

ZARZĄDZENIE NR 168.2019
BURMISTRZA MIASTA I GMINY CHOCIANÓW

z dnia 5 sierpnia 2019 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację zadań z zakresu udzielania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Chocianów w roku 2019

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 5 i art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 506) oraz art. 9a, 9b i 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Ogłasza się konkurs ofert na realizację zadań z zakresu udzielania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Chocianów w roku 2019 dotyczących wielospecjalistycznych badań profilaktycznych.

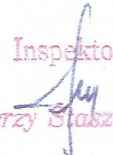
2. Treść konkursu ofert stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

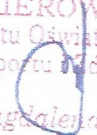
§ 2. Ogłoszenie, o którym mowa w § 1 umieszcza się w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Chocianów oraz na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta i Gminy w Chocianowie.

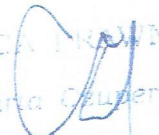
§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 8 sierpnia 2019 r.

Burmistrz Miasta i Gminy
Chocianów


Tomasz Kulczyński

Inspektor

Jerzy Staszczak

KIEROWNIK
Referatu Oświaty, Kultury,
Sportu i Zdrowia

Magdalena Lech


Maria Gajda

Burmistrz Miasta i Gminy Chocianów

ogłasza konkurs ofert na realizację zadań z zakresu udzielania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Chocianów w roku 2019

I. Przedmiot konkursu ofert

1. Przedmiotem konkursu ofert jest wyłonienie podmiotu realizującego zadania z zakresu udzielania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących wielospecjalistycznych badań profilaktycznych dla mieszkańców Gminy Chocianów w roku 2019.

2. Przewidziane do realizacji świadczenia, wskazane w pkt. 3 dostępne będą dla mieszkańców Gminy Chocianów a ich zakres i rodzaj wynika z potrzeb mieszkańców oraz faktu ograniczonej do nich dostępności.

3. Katalog wymaganych do zrealizowania świadczeń gwarantowanych:

L. p.	Rodzaj usługi	Min. liczba świadczeń
1.	Alergolog/ pulmonolog	15
2.	Spirometria	10
3.	FeNO	10
4.	Testy uczuleniowe	10
5.	Rhinometria	15
6.	Panel mleko	10
7.	Panel atopowy 20	5
8.	Panel jajko	5
9.	ndTK płuc	2
10.	Bodypletysmografia, DLCO	2
11.	USG serca	18
12.	EKG	18
13.	Ginekolog	15
14.	USG przezpochwowe	15
15.	Neurolog	15
16.	Ortopeda	15
17.	RM kręgosłupa	3
18.	RM stawów	2
19.	TSH	30
20.	Wit. D3	60
21.	Densytometria	20
22.	Gastroenterolog	15
23.	GSK	4
24.	Kolonoskopia	2
25.	USG jamy brzusznej	30
26.	USG tarczycy	20
27.	USG bioder u niemowląt	4
28.	Biopsja tarczycy	2
29.	USG piersi	30
30.	USG tętnic dogłowych	18
31.	Automatyczne ABI	30

II. Wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację zadania

Na realizację zadania przeznaczona jest kwota 40.000,00 zł (czterdzieści tysięcy złotych)

III. Czas realizacji zadania: wrzesień/październik 2019 r.

Świadczenia będą finansowane na podstawie zawartej umowy między Gminą Chocianów a świadczeniodawcą wyłonionym w konkursie ofert – zgodnie z art. 9b ustawy z dnia 27 lipca 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.)

IV. Wymagania stawiane oferentom:

1. W konkursie ofert mogą brać udział podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) zwane dalej oferentami

2. Oferent powinien:

- 1) być podmiotem wykonującym działalność leczniczą, o którym mowa w art. 4n ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. z późn. zm.),
- 2) złożyć ofertę na formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego zarządzenia,
- 3) posiada aktualną polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z 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),
- 4) dysponować kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń w zakresie wskazanych w pkt. I. 3. badań profilaktycznych,
- 5) dysponować odpowiednim lokalem, w którym świadczone będą usługi, położonym na terenie Gminy Chocianów spełniającym wymogi określone 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. z 2019 r., poz. 595),
- 6) dysponować specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną do realizacji świadczeń wskazanych w pkt. I.3.

