

# UMOWA NR ...../2024/WOSS (projekt)

zawarta w dniu ..... w Zakopanem

pomiędzy:

Gminą Miasto Zakopane – Urząd Miasta Zakopane ul. Kościuszki 13, 34-500 Zakopane  
NIP 7360007798

reprezentowana przez:

1. Burmistrza Miasta Zakopane – Łukasza Filipowicza

Za kontrasygnatą Skarbnika Miasta – Heleny Mamcarz

- zwanej dalej **Zlecniodawcą**

a

.....  
wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez  
..... pod numerem ....., nr NIP zakładu ....., nr  
REGON .....

reprezentowanym przez:

1. ....
2. ....

zwanej dalej **Zakładem**

Podstawę prawną niniejszej Umowy stanowi:

- 2) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 poz. 146),
- 3) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2024 poz. 799).

## §1

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn.:  
**„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II dla mieszkańców Gminy Miasto Zakopane (zameldowanych na pobyt stały lub czasowy od co najmniej jednego roku na terenie Gminy Miasto Zakopane) na lata 2021 – 2025 – Edycja 2024”**  
zwanego dalej „Programem”, w okresie od dnia..... do dnia  
**15.12.2024 r.**
2. Badania przeprowadzone będą w .....  
.....  
w (dniach, miesiącach) .....; w godzinach:  
.....
3. Zakład zobowiązuje się do:
  - a) Rejestracji w systemie kandydatów w wieku 7 - 65 lat na podstawie wywiadu wskazującego na:
    - nadwagę lub otyłość
    - cukrzycę występującą w rodzinie
    - choroby układu krążenia
    - nadciśnienie tętnicze

- przebyłą cukrzycą ciężową

- b) Przekazania pacjentowi do wypełnienia ankietę ewaluacyjną przed badaniem przesiewowym – ankieta przeprowadzona wśród badanej grupy osób na potrzeby analizy czynników ryzyka zachorowania na cukrzycę typu II (treść ankiety stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej umowy)
- c) Przeprowadzenie badania diagnostycznego (etap badań przesiewowych) – pobranie krwi do badania laboratoryjnego, oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c),
- d) Przeprowadzenia konsultacji lekarskiej (lekarz specjalista diabetolog) - szczegółowy wywiad z pacjentem: pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar wzrostu i masy ciała (określenie wskaźnika BMI), pomiar obwodu pasa – konsultacja lekarska, której wynikiem będą ewentualne zalecenia co do sposobu leczenia i możliwości realizacji badań kontrolnych finansowanych w ramach NFZ. Cukrzyca rozpoznawana jest gdy wartość HbA1c jest wyższa lub równa 6,5%, natomiast wartości hemoglobiny glikowanej wynoszące 5,7-6,4% wskazują na stan przedcukrzycowy – we wskazanych przypadkach uczestnik programu zostanie skierowany do poradni diabetologicznej w ramach NFZ.

Podczas wywiadu z pacjentem lekarz diabetolog udzieli uczestnikowi programu informacji na temat profilaktyki żywienia związanej z minimalizacją ryzyka wystąpienia cukrzycy. Alternatywną formą edukacji prewencyjnej jest zorganizowanie przez oferenta grupowych spotkań edukacyjnych, obejmujących osoby zakwalifikowane do programu (prowadzonych przez diabetologa lub dyplomowanego dietetyka).

- e) Wydanie karty informacyjnej dla lekarza rodzinnego z wnioskami:
  - Nie stwierdzono schorzeń
  - Schorzenia wymagające badań kontrolnych z pakietu POZ
  - Zalecenie skierowania do Poradni Diabetologicznej celem dalszej diagnostyki i leczenia.
- f) Wypełnienie przez pacjenta ankiety dotyczącej poziomu satysfakcji (treść ankiety stanowi załącznik Nr 2 do niniejszej umowy)

