

Zarządzenie Nr VII/604/2016
Prezydenta Miasta Rzeszowa
z dnia 22 marca 2016 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”.

Na podstawie art.30 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1 515 z późn.zm.), art. 7 ust.1, art.48 oraz art.48b. ust. 1 – 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581 z późn.zm.), zarządza się, co następuje:

§ 1

Ogłasza się konkurs ofert dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą spełniających kryteria określone w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz.618 z późn.zm.) na realizację Programu polityki zdrowotnej pn.: „Program wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”.

§ 2

Integralną część zarządzenia stanowią załączniki:

- 1) ogłoszenie o konkursie, załącznik Nr 1,
- 2) warunki konkursu ofert, załącznik Nr 2,
- 3) formularz oferty konkursowej, załącznik Nr 3,
- 4) projekt umowy na realizację „Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa” wraz z załącznikami do umowy, załącznik Nr 4.

§ 3

Treść ogłoszenia o otwartym konkursie ofert zamieszczona zostanie w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Rzeszowa www.bip.umrzeszow.pl w zakładce: Wydział Urzędu Miasta; Wydział Zdrowia; Konkurs ofert na realizację „Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa” i na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Rzeszowa.

§ 4

Wykonanie zarządzenia powierza się Dyrektorowi Wydziału Zdrowia.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Prezydent Miasta Rzeszowa

Tadeusz Ferenc

Dyrektor Wydziału Zdrowia

mgr Renata Zukowska

ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA RZESZOWA

mgr Janina Zaluska

RADCA PRAWNY
Fz. 249

Stanisław Sienko

Alban

OGŁOSZENIE z dnia 22 marca 2016 r.

PREZYDENT MIASTA RZESZOWA

działając na podstawie art.30 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1515 z późn.zm.), art. 7 ust.1, art.48 oraz art.48b. ust. 1 – 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz.581 z późn.zm.), ogłasza się:

konkurs ofert

na program polityki zdrowotnej pn.: „Program wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”, zwanego dalej „Programem”.

Wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania – 24 000,00 zł.

I. Przedmiot konkursu.

Przedmiotem konkursu zorganizowanie i przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wykrycia wirusa HCV we krwi (test anty – HCV), u osób w wieku od 25 roku życia zameldowanych czasowo lub na stałe w Rzeszowie, nie leczonych z powodu WZW typu C, ze szczególnym uwzględnieniem osób z grup ryzyka tj.: hospitalizowanych w ciągu ostatnich 15 lat co najmniej jeden raz, po przebytych drobnych zabiegach medycznych w ostatnich 15 latach, bezrobotnych (szacunkowa liczba uczestników Programu – ok. 600 osób).

II. Termin i warunki realizacji Programu.

1. Program adresowany jest do mieszkańców Rzeszowa w wieku od 25 roku życia i starszych (rok urodzenia 1991 i lata wcześniejsze), którzy w ciągu ostatnich 12 m-cy nie brali udziału w tego typu Programie.
2. Programem nie mogą być objęte osoby u których już wcześniej zdiagnozowano zakażenie wirusem HCV oraz leczące się z tego powodu w lecznictwie ambulatoryjnym lub/i zamkniętym.
3. Termin realizacji Programu: od 11 kwietnia 2016 r. do 16 grudnia 2016 r.
4. Miejscem realizacji Programu są podmioty wykonujące działalność leczniczą posiadające laboratoria na terenie miasta Rzeszowa, zapewniające odpowiednie do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, zasoby kadrowe (kwalifikacje personelu) oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.
5. Szczegółowe warunki realizacji Programu określone są w Załączniku Nr 2 do Zarządzenia Prezydenta Miasta Rzeszowa Nr VII/604/2016 z dnia 22 marca 2016 r. („Warunki konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, dotyczące realizacji Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”).

III. Przygotowanie oferty wraz z wykazem dokumentów dołączanych do oferty.

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
2. Dane o ofercie:
 - 1) nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,
 - 2) imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu – w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 18 i 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2015, poz. 618 z późn.zm.).
3. Szczegółowy sposób realizacji Programu.

4. Termin i miejsce realizacji Programu.
5. Harmonogram działań w zakresie realizacji Programu.
6. Informacja o wysokości wnioskowanych środków.
7. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych w zakresie aparatury i sprzętu medycznego oraz zasobie kadrowym i kompetencjach osób zapewniających wykonanie Programu.
8. Kosztorys Programu.
9. Oferta powinna być złożona na udostępnionym - przez udzielającego zamówienie formularzu wraz z następującymi dokumentami:
 - 1) *aktualnym odpisem z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących,*
 - 2) *oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.*

IV. Termin, miejsce i sposób złożenia oferty.

Oferty w zamkniętych kopertach należy składać osobiście w siedzibie Urzędu Miasta Rzeszowa, Rynek 1 (kancelaria podawcza) lub w sekretariacie Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Rzeszowa, ul. Kopernika 16, albo korespondencyjnie na adres: Urząd Miasta Rzeszowa, Rynek 1, 35-064 Rzeszów (obowiązuje data wpływu) **do dnia 6 kwietnia 2016 r. do godz. 15.30**. Oferty złożone lub doręczone po terminie nie będą brane pod uwagę w konkursie i zostaną zwrócone oferentowi bez otwierania. Oferta powinna być złożona w zamkniętej kopercie z adnotacją: „OTWARTY KONKURS OFERT NA PROGRAM WYKRYWANIA ZAKAŻEŃ WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C, WŚRÓD MIESZKAŃCÓW MIASTA RZESZOWA”.

