

WZÓR

U M O W A NR

o realizację w 2024 r. programu polityki zdrowotnej pn.:

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025”

zawarta we Wrocławiu dnia pomiędzy:

Powiatem Wrocławskim z siedzibą we Wrocławiu, ul. Kościuszki 131,

reprezentowanym przez Zarząd, w imieniu którego działają:

1)

2).....,

z kontrasygnatą Skarbnika Powiatu Wrocławskiego –

zwanym dalej „**Zamawiającym**”

a

....., **ul.** wpisanym do pod numerem, NIP

....., REGON

reprezentowanym przez

zwanym dalej „**Realizatorem**”

o następującej treści:

Rozdział I Przepisy ogólne

§ 1. 1. Umowa zawierana jest z Realizatorem wyłonionym w konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej przeprowadzonym na podstawie uchwały Nr Zarządu Powiatu Wrocławskiego z dnia oraz rozstrzygnięcia konkursu ofert na podstawie uchwały Nr Zarządu Powiatu Wrocławskiego z dnia

2. *Zamawiający*, na podstawie art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2024 r. poz. 107), zgodnie z ofertą Nr..... Realizatora złożoną w dniu, zleca a Realizator przyjmuje do realizacji w 2024 r. Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025, (zwany dalej **Programem**) w zakresie określonym w ofercie oraz § 2 niniejszej umowy.

2. Formularz ofertowy (**załącznik nr 1 do niniejszej umowy**) stanowi integralną część umowy.

§ 2. 1. Przedmiotem umowy jest realizacja w 2024 r. „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025”, obejmująca **interwencje**:

1) kampanię informacyjną (realizacja w terminie od dnia podpisania umowy do zakończenia naboru uczestników programu):

a) przeprowadzenie na terenie wszystkich 9 gmin powiatu wrocławskiego **działań informacyjnych** adresowanych do osób dorosłych, z miejscem zameldowania/ zamieszkania na terenie powiatu wrocławskiego;

- b) **opracowanie, wydrukowanie oraz dystrybucja ulotek edukacyjnych adresowanych do uczestników programu** z powiatu wrocławskiego. W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- opracowanie ulotek przez eksperta,
- wydruk ulotek w kolorze, 2 stronny, format A5,
- dystrybucja ulotek m.in. podczas kampanii promocyjnej i spotkań edukacyjnych,
- udostępnienie ulotki w wersji elektronicznej poprzez zamieszczenia jej na stronie internetowej Realizatora Programu.

- 2) **rekrutację uczestników oraz kwalifikację do działań w ramach programu (tj. kwalifikacja uczestników do programu)**, realizacja w terminie od dnia podpisania umowy do 15 października 2024 r. W szczególności należy uwzględnić, co następuje: realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, oświadczenie odnośnie wieku i zamieszkania/zameldowania zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje wykluczeń z programu;

- 3) **szkolenia dla personelu medycznego**, z miejscem udzielania świadczeń/pracy na terenie powiatu wrocławskiego. W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- a) prowadzenie interwencji przez lekarza, posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów głowy i szyi (ekspert), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu;
- b) szkolenie może mieć charakter prelekcji, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne. Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników;
- c) poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu.

- 4) **szkolenia w zakładach pracy (tj. szkolenia dla pracodawców)** w których występuje ekspozycja na substancje szkodliwe bądź pyły zawieszynowe powstające na skutek wykonywanych czynności zawodowych, **adresowanych do pracodawców i pracowników** zamieszkujących obszar powiatu. W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- a) prowadzenie interwencji przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego doświadczenie w przeprowadzeniu interwencji nacelowanej na profilaktykę wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi,
- b) szkolenie może mieć charakter prelekcji, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne. Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników,
- c) czas szkolenia powinien być adekwatny do ilości treści przekazywanych uczestnikom. Docelowo zaleca się szkolenie co najmniej 60-90 minutowe,
- d) poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu.

- 5) **Działania informacyjno-edukacyjne** adresowane do osób w wieku 40-65 lat (**tj. wykłady dla mieszkańców w formie grupowej**), realizacja w terminie od dnia podpisania umowy do 15 października 2024 r. W szczególności należy uwzględnić, co następuje:
- a) kwalifikację do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora;
 - b) prowadzenie interwencji przez lekarza, fizjoterapeutę, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego prowadzonym przez eksperta w ramach ppz;
 - c) działania informacyjno-edukacyjne mogą mieć charakter prelekcji, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne. Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników;
 - d) czas działań informacyjno-edukacyjnych powinien być adekwatny do ilości treści przekazywanych uczestnikom. Docelowo zaleca się co najmniej 2 działania w minimum 2 gminach powiatu wrocławskiego po około 45 minut;
 - e) poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu.

