

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 6/2020

Burmistrza Wolborza

z dnia 23 stycznia 2020 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:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2019 r. poz. 1373 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. 2190 z późn. zm.).
2. Zawarcie umowy nastąpi na podstawie wyników konkursu ofert, zatwierdzonych przez Burmistrza Wolborza, na okres od dnia podpisania umowy do dnia 20 grudnia 2020 r.
3. Na realizację zamówienia zamawiający przeznacza kwotę 48.000,00 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), masaż leczniczy 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 7 lutego 2020 r. do godz. 10:00.
9. Koperta powinna być opatrzona napisem „Nie otwierać do dnia 14 lutego 2020 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 14 lutego 2020 r. o godzinie 10:15 w sali nr 18 Urzędu Miejskiego w Wolborzu.

3. Konkurs zostanie rozstrzygnięty nie później niż do dnia 29 lutego 2020 r.

4. Termin związania ofertą upływa 29 lutego 2020 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.

BURMISTRZ

Andrzej Jaros


RADCA PRAWNY
mgr Ilona Maćkiewicz
LD P-195

OFERTA

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

Gmina Wolbórz

Pl. Jagiełły 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
Kinezyterapia					
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	pionizacja		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	
Masaż					
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	
Elektrolecznictwo					
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	
Leczenie polem elektromagnetycznym					
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	
Światłolecznictwo i termoterapia					
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	
Hydroterapia					
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	
Krioterapia					
1 punkt	krioterapia-miejscowe (pary azotu)	Pary azotu	8	TAK/NIE	
1 punkt	szatnia dla pacjentów stanowiąca odrębne pomieszczenie	X	X	TAK/NIE	
			Oferowana cena za punkt rozliczeniowy		

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”**

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie – specjalizacja	Doświadczenie Zawodowe

.....
(Miejscowość, data)

osoby/ób uprawniony

woli w imieniu Wykonawcy)

(Podpis
do składania
oświadczeń