Na kopercie musi być umieszczony adres zwrotny oferenta.

Informacje o szczegółowych warunkach konkursu, projekt umowy oraz obowiązujący formularz oferty umieszcza się na stronie <http://bip.erzeszow.pl/wydzialyurzedumiasta/wydzial-zdrowia> w zakładce - Konkursy ofert na realizację programów polityki zdrowotnej - Ogłoszenia – „PROGRAM WYKRYWANIA ZAKAŻEŃ WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C, WŚRÓD MIESZKAŃCÓW MIASTA RZESZOWA”.

V. Termin rozstrzygnięcia konkursu ofert, termin i sposób ogłoszenia wyników konkursu ofert.

Rozstrzygnięcie konkursu ofert odbędzie się w terminie do 2 dni od upływu terminu składania ofert, a informację o wynikach rozstrzygnięcia będzie można uzyskać niezwłocznie w siedzibie udzielającego zamówienia oraz na stronie <http://bip.erzeszow.pl/wydzialyurzedumiasta/wydzial-zdrowia> w zakładce – Konkursy ofert na realizację programów polityki zdrowotnej – Rozstrzygnięcia – „PROGRAM WYKRYWANIA ZAKAŻEŃ WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C, WŚRÓD MIESZKAŃCÓW MIASTA RZESZOWA”.

VI. Informacje dotyczące możliwości odwołania konkursu ofert, przedłużenia terminu złożenia ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert.

Udzielający zamówienia na świadczenia zdrowotne w niniejszym ogłoszeniu, ma prawo do odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert oraz możliwość przedłużenia terminu złożenia ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert.

Udzielający zamówienia ma prawo wybrania oferenta dającego najlepsze gwarancje na kompleksową realizację zamówienia.

Warunki Konkursu Ofert Na Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych dotyczące realizacji Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa

I. Przedmiot zamówienia

1. Przedmiotem konkursu ofert jest realizacja Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa, zwanego dalej „Programem”.

2. Realizacja Programu obejmować będzie:

1) Zorganizowanie i przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wykrycia wirusa HCV u osób w wieku od 25 roku życia i starszych, zameldowanych czasowo lub na stałe w Rzeszowie, nie leczonych z powodu WZW typu C, ze szczególnym uwzględnieniem osób z grup ryzyka m.in. takich jak.:

- a) hospitalizowanych w ciągu ostatnich 15 lat co najmniej jeden raz,
- b) po przebytych drobnych zabiegach medycznych w ostatnich 15 lat,
- c) bezrobotnych.

2) Zapraszania na badania osób z grup ryzyka zakażeniem HCV, przeprowadzenie akcji informacyjno – edukacyjnej w tym zakresie, współpracy ze środkami masowego przekazu, wzięcie udziału w konferencjach prasowych dotyczących realizacji Programu.

3) Przeprowadzenia ankiety kwalifikującej osoby zgłaszające się do Programu, dokonanie kwalifikacji osób do Programu pod względem: wieku - osoby mające 25 lub więcej lat, miejsca zameldowania - stałego lub czasowego na terenie miasta Rzeszowa, zatrudnienia - w przypadku osób pracujących – praca poza sektorem ochrony zdrowia i pomocy społecznej, czynników ryzyka zakażenia HCV.

4) Sprawdzenie dokumentów oraz przyjęcie oświadczeń zgłaszających się uczestników do Programu, pod względem spełnienia kryteriów udziału w Programie, to jest:

- zameldowania w Rzeszowie i wieku na podstawie dowodu osobistego lub pisemnego oświadczenia, iż mają zameldowanie na terenie Rzeszowa,
- wyrażenia pisemnej zgody na udział w Programie,
- wyrażenia pisemnej zgody na przetwarzanie danych osobowych imię i nazwisko, data urodzenia, miejsce zameldowania - do wglądu Wydziału Zdrowia, celem monitorowania i rozliczenia Programu, oraz wyrażenie zgody na przetwarzanie przez podmiot wykonujący działalność leczniczą takich danych jak wiek, płeć, wynik badania krwi, celem przygotowania zbiorczego opracowania merytorycznego i statystycznego z wykonania Programu,
- oświadczenia pisemnego, że nie są leczone z powodu zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C i nie brały udziału w badaniach przesiewowych w tym zakresie, w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

5) Wykonania badań krwi w kierunku obecności przeciwciał anty – HCV zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi.

6) Kierowania osób z dodatnim (reaktywnym) wynikiem na obecność przeciwciał anty – HCV do lekarza p.o.z., celem uzyskania skierowania do dalszego leczenia w Poradni Chorób Zakaźnych, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

- 7) Edukacji indywidualnej dotyczącej ryzyka zakażeń HCV i profilaktyki w tym zakresie oraz przekazania tematycznych ulotek.
 - 8) Koordynowanie i bieżące monitorowanie programu przez osobę(y) wskazaną(e) przez realizatora Programu.
 - 9) Przeprowadzenie ankiety badającej satysfakcję uczestników Programu.
 - 10) Analizę wyników realizacji Programu, prowadzenie sprawozdawczości w formie miesięcznych sprawozdań z realizacji Programu i przygotowanie końcowego, zbiorczego opracowania merytorycznego i statystycznego.
- 3.** Świadczenia w ramach Programu realizowane będą przez podmiot wykonujący działalność leczniczą posiadający laboratorium na terenie Miasta Rzeszowa, wybrany w drodze konkursu ofert, spełniający warunki określone przez obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa, przez lekarzy specjalistów analityki medycznej, magistrów analityki medycznej, pielęgniarki i laborantów.
 - 4.** Realizator programu przeprowadzi kampanię informacyjną o realizacji programu, poprzez środki masowego przekazu (media, internet, tablice ogłoszeń, przychodnie p.o.z.) skierowaną do badanej populacji.
 - 5.** Program będzie realizowany w terminie od 11 kwietnia 2016 r. do 16 grudnia 2016 r. lub wyczerpania limitu badań.