6) **Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna (tj. konsultacja laryngologiczna)**, realizacja w terminie od dnia zakwalifikowania uczestników do końca października 2024 r. W szczególności należy uwzględnić, co następuje:

- a) kwalifikację pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz lub pielęgniarka;
- b) w ramach kwalifikacji uzupełniany jest formularz kwalifikacyjny w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka nowotworów głowy i szyi;
- c) w ramach wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony co najmniej:
 - wywiad pod kątem identyfikacji obecności u pacjenta czynników ryzyka, przypadków nowotworów głowy i szyi w rodzinie oraz zachowań determinujących podwyższenie ryzyka wystąpienia omawianej grupy nowotworów
 - wywiad pod kątem oceny czasu trwania i przebiegu objawów;
 - ustalenie historii użycia tytoniu i odnotowanie jej w dokumentacji medycznej (w paczkołatach);
 - ustalenie przeciętnego dziennego poziomu spożycia alkoholu i odnotowanie go w dokumentacji medycznej
 - wizualna i dotykowa (palpacyjna) ocena widocznych zmian;
 - wizualna i dotykowa (palpacyjna) ocena węzłów chłonnych;
 - badanie laryngologiczne: należy uwzględnić oprócz typowego zakresu, szczegółową ocenę objawów związanych z zajęciem nerwów czaszkowych oraz stanu jamy ustnej i szyi;
- d) w oparciu o wyniki wizyty kwalifikacyjnej lekarz podejmuje decyzję o dalszym postępowaniu:
 - w przypadku stwierdzenia wysokiego prawdopodobieństwa obecności nowotworu głowy i szyi kieruje się uczestnika programu na **pogłębioną diagnostykę**;
 - w przypadku gdy wykluczona zostanie przynależność do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nowotworów głowy i szyi, uczestnika programu zakończy udział w programie z zaleceniem samoobserwacji stanu zdrowia.

7) **Pogłębiona diagnostyka** obejmować będzie:

- a) **badania** zgodne z postępowaniem diagnostycznym nowotworów głowy i szyi, które wynikają z najbardziej aktualnych rekomendacji i jest poparte najlepszymi dostępnymi dowodami naukowymi. Mogą być to m.in. następujące działania: badanie nosogardła za pomocą fiberoskopu, badanie USG, PCI biopsja cienkoigłowa z badaniem cytologicznym, pobranie wycinka z badaniem histopatologicznym, badanie markerów nowotworowych. Jeżeli wyniki badań będą negatywne, uczestnik zakończy udział w programie. (Wyniki badań zostaną udostępnione w wersji mailowej, pocztą lub podczas wizyty osobistej.);
- b) **konsultację diagnostyczno-terapeutyczną (omówienie wyników badań)**, osobom uzyskującym wyniki z pogłębionej diagnostyki, wskazując na ryzyko występowania nowotworu głowy lub szyi, **należy wydać kartę DiLO** oraz poinformować o placówkach specjalizujących się w terapii danego typu nowotworu.

2. **Pełen zakres działań objętych konkursem określa Program.**

3. Program będzie realizowany w okresie od dnia podpisania umowy **do dnia 15 listopada 2024 r.**

4. *Realizator* jest zobowiązany do:

- 1) przeprowadzenia kampanii informacyjnej Programu na terenie 9 gmin Powiatu Wrocławskiego – przekazanie informacji o miejscu, terminie i czasie realizacji Programu;
- 2) wykonania przedmiotu umowy z należytą starannością i poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz zasadami etyki zawodowej;
- 3) zapewnienia przez cały okres realizacji umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa:
 - a) personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do jej wykonania (należy dostosować liczbę personelu medycznego do skali realizacji Programu),
 - b) warunków lokalowych,
 - c) sprzętu i aparatury medycznej,
 - d) sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji Programu;
- 4) przestrzegania:
 - a) przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów,
 - b) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 5) prowadzenia dokumentacji oraz sprawozdawczości statystycznej, na zasadach określonych przepisami prawa oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli;
- 6) przestrzegania przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L.119. z 4.05.2016 r.) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781);
- 7) posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.) i rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2019 r. poz. 866 ze zm.) oraz

utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej;

