

# Załącznik do zarządzenia Nr 757/2023/P

Prezydenta Miasta Poznania

z dnia 02.10.2023 r.

OGŁOSZENIE KONKURSU OFERT

NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

### Prezydent Miasta Poznania

### na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 ust. 1 oraz art. 48 ust. 1 i ust. 3-5 i art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

### [(t.j. Dz. U. z 2022 poz. 2561)](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytkmzvg44tm) ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn.

### „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie

### na lata 2024-2026”.

# I. PRZEDMIOT KONKURSU

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora, który zorganizuje i przeprowadzi działania ujęte w programie polityki zdrowotnej pn. **„Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2026”**. Program zapewnia możliwość korzystania z procedury zabezpieczenia płodności na przyszłość osobom, u których stwierdzono ryzyko utraty płodności w związku z chorobą nowotworową.

**Wysokość środków finansowych przeznaczonych z budżetu Miasta Poznania na realizację Programu w latach 2024–2026 wynosi 1 033 500,00 zł brutto**. Program obejmuje jednorazowe dofinansowanie kosztów procedury zabezpieczenia płodności na okres 24 miesięcy.

**Wysokość dofinansowania procedury dla mężczyzn wynosi nie więcej niż 2400,00 zł brutto. Wysokość dofinansowania procedury dla kobiet wynosi nie więcej niż 6380,00 zł brutto.**

# II. ADRESACI KONKURSU

Konkurs adresowany jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w trybie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. [Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.)](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytinzxha2tm), ośrodków medycznie wspomaganej prokreacji i/lub centrów leczenia niepłodności wpisanych przez Ministra Zdrowia do rejestru i/lub zamieszczonych w prowadzonym przez Ministra Zdrowia wykazie centrów leczenia niepłodności, a także spełniających warunki określone w zakresie leczenia niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r.

o leczeniu niepłodności (t.j. [Dz. U. z 2020 r. poz. 442)](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytiobxgm2da) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewniania jakości w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji oraz w banku komórek rozrodczych i zarodków.

Oferent przystępujący do konkursu powinien spełniać następujące warunki:

1. wykonać co najmniej 50 procedur zabezpieczenia płodności na przyszłość w okresie ostatnich 3 lat;
2. dysponować odpowiednią, doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiadać odpowiednie warunki do prowadzenia leczenia w ramach realizacji Programu;
3. stosować wytyczne zawarte w algorytmach diagnostyczno-leczniczych oraz standardy i rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników;
4. posiadać pozwolenie Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji, o którym mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności;
5. posiadać pozwolenie Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności banku komórek rozrodczych i zarodków, o którym mowa w art.45 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności.

**III. UCZESTNICY PROGRAMU**

O dofinansowanie w ramach Programu mogą się ubiegać osoby, u których potwierdzono dokumentacją medyczną chorobę nowotworową i zdiagnozowano ryzyko utraty płodności, zgodnie z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej, i które spełniają kryteria włączenia do Programu opisane poniżej:

