

Ogłoszenie konkursu ofert  
na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu  
terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu

I. Przedmiot konkursu:

1. Udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu: sesji psychoterapii grupowej stanowiących uzupełnienie programu ponadpodstawowego i pogłębionego finansowanego przez NFZ, zgodnie z *wykazem świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień oraz warunkach realizacji tych świadczeń* określonych w **załączniku nr 7 pkt 1.7** Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13.06.2019 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2019 r. poz. 1285 z późn. zm.).
2. Łączna wysokość środków publicznych planowanych na realizację świadczeń w ramach ww. zadania wynosi 9.600,00 zł (słownie: dziewięć tysięcy sześćset złotych).
3. Realizacja zadań wymienionych w pkt. I.1 powinna być zgodna z założeniami określonymi w pkt. II niniejszego ogłoszenia.

II. Szczegółowe informacje dotyczące przedmiotu konkursu:

1. Cele planowanych do realizacji zadań:
  - a) Zwiększenie liczby osób korzystających z profesjonalnej pomocy terapeutycznej w zakresie leczenia uzależnienia i współuzależnienia.
  - b) Zwiększenie dostępności profesjonalnych działań pomocowych osobom uzależnionym od alkoholu i współuzależnionym.
2. Adresatami zadania są mieszkańcy Cieszyna:
  - a) Osoby dorosłe z zespołem uzależnienia od alkoholu.
  - b) Członkowie rodzin osób uzależnionych od alkoholu.
3. Działania podmiotu w ramach zadań:
  - a) Prawidłowa i rzetelna realizacja zadania i udzielanie świadczeń zdrowotnych.
  - b) Udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z planem/harmonogramem.
  - c) Przygotowanie sprawozdań i rozliczeń finansowych z realizacji zadania.
4. Rodzaje świadczeń – założenia przyjęte w celu ujednoczenia nazewnictwa stosowanego w ofertach: **Sesja psychoterapii grupowej** – sesja realizowana z grupą od 4 do 12 osób (dotyczy także osób współuzależnionych), stanowiąca element ustalonego planu leczenia prowadzona według określonej metody. Możliwe jest także udzielanie świadczenia w programach pogłębionych, obejmujących leczenie zaburzeń emocjonalnych u osób uzależnionych lub współuzależnionych.

5. Kwalifikacje wymagane od osób udzielających świadczeń zdrowotnych: kwalifikacje wymagane od personelu realizującego świadczenia zdrowotne określone w niniejszym ogłoszeniu:
  - specjalista psychoterapii uzależnień \*
  - osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień\*\*
  - instruktor terapii uzależnień
  - osoba prowadząca psychoterapię
  - osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty \*\*Kwalifikacje dla ww. osób należy udokumentować odpowiednimi potwierdzeniami (dyplom/certyfikat/świadczenie itp.).
6. Niezbędne wyposażenie i warunki udzielania świadczeń:  
Pomieszczenia i wyposażenie winny odpowiadać standardom określonym 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. 2019 r., poz. 595).
7. Posiadanie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 136b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).
8. Dokumentacja realizowanych zadań:
  - a) Plan udzielania świadczeń w ramach zadania określonego w ogłoszeniu (harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych).
  - b) Kwestionariusz sprawozdania miesięcznego i kwestionariusz sprawozdania końcowego z realizacji zadań zawierający opis podjętych działań oraz informację o liczbie i rodzaju udzielonych świadczeń zdrowotnych.
9. Monitorowanie realizacji zadań:
  - a) Liczba osób objętych świadczeniami terapeutycznymi,
  - b) Liczba spotkań terapeutycznych.

### III. Okres realizacji świadczeń:

Zadanie realizowane będzie w okresie od dnia podpisania umowy do grudnia 2021 roku. Szczegółowy termin realizacji zadania określony zostanie w umowie pomiędzy gminą Cieszyn a podmiotem wybranym w toku postępowania konkursowego.

### IV. Oferenci:

W konkursie mogą wziąć udział podmioty określone w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień na podstawie umów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie terapii uzależnień.