- 8) przestrzegania przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. *o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami* (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240), co najmniej w zakresie określonym przez minimalne wymagania, o których mowa w art. 6 ww. ustawy;
- 9) zbierania danych osób poddanych diagnostyce medycznej, zgodnie z Rekomendacją nr 14/2020 z dnia 15 grudnia 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji *w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025*;
- 10) informowania *Zamawiającego* o zmianie liczby personelu medycznego zaangażowanego do realizacji Programu wraz z oświadczeniem potwierdzającym ich kwalifikacje oraz zgodą na przetwarzanie danych osobowych w terminie 14 dni od dnia uzyskania informacji w tym zakresie;
- 11) przedkładania **comiesięcznych sprawozdań** na wskazany przez *Zamawiającego* adres poczty elektronicznej **w terminie 7 dni po zakończeniu każdego miesiąca** dotyczących:
 - a) liczby osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, podziałem na zawody medyczne, płeć,
 - b) liczby osób, które odnotowały wzrost o minimum 30% liczby punktów w post-teście spośród osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, podziałem na zawody medyczne, płeć,
 - c) liczbie zakładów pracy, w których zostały przeprowadzone szkolenia,
 - d) liczby pracodawców i pracowników, którzy zostali przeszkoleni w każdym z zakładów pracy, wraz ze wskazaniem gminy (siedziby zakładu pracy),
 - e) liczby pracodawców i pracowników, którzy odnotowali wzrost o minimum 30% liczby punktów w post-teście spośród osób, którzy zostali przeszkoleni w każdym z zakładów pracy, wraz ze wskazaniem gminy (siedziby zakładu pracy),
 - f) liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej z podziałem na gminy zamieszkania/zameldowania i płeć,
 - g) liczby osób, które zostały poddane działaniom informacyjno-edukacyjnym, realizowanym stacjonarnie i on-line z podziałem na gminy zamieszkania/ zameldowania i płeć,
 - h) liczby osób, które wzięły udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej, z podziałem na gminy zamieszkania /zameldowania, płeć,
 - i) liczby osób skierowanych na pogłębioną diagnostykę, w podziale na: rodzaj wykonanego badania, z podziałem na gminy zamieszkania/ zameldowania, rok urodzenia i płeć,
 - j) liczby osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów z podziałem na gminę zamieszkania/ zameldowania; płeć, rok urodzenia,
 - k) liczby osób, która zrezygnowała z udziału w programie, w podziale na sposoby zakończenia, gminę zamieszkania/ zameldowania, płeć, rok urodzenia,
 - l) liczby osób, które zostały skierowane do dalszej diagnostyki/leczenia poza Programem – ilość wydanych kart DiLO, w podziale na gminę zamieszkania/ zameldowania, płeć, rok urodzenia,
 - m) oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach Programu na podstawie uwag zgłoszonych przez uczestników Programu w ankiecie satysfakcji z podziałem na placówkę, w której udzielone było świadczenie;

- 12) **bieżącego uzupełniania informacji o każdym z uczestników Programu w formie elektronicznej bazy danych** (np. w arkuszu kalkulacyjnym EXCEL) zawierającej: dane o świadczeniach z których skorzystał uczestnik Programu, numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ, gminę zamieszkania/ zameldowania, datę wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail), datę zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ);
- 13) bieżącej współpracy w zakresie realizacji programu z Wydziałem Zdrowia i Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego we Wrocławiu,
- 14) **niezwłocznego informowania, w formie pisemnej, o wszelkich zdarzeniach mogących skutkować zagrożeniem realizacji Programu,**
- 15) koordynowania realizacji Programu przez wyznaczoną osobę.

5. *Realizator* realizując Program, zobowiązuje się do zamieszczania w materiałach informacyjno-promocyjnych, publikacjach, w mediach informacji o treści:

a) **„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025 finansowany ze środków budżetowych Powiatu Wrocławskiego”** oraz logo Powiatu Wrocławskiego;

b) **„Zrealizowano przy wsparciu finansowym Samorządu Województwa Dolnośląskiego”** wraz z **aktualnym logotypem Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.**

Wszystkie materiały informacyjno-promocyjne muszą uzyskać akceptację Zamawiającego. W celu uzyskania akceptacji Zamawiającego Realizator zobowiązuje się przesłać projekty końcowe materiałów promocyjnych do Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego we Wrocławiu drogą elektroniczną na adres: zs@powiatwroclawski.pl.

