

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 65/2019  
Burmistrza Wolborza  
z dnia 1 lipca 2019 r.

## **OGŁOSZENIE O OTWARTYM KONKURSIE OFERT NA REALIZACJĘ ZADAŃ Z ZAKRESU ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH OPIEKI ZDROWOTNEJ, W RODZAJU REHABILITACJA LECZNICZA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY WOLBÓRZ**

### **Podstawa prawna:**

Uchwała Nr XL/279/2017 Rady Miejskiej w Wolborzu z dnia 28 grudnia 2017 r. w sprawie finansowania dla mieszkańców gminy Wolbórz świadczeń gwarantowanych w zakresie ochrony zdrowia, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465).

### **Przedmiot konkursu:**

Przedmiotem konkursu jest udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie określonym w załączniku do ogłoszenia – formularzu ofertowym. Zakres świadczeń ustalono w oparciu o załącznik 1 m do zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r.

### **Warunki konkursu:**

1. Do konkursu mogą przystąpić wyłącznie podmioty lecznicze, o których mowa w ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.).
2. Zawarcie umowy nastąpi na podstawie wyników konkursu ofert, zatwierdzonych przez Burmistrza Wolborza, na okres od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2019 r.
3. Na realizację zamówienia zamawiający przeznacza kwotę 24.000,00 zł.
4. Oferent powinien posiadać sprzęt i aparaturę medyczną konieczną do realizacji świadczeń, zgodnie z załącznikiem do ogłoszenia (oświadczenie na ofercie).
5. Realizacja świadczeń może odbywać się wyłącznie pod nadzorem magistra fizjoterapii na podstawie skierowań od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
6. Dostępność (świadczenie usług danego dnia roboczego) 10 godzin. Dostępność świadczeń dla osób z niepełnosprawnością (podjazdy, wc).
7. Zabiegi kinezyterapii w oddzielnym pomieszczeniu (sali gimnastycznej), masaże lecznicze w oddzielnym pomieszczeniu (boksie), elektrolecznictwo w oddzielnym pomieszczeniu (boksie), leczenie polem elektromagnetycznym w oddzielnym pomieszczeniu (boksie), światłolecznictwo w oddzielnym pomieszczeniu (boksie), hydroterapia w oddzielnym pomieszczeniu (boksie), szatnia w oddzielnym pomieszczeniu (boksie) z możliwością przebierania się pacjenta (oświadczenie na ofercie).
8. Oferty należy składać w zamkniętych kopertach z napisem „Konkurs na realizację świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza” oraz adres zwrotny oferty, w sekretariacie Urzędu Miejskiego w Wolborzu w terminie do dnia 24 lipca 2019 r. do godz. 10:00.
9. Koperta powinna być opatrzona napisem „Nie otwierać do dnia 24 lipca 2019 r. do godziny 10:15”.
10. O terminie złożenia oferty decyduje data wpływu do Urzędu Miejskiego w Wolborzu. Oferty, które wpłyną po ww. terminie lub nie będą spełniały kryteriów formalnych nie będą rozpatrzone.

### **Kryteria oceny ofert:**

1. Kryteria formalne:
  - 1) kompletne wypełnienie oferty;

- 2) oferta winna być podpisana przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w zakresie spraw majątkowych oferenta;
- 3) do oferty należy załączyć dyplomy i certyfikaty potwierdzające kwalifikacje osób bezpośrednio realizujących zadanie.

2. Komisja konkursowa dokona oceny merytorycznej wg punktacji:

- 1) 1 pkt za każdy zabieg (kompleksowość max 30 punktów),
- 2) od 1 do 10 pkt. za cenę.

Ocena kryterium nastąpi na podstawie wzoru:

$C = \text{Cena najniższa spośród złożonych ofert} / \text{cenę oferty badanej} \times 10 \text{ pkt.}$

Punkt usługi położony powinien być na terenie gminy Wolbórz.

Otwarcie ofert nastąpi 24 lipca 2019 r. o godzinie 10:15 w sali nr 18 Urzędu Miejskiego w Wolborzu.

3. Konkurs zostanie rozstrzygnięty nie później niż do dnia 29 lipca 2019 r.

4. Termin związania ofertą upływa 31 lipca 2019 r.

5. Oferent, z którym zostanie zawarta umowa będzie rozliczał się z wykonywanych usług wg wagi punktowej produktu rozliczeniowego wskazanego w załączniku do ogłoszenia. Załącznikiem do faktury będzie wykaz zrealizowanych świadczeń z rozdziałem na wartość punktową.

6. Zamawiający zastrzega sobie prawo odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz przesunięcia terminu składania ofert rozstrzygnięcia konkursu.

7. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli spełniania warunków udziału w postępowaniu zarówno podczas postępowania konkursowego oraz w trakcie realizacji zadania.