\*osoba, która posiada kwalifikacje specjalisty terapii/psychoterapii uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2277 z późn. zm.),

\*\* osoba, która uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień i posiada kwalifikacje instruktora terapii uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

V. Sposób przygotowania oferty:

1. Oferta<sup>1</sup> powinna być sporządzona zgodnie z założeniami określonymi w pkt. II niniejszego ogłoszenia oraz wzorem określonym w załączniku nr 1 do ogłoszenia.
2. Wraz z ofertą oferent składa wszystkie wymagane załączniki.
3. Formularz oferty można otrzymać w Dziale Pracy Specjalistycznej MOPS w Cieszynie, ul. Skrajna 5, pokój nr 4, bądź pobrać wersję elektroniczną z Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Cieszynie.
4. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
5. Wszystkie strony oferty muszą być ponumerowane.
6. Oferta musi być podpisana i opieczetowana przez przedstawiciela(-li) oferenta upoważnionego(-ych) do reprezentowania oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu.
7. Poprawki mogą być dokonane jedynie przez czytelne przekreślenie błędnego zapisu i wstawienie obok zapisu poprawnego. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany powinny być parafowane przez osobę(-by) podpisującą(-ce) ofertę.
8. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie opatrzonej nazwą i adresem podmiotu oraz informacją: Oferta na konkurs ofert na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych”.
9. Warunkiem przyjęcia i rozpatrzenia ofert, jest złożenie kompletnej oferty przez podmiot uprawniony do składania ofert, w odpowiednim terminie i miejscu. Prawidłowo złożone oferty staną się przedmiotem oceny komisji konkursowej.

VI. Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów.

1. Dokumenty:
  - a) Kopia zaświadczenia o wpisie podmiotu wykonującego działalność leczniczą do rejestru podmiotów leczniczych lub aktualny odpis/wydruk z rejestru.
  - b) Kopia statutu jednostki lub innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, (np. kopię umowy spółki).
  - c) Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.
  - d) Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych.
2. Oświadczenia oferenta:
  - a) zapoznaniu się z treścią niniejszego ogłoszenia,
  - b) zapoznaniu się z wzorem i zaakceptowaniu warunków umowy określonych w załączniku nr 2 do ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnień i współuzależnienia od alkoholu,
  - c) niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
  - d) Oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach przedmiotu oferty nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.
3. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę(-by) upoważnioną(-ne) do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta.

---

<sup>1</sup> Wzór formularza ofertowego stanowi załącznik nr 1 do ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu

VII. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu.

Informacje dotyczące konkursu ofert udzielane będą w Dziale Pracy Specjalistycznej MOPS w Cieszynie, tel. 33- 47949 30, w godzinach 7.00 – 15.00.

VIII. Termin i miejsce składania ofert.

1. Oferty należy składać w terminie do dnia **12 marca 2021 roku, do godz. 15.00**, na wzorze formularza ofertowego zgodnego z załącznikiem nr 1 do ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w Urzędzie Miejskim w Cieszynie lub listownie na adres: Urząd Miejski, Rynek 1, 43-400 Cieszyn (decyduje stempla pocztowego).
2. Wszystkie oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone i zwrócone oferentom bez otwierania koperty.

IX. Termin, tryb i kryteria stosowane przy wyborze ofert.

1. Termin: wybór ofert dokonany zostanie do dnia **26 marca 2021 roku**.
2. Termin związania ofertą jest nie dłuższy niż 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Konkurs przeprowadza Komisja Konkursowa powołana przez Burmistrza Miasta Cieszyna.
4. Komisja konkursowa obraduje na posiedzeniach zamkniętych, bez udziału oferentów z wyjątkiem:
  - a) stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia konkursu oraz podania liczby otrzymanych ofert,
  - b) otwarcia kopert z ofertami,
  - c) podania danych dotyczących oferentów oraz wysokości ceny oferty.
5. Konkurs ofert składa się z dwóch etapów.
6. W pierwszym etapie komisja konkursowa ocenia oferty pod względem formalnym, dokonując kolejno następujące czynności:
  - a) odrzuca oferty nie spełniające wymogów określonych w ogłoszeniu o konkursie,
  - b) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
  - c) sprawdza oferty pod względem formalnym.
7. W drugim etapie Komisja Konkursowa dokonuje oceny ofert pod względem merytorycznym.
8. W toku badania i oceny ofert Komisja Konkursowa może:
  - a) zwrócić się do oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznej złożonych ofert,
  - b) poprawić w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie.
9. Komisja konkursowa dokonuje oceny zadania (zgodnego z opisem pkt.I.1) ujętego w złożonych ofertach. Do oceny zadania Komisja stosuje następujące kryteria oceny merytorycznej oraz ich punktację:
  - a) możliwość realizacji zadania zgodnie ze standardami (zasoby kadrowe, warunki lokalowe i wyposażenie): **do 10 pkt**,
  - b) koszt realizacji świadczeń ujętych w danym zadaniu (ogólny i jednostkowy koszt świadczeń w odniesieniu do zakresu rzeczowego zaproponowanych działań, wysokość stawek): **do 30 pkt**,