6. Realizatora obowiązuje bezwzględny zakaz pobierania opłat oraz innych dóbr od pacjentów, członków ich rodzin lub osób trzecich działających w imieniu bądź na rzecz wcześniej wymienionych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

§ 3. 1. Całkowity jednostkowy koszt brutto **kwalifikacji uczestnika do Programu** wynosi zł.

2. Całkowity koszt brutto wykonania **lekarskich wizyt diagnostyczno-terapeutycznych (tj. konsultacja laryngologiczna)** wynosi zł.

3. Całkowity koszt brutto wykonania **pogłębionej diagnostyki** wynosi zł.

4. Całkowity koszt brutto **działań informacyjno-edukacyjnych (tj. wykłady dla mieszkańców w formie grupowej)** wynosizł.

5. Całkowity koszt brutto **szkolenia dla personelu medycznego** wynosizł.

6. Całkowity koszt brutto **szkolenia w zakładach pracy (tj. szkolenia dla pracodawców)** wynosizł.

7. Całkowity koszt brutto **obsługi ogólnej, w tym promocji** (koszty administracyjno-organizacyjne i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu) i **monitorowania i ewaluacji** wyniosą..... zł (nie więcej niż 5 000 zł brutto).

8. **Na realizację niniejszej umowy Zamawiający przekaże Realizatorowi dotację celową w wysokości** zł (w tym do 32,6 % środków pochodzi z dotacji z Województwa Dolnośląskiego: zł) przelewem, na rachunek bankowy nr

w terminie do 14 dni od dnia podpisania niniejszej umowy.

9. Sposób kalkulacji dotacji określa załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

10. Dopuszcza się możliwość dokonywania przesunięć pomiędzy poszczególnymi pozycjami kosztów określonych w szacunkowej kalkulacji kosztów **do 10% ich wartości**. Zwiększenie jednego kosztu pociąga za sobą konieczność zmniejszenia innego, gdyż suma wszystkich pozycji tj. kwota dotacji nie może ulec zmianie.

11. Dotację, o której mowa w ust. 8 *Realizator* zobowiązuje się wykorzystać na poniesienie wydatków w terminie od dnia podpisania umowy **do dnia 15 listopada 2024 r.**

12. Przez poniesienie wydatków, o którym mowa w ust. 11, rozumie się faktyczne dokonanie zapłaty w całości na podstawie faktur, rachunków lub innych dokumentów księgowych wystawionych na Realizatora, w tym list płac pracowników (w przypadku list płac pracowników lub umów z osobami fizycznymi – dokonanie zapłaty oraz opłacenie należności z tytułu wynagrodzenia pracownika i związanych z tym zobowiązań podatkowych oraz składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne).

§ 4. Zgodnie z art. 116 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.) w terminie do dnia **30 listopada 2024 r.** *Realizator* przedłoży *Zamawiającemu*:

- 1) informację o rozliczeniu dotacji, wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do niniejszej umowy;
- 2) **sprawozdanie merytoryczne (sprawozdanie końcowe)** - sporządzone **w formie pisemnej i elektronicznej** (w wersji papierowej - każdą stronę sprawozdania należy opatrzyć kolejnym numerem; w wersji elektronicznej - należy przesłać na wskazany przez *Zamawiającego* adres poczty elektronicznej wymienione poniżej dokumenty, odpowiednio jako pliki *Word* lub *Excel*, zabezpieczone hasłem. Hasło należy przesłać na wskazany przez *Zamawiającego* adres poczty elektronicznej. *Zamawiający* poinformuje *Realizator* drogą pisemną o wskazanym powyżej adresie e-mail).

Sprawozdanie merytoryczne w plikach Excel obejmuje:

- a) **wykaz zawierający informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik Programu** zawierającą: numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ, gminę zamieszkania/ zameldowania, datę wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail), datę zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ);
- b) informację o odsetku osób: pracodawców i pracowników, którzy odnotowali wzrost o minimum 30% liczby punktów w post-teście spośród osób, którzy zostali przeszkoleni w każdym z zakładów pracy;
- c) informację o odsetku osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy o minimum 30% na temat nowotworów,
- d) informację o odsetku osób, którzy zostali skierowani na pogłębioną diagnostykę,
- e) informację o odsetku osób u których doszło do zdiagnozowania nowotworu głowy i szyi podczas wizyty diagnostyczno-terapeutycznej,
- f) informację o odsetku osób, u których doszło do polepszenia stanu zdrowia w wyniku otrzymywanego leczenia,
- g) informację o liczbie wydrukowanych i rozdyskrebowanych materiałów informacyjnych oraz edukacyjnych.

