

PROJEKT UMOWY

UMOWA Nr

w sprawie realizacji w 2020 r. „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla **219 osób**, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świętajno, Wieliczki).

zawarta w dniu 2020 r. pomiędzy:
Powiatem Oleckim, reprezentowanym przez:
Starostę Oleckiego – Mariana Świerszcza
Wicestarostę – Marka Dobrzynia
przy kontrasygnacie **Skarbnika Powiatu – Sylwii Syperowicz**
zwanym dalej „Zamawiającym”

a

.....,
wpisaną do księgi rejestrowej podmiotu leczniczego prowadzonego przez Wojewodę
Warmińsko – Mazurskiego pod numerem
.....
z siedzibą,
reprezentowaną przez:
zwanym/ą dalej „Realizatorem”.

§ 1

1. Zamawiający na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.) w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert zleca a Realizator przyjmuje do realizacji program zdrowotny w zakresie określonym w § 2.

§ 2

1. Przedmiotem umowy jest realizacja „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, zwanego dalej Programem obejmującego:
 - 1) uzyskanie pisemnej zgody od osoby dorosłej, a w przypadku osoby niepełnoletniej uzyskanie pisemnej zgody od rodzica lub opiekuna prawnego na przeprowadzenie szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu poprzez podanie trzech dawek szczepionki;
 - 2) przeprowadzenie badania lekarskiego przez lekarza pediatrę lub medycyny rodzinnej bezpośrednio przed każdym podaniem szczepionki, o której mowa w ust. 1 pkt 3;
 - 3) wykonanie szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, poprzez

podanie trzech dawek szczepionki o nazwie, dostępnej na polskim rynku i dopuszczonej do stosowania w Polsce, zgodnie z zaleceniami określonymi przez producenta szczepionki dla: osób dorosłych oraz dla dzieci na terenie powiatu oleckiego. Zgodnie z listami osób otrzymanymi od Zamawiającego;

- 4) dokonanie wpisu o wykonanym szczepieniu do dokumentacji medycznej.
- 5) wydanie zaświadczenia potwierdzającego wykonanie szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu.

2. Realizator jest zobowiązany do:

- podania do wiadomości publicznej na swojej stronie internetowej informacji o realizacji Programu (miejscu, terminie i czasie);
- wykonania przedmiotu umowy z należytą starannością i poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz zasadami etyki zawodowej, zapewnienia personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy oraz sprzętu i materiałów medycznych niezbędnych przy realizacji umowy, spełniających normy określone przepisami prawa;
- przestrzegania:
 - a) przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów,
 - b) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- utylizacji zużytych w trakcie realizacji zadania materiałów i sprzętu medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- prowadzenia dokumentacji medycznej oraz prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych przepisami prawa oraz innej dokumentacji potwierdzającej realizację umowy w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli;
- przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781);
- posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną, określoną odpowiednimi przepisami. Okazania oryginału polisy ubezpieczenia w dniu zawarcia niniejszej umowy;
- zgłaszania wszelkich zmian w zakresie posiadanych kwalifikacji w szczególności dotyczących specjalizacji, certyfikatów umiejętności oraz dostarczenia Zamawiającemu dokumentów potwierdzających te zmiany w nieprzekraczalnym terminie 30 dni;
- przyjmowania zgłoszeń, informowania o terminach szczepienia i rejestracji pacjentów we własnym zakresie poprzez udostępnienie co najmniej 1 linii telefonicznej przynajmniej przez 5 dni w tygodniu po 6 godzin dziennie (pomiędzy 8.00 a 15.00);
- realizacji Programu w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych.

3. Szczepienia, o których mowa w ust. 1 będą przeprowadzone na terenie **gmin** powiatu oleckiego.

4. Harmonogram realizacji zadania ustalony przez Realizatora zostanie dostarczony *Zamawiającemu* w ciągu 10 dni od dnia podpisania umowy. Aktualizację harmonogramu Realizator bez zbędnej zwłoki prześle *Zamawiającemu*.

5. W sytuacji, gdy w terminie i miejscu ustalonym w harmonogramie nie nastąpiło podanie szczepionki **z uwagi na nieobecność dziecka/osoby dorosłej z przyczyn niezależnych od Realizatora, to wówczas Realizator jest**

zobowiązany skontaktować się z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka lub osobą dorosłą i uzgodnić inny termin wykonania zadania, biorąc w szczególności pod uwagę konieczność terminowej realizacji niniejszej umowy.