II. Założenia ogólne

- 1.** Wybór realizatora Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa, dokonany zostanie w drodze konkursu ofert.
- 2.** Uprawnionymi do wzięcia udziału w konkursie są podmioty spełniające kryteria wynikające z art. 17 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zapewniające pełny zakres świadczeń będących przedmiotem Programu.
- 3.** Oferent ma prawo złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie dwóch lub więcej ofert powoduje ich odrzucenie w całości.
- 4.** Oferta powinna być napisana w języku polskim, na maszynie do pisania lub komputerze oraz podpisana przez osobę(y) uprawnioną(e) do reprezentowania Oferenta.
- 5.** Oferta powinna być złożona na udostępnionym przez udzielającego zamówienia formularzu i zawierać wszystkie elementy i załączniki w nim określone.
- 6.** Wszelkie poprawki lub zmiany w złożonym tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę(y) podpisującą ofertę.
- 7.** Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie z napisem „Konkurs ofert na wybór realizatora Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”.
- 8.** Wszelkie dokumenty, jeśli nie zostaną złożone w oryginałach, winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę(y) uprawnioną(e) do reprezentacji Oferenta lub uwierzytelnione przez notariusza.
- 9.** W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, Zamawiający zastrzega sobie możliwość wprowadzenia zmian w treści warunków konkursu ofert. O każdej ewentualnej zmianie Zamawiający powiadomi Oferentów poprzez zamieszczenie ogłoszenia na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miasta Rzeszowa ul. Rynek 1, oraz w biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Rzeszowa www.bip.umrzeszow.pl w zakładce „Wydziały Urzędu Miasta Rzeszowa; Wydział Zdrowia; „Konkurs ofert na wybór realizatora Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”.

10. Oferent może zwracać się do Zamawiającego o udzielenie odpowiedzi na ewentualne pytania związane z warunkami konkursu oraz sposobem przeprowadzenia konkursu ofert. Informacji tych udziela Wydział Zdrowia – Urząd Miasta Rzeszowa, przy ul. Kopernika 16 w Rzeszowie, pok. Nr 4, tel.17 875 46 08, e- mail: zdrowie@erzeszow.pl.

11. Postępowanie konkursowe przeprowadzi Komisja Konkursowa powołana Zarządzeniem Prezydenta Miasta Rzeszowa.

III. Zasady składania ofert

1. Oferty, przygotowane wg wskazań zawartych w rozdziale II, należy składać w Kancelarii Ogólnej Urzędu Miasta Rzeszowa – ul. Rynek 1 lub Wydziale Zdrowia Urzędu Miasta Rzeszowa – ul. Kopernika 16 lub przesłane na adres: Urząd Miasta Rzeszowa, ul. Rynek 1, 35 - 064 Rzeszów, do dnia **6 kwietnia 2016 r.**

2. Oferty, które wpłyną do Urzędu Miasta Rzeszowa po terminie oznaczonym w ust. 1, podlegają odrzuceniu bez otwierania.

IV. Termin i tryb oceny ofert

1. Posiedzenie Komisji konkursowej nastąpi w dniu **8 kwietnia 2016 r.** o godz.12.00 w siedzibie Urzędu Miasta Rzeszowa, ul. Rynek 1, pok. 14.

2. Złożone oferty będą rozpatrzone pod względem formalnym przez Wydział Zdrowia, który przekaze zbiorczo oferty, powołanej przez Prezydenta Miasta Rzeszowa Komisji Konkursowej, w obecności Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.

3. Komisja Konkursowa przekaze oferentom ocenę ofert pod względem formalnym.

4. Oferty nie odpowiadające warunkom jakie powinna spełniać oferta, Komisja odrzuca.

5. Po otwarciu ofert Komisja Konkursowa podaje obecnym nazwę i adres Oferenta, którego oferta jest otwierana, planowane działania i świadczenia zdrowotne w ramach Programu oraz koszt. Komisja Konkursowa przyjmuje również do protokołu ewentualne wyjaśnienia lub oświadczenia zgłaszane przez oferentów.

6. W celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w treści oferty Komisja uprawniona jest do przeprowadzenia dodatkowej ich weryfikacji, w tym żądania dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje zawarte w ofercie.

V. Wybór oferty (część niejawną konkursu ofert)

1. Komisja Konkursowa dokona oceny ofert zgodnie z Regulaminem pracy Komisji konkursowej oraz zapisami Warunków konkursu ofert.