3) **Sprawozdanie merytoryczne** w pliku Word obejmuje informację dotyczącą:

- a) oceny poziomu satysfakcji z realizacji Programu na podstawie przeprowadzonych ankiet

wśród odbiorców Programu (informacja powinna uwzględniać liczbę udzielonych odpowiedzi na poszczególne pytania oraz uwagi zgłaszane przez uczestników Programu),

- b) wniosków i rekomendacji dla Zamawiającego z realizacji programu polityki zdrowotnej na podstawie osiągniętych wskaźników medycznych.
- 4) potwierdzone za zgodność z oryginałem (obejmuje klauzulę: „za zgodność z oryginałem”, datę, podpis osoby upoważnionej wraz z podaniem imienia i nazwiska oraz pieczętą firmową) dwustronne kopie faktur, rachunków lub innych dowodów księgowych potwierdzających poniesione przez *Realizatora* wydatki związane z realizacją niniejszej umowy wraz z udokumentowaniem zapłaty.
- 5) potwierdzone za zgodność z oryginałem (obejmuje klauzulę: „za zgodność z oryginałem”, datę, podpis osoby upoważnionej wraz z podaniem imienia i nazwiska oraz pieczętą firmową) listy obecności z realizacji każdej przeprowadzonej interwencji;
- 6) zestawienie (w tym w wersji elektronicznej - plik Excel) dokumentów księgowych z podziałem na poszczególne kategorie kosztów,
- 7) podpisane oświadczenia *Realizatora*, iż nie przysługuje bądź nie przysługiwało mu prawo pomniejszenia w całości lub części podatku należnego o wartość podatku naliczonego zawartego w fakturach VAT wykazanych w zestawieniu, o którym mowa w pkt 5,
- 8) podpisane oświadczenie o zrealizowaniu obowiązku informacyjnego w imieniu Zamawiającego.

§ 5. 1. W terminie do dnia **30 listopada 2024 r.** *Realizator* zwróci na rachunek bankowy *Zamawiającego* nr **35 1560 0013 2124 1805 1000 0002** niewykorzystaną kwotę dotacji, o której mowa w § 3 ust. 8.

2. W przypadku zwrotu niewykorzystanej kwoty dotacji po terminie określonym w ust. 1, *Zamawiającemu* przysługuje prawo naliczenia odsetek w wysokości jak dla zaległości podatkowych liczonych od następnego dnia po upływie terminu.

§ 6. 1. *Realizator* zobowiązuje się **prowadzić wyodrębnioną dokumentację finansowo-księgową** środków finansowych otrzymanych na realizację niniejszej umowy, **w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.**

2. *Realizator* jest zobowiązany do umieszczenia na dokumentach finansowych stanowiących podstawę rozliczenia dotacji opisu dokumentu księgowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do niniejszej umowy.

3. Zamawiający informuje, że części środków finansowych na realizację Programu będzie pochodzić z dotacji z Województwa Dolnośląskiego na podstawie odrębnej umowy Zamawiającego z WD. **Zamawiający będzie rozliczał się z WD na podstawie dokumentów księgowych Realizatora, na co Realizator wyraża zgodę i zobowiązuje się współpracować z Zamawiającym w tym zakresie.**

4. Zamawiający informuje, że części środków finansowych na realizację Programu będzie podlegać refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie odrębnej umowy Zamawiającego z NFZ. **Zamawiający będzie rozliczał się z NFZ na podstawie dokumentów księgowych Realizatora, na co Realizator wyraża zgodę i zobowiązuje się współpracować z Zamawiającym w tym zakresie.**

§ 7. *Realizator* zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją niniejszej umowy przez okres 5 lat od końca roku, w którym *Realizator* realizował niniejszą umowę tj. do dnia **31 grudnia 2029 r.**

§ 8. 1. *Zamawiający* sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania niniejszej umowy przez *Realizatora*, w szczególności w zakresie oceny zakresu 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 § 7.