3. Do oferty należy dołączyć:

- 1) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
- 2) wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego oraz kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego,
- 3) statut podmiotu leczniczego lub regulamin organizacyjny,
- 4) kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu,
- 5) oświadczenie Oferenta zawierające informację, że świadczenia konkursowe nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ani przez inne podmioty,
- 6) oświadczenie Oferenta potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń objętych konkursem.

V. Kryteria oceny ofert

Cena - 100%

VI. Termin i miejsce składania ofert:

1. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie w Kancelarii Urzędu Miasta i Gminy w Chocianowie, pokój nr 5 (niski parter), ul. Ratuszowa 10 z dopiskiem "**Konkurs ofert - świadczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Chocianów - NIE OTWIERAĆ**" w terminie **do dnia 26 sierpnia 2019 r. do godziny 15.30**. Oferty można przesłać pocztą - decyduje data wpływu do Urzędu Miasta i Gminy w Chocianowie a nie data jej nadania. Oferty, które zostaną złożone lub wpłyną po terminie zostaną odrzucone bez rozpatrzenia.

2. Oferty, które wpłyną do Urzędu po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.

VII. Pozostałe warunki

1. Konkurs ofert przeprowadzi wyznaczona przez Burmistrza Miasta i Gminy Chocianów komisja konkursowa.

2. Rozstrzygnięci konkursu ofert nastąpi w Urzędzie Miasta i Gminy Chocianów w terminie do 7 dni od dnia kończącego termin składania ofert.

3. Wyniki konkursu zostaną wywieszane na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Miasta i Gminy w Chocianowie oraz przesłane Oferentom.

4. Zastrzega się możliwość zmiany warunków konkursu oraz prawo do odwołania lub unieważnienia konkursu bez podania przyczyny, nawet po wyborze Oferenta.

FORMULARZ OFERTOWY

Realizacja zadań z zakresu udzielania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Chocianów w roku 2019

Pełna nazwa	
Adres, w tym: miejscowość, ulica, kod pocztowy, województwo	
NIP	
Regon	
Nr telefonu	
Nr faxu	
e-mail	

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na kwotę brutto

słownie

w terminie od dnia do dnia

Tabela nr 1

Lp.	Rodzaj usługi	Liczba osób	Cena jednostkowa usługi	Łączna kwota usługi
1.	Alergolog/ pulmonolog	15		
2.	Spirometria	10		
3.	FeNO	10		
4.	Testy uczuleniowe	10		
5.	Rhinometria	15		
6.	Panel mleko	10		
7.	Panel atopowy 20	5		
8.	Panel jajko	5		
9.	ndTK płuc	2		
10.	Bodypletysmografia, DLCO	2		
11.	Kardiolog i USG serca	18		
12.	EKG	18		
13.	Ginekolog	15		
14.	USG przezpochwowe	15		
15.	Neurolog	15		
16.	Ortopeda	15		
17.	RM kręgosłupa	3		
18.	RM stawów	2		
19.	TSH	30		
20.	Wit. D3	60		
21.	Densytometria	20		
22.	Gastroenterolog	15		
23.	GSK	4		
24.	Kolonoskopia	2		
25.	USG jamy brzusznej	30		
26.	USG tarczycy	20		
27.	USG bioder u niemowląt	4		
28.	Biopsja tarczycy	2		

29.	USG piersi	30		
30.	USG tętnic dogłowych	18		
31.	Automatyczne ABI	30		
Razem				

Tabela nr 2

L.p.	Informacja o personelu medycznym	
1.	Lekarz (specjalizacja)	
2.	Pielęgniarka (kwalifikacje)	
Informacja o osobach odpowiedzialnych za obsługę zadania		
3.	Osoba odpowiedzialna za koordynowanie działań organizacyjnych (rejestracja, promocja, obsługa pacjentów, itp.)	
4.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenia zadania	
Informacje dodatkowe		
5.	Sposób powiadamiania pacjentów o możliwości skorzystania z usług	
6.	Rejestracja pacjentów – terminy, formy	
7.	Dostępność usług – dni, godziny	
8.	Miejsce realizacji działań	

Załączniki do oferty:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osób upoważnionych do reprezentowania wykonawcy, pieczęć imienna)