy?**
 - o choroby układu sercowo-naczyniowego o choroby układu oddechowego
 - o choroby układu nerwowego
- **Insulina jest produkowana w:**
 - o żołądku
 - o nerkach
 - o trzustce
- **Dawkowanie insuliny jest:**
 - o dla każdego takie same
 - o zależne od wieku pacjenta
 - o dobierane dla każdego indywidualnie

- **Codzienna dawka insuliny bazowej jest:**
 - o zawsze taka sama
 - o każdego dnia inna
 - o co drugi dzień mniejsza
- **Jak alkohol wpływa na poziom glukozy we krwi?**
 - o nie ma żadnego wpływu
 - o obniża go
 - o podwyższa go
- **Jaki hormon reguluje poziom cukru we krwi?**
 - testosteron
 - insulina
 - adrenalina
- **Śpiączka cukrzycowa to stan:**
 - gdy jesteśmy bardzo zmęczeni
 - gdy bardzo długo śpimy
 - gdy organizm posiada znaczny niedobór insuliny
- **Co to jest pompa insulinowa?**
 - o jeden z narządów w ciele człowieka odpowiedzialnych za wytwarzanie insuliny
 - o urządzenie do ciągłego podawania insuliny
 - o maszyna do produkcji insuliny

WYNIK: prawidłowe odpowiedzi/16

***pre-test wypełnia pacjent zakwalifikowany do programu**

***post-test wypełnia pacjent podczas ostatniej wizyty kontrolnej kończącej udział w programie, by sprawdzić czy nastąpił przyrost wiedzy**

ANKIETA EWALUACYJNA

Proszę zaznaczyć krzyżykiem [X] wybraną odpowiedź.

Płeć: ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta

Rok urodzenia.....

- 1. Czy Pan/Pani uważa, że uruchomienie Programu przez Gminę Polczyn-Zdrój jest uzasadnione potrzebami mieszkańców?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli nie (to dlaczego?)

- 2. Czy Pan/Pani jest zadowolony(a) z procedur związanych z uczestnictwem w Programie?**

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli nie (to dlaczego?)

- 3. Jak ocenia Pan/Pani fachowość obsługi podmiotu realizującego Program?**

☐ NISKA ☐ ZADOWALAJĄCA ☐ WYSOKA

- 4. W jaki sposób dowiedział(a) się Pan/Pani o możliwości uczestnictwa w Programie (proszę wybrać dwie odpowiedzi):**

- ☐ od znajomych, rodziny, współpracowników,
☐ z informacji w Internecie,
☐ w siedzibie Urzędu Miejskiego w
Polczynie-Zdroju,
☐ inne – jakie:

.....
.....

- 5. Czy w wyniku przeprowadzonych w ramach programu badań i konsultacji stwierdzono u Pana/Pani schorzenia związane z występowaniem cukrzycy typu 2 i/lub chorobami układu sercowo-naczyniowego?**

☐ TAK ☐ NIE

- 6. Czy uważa Pan/Pani, że uczestnictwo w programie podniosło Pana/Pani wiedzę na temat czynników ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 i lub chorobami układu sercowo-naczyniowego ?**

☐ TAK ☐ NIE

Serdecznie dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Załącznik Nr 6
Do Umowy Nr
.....

Oświadczenie

Oświadczam, iż nie korzystam ze świadczeń w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2 i/lub chorób układu sercowo-naczyniowego w ramach świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

.....
.....

Data i miejscowość

Podpis
uczestnika programu

Zgody

Wyrażam zgodę na weryfikację świadczeń w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2 i/lub chorób układu sercowo-naczyniowego z danymi znajdującymi się w zasobach Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....
.....

Data i miejscowość

Podpis
uczestnika programu

Klauzula Informacyjna

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwane dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Połczyn-Zdrój, reprezentowana przez Burmistrza Połczyna-Zdroju z siedzibą przy Placu Wolności 3-4, 78-320 Połczyn-Zdrój.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym skontaktować się można pod adresem e-mail: iod@polczyn-zdroj.pl. Z IOD można kontaktować się we wszystkich sprawach oraz dylematach związanych z ochroną danych osobowych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji działań związanych z przeprowadzeniem i rozstrzygnięciem Konkursu (ocena formalna i ocena merytoryczna złożonych ofert, weryfikacja otrzymanych danych, kontakt, podpisanie umowy z wybranymi w Konkursie Oferentami, realizacja umowy, rozliczenie umowy, kontrola realizacji zadania). (art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze).
4. Kategorią odbiorców, którym mogą być ujawnione Pani/Pana dane są podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz podmioty, które przetwarzają dane osobowe na zlecenie administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (m. in. firmy świadczące usługi informatyczne). Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Będziemy przechowywać Pani/Pana dane osobowe do chwili załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane, a następnie – przez okres wskazany w Rozporządzeniu 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. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody będą one przechowywane do czasu jej wycofania.
6. Zgodnie z RODO przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do swoich danych osobowych o ile odpowiedni przepis prawa nie stanowi inaczej;
 - sprostowania swoich danych osobowych o ile odpowiedni przepis prawa nie stanowi inaczej;
 - żądania usunięcia swoich danych osobowych o ile odpowiedni przepis prawa nie stanowi inaczej; - żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych o ile odpowiedni przepis prawa nie stanowi inaczej;
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych;
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezes UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);