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*.

§ 9. 1. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

- 1) stwierdzenia nienależytego wykonania umowy,
- 2) naruszenia zasad wykonywania świadczeń zawartych w programie,
- 3) gdy *Realizator* pobiera od uczestników dodatkowe opłaty,
- 4) gdy *Realizator* finansuje program ze środków publicznych z innych źródeł.

2. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonanie umowy.

3. W przypadku rozwiązania umowy skutki finansowe i ewentualny zwrot środków Strony określają w protokole.

§ 9. 1. Za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy nie uznaje się nieosiągnięcia minimalnej liczby uczestników Programu określonych w formularzu oferty, o której mowa w §1, z uzasadnionych przyczyn, niezależnych od *Realizatora*, przy jednoczesnym zachowaniu przez niego najwyższej staranności realizacji powierzonego zadania.

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

Rozdział II

Udostępnianie danych osobowych

§ 11. 1. *Realizator* i *Zamawiający* są odrębnymi „Administratorami Danych” w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z 4.05, 2016 r.) zwanego dalej „Rozporządzeniem”. Udostępnienie danych osobowych następuje zgodnie z Rozporządzeniem oraz innymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, chroniącymi prawa osób, których dane dotyczą.

2. *Realizator* i *Zamawiający* zobowiązani są realizować obowiązek informacyjny wynikający z Rozporządzenia.

3. *Zamawiający* zobowiązuje *Realizatora* do realizacji w imieniu *Zamawiającego* obowiązku informacyjnego, poprzez przekazanie osobom uczestniczącym w Programie informacji o przetwarzaniu danych osobowych. *Realizator* pobiera od osób biorących udział w Programie potwierdzenia o zapoznaniu się z obowiązkiem informacyjnym *Zamawiającego* i przechowuje je przez okres wskazany w § 7.

4. Zamawiający zobowiązuje Realizatora do przekazania, w imieniu Zamawiającego, obowiązku informacyjnego personelowi uczestniczącemu w realizacji Programu ze strony Realizatora.

Rozdział III

Przepisy końcowe

§ 12. 1. Ze strony Zamawiającego realizacją umowy będzie się zajmować:

....., Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego we Wrocławiu, tel. e-mail:

2. Ze strony *Realizatora* realizacją umowy będzie się zajmować:

....., tel. e-mail:

3. Zmiana osób, o których mowa w ust. 1 i 2 i/lub danych kontaktowych, nie powoduje zmiany umowy. Zmiana następuje poprzez pisemne oświadczenie złożonej drugiej Stronie o dokonaniu zmiany i ustanowieniu innej osoby lub danych kontaktowych związanych z realizacją umowy.

4. *Realizator* jest zobowiązany do odbioru poczty elektronicznej przesłanej na adres wskazany w ust. 2 pod rygorem uznania poczty wysłanej na adres e-mail za skutecznie doręczoną w terminie 7 dni od dnia wysłania oraz do posiadania tego adresu e-mail do dnia ostatecznego rozliczenia z Zamawiającym.

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

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają:

a) ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270 ze zm.),

b) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.),

c) ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 ze zm.).

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

4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Zamawiającego i jeden dla Realizatora.

Załącznik nr 2

do umowy nr

o realizację w 2024 r. programu polityki zdrowotnej

Kalkulacja łącznej wysokości dotacji przekazanej Realizatorowi na realizację w 2024 r. „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025			
Rodzaj interwencji		Koszt w zł/ liczba osób	w tym dotacja z Województwa Dolnośląskiego
I. KOSZTY MERYTORYCZNE			
1.	Jednostkowy koszt brutto kwalifikacji uczestnika do Programu (K)		
2.	Planowana liczba osób w ramach kwalifikacji uczestnika do Programu (nK)		
Wartość (K) x (nK)			
3.	Jednostkowy koszt brutto wizyty diagnostyczno-terapeutycznej (tj. konsultacji laryngologicznej) (WDT)		
4.	Planowana liczba osób uczestnicząca w lekarskich wizytach diagnostyczno-terapeutycznych (tj. konsultacjach laryngologicznych) (nWDT)		
Wartość (WDT) x (nWDT)			
5.	Uśredniony jednostkowy koszt brutto wykonania pogłębionej diagnostyki (PD)		
6.	Planowana liczba osób uczestnicząca w pogłębionej diagnostyce (nPD)		
Wartość (PD) x (nPD)			
7.	Koszty brutto szkoleń dla personelu medycznego (sp)		
8.	Koszty brutto szkoleń dla pracodawców (sz)		
9.	Koszty brutto działań informacyjno-edukacyjnych (tj. wykładów dla mieszkańców w formie grupowej) (em)		
II. KOSZTY OBSŁUGI ZADANIA, W TYM KOSZTY ADMINISTRACYJNE			
10.	Całkowite koszty brutto: obsługi ogólnej, w tym promocji (koszty administracyjno-organizacyjne i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu) oraz ewaluacji i monitorowania Programu (p)		
11.	Łączna wysokość środków finansowych przekazanych na realizację Programu $W = (K \times nK) + (WDT \times nWDT) + (PD \times nPD) + sp + sz + em + p$		