- c) doświadczenie (w zakresie udzielania świadczeń z zakresu profilaktyki, terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych): **do 30 pkt.**
10. Jedna oferta może uzyskać maksymalnie 70 pkt.
11. Zadanie, które otrzyma poniżej **30 pkt** uznaje się za nie spełniające kryteriów merytorycznych i nie jest brane pod uwagę w dalszym postępowaniu.
12. Komisja konkursowa dokona wyboru jednego oferenta, którego oferta będzie najkorzystniejsza.
13. Komisja konkursowa po zakończeniu drugiego etapu konkursu ofert przedłoży Burmistrzowi Miasta Cieszyna rekomendacje, co do wyboru oferty wraz z propozycją wysokości środków na realizację zadania.
14. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu dokona Burmistrz Miasta Cieszyna w formie zarządzenia, na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez Komisję Konkursową.
15. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszcza informację na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Cieszynie oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Cieszynie.
- X. W związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, w celu zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego osób uczestniczących w zadaniu oraz realizatorów zadania, Zleceniobiorca zobowiązany jest do przestrzegania wzmożonego reżimu sanitarnego, a także przestrzegania i stosowania procedur i zaleceń wydanych przez odpowiednie służby i organy państwa (w szczególności Wojewodę Śląskiego, Głównego Inspektora Sanitarnego).
- XI. Postanowienia końcowe.
1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych o czym niezwłocznie informuje oferentów oraz umieszcza informację w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Cieszyna.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:
- a) odwołania konkursu ofert, przesunięcia terminu składania ofert oraz przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny,
- b) odstąpienia od realizacji zadań z przyczyn obiektywnych (m.in. zmian w budżecie Miasta).
3. Udzielający zamówienia umarza konkurs, jeśli postępowanie konkursowe nie zostanie zakończone wyłonieniem właściwej oferty.
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zlecenia wybranemu oferentowi udzielania świadczeń zdrowotnych tylko w ramach części zadań określonych w pkt I. ppkt. 1.
5. Kwota przyznana na realizację zadań może być niższa od wskazanej w ogłoszeniu.
6. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.

Załączniki:

1. formularz ofertowy,  
2. ramowy wzór umowy.

Burmistrz Miasta  
*Gabriela Staszkiwicz*  
Gabriela Staszkiwicz  
(2)

.....  
.....  
(pieczęćka firmowa Oferenta)

(miejsceowość, data)

### FORMULARZ OFERTOWY

**dot. udzielania mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu.**

#### *I. Dane dotyczące Oferenta*

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

4. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

5. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

**II. Informacje o planowanej realizacji zadań**

1. Proponowany czas trwania umowy (rozpoczęcia i zakończenia realizacji zadań):

--

2. Miejsce realizacji planowanych zadań (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki):

--

3. Warunki lokalowe (liczba pomieszczeń do psychoterapii indywidualnej i grupowej, gabinet lekarski, rejestracja i in.):

--

4. Wyposażenie (sprzęt i urządzenia):

--

5. Określenie składu i kwalifikacji osób realizujących planowane zadania:

Lp.	Imię i Nazwisko	Zawód	Uzyskany stopień specjalizacji	Forma współpracy z Oferentem	udzielane świadczenia zdrowotne w ramach planowanych zadań
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