2. Kryterium wyboru Realizatora będzie:

1) koszt jednostkowy świadczenia brutto – 60 pkt,

2) warunki kadrowe i kwalifikacje osób realizujących program – 15 pkt,

3) wyposażenie zabezpieczone przez Oferenta na potrzeby programu – 10 pkt,

4) dostępność do świadczeń udzielanych w ramach programu (ilość dni w tygodniu, godziny przyjęć, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych – minimum do godz. 18.00) – 5 pkt,

5) deklarowana możliwość wyłączenia przyjmowania pacjentów w ramach programu poza świadczeniami udzielanymi w ramach prowadzonej działalności – 5 pkt,

6) doświadczenie w realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych – 5 pkt.

Oferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt. Punktacja końcowa obliczana jest jako średnia arytmetyczna punktów przyznanych przez członków Komisji Konkursowej w poszczególnych

kryteriach. Komisja konkursowa wybiera ofertę, która uzyskała największą ilość punktów przy czym pierwszeństwo w wyborze oferty, będą miały podmioty z siedzibą w Rzeszowie.

3. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona zostanie tylko jedna oferta, udzielający zamówienia może przyjąć tę ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, że spełnia ona wymagania określone w ogłoszeniu o konkursie.

4. W toku oceny ofert Komisja konkursowa może:

1) zwrócić się do Oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznych złożonych ofert,

2) zwrócić się do oferentów i poprawienie w tekście oferty oczywistych omyłek pisarskich.

5. W przypadku, gdy złożone oferty nie zapewnią właściwego wykonywania świadczeń będących przedmiotem konkursu, Komisja konkursowa nie przyjmuje żadnej oferty.

VI. Rozstrzygnięcie konkursu ofert

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi do 2 dni od terminu określonego dla ich złożenia.

2. Ocena Komisji Konkursowej - protokół z postępowania konkursowego wraz z propozycją wysokości środków na realizację Programu zostanie przekazana Prezydentowi Miasta Rzeszowa, który podejmie decyzję w formie Zarządzenia.

3. Rozstrzygnięcie Prezydenta Miasta Rzeszowa o wynikach konkursu jest ostateczne i nie przysługuje od niego odwołanie.

4. Oferenci biorący udział w Konkursie zostaną powiadomieni o wynikach Konkursu pisemnie.

5. Informacja zawierająca nazwę i siedzibę wybranego Oferenta/Oferentów zamieszczona zostanie niezwłocznie na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Rzeszowa www.bip.umrzeszow.pl. w zakładce „Wydziały Urzędu Miasta Rzeszowa; Wydział Zdrowia; „Konkurs ofert na wybór realizatora Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”.

6. Oferty wraz z dokumentami nie będą zwracane Oferentom.

7. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji, finansowania i rozliczania programów regulować będzie umowa zawarta pomiędzy wybranym Oferentem a Prezydentem Miasta Rzeszowa.

VII. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. Z wybranym Oferentem zostanie zawarta umowa cywilnoprawna o udzielanie świadczeń zdrowotnych w terminie do 11 kwietnia 2016 r.

2. W przypadku odstąpienia od umowy przez wybranego Oferenta, Prezydent Miasta Rzeszowa, po zasięgnięciu opinii Komisji Konkursowej zawrze umowę z tym Oferentem, który przedstawił kolejną najkorzystniejszą ofertę według treści protokołu z postępowania konkursowego.

3. Prezydent Miasta Rzeszowa może w każdej chwili odstąpić od zawarcia umowy bez podania przyczyn.

4. Projekt umowy wraz z załącznikami dostępny będzie w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Rzeszowa www.bip.umrzeszow.pl. w zakładce „Wydziały Urzędu Miasta Rzeszowa; Wydział Zdrowia; „Konkurs ofert na wybór realizatora Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa” oraz w Wydziale Zdrowia Urzędu Miasta Rzeszowa przy ul. Kopernika 16, pok. Nr 4, od poniedziałku do piątku w godz. od 7.30 do 15.30.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi „Warunkami konkursu ofert” mają zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz.U. z 2014 r. poz.121), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015r. poz. 618 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.

OFERTA KONKURSOWA
PROGRAM WYKRYWANIA ZAKAŻEŃ WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C, WŚRÓD
MIESZKAŃCÓW MIASTA RZESZOWA

Podstawa prawna:	Art. 48 oraz art.48b ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.).
Składający ofertę¹	<input type="checkbox"/> Publiczny zakład opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej <input type="checkbox"/> Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej
Adresat:	Prezydent Miasta Rzeszowa

A. Dane ewidencyjne oferenta				
A1. Dane ewidencyjne i adres wnioskodawcy				
1. Pełna nazwa podmiotu ²			2. Pieczęć podmiotu	
3. Numer wpisu do rejestru ³			4. Status prawny podmiotu	
5. Województwo		6. Miejscowość		
7. Kod pocztowy	8. Poczta	9. Ulica	10. Nr domu	11. Nr lokalu
12. Telefon ⁴		13. Faks ⁴		14. E-mail
A2. Rachunek bankowy				
15. Nazwa banku			16. Numer rachunku bankowego	
A3. Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu⁵				
17. Imię i Nazwisko			18. Funkcja	
A4. Koordynator programu				
19. Imię i Nazwisko			20. Telefon ⁴	

B. Informacja o zasobach kadrowych i rzeczowych	
B1. Informacja o zasobach kadrowych i kompetencjach osób wykonujących program	
21. Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach programu	
22. Kwalifikacje zawodowe	

Objaśnienia:

¹ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.

² Imię i nazwisko w przypadku składania oferty przez osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej.