.....
(pieczęć Realizatora).....
(miejscowość, data, podpis osoby reprezentującej Realizatora)

Załącznik nr 3
do umowy nr
o realizację w 2024 r. programu polityki zdrowotnej

Rozliczenie dotacji przekazanej Realizatorowi na realizację w 2024 r. „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025”			
Rodzaj interwencji		Koszt w zł/ liczba osób	w tym dotacja z Województwa Dolnośląskiego
I. KOSZTY MERYTORYCZNE			
1.	Jednostkowy koszt brutto kwalifikacji uczestnika do Programu (K)		
2.	Planowana liczba osób w ramach kwalifikacji uczestnika do Programu (nK)		
Wartość (K) x (nK)			
3.	Jednostkowy koszt brutto wizyty diagnostyczno-terapeutycznej (tj. konsultacji laryngologicznej) (WDT)		
4.	Planowana liczba osób uczestnicząca w lekarskich wizytach diagnostyczno-terapeutycznych (tj. konsultacjach laryngologicznych) (nWDT)		
Wartość (WDT) x (nWDT)			
5.	Uśredniony jednostkowy koszt brutto wykonania pogłębionej diagnostyki (PD)		
6.	Planowana liczba osób uczestnicząca w pogłębionej diagnostyce (nPD)		
Wartość (PD) x (nPD)			
7.	Koszty brutto szkoleń dla personelu medycznego (sp)		
8.	Koszty brutto szkoleń dla pracodawców (sz)		
9.	Koszty brutto działań informacyjno-edukacyjnych (tj. wykładów dla mieszkańców w formie grupowej) (em)		
II. KOSZTY OBSŁUGI ZADANIA, W TYM KOSZTY ADMINISTRACYJNE			
10.	Całkowite koszty brutto: obsługi ogólnej, w tym promocji (koszty administracyjno-organizacyjne i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu) oraz ewaluacji i monitorowania Programu (p)		
11.	Wysokość dotacji przekazanej na realizację Programu w 2024 r. (W) kwota określona w §3 ust. 8 umowy		
12.	Całkowity koszt realizacji Programu w 2024 r. $R = (K \times nK) + (WDT \times nWDT) + (PD \times nPD) + sp + sz + em + p$		
13.	Rozliczenie dotacji przekazanej Realizatorowi na realizację w 2024 r. (niewykorzystana kwota dotacji do zwrotu) $D = W - R$		

.....
(pieczęć Realizatora)

.....
(miejscowość, data, podpis osoby reprezentującej Realizatora)

Opis dokumentu księgowego

Dokument księgowy o nr dot. realizacji w 2024 r. „**Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025**” w związku z umową Nr z dnia...
..... zawartą pomiędzy Powiatem Wrocławskim
a

Dotyczy usługi:

.....
.....

Nazwa kosztu zgodna z kalkulacją kosztów	
--	-------

Sposób finansowania:

Opłacono ze środków budżetowych Powiatu Wrocławskiego	 zł
Opłacono ze środków budżetowych Województwa Dolnośląskiego	 zł
Ze środków własnych lub innych źródeł	 zł
Razem – wartość faktury/rachunku	 zł

Sprawdzono pod względem merytorycznym.	 (data)	 (czytelny podpis osoby uprawnionej)
Sprawdzono pod względem rachunkowymi formalnym.	 (data)	 (czytelny podpis osoby uprawnionej)
Zatwierdzono do zapłatyzł. (kwota)	 (data)	 (czytelny podpis osoby uprawnionej)

Zapłacono gotówką/przelewem ¹⁾ w dniu

.....
pieczętka firmowa