# Załącznik Nr 2

do zarządzenia Nr 901/2022

Prezydenta Miasta Łodzi

**Szczegółowe warunki konkursu ofert**

**na realizację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw grypie
w Łodzi dla osób w wieku 65 lat i więcej” w 2022 roku**

§ 1. 1. Konkurs ofert dotyczy wyboru realizatorów „Programu polityki zdrowotnej
w zakresie szczepień przeciw grypie w Łodzi dla osób w wieku 65 lat i więcej” w 2022 roku.

2. Programem zostaną objęte osoby określone w uchwale Nr XXVII/926/20 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw grypie w Łodzi dla osób w wieku 65 lat i więcej.

3. Druki do realizacji zadania oferenci zabezpieczają we własnym zakresie.

§ 2. 1. Konkurs ofert prowadzi Komisja Konkursowa powołana przez Prezydenta Miasta Łodzi.

2. Tryb pracy Komisji Konkursowej określa regulamin pracy Komisji Konkursowej stanowiący załącznik Nr 3 do zarządzenia.

§ 3. 1. Oferty zgłoszone do konkursu powinny być sporządzone na formularzu oferty, którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do szczegółowych warunków konkursu ofert.

2. Do oferty należy załączyć oświadczenie oferenta, którego wzór stanowi załącznik
Nr 2 do szczegółowych warunków konkursu ofert.

§ 4. Oferent przystępujący do konkursu powinien spełniać następujące warunki:

1) złożyć ofertę zgodną z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o konkursie;

2) zapewnić wykonanie usługi obejmującej:

a) zakup szczepionek czterowalentnych przeciw grypie zarejestrowanych
i dopuszczonych do obrotu w Polsce, zgodnych z zaleceniami WHO dla sezonu 2022/2023,

b) zorganizowanie bezpłatnych szczepień w zakresie przedmiotu konkursu (wyznaczenia punktów i godzin realizacji szczepień - przychodnia, adres, godziny),

c) przeprowadzenie badania lekarskiego w celu wykluczenia przeciwwskazań
do zaszczepienia,

d) przekazanie informacji pacjentowi na temat szczepienia (m. in. zakres działania szczepionki oraz jej bezpieczeństwo),

e) uzyskanie pisemnego oświadczenia pacjenta potwierdzającego występowanie u niego przewlekłej choroby dolnych dróg oddechowych lub cukrzycy lub choroby nadciśnieniowej,

f) przeprowadzenie edukacji pacjenta z zakresu profilaktyki grypy oraz dystrybucja materiałów edukacyjnych udostępnionych przez miasto Łódź,

g) obsługę administracyjną, zebranie i prowadzenie niezbędnej dokumentacji, w tym świadomej zgody osób szczepionych na wykonanie szczepienia oraz prowadzenie rejestru osób uczestniczących w programie,

h) zabezpieczenie warunków do przeprowadzenia szczepień ochronnych przeciwko grypie w ramach punktu szczepień:

- pacjent powinien przebywać w gabinecie zabiegowym przez cały czas przygotowania szczepionki i podczas podawania szczepionki,

- osoba przeprowadzająca szczepienie, przed podaniem szczepionki powinna umyć i zdezynfekować ręce, a następnie założyć jednorazowe rękawiczki,

- osoba przeprowadzająca szczepienie powinna zdezynfekować miejsce podania,

- pacjent powinien pozostać na terenie placówki przez ok. 30 min po wykonaniu szczepienia, w celu obserwacji zachowania pod kątem wystąpienia odczynu poszczepiennego,

- osoba przeprowadzająca szczepienie na bieżąco uzupełnia w dokumentacji dane o szczepionce: nazwa, numer serii, data szczepienia, podpis osoby przeprowadzającej szczepienie – zazwyczaj jest to przyklejenie naklejki znajdującej się na opakowaniu produktu lub wpisanie ręczne,

i) umożliwić wypełnienie przez uczestników programu anonimowej ankiety satysfakcji uczestnika programu, której wzór zostanie udostępniony realizatorom przez organizatora konkursu ofert;

3) zapewnić gabinet lekarski spełniający, pod względem warunków i wyposażenia, wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa;

