

بسمه تعالی



تاریخ:

شماره:

فرم استعلام بها

شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهریار در نظر دارد مدیریت و انجام خدمات مرکز گذری کاهش آسیب سوء مصرف مواد را در منطقه ویریه با شرایط ذیل از طریق استعلام بها به یکی از شرکت ها یا افراد حقیقی ذی صلاح واگذار نماید. با توجه به حجم فعالیت های ابلاغ شده متقاضیان باید قیمت پیشنهادی خود را از حداقل مبلغ ۳۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال معادل (سیصد و پنجاه میلیون تومان) جهت راه اندازی مرکز گذری کاهش آسیب با ۲ تیم سیار تا پایان وقت اداری تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۶ در سامانه تدارکات دولت الکترونیک بارگزاری نمایند.

موضوع: واگذاری مرکز خدمات کاهش آسیب وابستگی به سوء مصرف مواد به معتادان تزریقی خیابانی

گروه هدف: معتادان تزریقی خیابانی، حاشیه نشین و سخت دسترس و همچنین مصرف کنندگان مواد مخدر که دارای رفتار پرخطر هستند.

مدت اجرا: یک سال از تاریخ عقد قرارداد و صدور مجوز

دستگاه ناظر: شبکه بهداشت و درمانی شهرستان شهریار و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ دریافت مدارک توسط متقاضی: از تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۱ لغایت ۱۴۰۲/۰۵/۲۶

تاریخ تحویل مدارک تکمیل شده: حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۶

تاریخ بررسی و ارزیابی مدارک: ۱۴۰۲/۰۵/۳۰ نتیجه بررسی و ارزیابی مدارک: ۱۴۰۲/۰۵/۳۰

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده قیمت:

مدرك تحصيلی (کپی ضمیمه باشد):

قیمت پیشنهادی: (به عدد) ریال (به حروف) ریال

آدرس پیشنهاد دهنده قیمت:

تلفن تماس و امضاء:

میزان سابقه کار در ارتباط با موضوع قرارداد در مراکز و سازمان های معتبر ذکر گردد. (مدارک ضمیمه باشد)

ارائه گواهی دوره های آموزشی مرتبط با اعتیاد و کاهش آسیب برای افراد حقیقی و حقوقی الزامی است. (ضمیمه گردد) ارائه کپی اساسنامه فعالیت های کاهش آسیب و راه اندازی مرکز جهت شرکت های حقوقی الزامی است. (ضمیمه گردد)

تمامی برگه ها دارای مهر و امضا باشد .

جدول شماره ۱

لوازم بهداشتی / مصرفی مرکز DIC و MMT

| هزینه سالانه | هزینه ماهانه | هزینه (واحد) | تعداد مصرفی هر بیمار (روزانه) | تعداد بیمار تحت پوشی | لوازم بهداشتی |
|--------------|--------------|--------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| | | | ۲ | ۹۰ | سرنگ ۲ یا ۵ سی سی پیستون دار |
| | | | ۱ | ۹۰ | سرسوزن شماره ۲۷ |
| | | | ۲ | ۹۰ | آب مقطر |
| | | | ۲ | ۹۰ | چسب زخم |
| | | | ۲ | ۹۰ | پد الکلی |
| | | | ۲ | ۹۰ | فیلتر |
| | | | با توجه به نیاز بیماران | ۹۰ | پکیج پانسمان |
| | | | با توجه به نیاز بیماران | ۹۰ | ملاقه |
| | | | با توجه به نیاز بیمار | ۹۰ | کاندوم |
| | | | متناسب با سرنگ توزیع شده | ۹۰ | SAFETY box یک لیتری |
| | | | با توجه به نیاز بیمار | ۹۰ | لوازم بهداشتی حمام |
| | | | جمع هزینه ها | | |

جدول شماره ۲: جمع کل هزینه برآورد شده سالانه یک مرکز DIC و یک واحد MMT ضمیمه و دو تیم سیار ۲ نفره (Outreach)

| ردیف | نوع هزینه | هزینه ماهانه | هزینه سالانه |
|------|---|--------------|--------------|
| ۱ | هزینه لوازم بهداشتی / مصرفی - DIC - MMT-outreach | | |
| ۲ | هزینه های جاری | | |
| ۳ | هزینه پرسنلی و بیمه | | |
| ۴ | هزینه ایاب ذهاب تیم سیار (Outreach) | | |