6. Informacje o instytucjach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):

--

7. Planowane działania informacyjne:

--

8. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

--

9. Charakterystyka planowanych zadań wraz z określeniem liczby odbiorców:

Lp.	Nazwa zadania (świadczenia psychoterapii grupowej)	Opis planowanych działań, w tym pracy terapeutycznej (rodzaju świadczeń)	Szacowana liczba odbiorców
1.	<b>Zadanie nr 1</b> Świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym		
2.	<b>Zadanie nr 2</b> Świadczenia pogłębionej terapii dla osób uzależnionych		
3.	<b>Zadanie nr 3</b> Świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych		
CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:			



10. Zakładane rezultaty:

--

11. Założenia dotyczące pomiaru bezpośrednich rezultatów planowanych do realizacji zadań (metody, sposoby i terminy dokonania oceny):

--

12. Liczba godzin poszczególnych świadczeń w ramach planowanych do realizacji zadań:

Lp.	Rodzaj świadczeń (zgodny z założeniami określonymi w pkt. II. 4 ogłoszenia o konkursie)	Zadanie nr 1 – świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care)...	Zadanie nr 2 – świadczenia pogłębionej terapii dla osób uzależnionych	Zadanie nr 3 – świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych	Całkowita liczba godzin danego świadczenia
1	2	3	4	6	9
1.	Sesja psychoterapii grupowej				
	RAZEM – liczba godzin w ramach planowanych do realizacji zadań				

**III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.**

Lp.	Rodzaj świadczenia (zgodnie ze wskazanymi przez Oferenta w kolumnie nr 2 tabeli z pkt. II.12)	Liczba godzin danego świadczenia (zgodnie z kolumną nr 3 - 6 tabeli z pkt. II.12) <sup>1</sup>	Stawka brutto w PLN	Wartość brutto w PLN
1	2	3	4	5
1.	Sesja psychoterapii grupowej			
2.				
3.				
Koszt całkowity realizacji zadań (kwota brutto w zł)				
słownie:				

<sup>1</sup>.w przypadku różnych stawek danego świadczenia w ramach poszczególnych zadań, w kolumnie nr 2 obok rodzaju świadczenia należy wskazać zadanie i wpisać liczbę godzin z kolumny tabeli z pkt. II. ppkt. 12 odnoszącej się do danego zadania

**IV. Informacje dodatkowe.**

1.	Doświadczenie Oferenta w realizacji zadań/świadczeń/programów profilaktyki uzależnień (rodzaje zadań/świadczeń/programów, termin realizacji, zleceniodawca programu)	
2.	Podwykonawcy, którym Świadczeniodawca zamierza zlecić realizację części zadania (Nazwa, adres, NIP, REGON, KRS/CEIDG)	

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Miasta dot. konkursu na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu.
2. Zapoznał się z ramowym wzorem umowy i zaakceptował warunki umowy.
3. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....  
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania oferenta i składania  
oświadczeń woli

---

**Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:**

1. Kopię zaświadczenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. kopię statutu jednostki lub innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, (np. kopię umowy spółki),
3. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
4. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych,
5. oświadczenie o nie zaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
6. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach realizacji zadań będących przedmiotem niniejszego konkursu ofert, nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

**Pouczenie:**

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę(-by) upoważnioną(-ne) do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.

## Ramowy projekt umowy

**na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu**

**UMOWA NR .....**

zawarta w dniu ..... 2021 roku w Cieszynie,

między:

**Gminą Cieszyn** z siedzibą w Cieszynie, Rynek 1, reprezentowaną przez **Gabrielę Staszkiwicz - Burmistrz Miasta Cieszyna**, zwaną dalej „Zamawiającym”

a

..... z siedzibą w .....,

(numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, nazwa organu prowadzącego rejestr)

zwanym dalej **Świadczeniodawcą**, w imieniu którego działa (działają):

w rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty Świadczeniodawcy w drodze konkursu ofert na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu przeprowadzonego na podstawie art. art. 9b ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych strony zawierają umowę o następującej treści:

### § 1

1. Zamawiający zleca, a Świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielania mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w ramach uzupełnienia programu ponadpodstawowego i pogłębionego finansowanego przez NFZ- zwanych dalej świadczeniami zdrowotnymi:
  - 1) z zakresu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym:
    - w wymiarze..... godzin,
    - 2) z zakresu pogłębionej terapii dla osób uzależnionych:
      - w wymiarze..... godzin,
      - 3) z zakresu psychoterapii dla osób współuzależnionych:
        - w wymiarze..... godzin,
  2. Zakres oraz zasady organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych określone zostały w ogłoszeniu konkursu ofert oraz ofercie Świadczeniodawcy stanowiących odpowiednio załączniki nr 1 i 2 do niniejszej umowy.
  3. Liczba osób, u których zostaną wykonane świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 uzależniona jest od zgłaszalności pacjentów.

4. W przypadku braku zapotrzebowania na poszczególne świadczenia zdrowotne dopuszcza się możliwość przesunięć liczby świadczeń pomiędzy poszczególnymi ich rodzajami w ramach kwoty, o której mowa w § 6 za uprzednią pisemną akceptacją Zamawiającego

## § 2

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ..... do dnia .....

## § 3

1. Świadczenia zdrowotne będą udzielane w .....
2. Informacja o udzielaniu świadczeń zdrowotnych obejmująca: zakres i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych, dni i godzin w jakich świadczenia są udzielane, zasad wpisu na listę osób objętych świadczeniami, fakt finansowania świadczeń z budżetu gminy Cieszyn, sposobu rejestracji zostanie podana do wiadomości publicznej poprzez: .....

## § 4

1. Przed rozpoczęciem realizacji zadań Świadczeniodawca sporządzi harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 ust. 1, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
2. Harmonogram powinien określać rodzaj świadczenia zdrowotnego, z uwzględnieniem liczby godzin planowanych w danym miesiącu.
3. Świadczeniodawca jest zobowiązany uzyskać na harmonogramie akceptację Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Cieszynie.
4. Zmiana harmonogramu w trakcie trwania umowy wymaga akceptacji Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, natomiast nie powoduje zmiany umowy w formie aneksu.
5. Niedopuszczalna jest zmiana harmonogramu w trybie określonym w ust. 4 gdyby miałyby to zmienić warunki finansowe umowy.

## § 5

1. Świadczeniodawca oświadcza, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone przez Zamawiającego oraz wynikające z odrębnych przepisów.
2. O każdej zmianie w imiennym wykazie osób udzielających świadczeń zdrowotnych zamieszczonym w ofercie, Świadczeniodawca informuje pisemnie Zamawiającego w terminie do 7 dni od daty dokonania tych zmian. Świadczeniodawca zobowiązuje się, że ewentualne zmiany osób udzielających świadczeń zdrowotnych nie spowodują zmniejszenia liczby i obniżenia kwalifikacji zawodowych personelu, zagwarantowanych przez Świadczeniodawcę w ofercie.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 5 do niniejszej umowy.
4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w ogłoszeniu konkursowym dla podmiotu składającego ofertę.
5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Zamawiającego do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy.
7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 5 do niniejszej umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia Zamawiającemu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

## § 6

1. Z tytułu przedmiotu umowy określonego w § 1 Świadczeniodawcy przysługuje wynagrodzenie według stawek określonych w ofercie Świadczeniodawcy brutto za godzinę świadczenia, płatne na podstawie miesięcznych faktur wystawionych przez Świadczeniodawcę po udzieleniu świadczenia, w kwocie:
  - ..... zł netto (słownie: ..... 00/100) za jedną godzinę
  - + 0 zł VAT (słownie: zero 00/100 zł), co daje kwotę
  - ..... zł brutto (słownie: ..... 00/100) za świadczenia, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt. 1 - 3w łącznej kwocie nie wyższej niż ..... zł brutto (słownie: ..... 00/100)
2. MOPS zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia przelewem w terminie 14 dni od przedłożenia prawidłowo wystawionej faktury na rachunek bankowy wskazany na fakturze.
3. Fakturę należy wystawić na nabywcę:  
Miasto Cieszyn  
Rynek 1  
43-400 Cieszyn  
NIP: 5482404950,  
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Cieszynie  
ul. Skrajna 5  
43 - 400 Cieszyn
4. Wynagrodzenie za dany okres miesięczny obliczane jest jako suma iloczynu stawek wynikających z oferty Świadczeniodawcy i liczby godzin poszczególnych świadczeń udzielonych w tym okresie.
5. Wraz z fakturą VAT Świadczeniodawca przedkłada kwestionariusz sprawozdania sporządzonego wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do umowy.
6. Przelew będzie dokonany na konto bankowe z umowy zgłoszone i wykazane na białej liście podatników' lub na jakiegokolwiek inne konto zgłoszone i wykazane na białej liście pod rygorem odmowy wypłaty.