|  |
| --- |
| **Uczestnikami Programu mogą być:** |
| 1. Mężczyźni i kobiety, przy czym wiek kobiety mieści się w przedziale 18–40 lat wg rocznika urodzenia; 2. Osoby, które spełniają ustawowe warunki kwalifikacji i podjęcia leczenia niepłodności metodą zabezpieczenia płodności na przyszłość, w tym również kryteria akceptacji wynikające z art. 2 ust. 1 pkt 17 ustawy z dnia 23 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności; 3. Osoby, które zamieszkują na terenie Poznania przez okres minimum 12 miesięcy przed dniem składania wniosku o dofinansowanie procedury przewidzianej w Programie; 4. Osoby, które składają zeznanie podatkowe i rozliczają się we właściwym dla miasta Poznania urzędzie skarbowym. |
| **Zasady uczestnictwa w Programie** |
| 1. Podstawą uczestnictwa w Programie jest kwalifikacja medyczna zgodna z przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności; 2. Dofinansowanie wymaga złożenia wniosku do realizatora Programu; 3. O kolejności przyznawanego dofinansowania do procedur dla poszczególnych osób decyduje kolejność złożonych kompletnych wniosków, zawierających informacje niezbędne dla rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania, zgodne z kryteriami włączenia do Programu; 4. **Program obejmuje dofinansowanie do wysokości 100% kosztów – łącznie nie więcej niż 2400,00 zł do procedury zabezpieczenia płodności u mężczyzn i 6380,00 zł do procedury zabezpieczenia płodności u kobiet**. Jeżeli procedura zabezpieczenia płodności z powodów medycznych zakończy się na wcześniejszym etapie, to dofinansowanie obejmuje przeprowadzone do tego etapu procedury medyczne; 5. Pacjenci zakwalifikowani do procedury zabezpieczenia płodności na przyszłość, u których zaistnieje konieczność przechowania (kriokonserwacji) nasienia i komórek jajowych przez okres dłuższy niż 24 miesiące, ponoszą we własnym zakresie koszty ich przechowywania i późniejszego zastosowania; 6. Cennik pozostałych procedur i usług, które mogą dotyczyć osób uczestniczących w Programie, powinien być im udostępniony przez podmiot realizujący go, na stronie internetowej oraz w widocznym miejscu w siedzibie realizatora, a także precyzyjnie określony w czasie. |

**IV. OPIS DZIAŁAŃ PROWADZONYCH W RAMACH REALIZACJI PROGRAMU**

Do obowiązków oferenta należeć będzie m.in.:

1. zapewnienie dostępności do świadczeń finansowanych w ramach realizacji Programu minimum przez 5 dni w tygodniu, z zapewnieniem nadzoru nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu oraz przechowywania zabezpieczonego materiału przez 24 godziny na dobę;
2. zapewnienie pacjentom możliwości rejestracji telefonicznej i elektronicznej oraz kontaktu telefonicznego z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę w  zależności od potrzeb pacjenta;
3. zapewnienie pacjentom warunków dostępności i bezpieczeństwa uwzgledniających sytuacje związane z ograniczeniami sprawności lub zdarzeniami epidemicznymi;
4. dokonywanie kwalifikacji uczestników do Programu.

Ponadto oferenta dotyczą następujące wymagania:

1. stosowanie standardów zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
2. zapewnienie na czas realizacji Programu stałej współpracy z psychologiem;
3. raportowanie realizacji Programu na formularzach przygotowanych przez zleceniodawcę;
4. umieszczenie informacji o realizowanym Programie na stronie internetowej oraz w siedzibie oferenta;
5. monitorowanie oceny jakości udzielonych świadczeń w postaci ankiety satysfakcji uzgodnionej ze zleceniodawcą.

Dopuszcza się realizację zadania z udziałem podwykonawców, lecz oferent również musi brać czynny udział w wykonaniu zadań prowadzonych w ramach programu. Organizator konkursu ma prawo zażądać wglądu w umowy o współpracy z podwykonawcą.

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERWENCJE ZAPLANOWANE W PROGRAMIE** | |
| **1.** | **Procedura zabezpieczenia płodności u mężczyzn** powinna objąć przynajmniej:   1. przeprowadzenie kwalifikacji uczestnika i oceny ryzyka utraty płodności; 2. przeprowadzenie ustawowych badań lekarskich i laboratoryjnych; 3. konsultację psychologiczną/psychoonkologiczną; 4. pobranie komórek rozrodczych (nasienia); 5. zamrożenie komórek z zachowanym potencjałem rozrodczym i ich przechowywanie; 6. wydanie uczestnikowi Programu dokumentacji potwierdzającej wykonanie procedury wraz ze wskazaniem opłaconego przez Miasto Poznań okresu przechowywania. |
| **2.** | **Procedura zabezpieczenia płodności u kobiet** powinna objąć przynajmniej:   1. przeprowadzenie kwalifikacji uczestniczki i oceny ryzyka utraty płodności; 2. przeprowadzenie ustawowych badań lekarskich i laboratoryjnych; 3. konsultację psychologiczną/psychoonkologiczną; 4. pobranie komórek rozrodczych (oocytów, komórek jajowych) w znieczuleniu, 5. zamrożenie komórek z zachowanym potencjałem rozrodczym i ich przechowywanie; 6. wydanie uczestniczce Programu dokumentacji potwierdzającej wykonanie procedury wraz ze wskazaniem opłaconego przez Miasto Poznań okresu przechowywania. |