4) zapewnić fachowy personel medyczny dla potrzeb programu w każdej placówce realizującej ww. zadanie:

a) osobę kwalifikującą do szczepienia - osobę uprawnioną do przeprowadzenia
badania kwalifikującego do szczepienia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,

b) osobę wykonującą szczepienie - osobę uprawnioną do podania szczepionki, zgodnie
z obowiązującymi przepisami prawa,

c) zapewnić możliwość udziału personelowi zaangażowanemu w program w szkoleniu
e-learningowym z zakresu szczepień ochronnych przeciw grypie;

5) realizację Programu przez personel medyczny, który nie jest bezpośrednio zaangażowany
w prace wynikające z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia; realizacja Programu
nie może ograniczać dostępu do świadczeń zdrowotnych realizowanych na podstawie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 5. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejsze oferty oceniając je na podstawie zaoferowanej ceny jednostkowej szczepienia oraz dodatkowych kryteriów, przyznając poszczególnym ofertom punkty, zgodnie z regulaminem pracy Komisji Konkursowej stanowiącym załącznik Nr 3 do zarządzenia.

§ 6. 1. Wyniki konkursu ofert zostaną opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Łodzi pod adresem internetowym http://bip.uml.lodz.pl oraz na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Łodzi.

2. Z podmiotami leczniczymi wybranymi w wyniku konkursu zostaną zawarte umowy na realizację programu niezwłocznie po rozstrzygnięciu konkursu.

§ 7. Organizator konkursu zastrzega sobie prawo:

1) wyboru więcej niż jednej oferty;

2) zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert;

3) odstąpienia od realizacji szczepień z przyczyn obiektywnych (np. zmian w budżecie Miasta Łodzi dotyczących zadania);

4) określenia przez Komisję Konkursową wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację poszczególnych ofert w przypadku wyboru w konkursie większej liczby ofert.

Załącznik Nr 1

do szczegółowych warunków konkursu ofert na realizację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw grypie w Łodzi dla osób
w wieku 65 lat i więcej” w 2022 roku

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

 *Pieczęć oferenta*

### **Formularz oferty na realizację**

**„Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw grypie**

**w Łodzi dla osób w wieku 65 lat i więcej” w 2022 roku**

|  |
| --- |
| **I. Informacje o oferencie** |
| 1. | Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |  |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail |  |
| 3. | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą  |  |
| 4. | Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego / CEIDG |  |
| 5. | NIP |  |
| 6. | Numer konta bankowego |  |
| 7. | Kierownik podmiotu leczniczego(imię i nazwisko, nr tel., e-mail) |  |
| 8. | Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (imię i nazwisko, nr tel., e-mail) |  |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania(imię i nazwisko, nr tel., e-mail) |  |
|  **II. Lokalizacja:** |
| Planowane miejsce/miejsca realizacji szczepień (adres, dzielnica, pok., tel., e-mail) |
|  **III. Informacje o personelu medycznym wykonującym szczepienia** |
| 1. | Lekarz kwalifikujący do szczepień (liczba osób, staż) – specjalizacja (rok) |  |
| 2. | Pielęgniarka z uprawnieniami do szczepień |  |
|  **IV. Plan rzeczowo–finansowy** |
| 1. | Proponowana liczba szczepień, którą oferent może wykonać w ramach programu w 2022 r. |  |
| 2. | Proponowana cena jednostkowa brutto oferowanych usług (obejmująca koszty szczepionki czterowalentnej, badania lekarskiego, usługi pielęgniarskiej, koszty materiałowe oraz inne koszty ujęte w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw grypie w Łodzi dla osób w wieku 65 lat i więcej”) |  |

|  |
| --- |
|  **V. Inne informacje** |
| 1. | Doświadczenie w realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych *(wg definicji art. 5 pkt 29a i 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)* na zlecenie jednostki samorządu terytorialnego lub Ministra Zdrowia lub Narodowego Funduszu Zdrowia w okresie trzech ostatnich lat.Jeśli TAK, to proszę podać:a) nazwa programu; b) kto finansował badania?c) jaką populację objęto badaniami? | 2021 r. –2020 r. –2019 r. - |
| 2. | Czy istnieje możliwość umawiania terminu szczepień w ramach zadania (tel., godz.) |  |
| 3. | Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji szczepień na rzecz zadania. |  |

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

*Podpis kierownika*

*podmiotu leczniczego*