6. Realizator zobowiązuje się, że w przypadku podjęcia decyzji przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka lub osobą dorosłą o zakończeniu programu przed ukończeniem pełnego cyklu szczepień do udzielenia mu informacji o nieefektywności szczepienia.
7. Realizator realizując program zobowiązuje się do zamieszczenia na swojej stronie internetowej informacji o treści: „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022” finansowany ze środków budżetowych Powiatu Oleckiego, Gminy Kowale Oleckie, Gminy Świętajno i Wieliczki”.
8. Maksymalną liczbę osób objętych szczepieniami w poszczególnych gminach zawiera **załącznik nr 1** do umowy.

§ 3

1. Całkowity koszt szczepienia jednej osoby wynosi zł (słownie:), brutto, (tj. koszt zakupu 3 dawek szczepionki wraz z elementami stanowiącymi przedmiot zadania określony w § 2 ust. 1 niniejszej umowy), w tym:
 - a) koszt szczepionki wynosi – zł (słownie:),
 - b) koszt badania lekarskiego, podania szczepionki, sporządzenia dokumentacji medycznej, wydania zaświadczenia, prowadzenia rejestru świadczeń wykonanych w ramach programu zdrowotnego wynosi - zł (słownie:).
2. Koszt szczepienia jednej osoby (1 dawka) brutto stanowi jedną trzecią kwoty określonej w ust. 1.
3. Należność za wykonanie umowy (szczepienia 219 os.) nie może przekroczyć kwoty zaplanowanej przez Powiat Olecki na realizację programu, tj. zł (słownie:.....).
4. Fakturę należy złożyć w **Starostwie Powiatowym w Olecku** w terminie **do 10-go** dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostały wykonane szczepienia. Ostateczny termin złożenia faktury to **7.12.2020 r.** Każda faktura jest przedkładana łącznie z rozliczeniem (częściowym) według wzoru określonego w **załączniku nr 2 wraz ze sprawozdaniem merytorycznym sporządzonym w formie pisemnej określonym w załączniku nr 3** zawierającym wykaz osób (z podziałem na gminy), u których przeprowadzono szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu oraz informację o liczbie osób niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych wg **załącznika nr 4 do umowy**.
5. Fakturę należy wystawić na nabywcę, tj.: **Powiat Olecki, ul. Kolejowa 32, 19-400 Olecko, NIP 8471515765.**
6. Faktura zostanie opłacona w terminie **14 dni od daty doręczenia** prawidłowo wystawionej faktury do Starostwa Powiatowego w Olecku. Płatnikiem faktury jest: **Starostwo Powiatowe w Olecku, ul. Kolejowa 32, 19-400 Olecko.**
7. Realizator zakończy realizację programu w terminie **do 7 grudnia 2020 r.**
8. W terminie **do dnia 10 grudnia 2020 r.** Realizator przedłoży *Zamawiającemu całościowe:*
 - 1) rozliczenie finansowe, według wzoru określonego w **załączniku nr 2** do niniejszej umowy,

2) sprawozdanie merytoryczne sporządzone w formie pisemnej zawierające:

- wykaz osób, u których przeprowadzono szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, z podaniem imienia i nazwiska oraz w przypadku osób niepełnoletnich imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego, numer PESEL oraz nazwę gminy (na terenie której zamieszkuje), datę podania, nr serii 1, 2, 3 - dawki szczepionki, z podziałem na gminy i rok urodzenia, według wzoru określonego w **załączniku nr 3**,
- informację o liczbie osób niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych, z podziałem na gminy, według wzoru określonego w **załączniku nr 4**.

9. *Realizator* zobowiązuje się prowadzić wyodrębnioną dokumentację finansowo – księgową środków finansowych otrzymanych na realizację niniejszej umowy, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.
10. *Realizator* zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją niniejszej umowy przez okres **5 lat**.

