

# Załącznik nr 4

# do Regulaminu pracy

# komisji konkursowej

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa oferenta** | **Nr oferty** | **Nazwa konkursu** |
|  |  | Konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”. |

Informacje techniczne:

1. *Oceniane kryterium odpowiada zakresowi poszczególnych części Formularza ofertowego*
2. *Minimalna i maksymalna punktacja poszczególnych komponentów wskazanych w tabeli oceny odpowiada zakresowi określonemu w ogłoszeniu konkursowym, co oznacza, że nie można odejmować punktów za brak jakiegoś elementu ani też przyznawać punktacji wyższej aniżeli przypisane poszczególnym kryteriom maksymalne wartości punktowe*
3. *Punktacja przyznana przez poszczególnych członków komisji konkursowej odnotowywana jest w tabeli pod nazwiskiem osoby oceniającej*
4. *Całkowitą liczbę punktów przyznanych danej ofercie stanowi suma punktów uzyskanych w poszczególnych kryteriach oceny*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM nr 1** | | | **OCENY CZŁONKÓW KOMISJI KONKURSOWEJ** | | | | | | | |
| **1.** | **Zakres i opis działań planowanych do realizacji przez oferenta**  *(oceniane komponenty zawarte są w Części II Formularza ofertowego)* | | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** |
| w tym: | Punktacja |
| 1) | zapraszanie/rekrutacja par do Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2) | organizacja Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3) | interwencje podejmowane w ramach Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4) | dostępność usług realizowanych w ramach Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5) | monitorowanie i ewaluacja usług realizowanych w ramach Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW** | | max. 10 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW**  **(Sumę punktów dla danego kryterium stanowi liczba przyznanych punktów podzielona przez liczbę osób oceniających)** | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM nr 2** | | | **OCENY CZŁONKÓW KOMISJI KONKURSOWEJ** | | | | | | | |
| **2.** | **Doświadczenie oferenta i skuteczność realizacji Programu**  *(oceniane komponenty zawarte są w Części III Formularza ofertowego)* | | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** |
| w tym: | Punktacja |
| 1) | dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją programów polityki zdrowotnej z zakresu leczenia niepłodności we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego i/lub z realizacją „Programu – Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016” Ministerstwa Zdrowia, w tym:   * do 1 roku = 0 pkt * od 1 roku do 3 lat = 2 pkt * od 3 lat do 5 lat = 3 pkt * od 5 lat = 5 pkt | 0-5 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2) | skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI udokumentowana w raportach do konsorcjum European IVF-monitoring (EIM) prowadzonego przez ESHRE w okresie ostatnich 5 lat (dane uśrednione), w tym:   * do 20% = 1 pkt * od 21% do 30% = 2 pkt * od 31% do 40% = 3 pkt * od 41% do 50% = 4 pkt * od 51% = 5 pkt | 0-5 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3) | skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI w odniesieniu do liczby procedur przewidzianych w Programie – liczba ciąż w stosunku do liczby 400 procedur rocznie przeprowadzonych w okresie ostatnich 3 lat (dane uśrednione), w tym:   * do 40 = 0 pkt * od 41 do 60 = 1 pkt * od 61 do 80 = 2 pkt * od 81 do 120 = 3 pkt * od 121 do 160 = 4 pkt * od 161 = 5 pkt | 0-5 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW** | | max. 15 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA PUNKTÓW**  **(Sumę punktów dla danego kryterium stanowi liczba przyznanych punktów podzielona przez liczbę osób oceniających)** | | |  | | | | | | | |
| **KRYTERIUM nr 3** | | | **OCENY CZŁONKÓW KOMISJI KONKURSOWEJ** | | | | | | | |
| **3.** | **Kompetencje i kwalifikacje oferenta**  *(oceniane komponenty zawarte są w Części IV Formularza ofertowego)* | | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** |
| w tym: | Punktacja |
| 1) | kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu z uwzględnieniem doświadczenia w leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego – lekarze specjaliści z zakresu ginekologii i położnictwa | 0-2pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| lekarze i specjaliści legitymujący się uprawnieniami z zakresu stosowania metod wspomaganego rozrodu | 0-2pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| anestezjolog | 0-2pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| pielęgniarki i położne | 0-2pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| psycholog | 0-2pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| osoba odpowiedzialna za system jakości | 0-2pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2) | sprzęt i aparatura przeznaczona na realizację Programu | 0-2pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3) | przechowywanie zarodków w banku komórek rozrodczych i zarodków w ramach realizacji Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4) | przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5) | nagrody i certyfikaty potwierdzające jakość usług świadczonych przez oferenta | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW** | | Max. 20 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA PUNKTÓW**  **(Sumę punktów dla danego kryterium stanowi liczba przyznanych punktów podzielona przez liczbę osób oceniających)** | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM nr 4** | | | **OCENY CZŁONKÓW KOMISJI KONKURSOWEJ** | | | | | | | |
| **4.** | **Koszty realizacji Programu**  *(oceniane komponenty zawarte są w Formularzu kalkulacji kosztów)* | | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** |
| w tym: | Punktacja |
| 1) | koszt jednostkowy całkowitej standardowej procedury, w tym dofinansowanie ze strony Miasta Poznania | 0-5 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2) | przejrzystość kalkulacji kosztów | 0-5 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3) | spójność kosztorysu z zadaniami ujętymi w Programie | 0-5 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4) | cena oferty – realizator, który zaoferuje najniższą cenę brutto otrzyma 40 pkt, a dla pozostałych ofert punktacja w tym kryterium zostanie obliczona w następujący sposób:  C = (Cmin / Cx) × 40  *gdzie:*  *C – liczba punktów w kryterium „cena oferty”*  *Cmin – najniższa cena brutto spośród złożonych ofert*  *Cx – cena brutto oferty badanej* | 0-40 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW** | | max. 55 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA PUNKTÓW**  **(Sumę punktów dla danego kryterium stanowi liczba przyznanych punktów podzielona przez liczbę osób oceniających)** | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZESTAWIENIE PUNKTACJI OFERTY** | | | |
| **KRYTERIUM:** | | *Punktacja* | **LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW** |
|  | **Zakres i opis działań planowanych do realizacji przez oferenta** | *0 – 10 pkt* |  |
|  | **Doświadczenie oferenta i skuteczność realizacji Programu** | *0 – 15 pkt* |  |
|  | **Kompetencje i kwalifikacje oferenta** | *0 – 20 pkt* |  |
|  | **Koszty realizacji Programu** | *0 – 55 pkt* |  |
| **Łączna suma punktów uzyskanych w ramach oceny merytorycznej** | | *max. 100 pkt* |  |

Ocenę merytoryczną sporządzono na posiedzeniu komisji konkursowej w dniu……………………………………….

…….…………………………………

Podpis sporządzającego członka komisji konkursowej

…….…………………………………

Podpis przewodniczącego komisji konkursowej