³ W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą – numer wpisu do organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W pozostałych przypadkach – numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.

⁴ Należy podać także numer kierunkowy.

⁵ Należy podać imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania i dokonywania zobowiązań finansowych (zawierania umów) w imieniu podmiotu

B2. Informacja o zasobach rzeczowych

23. Miejsce realizacji programu – warunki lokalowe; wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności

C. Realizacja Programu**C1. Cel programu**

24. Informacje o celach działań planowanych w ramach programu

C2. Termin i miejsce realizacji programu

25. Okres realizacji programu

C3. Adresaci programu

26. Informacja o docelowej liczbie adresatów programu

C4. Szczegółowy sposób realizacji programu

27. Dokładny opis realizacji programu

C5. Harmonogram działań w zakresie realizacji programu⁶

28. Rodzaj działania (liczba zaproszeń, badań, edukacji zdrowotnej, szkoleń itp.)	Miejsce i czas realizacji

Objaśnienia:

⁶ Należy wymienić poszczególne działania Programu – rodzaj działania, proszę podać miejsce i czas ich realizacji ,np. liczbę spotkań, liczbę badań, wykaz osób biorących udział w realizacji poszczególnych działań i ich kompetencje oraz wykaz aparatury i sprzętu medycznego.

D. Kosztorys

Lp.	Rodzaj kosztu / wydatku ⁷	Kwota
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
Razem Cena świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą Programem		
Koszty programu - ogółem		

Załączniki:

- właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności podmiotu – aktualny odpis z odpowiedniego rejestru oraz inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących (ważny 3 miesiące od daty uzyskania);
- oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
- dokumenty potwierdzające posiadanie specjalizacji w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych oraz dokumenty potwierdzające prawo do wykonywania zawodu, w odniesieniu do lekarzy mających świadczyć usługi medyczne w ramach programu objętego ofertą konkursową.

**Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Rzeszowa z dnia 22 marca 2016 r. o otwartym konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:
"Program wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa"**

29. Data podpisania

D D - M M - R R R R

30. Podpis osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu składającego ofertę

Objaśnienia:

⁷ Należy podać koszty osobowe, rzeczowe oraz pozostałe (wymienić jakie), stanowiące podstawę wyliczenia ceny świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą programem.

Umowa Nr.....2016

na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”

zawarta w dniu 11 kwietnia 2016 roku w Rzeszowie

pomiędzy Miastem Rzeszów reprezentowanym przez
Stanisława Sienko – Zastępcę Prezydenta Miasta
zwanym dalej „Udzielającym zamówienia”

a

.....
posiadającym wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem
....., reprezentowanym przez
zwanym dalej „Świadczeniodawcą”

Podstawę prawną niniejszej Umowy stanowi:

- 1) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz.581 z późn.zm.).
- 2) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz.618 z późn.zm.).

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest realizacja Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa, zwanego dalej „Programem”, w okresie od dnia 11.04.2016 r. do 16.12.2016 r. lub do wyczerpania limitu badań.
2. Programem objęte będą osoby mające 25 i więcej lat (rok urodzenia 1991 i lata wcześniejsze), zameldowane czasowo lub na stałe w Rzeszowie, ze szczególnym uwzględnieniem osób z grup ryzyka tj.:
 - 1) hospitalizowanych w ciągu ostatnich 15 lat co najmniej jeden raz,
 - 2) po przebytych drobnych zabiegach medycznych w ostatnich 15 latach,
 - 3) bezrobotnych.
3. Programem nie mogą być objęte osoby leczące się z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest w szczególności do:
 - 1) zorganizowania i przeprowadzenia badań przesiewowych w kierunku obecności przeciwciał anty – HCV we krwi (test anty - HCV),
 - 2) przeprowadzenia promocji realizowanego Programu we własnym zakresie, zapraszania na badania osób zameldowanych w Rzeszowie w grupie wiekowej 25 i więcej lat, ze szczególnym uwzględnieniem osób z grup ryzyka, akcji informacyjno – edukacyjnej dotyczącej profilaktyki zakażeń HCV,
 - 3) współpracy ze środkami masowego przekazu celem rozpropagowania informacji o Programie oraz udział w konferencjach prasowych dotyczących realizacji Programu,
 - 4) przeprowadzenia ankiety wśród badanej grupy osób na potrzeby analizy czynników ryzyka zakażenia HCV (treść ankiety stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej umowy) oraz uzyskanie zgody zgłaszających się do badań osób na udział w Programie i wykorzystanie danych zawartych w ankiecie, a także wyniku badania do