جدول شماره ۳: هزینه های جاری

| هزینه سالانه | هزینه ماهانه | تعداد خدمات | |
|--------------|--------------|-------------|--|
|--------------|--------------|-------------|--|

| | | | |
|-----------------------|--|---------------------|---|
| کانکس موجود می باشد . | | | اجاره بهاء (حداقل متراژ ۷۵ متر مربع با ۲ اتاق، سالن انتظار بیماران، آبدارخانه، سرویس بهداشتی و انباری) |
| | | | هزینه آب و برق و تلفن و گاز |
| | | حداقل ۲۰ نفر در ماه | پوشاک |
| | | ۳۰ نفر روزانه | تغذیه شامل: (۶ روز در هفته صبحانه و ناهار که براساس برنامه زمانبندی شده طبق لیست غذائی مرکز در هفته ارائه شود) |
| | | | لوازم مصرفی و ظروف یک بار مصرف توزیع غذا |
| | | | نوشت افزار، فرمهای آماری، پرونده و دفاتر |
| | | | هزینه مالیات دارایی و عوارض شهرداری |
| | | | هزینه بازیافت زباله های عفونی و سرنگ جمع آوری شده |
| | | ۹ نفر | حق الزحمه پرسنل شامل مسئول مرکز، مسئول فنی، متصدی برنامه سرنگ و سوزن، متصدی پذیرش و تحویل لوازم کاهش آسیب، خدمه، ۴ نفر تیم سیار |
| | | ۹ نفر | بیمه پرسنل |
| | | ۱۰۰ نفر روزانه | هزینه متادون |
| | | | جمع هزینه ها |

تعرفه درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین (دارو صرفا متادون و به شکل شربت بوده و ارائه دوز منزل ممنوع می باشد) در حال حاضر بر اساس آخرین دستورالعمل برای هر بیمار مبلغ ۴۰۰۰۰۰ ریال (چهارصد هزار ریال) می باشد که توسط مرکز DIC از بیماران به صورت ماهانه یا روزانه (طبق توافق در نحوه پرداخت) دریافت می گردد.

جدول شماره ۴: لوازم بهداشتی / مصرفی تیم سیار

| هزینه سالانه | هزینه ماهانه | هزینه (واحد) | تعداد مصرفی هر بیمار (روزانه) | تعداد بیمار تحت پوشش | هزینه لوازم بهداشتی مصرفی |
|--------------|--------------|--------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| | | | ۲ | ۵۰ | سرنگ ۲ یا ۵ سی سی پیستون دار |
| | | | ۱ | ۵۰ | سرسوزن شماره ۲۷ |
| | | | ۲ | ۵۰ | آب مقطر |
| | | | ۲ | ۵۰ | چسب زخم |
| | | | ۲ | ۵۰ | پدالکی |
| | | | ۲ | ۵۰ | فیلتر |
| | | | با توجه به نیاز بیماران | ۵۰ | پکیج پانسمان |
| | | | با توجه به نیاز بیماران | ۵۰ | ملاقه |
| | | | با توجه به نیاز بیماران | ۵۰ | کاندوم |
| | | | متناسب با سرنگ جمع آوری شده | ۵۰ | SAFETY box (یک لیتری در هفته) |
| | | | | | جمع هزینه ها |

جدول شماره ۵: هزینه ایاب و ذهاب و پرسنلی تیم سیار

| هزینه سالانه | هزینه ماهانه | هزینه روزانه | تعداد روزهای فعالیت | نوع فعالیت |
|--------------|--------------|--------------|------------------------|-----------------------------------|
| | | | به استثنای روزهای جمعه | هزینه ایاب و ذهاب روزانه تیم سیار |
| | | | | جمع هزینه |

لازم به ذکر است مدارک اعم از مشخصات فرد، اساس نامه، سوابق کاری، دوره های آموزشی و فرم استعلام بهاء در سامانه تدارکات بارگذاری شود. شماره مورد نیاز در سامانه تدارکات (۱۱۰۲۰۹۱۹۳۳۰۰۰۰۱) می باشد.

| ردیف | نوع تجهیزات سرمایه ای | تعداد | هزینه برآورد شده |
|------|---|--|------------------|
| ۱ | میز کار | ۳ عدد | |
| ۲ | صندلی | ۲۰ عدد | |
| ۳ | فایل | ۲ عدد | |
| ۴ | گوشی تلفن | ۱ عدد | |
| ۵ | اجاق گاز | ۱ عدد | |
| ۶ | یخچال | ۱ عدد | |
| ۷ | کوله پشتی و انبر جهت تیم سیار | هر کدام یک عدد | |
| ۸ | زونکن | به مقدار مورد نیاز | |
| ۹ | سیستم گرمایشی و سرمایشی | موجود می باشد | |
| ۱۰ | کپسول اطفای حریق | یک دستگاه | |
| ۱۱ | گاو صندوق | ۱ عدد | |
| ۱۲ | ترالی اورژانس به انضمام دارو های مورد نیاز | ۱ عدد مطابق با استاندارد پروتکل درمان | |
| ۱۳ | تخت معاینه با ملحفه یا رول کاغذی یکبار مصرف | ۱ عدد | |
| ۱۴ | ساکشن | ۱ عدد | |
| ۱۵ | کپسول اکسیژن | ۱ عدد | |
| ۱۶ | ست احیاء | یک سری مطابق با استاندارد پروتکل درمان | |
| ۱۷ | تخته آموزشی ۵۰*۵۰ | یک عدد | |
| ۱۸ | پاراوان و پایه سرم | هر کدام یک عدد | |
| ۱۹ | فور | یک دستگاه | |
| ۲۰ | وسایل پانسمان مطابق با استاندارد پروتکل درمان | قیچی، پنس، رسیور، گالی پات، شان، سینی حداقل ۲ سری، گاز استریل و پنبه | |