§ 4

1. *Zamawiający* sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania niniejszej umowy przez *Realizatora*, w szczególności w zakresie oceny jakości realizacji przedmiotu umowy, sposobu i rodzaju prowadzonej dokumentacji związanej z merytorycznym rozliczeniem umowy oraz stanu wykonania umowy. Kontrola może być przeprowadzona zarówno w toku realizacji umowy oraz po jej zakończeniu do czasu ustania obowiązku, o którym mowa w § 3 ust. 10.
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez *Zamawiającego* mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania umowy oraz żądać udzielenia, ustnie lub na piśmie, informacji dotyczących wykonania umowy.
3. *Realizator* na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
4. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez *Zamawiającego* zarówno w siedzibie *Realizatora*, jak i w miejscu realizacji umowy.
5. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1, *Zamawiający* poinformuje *Realizatora*, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
6. *Realizator* jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń pokontrolnych, o których mowa w ust. 5, do ich wykonania i powiadomienia o tym *Zamawiającego*.
7. W razie stwierdzenia rażących uchybień lub niezastosowania się do wniosków lub zaleceń, o których mowa w ust. 5, *Zamawiający* może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia.

§ 5

1. *Realizator* oświadcza, iż posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art. 25 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.).
2. *Realizator* zobowiązany jest posiadać zawartą umowę ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 przez cały okres realizacji niniejszej umowy.

3. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją zadania odpowiedzialność ponosi *Realizator*.

§ 6

Zgodnie z art. 28 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) **przetwarzanie danych osobowych**, wymaga podpisania umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych pomiędzy **Wykonawcą i Realizatorem**.

§ 7

Zmiana postanowień umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron, w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają:

- a) ustawa z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869 z późn. zm.),
- b) ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.),
- c) ustawa z dnia 23.04.1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1145 z późn. zm.).

§ 9

Wszelkie spory związane z niniejszą umową podlegają rozpoznaniu przez sąd właściwy dla siedziby *Zamawiającego*.

§ 10

Umowę sporządzono w **czterech jednobrzmiących egzemplarzach**, dwa egzemplarze dla *Zamawiającego* i dwa dla *Realizatora*.

Zamawiający

Realizator

Załącznik nr 1
do umowy nr
z dnia

**Maksymalna liczba
osób objętych szczepieniami w poszczególnych gminach**

Lp.	Gmina	Maksymalna liczba osób objętych szczepieniami
1.	Gmina Kowale Oleckie	84
2.	Gmina Świątajno	64
3.	Gmina Wieliczki	71

Zamawiający

Realizator

Załącznik nr 2
do umowy nr
z dnia

Rozliczenie częściowe/całociowe*

Gmina	Liczba osób, którym podano dawkę szczepionki	Koszt szczepienia jednej osoby, w tym:		Całkowity koszt szczepienia osób w rozliczeniu częściowym/całociowym*
		Cena jednej dawki szczepionki	Cena usługi, w tym: koszt badania lekarskiego, podania szczepionki, sporządzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia rejestru świadczeń wykonanych w ramach programu zdrowotnego, wydania zaświadczenia	
Kowale Oleckie				
Świątajno				
Wieliczki				
RAZEM		x	x	

1. Liczba osób, którym podano dawkę szczepionki -
2. Całkowity koszt realizacji zadania w okresie sprawozdawczym (liczba osób x koszt szczepienia jednej osoby)x.....=..... zł (słownie:

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis Realizatora)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3
do umowy nr/2020
z dnia 2020 r.

**Wykaz osób u których przeprowadzono szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w ramach realizowanego w 2020 r.
„Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego
na lata 2018 – 2022”, zamieszkałych na terenie Gminy**

Lp.	Imię i nazwisko	Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna wyróżającego zgodę na szczepienie (wypełnić w przypadku osób niepełnoletnich)	PESEL	Rok urodzenia	Nazwa gminy, na terenie której zamieszkuje	Nr serii szczepionki/data podania		
						Nr serii 1 dawki szczepionki/data podania	Nr serii 2 dawki szczepionki/data podania	Nr serii 3 dawki szczepionki/data podania

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis Realizatora)

Załącznik nr 4
do umowy nr/2020
z dnia 2020 r.

**Informacja dotycząca osób niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych
przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, w ramach realizowanego w 2020 r. „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych
przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, zamieszkałych na terenie
Gminy**

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Nazwa gminy, na terenie której zamieszkuje

Liczba osób niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych -, w tym z:

- Gminy Kowale Oleckie -,
- Gminy Świętajno -,
- Gminy Wieliczki -

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis Realizatora)