

Szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację „Programu profilaktyki zakażeń HCV wśród mieszkańców miasta Łodzi” w 2019 r.

§ 1. 1. Konkurs ofert dotyczy wyboru realizatorów „Programu profilaktyki zakażeń HCV wśród mieszkańców miasta Łodzi” w 2019 r.

2. Badaniami prowadzonymi w ramach realizacji programu, o którym mowa w ust. 1, objęte zostaną osoby określone w uchwale Nr LIV/1309/17 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 5 lipca 2017 r. w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki zakażeń HCV wśród mieszkańców miasta Łodzi”.

3. Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych w Departamencie Polityki Społecznej i Zieleni Urzędu Miasta Łodzi zapewnia realizatorom materiały edukacyjne dla potrzeb realizacji zadania.

4. 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.

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

§ 4. 1. 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) zapraszanie na badania osób z grupy docelowej z wykorzystaniem różnych środków przekazu,
 - b) przeprowadzenie anonimowej ankiety wśród badanej grupy osób na potrzeby analizy czynników ryzyka zakażenia HCV, stanowiąca załącznik Nr 3 do szczegółowych warunków konkursu ofert,
 - c) przeprowadzenie badań na obecność wirusa HCV w grupie docelowej: mieszkańcy Łodzi w wieku 25 - 59 lat ze szczególnym uwzględnieniem osób niżej wymienionych grup ryzyka:
 - mieszkających z osobą zakażoną HCV,
 - hospitalizowanych co najmniej jeden raz w ciągu ostatnich 15 lat,
 - poddanych zabiegom upiększającym – tatuaże, kolczykowanie,
 - dializowanych,
 - przyjmujących narkotyki dożylnie lub donosowo
 - d) powtórzenie badania w sytuacji konieczności kontroli wyniku
- 3) zabezpieczyć warunki do przeprowadzenia pobrania krwi w punkcie pobrań;
- 4) zapewnić fachowy personel medyczny dla potrzeb programu w każdej placówce realizującej ww. zadanie.

2. Zakres badania jednej osoby w ramach programu obejmuje:

- 1) kwalifikowanie do części diagnostycznej programu poprzez przeprowadzenie anonimowej ankiety;
- 2) pobranie krwi do badania;
- 3) wykonanie badań krwi w kierunku obecności przeciwciał anty - HCV zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi i opisanie wyników testu;
- 4) poinformowanie pacjentów z dodatnim wynikiem powtórzonego testu o konieczności udania się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu przeprowadzenia dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
- 5) zapraszanie grupy docelowej na badania oraz edukację pacjentów (ulotki zapewni Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych w Departamencie Polityki Społecznej i Zieleni Urzędu Miasta Łodzi) należy w kalkulować w cenę jednostkową badań.

§ 5. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejsze oferty oceniając je na podstawie zaoferowanej ceny jednostkowej na badanie diagnostyczne w kierunku wykrycia wirusa HCV we krwi 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.

§ 8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.

Załącznik Nr 1
do szczegółowych warunków
konkursu ofert na realizację
„Profilaktyki zakażeń HCV wśród
mieszkańców miasta Łodzi w 2019”

Pieczętka firmowa oferenta

**Formularz oferty na realizację
„Profilaktyki zakażeń HCV wśród mieszkańców Miasta Łodzi”**

w 2019 r.

I. Informacje o ofercie	
1.	Pełna nazwa podmiotu leczniczego
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.	Regon
7.	Kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)
8.	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (imię i nazwisko, nr tel., fax)
9.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania (imię i nazwisko, nr tel., fax)
II. Warunki lokalowe	
miejsce realizacji pobrań (adres, pokój, tel.)	
III. Informacje o personelu medycznym realizującym program	
1.	Liczba osób uczestnicząca w obsłudze pacjentów przy realizacji zadania:
IV. Plan rzeczowo – finansowy	
1.	Proponowana liczba badań, którą oferent może wykonać w ramach programu w 2019 r.
2.	Cena jednostkowa badania obejmująca m.in. (przeprowadzenie ankiety, pobranie krwi, wykonanie badania, przygotowanie wyniku z informacją dla pacjenta oraz powtórzenie badania w sytuacji konieczności kontroli wyniku)
3.	Koszt całkowity oferowanych usług /liczba badań x cena jednostkowa

V. Inne informacje					
1.	Doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych:		Czy oferent uczestniczył w realizacji programów zdrowotnych organizowanych przez Miasto Łódź lub inne podmioty w okresie trzech ostatnich lat? (proszę wpisać nazwy programów)	Kto finansował program?	Jaką populację objęto programem?
		2018 r.			
		2017 r.			
		2016 r.			
2.	Dostępność: dni tygodnia i godziny pobrań krwi do badania				

Podpis kierownika (dyrektora)
podmiotu leczniczego

Załącznik Nr 2
do szczegółowych warunków
konkursu ofert na realizację
„Programu profilaktyki zakażeń
HCV wśród mieszkańców Miasta
Łodzi” w 2019 r.

.....
Pieczętka firmowa oferenta

Pełna nazwa podmiotu leczniczego:

.....
Adres wraz z kodem pocztowym:

Oświadczenia oferenta

Oferent oświadcza, że na dzień złożenia oferty:

- 1) w stosunku do oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
- 2) w stosunku do osób uprawnionych do reprezentowania oferenta nie orzeczono zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie są one karane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 3) jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym;
- 4) spełnia wymagania określone w przepisach odrębnych, niezbędne do realizacji zadania;
- 5) posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji zadania;
- 6) zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert;
- 7) zapoznał się treścią uchwały Nr LIV/1309/17 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 5 lipca 2017 r. w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki zakażeń HCV wśród mieszkańców Miasta Łodzi”, a w szczególności w zakresie niezbędnych danych dotyczących realizacji zadania koniecznych do oceny mierników efektywności programu.

.....
czytelne podpisy i pieczętka
osób uprawnionych
do reprezentowania oferenta

Załącznik Nr 3
do szczegółowych warunków
konkursu ofert na realizację
„Programu profilaktyki zakażeń
HCV wśród mieszkańców miasta
Łodzi” w 2019 r.

**PROGRAM PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ HCV
WŚRÓD MIESZKAŃCÓW MIASTA ŁODZI**

Badanie na wykrycie wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV)

Nr badania _____

Pieczęć realizatora

Data _____

ANKIETA OCENY RYZYKA ZAKAŻENIA HCV

WYPEŁNIA OSOBA BADANA

wiek badanego _____

pleć		kobieta <input type="checkbox"/>	mężczyzna <input type="checkbox"/>
zatrudnienie	aktywna/y zawodowo <input type="checkbox"/>	niepracująca/y <input type="checkbox"/>	rencista <input type="checkbox"/>
mieszkam lub mieszkałam/em z osobą zakażoną HCV		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
byłam/em leczona/y z powodu zakażenia HCV		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
jestem pracownikiem opieki zdrowotnej		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
pobyt w szpitalu		jeden raz <input type="checkbox"/>	wielokrotnie <input type="checkbox"/>
zabieg operacyjny	jaki		kiedy (rok)
zabieg endoskopowy	jaki		kiedy (rok)
zabiegi upiększające, np. tatuaże, kolczykowanie	jakie		kiedy
stosuję/stosowałem narkotyki lub inne substancje psychogenne drogą dożylną	tak <input type="checkbox"/> jakie		kiedy (rok)
	nie <input type="checkbox"/>		

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Wynik anty-HCV	ujemny <input type="checkbox"/>	dodatni <input type="checkbox"/>
----------------	---------------------------------	----------------------------------