Uwaga:

Informujemy, że w ramach konkursu ofert gmina Wolbórz finansuje wyłącznie projekty, których zakresem podmiotowym będą objęci mieszkańcy gminy Wolbórz.

**Załączniki:**

- formularz oferty,
- wzór umowy.

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1 Ogłoszenie o otwartym konkursie ofert na realizację zadań z zakresu świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców gminy Wolbórz

**Gmina Wolbórz**  
**Pl. Jagielly 28**  
**97-320 Wolbórz**

**OFERTA**

**na realizację zadań z zakresu świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców gminy Wolbórz**

**Nazwa i adres Świadczeniodawcy:**

.....  
 .....  
 .....

NIP.....

REGON .....

Tel/faks/ email .....

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w ogłoszeniu o otwartym konkursie ofert na realizację zadań z zakresu świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców gminy Wolbórz zgodnie z poniższymi warunkami:

Ocena	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wymagania sprzętowe i lokalowe	Waga punktowa produktu rozliczeniowego	Czy oferent będzie realizował	Liczba punktów
<b>Kinezyterapia</b>					
1 punkt	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.*	W oddzielnym pomieszczeniu UGUL z osprzętem, stół rehabilitacyjny materace, drabinki, stół do ćwiczeń manualnych, bieżnia elektryczna lub tor do nauki chodu	25	TAK/NIE	
1 punkt	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut		8	TAK/NIE	
1 punkt	mobilizacja		8	TAK/NIE	
1 punkt	ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut		6	TAK/NIE	
1 punkt	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut		6	TAK/NIE	
1 punkt	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut		6	TAK/NIE	

1 punkt	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut		8	TAK/NIE	
1 punkt	wyciągi		7	TAK/NIE	
1 punkt	inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut		5	TAK/NIE	
<b>Masaż</b>					
1 punkt	masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	Oddzielny gabinet masażu	10	TAK/NIE	
1 punkt	masaż limfatyczny ręczny – leczniczy	Oddzielny gabinet masażu	12	TAK/NIE	
<b>Elektrolecznictwo</b>					
1 punkt	galwanizacja	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK/NIE	
1 punkt	jonoforeza	Aparat do elektroterapii z osprzętem	5	TAK/NIE	
1 punkt	tono liza	Aparat do elektroterapii z osprzętem	6	TAK/NIE	
1 punkt	prądy diadynamiczne	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK/NIE	
1 punkt	prądy interferencyjne	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK/NIE	
1 punkt	prądy TENS	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK/NIE	
1 punkt	prądy TRAEBERTA	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK/NIE	
1 punkt	prądy KOTZA	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK/NIE	
1 punkt	ultradźwięki miejscowe	Aparat do elektroterapii z osprzętem	6	TAK/NIE	
1 punkt	ultrafonoforeza	Aparat do elektroterapii z osprzętem	7	TAK/NIE	
<b>Leczenie polem elektromagnetycznym</b>					
1 punkt	impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	Aparat wytwarzający pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6	TAK/NIE	
1 punkt	diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	Aparat do diatermii krótko-mikrofalowej z osprzętem	6	TAK/NIE	
1 punkt	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	Aparat do magnetoterapii z osprzętem	3	TAK/NIE	
<b>Światłolecznictwo i termoterapia</b>					

1 punkt	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	Lampa emitująca promienie podczerwone i/lub ultrafioletowe	3	TAK/NIE	
1 punkt	laseroterapia punktowa	Aparat do laseroterapii z osprzętem	6	TAK/NIE	
<b>Hydroterapia</b>					
1 punkt	kąpiel wirowa kończyn górnych	Wanna do masażu podwodnego kończyn górnych	7	TAK/NIE	
1 punkt	kąpiel wirowa kończyn dolnych	Wanna do masażu podwodnego kończyn dolnych	7	TAK/NIE	
<b>Krioterapia</b>					
1 punkt	krioterapia-miejscowe (pary azotu)	Pary azotu	8	TAK/NIE	
1 punkt	szatnia dla pacjentów stanowiąca odrębne pomieszczenie	X	X	TAK/NIE	
				<b>Oferowana cena za punkt rozliczeniowy</b>	

Miejsce realizacji usługi **położone na terenie gminy Wolbórz**

Nazwa: .....

Adres .....

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że :

- 1) zapoznałem się z warunkami podanymi przez Zamawiającego w ogłoszeniu o otwartym konkursie ofert i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) zapoznałem się i akceptuję warunki umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza,
- 3) zapoznałem się z zasadami przygotowania i składania oferty,
- 4) oświadczam, iż spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu, w szczególności posiadam zasoby kadrowe, sprzętowe i lokalowe umożliwiające realizację zadań, o których mowa w ofercie,
- 5) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą realizowane świadczenia,
- 6) oświadczam, iż wszystkie dane i informacje podane w złożonej ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie ona zawarta.

2. W przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy na zasadach określonych w niniejszym postępowaniu, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

3. Do oferty dołączono:

.....