- 4. Zakład sporządzać będzie dokumentację medyczną z przeprowadzonych badań – 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.
- 5. Zakład prowadzić będzie rejestr świadczeń wykonywanych w ramach programu zdrowotnego w formie papierowej i elektronicznej.
- 6. **Zakład zobowiązany jest do złożenia do dnia 31 grudnia 2024 r. zbiorczego sprawozdania merytoryczno-finansowego z realizacji zadania.** Sprawozdanie musi wykazać ilość osób objętych zakresem świadczeń wymienionych w § 1 ust. 3 Projektu umowy.
- 7. Ww. zakres świadczeń w ramach programu zdrowotnego musi być realizowany przez oferenta w całości w miejscu wskazanym w ofercie.
- 8. W przypadku udziału w programie osób niepełnoletnich zakład musi posiadać zgodę opiekuna prawnego.

## §2

Zakład zobowiązuje się do zamieszczenia w widocznym miejscu w placówkach realizujących umowę informacji, że realizowany program zdrowotny jest finansowany ze środków budżetu Miasta Zakopane.

### §3

1. Koszt realizacji 1 pełnego zakresu świadczeń obejmuje:
  - 1) Koszt konsultacji lekarza diabetologa, która wynosi: ..... (PLN/brutto) słownie: .....
  - 2) Koszt laboratoryjnego badania krwi (oznaczenie hemoglobiny glikowanej HbA1c): ..... (PLN/brutto) słownie: .....
2. Szacowana ilość osób objętych ww. świadczeniami to .....osób.
3. Całkowity koszt realizacji świadczeń wynikających z przedstawionego powyżej planu rzeczowo-finansowego wynosi: ..... (PLN/brutto) słownie: .....
4. **Całkowity koszt realizacji Programu wynosi: ..... PLN/(brutto) słownie .....**
5. Wpłata środków dokonywana będzie na podstawie cen jednostkowych poszczególnych zrealizowanych badań.
6. Zakład zobowiązuje się do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej środków finansowych na realizację zadania oraz ewidencji przyjętych pacjentów.
7. Kwota wynagrodzenia za wykonanie pojedynczego świadczenia opisanego w §3 ust. 1, ust. 5, ust. 6 jest ostateczna i nie podlega zmianie.
8. Zapłata wynagrodzenia następować będzie za faktycznie wykonane badanie w okresach miesięcznych, na podstawie przedstawionej faktury VAT i nie przekroczy całkowitej kwoty z ust. 4
9. Zakład zobowiązuje się do dostarczenia Faktur **do każdego 15 dnia kolejnego miesiąca.** Fakturę VAT należy wystawić na:  
Gmina Miasto Zakopane - Urząd Miasta Zakopane,  
34-500 Zakopane ul. Kościuszki 13, nr NIP 736-000-77-98.
10. Należność określona w ust. 7 będzie płatna w terminie 14 dni od daty otrzymania faktury VAT.
11. Płatność dokonuje się przelewem na rachunek bankowy Zakładu:  
.....  
o nr .....

### §4

1. Zakład zobowiązuje się do rozliczenia z wykonania niniejszej umowy za okres od zawarcia umowy **do dnia 15.12.2024 r.**
2. Brak uwag do sprawozdania stanowi o jego zaakceptowaniu przez Zleceniodawcę.
3. Wykonanie umowy wymaga złożenia pisemnej informacji o przebiegu realizacji zadania przez Zakład.

### §5

1. Zakład zobowiązuje się do prowadzenia odrębnej dokumentacji medycznej oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Zakład 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. Zakład 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.

## §6

1. Strony ustalają, że Zleceniodawca prowadzi nadzór i kontrolę wykonania umowy w trakcie jego realizacji jak i po jego wykonaniu, w szczególności Zakład zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Zleceniodawcę. 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 Zakładowi 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.

## §7

1. Zakład nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy innym osobom bez zgody Zleceniodawcy wyrażonej na piśmie.
2. Zakład zobowiązuje się zawrzeć ze Zleceniodawcą odrębną umowę dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
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.