**V. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Ofertę sporządza się w języku polskim na formularzu ofertowym stanowiącym załącznik nr 1 do ogłoszenia oraz na formularzu kalkulacji kosztów realizacji Programu stanowiącym załącznik nr 2 do ogłoszenia.
3. Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:
4. zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy);
5. zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy);
6. statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu);
7. dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
8. dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych);
9. zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych);
10. decyzję Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 442);
11. decyzję Ministra Zdrowia o wykonywaniu czynności banku komórek rozrodczych i zarodków, o których mowa w art. 45 ustawy o leczeniu niepłodności.
12. Wszelkie dokumenty muszą być podpisane przez oferenta – osobę albo osoby uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta.
13. Z chwilą ustanowienia pełnomocnictwa istnieje obowiązek załączenia do oferty pełnomocnictwa z podaniem jego zakresu.
14. Oferty niezgodne, czyli takie, których treść nie odpowiada treści niniejszego ogłoszenia, zostaną odrzucone bez dalszego rozpatrywania.
15. Kopie dokumentów wchodzących w skład oferty muszą być poświadczone przez oferenta za zgodność z oryginałem.
16. Ogłoszeniodawca może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy złożona przez oferenta kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi uzasadnione wątpliwości co do jej prawidłowości.
17. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi oferent.

**VI. TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

1. **Termin składania ofert upływa 19.10.2023 r. o godzinie 15.30**.
2. Oferty konkursowe należy składać w formie papierowej w zamkniętej kopercie lub innym opakowaniu uniemożliwiającym ich odczytanie przed otwarciem.
3. Oferty należy adresować:

|  |
| --- |
| Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania **ul. 3 Maja 46, 61-728 Poznań**  opatrzone napisem:  **Oferta na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie**  **na lata 2024-2026”** |

1. Oferty można składać w kancelarii na parterze Urzędu Miasta Poznania przy ul. 3 Maja 46 w Poznaniu, w godzinach pracy Urzędu, wrzucić je do skrzynki podawczej zlokalizowanej tam na parterze lub przesłać pocztą na adres Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych.

UWAGA: Przy wysłaniu pocztą lub kurierem decyduje data wpływu oferty do Urzędu Miasta

Poznania.

1. Oferent może wprowadzić zmiany w złożonej ofercie lub ją wycofać, pod warunkiem, że uczyni to przed upływem terminu składania ofert. Zarówno zmiana, jak i wycofanie oferty wymagają zachowania formy pisemnej. Na kopercie zewnętrznej należy dodatkowo umieścić zastrzeżenie „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

**VII. OSOBA DO KONTAKTU ZE STRONY OGŁOSZENIODAWCY**

Szczegółowych informacji na temat przedmiotu niniejszego postępowania konkursowego udzielają:

1. Sylwia Błociszewska, e-mail: sylwia\_blociszewska@um.poznan.pl, tel. 61 878 56 32;
2. Urszula Piaszczyńska, e-mail: [urszula\_piaszczynska@um.poznan.pl](mailto:urszula_piaszczynska@um.poznan.pl), tel. 61 878 54 80.