- opracowywanych sprawozdań, z zachowaniem ochrony danych osobowych (załącznik Nr 2 do niniejszej umowy),
- 5) dokonania czynności dopuszczających do badania osoby mające 25 i więcej lat, posiadających zameldowanie na terenie Rzeszowa, przy uwzględnieniu informacji zawartych w wypełnianej przez uczestnika Programu ankiecie,
 - 6) wykonania badań krwi w kierunku obecności przeciwciał anty – HCV, zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi,
 - 7) wydania wyniku osobie, której wykonano badanie w kierunku obecności przeciwciał anty – HCV, pod warunkiem wypełnienia ankiety o której mowa w pkt 4.,
 - 8) kierowania osób z dodatnim wynikiem na obecność przeciwciał anty – HCV do dalszych badań (poprzez lekarza p.o.z.) w ośrodkach specjalistycznych, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 9) edukacji indywidualnej dotyczącej ryzyka zakażeń HCV i profilaktyki w tym zakresie oraz przekazania tematycznej ulotki,
 - 10) koordynowania i bieżącego monitorowania Programu przez osobę wskazaną przez realizatora Programu,
 - 11) prowadzenie dokumentacji medycznej przeprowadzonych badań, zgodnie z obowiązującymi przepisami, odrębnej od dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach jakiegokolwiek innej działalności prowadzonej przez Świadczeniodawcę, w tym rejestru osób przebadanych w ramach umowy, który stanowią ponumerowane ankiety wraz z oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisanym przez uczestnika Programu (rejestr ten stanowi dokumentację zakładu wykonującego Program),
 - 12) przeprowadzenie ankiety badającej satysfakcję uczestników Programu,
 - 13) analizę wyników realizacji Programu, prowadzenie sprawozdawczości, w formie comiesięcznego sprawozdania z realizacji Programu (wzór sprawozdania stanowi załącznik Nr 3 do niniejszej umowy) i przedkładania go do Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Rzeszowa przy Placu Ofiar Getta 7, w terminie do 5 dnia następnego m-ca po miesięcznej realizacji Programu, jedynie w ostatnim miesiącu realizacji Programu - do 16 grudnia br. oraz zbiorczego sprawozdania merytorycznego i statystycznego do 31 grudnia br. (wzór sprawozdania stanowi załącznik Nr 4 do niniejszej umowy).
5. Sposób organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu musi być zgodny ze złożoną przez Świadczeniodawcę ofertą stanowiącą integralną część umowy.

§ 2

1. Świadczeniodawca udziela nieodpłatnie świadczeń osobom określonym w § 1 pkt 1 – 3, na podstawie dokumentu potwierdzającego zameldowanie na terenie miasta Rzeszowa i wiek (okazanie dowodu osobistego) lub oświadczenia o zameldowaniu w Rzeszowie wraz z podaniem adresu, bez skierowania lekarza rodzinnego, pod warunkiem oświadczenia pacjenta o nie pozostawaniu w leczeniu z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C.
2. Świadczeniodawca wydaje wynik badania uczestnikom programu w terminie do 5 dni od dnia badania oraz udziela informacji co do dalszego postępowania.
3. W przypadku konieczności objęcia uczestnika programu leczeniem specjalistycznym, Świadczeniodawca przekazuje zwrótnie niezbędne informacje lekarzowi wskazanemu przez uczestnika Programu.

§ 3

Program realizowany będzie w podmiocie wykonującym działalność leczniczą (nazwa) adres.....w dniach i godzinach pracy podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wymienionych w złożonej ofercie.

§ 4

Świadczeniodawca oświadcza, iż osoby wykonujące świadczenia zdrowotne w ramach niniejszej Umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia oraz, że osoby te udzielają świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 5

W razie niemożności udzielania świadczeń przez osoby, o których mowa w § 4, spowodowanej urlopem, zwolnieniem lekarskim lub inną przyczyną, Świadczeniodawca zobowiązuje się do zapewnienia we własnym zakresie ciągłości udzielania świadczeń w ramach środków finansowych określonych w Umowie.

§ 6

Świadczeniodawca zobowiązany jest informować zainteresowanych uczestnictwem w Programie, o warunkach, terminach i miejscach wykonywania nieodpłatnych badań w kierunku obecności przeciwciał anty – HCV oraz o trybie składania skarg i wniosków, umieszczając ogłoszenie w miejscach ogólnodostępnych dla uczestników Programu. Informacja powinna zawierać:

- 1) wykaz świadczeń zdrowotnych oferowanych w ramach Programu,
- 2) prawa pacjenta,
- 3) tryb składania skarg i wniosków.

§ 7

Pomieszczenia, w których będą wykonywane świadczenia zdrowotne oraz aparatura i sprzęt medyczny muszą odpowiadać standardom określonym w obowiązujących przepisach oraz posiadać krajowe atesty.

§ 8

Świadczeniodawca ma obowiązek zaopatrywania się we własnym zakresie w materiały i artykuły sanitarne, sprzęt jednorazowego użytku oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie niniejszej Umowy.

§ 9

1. Maksymalna kwota finansowania świadczeń zdrowotnych w okresie od 11.04.2016 r. do 16.12.2016 r. wynosi **24 000,00** zł brutto (słownie złotych: dwadzieścia cztery tysiące).
2. Programem będą objęte osoby w liczbie 600 osób, przy czym koszt 1 świadczenia w ramach Programu wyniesie 40,00 zł, nie więcej niż 24 000,00 zł ogółem.
3. Okresem rozliczeniowym jest okres na jaki została zawarta umowa.
4. Kwota ta będzie przekazana po spełnieniu warunków określonych w § 11 i 13.
5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej otrzymanych środków finansowych oraz dokonywanych z tych środków wydatków.