.....

Adres, na który Zamawiający powinien przysyłać ewentualną korespondencję:

.....  
.....

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym:

.....

Numer telefonu: .....

Numer faksu, na który będzie wysyłana korespondencja: .....

Adres e-mail: .....

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis osoby/ób uprawniony do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

Załącznik do formularza ofertowego

**Wykaz personelu przy pomocy, którego Świadczeniodawca będzie realizował świadczenia będące przedmiotem oferty.**

**„HARMONOGRAM- ZASOBY”**

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Wykształcenie – specjalizacja</b>	<b>Doświadczenie Zawodowe</b>

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis osoby/ób uprawniony do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

Załącznik Nr 2 do Załącznika Nr 1 Ogłoszenie o otwartym konkursie ofert na realizację zadań z zakresu świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców gminy Wolbórz

## UMOWA Nr

### **o udzielenie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza**

zawarta w Wolborzu dnia ..... roku, pomiędzy:

Gminą Wolbórz, 97-320 Wolbórz, Pl. Jagiełły 28, NIP 771-26-57-616 – reprezentowaną przez Andrzeja Jarosa – Burmistrza Wolborza

a

.....

zwanym dalej „Świadczeniodawcą”, reprezentowanym przez:

.....

### **Przedmiot umowy**

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza, zwanymi dalej „świadczeniami”, w zakresie określonym w formularzu ofertowym, który stanowi załącznik nr 1 do umowy na rzecz mieszkańców i na terenie Gminy Wolbórz (zgodnie z ofertą).

2. Potwierdzeniem bycia mieszkańcem Gminy Wolbórz jest wpis do Rejestru mieszkańców, określonym w art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz. U. z 2018 r. poz. 1382 z późn. zm).

3. Podstawą udzielania przez Świadczeniodawcę gwarantowanego świadczenia zdrowotnego objętego niniejszą umową będzie każdorazowo skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

4. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2018 r. poz. 1532 z późn. zm), zwanej dalej „ustawą”, w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

### **Organizacja udzielania świadczeń**

§ 2. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są zgodnie z harmonogramem pracy przygotowanym przez Świadczeniodawcę i przez osoby wymienione w załączniku do umowy – „Harmonogram-zasoby”(zgodnie z ofertą).

2. Nie jest dopuszczalne zlecanie podwykonawcy udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

§ 3. Świadczeniodawca jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na sumę gwarancyjną nie niższą niż 350.000 EURO i zobowiązuje się utrzymać takie ubezpieczenie przez cały okres obowiązywania Umowy.

### **Warunki finansowania świadczeń**

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Gminy Wolbórz wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia ..... do dnia 31 grudnia 2019 r. wynosi maksymalnie 24.000,00 zł (słownie: dwadzieścia cztery tysiące złotych).

2. Świadczeniobiorca będzie rozliczał się miesięcznie z wykonanych usług wg wagi punktowej produktu rozliczeniowego zgodnie ze złożoną ofertą, która stanowi integralną część niniejszej umowy.

3. Wraz z fakturą, świadczeniobiorca dostarczy wykaz zrealizowanych świadczeń z rozdziałem na wartość punktową nie później niż do 10 dnia miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym – załącznik do umowy.

4. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Gmina Wolbórz wypłaca na rachunek bankowy wskazany na fakturze, w terminie 14 dni od dnia doręczenia faktury, wraz z wykazem świadczeń, o którym mowa w ust. 3.

#### **Kontrola udzielania świadczeń**

§ 5. 1. Gmina Wolbórz może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy, a w szczególności:

- 1) organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności;
- 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 3) dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Z przebiegu przeprowadzonej kontroli osoby prowadzące kontrolę sporządzają protokół, który jest podpisywany przez kontrolujących i Świadczeniodawcę.

#### **Okres obowiązywania umowy**

§ 6. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ..... do dnia 31 grudnia 2019 r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 30 dniowym okresem wypowiedzenia.

3. W przypadku zaprzestania świadczenia usług, Gmina Wolbórz może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym.

#### **Postanowienia końcowe**

§ 7. Sądami właściwymi dla rozpoznania spraw spornych między stronami umowy jest sąd właściwy dla Gminy Wolbórz.

§ 8. Załączniki do umowy oraz oferta świadczeniodawcy stanowią jej integralną część.

§ 9. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....

Świadczeniodawca

.....

Świadczeniobiorca



Załącznik do umowy o udzielenie świadczeń  
gwarantowanych opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza

Załącznik do faktury ...../umowa nr

Dotyczy okresu rozliczeniowego .....

Lp.	Miejsce Zamieszkania Pacjenta	Rodzaj wykonanego świadczenia	Liczba punktów	Cena	Wartość	Termin

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis osoby/osób uprawnionych  
do składania oświadczeń woli  
w imieniu Wykonawcy