## §8

1. W sprawach nie uregulowanych 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.
3. Wobec zawarcia niniejszej umowy strony zobowiązują się zawrzeć dodatkową umowę dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

## §9

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, w tym dwa egz. dla Zleceniodawcy i jeden dla Zakładu.

.....

Zleceniodawca

.....

Zakład



PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA  
CUKRZYCY TYPU II DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIASTO ZAKOPANE  
(ZAMELDOWANYCH NA POBYT STAŁY LUB CZASOWY OD CO NAJMNIEJ JEDNEGO  
ROKU NA TERENIE GMINY MIASTO ZAKOPANE

**ANKIETA nr .....**

**Ocena ryzyka zachorowania na cukrzycę typu II**

Płeć: kobieta [ ] mężczyzna [ ] wiek: .....

	TAK	NIE
Mam wiedzę na temat symptomów związanych z występowaniem cukrzycy typu II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Znam czynniki ryzyka występowania cukrzycy typu II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W mojej rodzinie są osoby chore na cukrzycę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem zdiagnozowany/zdiagnozowana w kierunku chorób układu krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stwierdzono u mnie występowanie nadciśnienia tętniczego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stwierdzono u mnie nadwagę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stwierdzono u mnie otyłość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przechodziłam podczas ciąży cukrzycę ciążową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wyrażam zgodę na:

- udział w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II dla mieszkańców Gminy Miasto Zakopane (zameldowanych na pobyt stały lub czasowy od co najmniej jednego roku na terenie Gminy Miasto Zakopane) na lata 2021 – 2025” i przeprowadzenie badania diagnostycznego: pobranie krwi do badania laboratoryjnego, oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c) TAK  NIE
- wykorzystanie moich danych (wiek, płeć oraz wyniki badania krwi) do zbiorczego opracowania statystycznego wyników programu przesiewowego TAK  NIE

Data: \_\_\_\_\_ Czytelny podpis uczestnika Programu (opiekuna prawnego): \_\_\_\_\_

***Wypełnia pracownik placówki:***

Osoba zakwalifikowana do programu TAK  NIE

Wynik badania: oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c): .....

Informacja dla lekarza rodzinnego z wnioskami:

Nie stwierdzono schorzeń  Schorzenia wymagające badań kontrolnych z pakietu POZ

Zalecenie skierowania do Poradni Diabetologicznej celem dalszej diagnostyki i leczenia

Wynik odebrano: TAK  data odbioru..... NIE

.....

## ANKIETA

### Badanie Satysfakcji Uczestnika

Zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety pod kątem spełnienia Państwa oczekiwań w stosunku do realizacji „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II dla mieszkańców Gminy Miasto Zakopane (zameldowanych na pobyt stały lub czasowy od co najmniej jednego roku na terenie Gminy Miasto Zakopane) na lata 2021 – 2025”. Państwa opinie służyć będą podniesieniu jakości świadczonych usług i pozwolą nam stale doskonalić jakość pracy, a także posłużą do oceny efektywności Programu.

Proszę o zaznaczanie krzyżykiem (X) wybranej odpowiedzi.

Płeć:  Mężczyzna  Kobieta

rok urodzenia: .....

#### 1. Czy Pan/Pani uważa, że uruchomienie Programu przez Gminę Miasto Zakopane 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)

lokalne media (radio, telewizja, prasa);

od znajomych, rodziny, współpracowników;

z ogłoszeń parafialnych;

z informacji w internecie;

w siedzibie Urzędu Miasta Zakopane;

inne – jakie: .....

**5. Czy w wyniku przeprowadzonych w ramach programu badań i konsultacji stwierdzono u Pana/Pani schorzenia związane z występowaniem cukrzycy typu II?**

TAK

NIE

**6. Czy uważa Pan/ Pani, że uczestnictwo w programie podniosło Pana/Pani wiedzę na temat czynników ryzyka zachorowania na cukrzycę typu II ?**

TAK

NIE

Jeżeli nie (to dlaczego?).....  
.....

Serdecznie dziękujemy za wypełnienie ankiety.