§ 10

1. Udzielający zamówienia przekaże środki finansowe za realizację przedmiotu umowy w rozliczeniu kwartalnym.
2. Świadczeniodawca w terminie 5 dni od dnia zakończenia realizacji umowy w danym kwartale br., przedkłada Udzielającemu zamówienia fakturę za wykonane świadczenia.
3. Zapłata za wykonane świadczenia zostanie dokonana przez Udzielającego zamówienia, w terminie 7 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury, pod warunkiem złożenia przez Świadczeniodawcę prawidłowo sporządzonych dokumentów, o których mowa w § 1 ust.4 pkt 13.
4. Należność z tytułu umowy wypłacona będzie przez Udzielającego zamówienia na rachunek bankowy Świadczeniodawcy:
Nazwa banku:
6. Numer konta:

§ 11

1. Należności wypłacone na podstawie Umowy nie mogą być przeznaczone na inne cele, niż związane z wykonywaniem Programu.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wydatkować je w sposób najbardziej racjonalny i celowy, przy jednoczesnym zapewnieniu świadczeń zgodnych z przyjętymi standardami.

§ 12

W zakresie wykonywania Umowy Świadczeniodawca zobowiązany jest do:

- 1) prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej, oddzielnej od poradni specjalistycznych.
- 2) sporządzania sprawozdań wynikających z niniejszej umowy oraz dodatkowych informacji na wezwanie Udzielającego zamówienia.
- 3) po zakończeniu programu Świadczeniodawca zobowiązany jest do dokonania oceny programu i przekazania sprawozdania zbiorczego do Urzędu Miasta Rzeszowa - Wydziału Zdrowia, przy ul. Kopernika 16.

§ 13

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do poddania się kontroli przeprowadzanej przez osoby upoważnione przez Udzielającego zamówienia, dotyczącej:
 - 1) sposobu korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania,
 - 2) stosowania procedur diagnostycznych i profilaktycznych pod względem jakości i zgodności z przyjętymi standardami,
 - 3) właściwego wykorzystania należności uzyskanych na podstawie niniejszej umowy,
 - 4) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń,
 - 5) dokonywania specyfikacji kosztów udzielanych świadczeń i należności za ich wykonanie.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i okazania pomocy upoważnionym przedstawicielom Udzielającego zamówienia podczas i w związku z przeprowadzaną kontrolą.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do wykonania zaleceń pokontrolnych w wyznaczonych terminach.
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości związanych z wykonywaniem umowy i nie zastosowaniem się do zaleceń pokontrolnych Udzielający zamówienia może dokonać pomniejszenia należności Świadczeniodawcy zagwarantowanych niniejszą umową.

5. Kontrole dokumentacji medycznej i jakości świadczeń zdrowotnych mogą być przeprowadzone tylko przez osoby, upoważnione przez Udzielającego zamówienia.

§ 14

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do:
 - 1) ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem i zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 ust.4, również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych w tym wirusa HIV;
 - 2) okazania polisy ubezpieczeniowej o której mowa w ust. 1 przy podpisywaniu Umowy oraz dostarczenia kopii polisy jako załącznika umowy.
2. Udzielający zamówienia nie ponosi jakiegokolwiek odpowiedzialności za szkody wyrządzone osobom trzecim przez Świadczeniodawcę w związku z wykonywaniem, czy zaniechaniem wykonywania świadczeń zdrowotnych.

§ 15

Świadczeniodawca zobowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania wynikającego z umowy, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania jest następstwem okoliczności, za które Świadczeniodawca odpowiedzialności nie ponosi.

§ 16

Umowa może być wypowiedziana w całości lub w części przedmiotu Umowy, przez każdą ze stron, za jednomiesięcznym wypowiedzeniem dokonany na koniec miesiąca kalendarzowego. Podstawą wypowiedzenia Umowy może być naruszenie obowiązków wynikających z niniejszej Umowy a w szczególności:

- 1) ograniczenie dostępności do wykonywanych świadczeń zdrowotnych, zawężenie ich zakresu lub nieodpowiednia jakość,
- 2) powtarzające się rażące niewywiązywanie się z obowiązku zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w ramach Programu,
- 3) nie przekazywanie wymaganych przez Udzielającego zamówienia informacji,
- 4) utraty przez Świadczeniodawcę zdolności do realizacji świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia,
- 5) skarg pacjentów wskazujących na rażące naruszenia Umowy.

§ 17

Udzielający zamówienia może wypowiedzieć Umowę w całości lub w części przedmiotu Umowy, bez zachowania terminu wypowiedzenia w przypadkach:

- 1) przerwy w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych,
- 2) wykorzystywania środków pieniężnych przekazanych przez Udzielającego zamówienia na inne cele niż określone w Umowie,
- 3) podania przez Świadczeniodawcę niezgodnych ze stanem faktycznym danych i informacji będących podstawą finansowania świadczeń zdrowotnych lub wysokości poszczególnych płatności,
- 4) odmowy poddania się kontroli bieżącej realizacji Umowy lub przeprowadzenia niezbędnych czynności kontrolnych,
- 5) nieuwzględnienie zaleceń pokontrolnych,
- 6) pobierania nienależnych opłat od uczestników programu,
- 7) nie przedłożenia aktualnej polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w § 14.

§ 18

1. W sytuacjach, o których mowa w § 16 i 17 strony dokonają rozliczenia całkowitej kwoty Umowy w terminie do 7 dni od dnia rozwiązania Umowy.
2. Rozliczenie ostateczne Umowy nastąpi do dnia 31 grudnia 2016 r.

§ 19

Każda zmiana warunków Umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 20

W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 21

Sprawy sporne rozstrzyga sąd właściwy dla siedziby udzielającego zamówienia.

§ 22

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

ŚWIADCZENIODAWCA:

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:

.....

.....