## § 7

1. Świadczeniodawca przedłoży Zamawiającemu końcowy kwestionariusz sprawozdawczy z realizacji zadań, w terminie do .....
2. Sprawozdanie winno być sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do niniejszej umowy.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest na żądanie Zamawiającego do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.

## § 8

Świadczeniodawca zobowiązuje się do:

- 1) należytego wykonania przedmiotu umowy zgodnie z ogłoszeniem o konkursie, złożoną ofertą, powszechnie obowiązującymi przepisami prawa i zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia regulującymi kwestie udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z aktualnymi wytycznymi GIS.
- 2) udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej i z respektowaniem praw pacjenta,
- 3) prowadzenia odrębnej dokumentacji świadczeń udzielanych w ramach niniejszej umowy,
- 4) prowadzenia dokumentacji medycznej w oparciu o obowiązujące przepisy prawa,
- 5) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.
- 6) podania do publicznej wiadomości informacji dotyczących:
  - a. zakresu i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - b. dni i godzin w jakich świadczenia są udzielane,

- c. zasad wpisu na listę osób objętych świadczeniami,
  - d. sposobu rejestracji.
- 7) wskazania w prowadzonej działalności informacyjnej oraz we wszelkich opracowaniach i publikacjach, że świadczenia zdrowotne stanowiące przedmiot umowy są finansowane przez gminę Cieszyn.

### **§ 9**

Świadczeniodawca nie może uwzględniać świadczeń realizowanych w ramach niniejszej umowy w rozliczeniach z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

### **§ 10**

W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapłaty Zamawiającemu kary umownej w wysokości 50 % wartości całkowitego wynagrodzenia umownego za przedmiot umowy, przy czym Zamawiający zachowuje prawo do dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych w zakresie jakim poniesiona szkoda przewyższa zastrzeżoną karę umowną.

### **§ 11**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do kontroli sposobu wykonania umowy i do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku nieprawidłowego wywiązania się przez Świadczeniodawcę z jej warunków, a Świadczeniodawca zobowiązuje się do zapłaty Zamawiającemu odszkodowania w przypadku poniesienia przez Zamawiającego z tego tytułu szkody.

### **§ 12**

1. Zleceniobiorca oświadcza, że:
  - 1) w ramach wykonywania działalności leczniczej, przetwarza dane osobowe w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, dokonywania rozliczeń z tego tytułu oraz prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy, wraz z odnośnymi aktami wykonawczymi do tych przepisów oraz Ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz wydanymi na jej podstawie aktami wykonawczymi.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych z zachowaniem szczególnej staranności w celu ochrony interesów osób, których dane dotyczą oraz z poszanowaniem ich praw określonych w UODO, RODO oraz w przepisach regulujących kwestie prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej, a także do zachowania w tajemnicy udostępnionych danych osobowych.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zabezpieczenia danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym oraz realizacji innych obowiązków spoczywających na Zleceniobiorcy jako administratorze danych w rozumieniu UODO oraz RODO, w tym przede wszystkim obowiązków informacyjnych wobec osób, których dane dotyczą.

### **§ 13**

Świadczeniodawca jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

#### § 14

1. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
  - 1) stwierdzenia braku wymaganych kwalifikacji u osób udzielających świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 5 ust. 1 i ust.2,
  - 2) utraty przez Świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń zdrowotnych,

#### § 15

Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez Świadczeniodawcę osobom trzecim w związku z wykonywaniem umowy.