**VIII. TRYB ROZPATRYWANIA I OCENA OFERT**

1. Złożone w konkursie oferty przekazywane są do Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych, a następnie kierowane są pod obrady komisji konkursowej powołanej przez Prezydenta Miasta Poznania.
2. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu komisji konkursowej. Do chwili otwarcia oferty w stanie nienaruszonym przechowuje Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych w swojej  siedzibie.
3. Komisja obraduje na posiedzeniach zamkniętych, które organizuje i prowadzi przewodniczący komisji.
4. Możliwy jest udział oferentów w części otwartej posiedzenia komisji konkursowej dotyczącej otwarcia ofert. O terminie otwarcia ofert komisja informuje oferentów drogą e-mailową.
5. W przypadku uczestnictwa w otwarciu ofert osoby niewymienionej w dokumentach jako upoważnionej do reprezentacji oferenta należy dostarczyć stosowne upoważnienie przed rozpoczęciem obrad komisji konkursowej.
6. Otwarcie ofert odbędzie się podczas posiedzenia komisji konkursowej.
7. Dopuszcza się posiedzenia komisji w formie online przy wykorzystaniu zasobów technicznych umożliwiających przekazanie informacji organizacyjnych zapewniających zdalne uczestnictwo członkom komisji konkursowej.
8. Dopuszcza się również przeprowadzenie w formie online części dotyczącej otwarcia ofert przy wykorzystaniu zasobów technicznych umożliwiających przekazanie informacji organizacyjnych zapewniających zdalne uczestnictwo oferentom.
9. W trakcie dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert komisja konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących złożonych przez nich ofert.
10. Ocenie podlegają tylko oferty spełniające następujące warunki określone w ogłoszeniu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE | | Dokumenty lub oświadczenia  potwierdzające spełnienie warunków  udziału w konkursie ofert |
|  | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy) | *kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy) | *kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu) | *kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | *kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych) | *kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych) | *kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Decyzja Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności | *kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Decyzja Ministra Zdrowia o wykonywaniu czynności banku komórek rozrodczych i zarodków, o których mowa w art. 45 ustawy o leczeniu niepłodności. | *kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z realizacją Programu | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu położonego w Poznaniu niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie potwierdzające stosowanie standardów zgodnych z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie, że oferent realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który w przypadku zawarcia umowy ze zleceniodawcą, zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie, że podmiot nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych programem finansowanym z budżetu Miasta Poznania, udzielonych uczestnikom tego Programu, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie oferenta o zobowiązaniu do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią niniejszego ogłoszenia konkursowego w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2026” | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczenie, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym | *oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta* |

1. Oferty niespełniające warunków określonych w ogłoszeniu lub złożone po terminie zostaną odrzucone i nie wezmą udziału w ocenie ofert w konkursie.
2. Ocena ofert konkursowych dokonywana będzie wg następujących kryteriów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAZWA KRYTERIUM | | | Maksymalna liczba punktów |
| **1** | **Zakres i opis działań planowanych do realizacji przez oferenta, w tym:** | | **10** |
| a) | zapraszanie/rekrutacja uczestników do Programu | 0-2 pkt |  |
| b) | organizacja Programu | 0-2 pkt |  |
| c) | interwencje podejmowane w ramach Programu | 0-2 pkt |  |
| d) | dostępność usług realizowanych w ramach Programu | 0-2 pkt |  |
| e) | monitorowanie i ewaluacja usług realizowanych w ramach Programu | 0-2 pkt |  |
| **2** | **Doświadczenie oferenta i skuteczność realizacji Programu, w tym:** | | **15** |
| a) | 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 2014-2016” Ministerstwa Zdrowia, w tym:   * mniej niż 1 rok = 0 pkt * od 1 roku do 3 lat = 2 pkt * od 4 lat do 5 lat = 3 pkt * powyżej 5 lat = 5 pkt | 0-5 pkt |  |
| b) | dotychczasowe doświadczenie oferenta związane z realizacją działań informacyjnych i edukacyjnych prowadzonych na rzecz osób zagrożonych utratą płodności, w tym osób z chorobą nowotworową. | 0-5 pkt |
| c) | efektywność w odniesieniu do liczby procedur przewidzianych w Programie – liczba procedur zabezpieczenia płodności na przyszłość przeprowadzonych przez oferenta w okresie ostatnich 3 lat, w tym:   * mniej niż 49 = 0 pkt * od 50 do 99 = 2 pkt * od 100 do 120 = 3 pkt * powyżej 120 = 5 pkt | 0-5 pkt |
| **3.** | **Kompetencje i kwalifikacje oferenta** | | **20** |
| a) | kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu z uwzględnieniem doświadczenia w leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego, takiego jak: | 0-2 pkt |  |
| * lekarze specjaliści z zakresu ginekologii i położnictwa * lekarze i specjaliści legitymujący się uprawnieniami z zakresu stosowania metod wspomaganego rozrodu | 0-2 pkt |
| * anestezjolog | 0-2 pkt |
| * pielęgniarki i położne | 0-2 pkt |
| * psycholog/psychoonkolog | 0-2 pkt |
| * osoba odpowiedzialna za system jakości | 0-2 pkt |
| b) | sprzęt i aparatura przeznaczona na realizację Programu | 0-2 pkt |
| c) | przechowywanie komórek rozrodczych w ramach realizacji Programu | 0-2 pkt |
| d) | przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej | 0-2 pkt |
| e) | nagrody i certyfikaty potwierdzające jakość usług świadczonych przez oferenta | 0-2 pkt |
| **4.** | **Koszty realizacji Programu\*** | | **55** |
| a) | koszt jednostkowy całkowitej standardowej procedury, w tym dofinansowanie ze strony Miasta Poznania | 0-5 pkt |  |
| b) | przejrzystość kalkulacji kosztów | 0-5 pkt |
| c) | spójność kosztorysu z zadaniami ujętymi w Programie | 0-5 pkt |
| d) | 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”*  *C*min *– najniższa cena brutto spośród złożonych ofert*  *Cx – cena brutto oferty badanej* | 0-40 pkt |
| **Maksymalna liczba punktów, którą może przyznać komisja konkursowa jednej ofercie wynosi:** | | | **100 pkt** |