Załącznik Nr 1 do umowy zawartej w dniu.....
pomiędzy miastem Rzeszów a.....

**Program wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C,
wśród mieszkańców Rzeszowa**

Pieczęć Świadczeniodawcy

Data _____

**ANKIETA Nr.....
oceny ryzyka zakażenia HCV**

Nazwisko _____ Imię _____ wiek badanego _____

pleć	kobieta <input type="checkbox"/>	mężczyzna <input type="checkbox"/>
miejsce zameldowania w Rzeszowie	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Zatrudnienie	rencista/emeryt <input type="checkbox"/>	pracujący * <input type="checkbox"/>
osoby bezrobotne	tak <input type="checkbox"/>	nie <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"/>
pobyt w szpitalu	jeden raz <input type="checkbox"/>	wielokrotnie <input type="checkbox"/>
zabieg operacyjny	jaki	kiedy (rok)
zabieg endoskopowy		
kolonoskopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy
gastroskopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy
bronchoskopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy
laparoscopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy
transfuzje krwi lub preparatów krwio pochodnych (płytki, osocze, czynniki krzepnięcia, albuminy, immunoglobuliny)	nie <input type="checkbox"/>	
	tak, przed 1992r. <input type="checkbox"/>	
	tak, po 1992 r. <input type="checkbox"/>	
Tatuaże, piercing	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Inne zabiegi chirurgiczne i stomatologiczne	jakie	kiedy

- Udzielenie przynajmniej jednej odpowiedzi **TAK** kwalifikuje do badania.

* Proszę wypełnić oświadczenie odnośnie - nie zatrudnienia w placówce ochrony zdrowia lub pomocy społecznej.

Data i czytelny podpis uczestnika Programu

.....

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

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

Załącznik Nr 2 do umowy zawartej w dniu..... 2016 r.
pomiędzy miastem Rzeszów a.....

.....

Pieczęć Świadczeniodawcy

Wyrażam zgodę na:

udział w „Programie wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa” i przeprowadzenie badania diagnostycznego zakażenia HVC

Tak Nie

pozostawienie pobranej próbki w banku krwi celem wykonania dodatkowych badań, jeśli będzie to niezbędne

Tak Nie

wykorzystanie moich danych (wiek, płeć, podstawa kwalifikacji do udziału w Programie medyczna/społeczna oraz wynik badania krwi) do miesięcznego i zbiorczego opracowania statystycznego wyników programu przesiewowego HCV.

Tak Nie

Data i czytelny podpis uczestnika Programu.....

Pieczęć Świadczeniodawcy

Sprawozdanie miesięczne z realizacji „Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”

za miesiąc.....

1. Skuteczność zapraszania na badania:

- 1) Sposób zapraszania uczestników programu.....
 - a) zaproszenia przekazywane indywidualnie (ilość).....
 - b) poprzez media, artykuły w prasie (proszę podać formę i liczbę).....
 - c) inne formy (proszę wymienić).....

2. Efekty badań przesiewowych:

- 1) liczba osób którym wykonano badanie - test anty - HCV, ogółem.....
w grupie wiekowej: od 25 do 40 lat.....od 41 lat
- 2) liczba udzielonych informacji na temat zapobiegania zakażeniom HCV (edukacja uczestników programu).....
- 3) ilość materiałów edukacyjnych (ulotek) przekazanych uczestnikom programu.....
- 4) liczba osób skierowanych do lekarza rodzinnego celem dalszej diagnostyki i leczenia specjalistycznego.....
- 5) **ilość wyników badań negatywnych**.....
- 6) **ilość wyników badań pozytywnych**.....

.....
Data i podpis Świadczeniodawcy

Załącznik Nr 4 do umowy zawartej w dniu.....kwietnia 2016 r.
pomiędzy miastem Rzeszów a.....

Pieczęć Świadczeniodawcy

Zbiorcze sprawozdanie merytoryczne i statystyczne z realizacji „Programu wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”

w okresie realizacji Programu od.....do.....2016 r.

1. Skuteczność zapraszania na badania:

- 1) Sposób zapraszania uczestników programu.....
 - a) zaproszenia przekazywane indywidualnie (ilość).....
 - b) poprzez media, artykuły w prasie (proszę podać formę i liczbę).....
 - c) inne formy (proszę wymienić).....

2. Efekty badań przesiewowych:

- 1) liczba osób którym wykonano badanie - test anty - HCV, ogółem.....
 - w grupie wiekowej: od 25 do 40 lat.....od 41 lat
 - z uwagi na czynnik/i ryzyka medyczny/e.....
 - z uwagi na czynnik ryzyka społeczny (bezrobocie).....
- 2) liczba udzielonych informacji na temat zapobiegania zakażeniom HCV (edukacja uczestników programu).....
- 3) ilość materiałów edukacyjnych (ulotek) przekazanych uczestnikom programu.....
- 4) liczba osób skierowanych do lekarza rodzinnego celem dalszej diagnostyki i leczenia specjalistycznego.....
- 5) ilość wyników badań negatywnych.....
- 6) ilość wyników badań pozytywnych.....

.....
Data i podpis Świadczeniodawcy

3. Wyniki ankiety satysfakcji uczestników Programu

(Opis wyników analizy ankiet wypełnianych przez uczestników Programu, % osób oceniających realizację Programu – bardzo dobrze, dobrze, negatywnie – wraz z podaniem uzasadnienia).

.....
Data i podpis Świadczeniodawcy