#### § 16

Świadczeniodawca oświadcza, że znany jest mu fakt, iż treść niniejszej umowy stanowi informację publiczną w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie informacji publicznej oraz wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowy zawartych w niniejszej umowie obejmujących dane Świadczeniodawcy, a także zakres zawartej umowy oraz w szczególności informacje o wynagrodzeniu jakie otrzymał z tytułu wykonania niniejszej umowy na potrzeby udostępniania informacji publicznej przez Biuletyn Informacji Publicznej oraz na podstawie wniosków o udostępnianie informacji publicznej.

#### § 17

Do wzajemnych kontaktów strony ustalają:

1. Po stronie Zamawiającego: .....
2. Po stronie Świadczeniodawcy: .....

#### § 18

Wszelkie zmiany umowy wymagać będą zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 19

Spory powstałe w związku z wykonywaniem umowy Strony poddają pod rozstrzygnięcie sądowni właściwemu dla Zamawiającego.

#### § 20

Umowa została sporządzona w dwóch egzemplarzach, z czego jeden dla Zamawiającego, a jeden dla Świadczeniodawcy.

**ŚWIADCZENIODAWCA**

**ZAMAWIAJĄCY**

#### ZAŁĄCZNIKI DO UMOWY:

1. Ogłoszenie,
2. Oferta,
3. Harmonogram na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu,
4. Wzór kwestionariusza sprawozdawczego udzielania mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia,
5. Wykaz podwykonawców.



**HARMONOGRAM**  
**na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych**  
**z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu**

Wykonawca: .....

.....  
nazwa podmiotu udzielającego świadczeń

Rok kalendarzowy: .....

Numer i nazwa zadania *	Świadczenia psychoterapii grupowej		
	rodzaj świadczenia: z zakresu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym	rodzaj świadczenia: z zakresu pogłębionej terapii dla osób uzależnionych	rodzaj świadczenia: z zakresu psychoterapii dla osób współuzależnionych
Miesiąc	planowana ** l.świadczeń / l.godzin	planowana ** l.świadczeń/ l.godzin	planowana ** l.świadczeń / l.godzin
marzec			
kwiecień			
maj			
czerwiec			
lipiec			
sierpień			
wrzesień			
październik			
listopad			
grudzień			
<b>RAZEM</b>			

\* powyższa tabela oddzielnie dla każdego zadania

\*\* niepotrzebne skreślić

**Kwestionariusz sprawozdawczy – miesięczny/końcowy\***

**Z udzielania mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych**

**I. Informacje ogólne:**

1. Czy świadczenia zdrowotne były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy gminą Cieszyn a Świadczeniodawcą?  
TAK  NIE
2. Okres realizacji świadczeń: od ..... do .....
3. Liczba godzin przeznaczona na poszczególne świadczenia zdrowotne jest zgodna z harmonogram  
TAK  NIE
4. Świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie  
TAK  NIE

**II. Realizacja poszczególnych zadań:**

1. Zadanie nr 1 - Świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wykonanie (L.świadczeń, L.godzin)	Liczba osób objęta świadczeniami
Zakres merytoryczny udzielonych świadczeń** :			

2. Zadanie nr 2 - Świadczenia pogłębionej terapii dla osób uzależnionych

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wykonanie (L.świadczeń, L.godzin)	Liczba osób objęta świadczeniami
Zakres merytoryczny udzielonych świadczeń** :			

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy tylko sprawozdania końcowego

3. Zadanie nr 3 - Świadczenia psychoterapii dla osób współzależnych

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wykonanie (L. świadczeń, L. godzin)	Liczba osób objęta świadczeniami
Zakres merytoryczny udzielonych świadczeń** :			

III. informacje uzupełniające

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęć i podpis

*załącznik nr 5  
do umowy na udzielanie mieszkańcom  
Cieszyna gwarantowanych świadczeń  
zdrowotnych z zakresu terapii uzależnień  
i współuzależnienia od alkoholu*

**Wykaz podwykonawców którym Świadczeniodawca zamierza zlecić realizację części zadania**

<b>Lp.</b>	<b>Wykaz podwykonawców, którym Świadczeniodawca zamierza zlecić realizację części zadania (nazwa)</b>	<b>(adres, NIP, REGON, KRS/CEIDG)</b>