\* Cena jednostkowa, jak i cena oferty muszą być podane w PLN z uwzględnieniem należnego podatku VAT. Ceną oferty jest łączna wartość brutto. Cena może być tylko jedna i powinna obejmować wszystkie koszty związane ze świadczeniem usługi wynikające z zakresu Programu.

1. Komisja po dokonaniu oceny ofert przedłoży Prezydentowi Miasta Poznania wyniki konkursu i protokół z posiedzenia komisji.
2. Konkurs rozstrzyga Prezydent Miasta Poznania, po zapoznaniu się z wynikami i protokołem komisji.
3. Prezydent Miasta Poznania dopuszcza możliwość wyboru jednej lub więcej niż jednej oferty konkursowej na realizację Programu.
4. Wybór oferty konkursowej w wyżej wymienionym trybie nie wymaga uzasadniania powodów decyzji Prezydenta Miasta Poznania.
5. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.
6. Przyznane środki finansowe mogą być niższe niż wnioskowane przez oferenta w przypadku wyłonienia kilku oferentów do realizacji Programu. W przypadku mniejszego dofinansowania warunkiem zawarcia umowy z oferentem będzie złożenie zaktualizowanego zakresu rzeczowego i kalkulacji kosztów realizacji Programu.
7. Prezydent Miasta Poznania zastrzega sobie prawo – bez podania przyczyny – do zmiany warunków konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu, zamknięcia konkursu bez wyboru oferty oraz nierozstrzygnięcia konkursu na każdym etapie konkursu.
8. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji w Urzędzie Miasta Poznania na stronie internetowej w Biuletynie Informacji Publicznej <http://bip.um.poznan.pl>.
9. Oferenci zostaną poinformowani o dokonanym wyborze oferenta drogą elektroniczną.
10. Termin związania ofertą wynosi do 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

**IX. INFORMACJE DODATKOWE**

W zakresie nieuregulowanym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umowy na realizację Programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zawartej pomiędzy Miastem Poznań, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego oferentem.

W zakresie związanym z udziałem w konkursie oferent zobowiązany jest do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).

Załączniki do ogłoszenia: (4)

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Formularz kalkulacji kosztów

Załącznik nr 3 – Wzór umowy na realizację programu

Załącznik nr 4 – Program polityki zdrowotnej