

## PREZYDENT MIASTA SZCZECIN

Ogłasza konkurs ofert nr WSS-I.1.2019.WP na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019-2021 dla mieszkańców Szczecina”, zwanego dalej „Programem”.

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 995 z póź. zm.) i art. 7 ust.1, pkt 1, art. 8 ust.1, art. 48, ust. 1,3 - 5 oraz art. 48b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z póź. zm.).

### 1. Przedmiot Konkursu

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora, który zorganizuje i przeprowadzi program polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019 - 2021 dla mieszkańców Miasta Szczecin”.

Program zapewnia możliwość korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego parom, u których stwierdzono niepłodność, a inne możliwości terapeutyczne nie istnieją lub się wyczerpały (przedstawione w załączonym opisie programu).

Program dostępny jest na stronie internetowej Urzędu Miasta Szczecin [http://bip.um.szczecin.pl/chapter\\_50210](http://bip.um.szczecin.pl/chapter_50210). Wysokość środków finansowych przeznaczonych z Budżetu Miasta Szczecin na realizację całego Programu na lata 2019 - 2021 wynosi 850 000,00 zł brutto. Program obejmować będzie dofinansowanie kosztów, co najmniej jednej i nie więcej niż dwóch, procedur zapłodnienia pozaustrojowego (łącznie nie więcej niż 5 000,00 zł z uwzględnieniem kosztów kriokonserwacji zarodków za jedną procedurę), a różnicę pomiędzy całkowitym kosztem procedury a dofinansowaniem ponoszą Pacjenci.

### 2. Termin realizacji zadania/Programu – od dnia podpisania umowy do dnia 30.11.2021r.

### 3. Organizator Konkursu

Organizatorem konkursu jest Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin, z siedzibą w Szczecinie, przy pl. Armii Krajowej 1.

### 4. Adresaci konkursu

Konkurs adresowany jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w trybie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), ośrodki medyczne wspomaganej prokreacji i/lub centra leczenia niepłodności wpisane przez Ministra Zdrowia do rejestru, i/lub zamieszczone w prowadzonym przez Ministra Zdrowia wykazie centrów leczenia niepłodności, a także spełniające warunki określone w zakresie leczenia niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego w rozumieniu ustawy z dnia 25 czerwca 2015r. o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 865) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015r. 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) realizować Europejski Program Monitoringu Wyników Leczenia Metodami Zapłodnienia Pozaustrojowego – European IVF Monitoring (EIM);
- 2) wykonywać co najmniej 50 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie, w okresie ostatnich 3 lat;
- 3) dysponować odpowiednią, doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiadać odpowiednie warunki do prowadzenia leczenia w ramach realizacji Programu;
- 4) stosować wytyczne zawarte w Algorytmach Diagnostyczno-Lecznicznych w Niepłodności przygotowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego;
- 5) posiadać pozwolenie 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 2017 r. poz. 865);
- 6) posiadać pozwolenie Ministra Zdrowia o wykonywaniu czynności banku komórek rozrodczych i zarodków, o których mowa w art. 45. ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 865).

### 5. Beneficjenci Programu

Pary, które są mieszkańcami Szczecina (ok. 100 szczecińskich par na cały okres realizacji Programu), u których potwierdzono dokumentacją medyczną bezwzględną przyczynę niepłodności lub nieskuteczne leczenie niepłodności, zgodnie z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej, spełniający następujące kryteria:

#### 1) medyczne:

- a) uczestniczyły w programie polityki zdrowotnej pn. „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016 - 2020”, realizowanym przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 PUM w Szczecinie (w skrócie SPSK nr 1 PUM) i u których stwierdzono bezwzględną przyczynę niepłodności lub posiadają inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę niepłodności lub nieskuteczne leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu;
- b) wiek kobiety mieści się w przedziale od 25 do 40 lat (wg rocznika urodzenia), wiek mężczyzny od 25 do 55 roku życia (wg rocznika urodzenia) w dniu zgłoszenia się do Programu po raz pierwszy; w przypadku bezwzględnego wskazania do leczenia niepłodności dolną granicę wieku kobiety ustala się na 20 lat;

#### 2) administracyjne:

- a) pozostają w związku małżeńskim lub partnerskim, zgodnie z definicją dawstwa partnerskiego określoną w art. 2, ust. 1, pkt 8 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności;
- b) są mieszkańcami Miasta Szczecin, co najmniej od 1 stycznia 2017 roku; Pary chcące skorzystać z Programu zobowiązane są przedłożyć kserokopie pierwszych stron zeznań podatkowych opatrzonych prezentatą szczecińskiego urzędu skarbowego w którym zostały złożone lub zaświadczenie ze szczecińskiego urzędu skarbowego potwierdzające złożenie zeznania lub kserokopie urzędowego poświadczenia odbioru wydanego przez elektroniczną skrzynkę podawczą systemu teleinformatycznego administracji podatkowej (UPO) wraz z pierwszą stroną PIT i wygenerowanym numerem dokumentu zgodnym z identyfikatorem dokumentu UPO za rok poprzedzający udział w Programie.

### **6. Zakres 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 6 dni w tygodniu, z zapewnieniem nadzoru embriologicznego nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu;
- 2) zapewnienie pacjentom możliwości rejestracji telefonicznej i elektronicznej oraz kontaktu telefonicznego z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę w przypadku potrzeb pacjenta.
- 3) dokonywanie kwalifikacji par do Programu.

Ponadto Oferenta dotyczą następujące wymagania:

- 1) stosowanie standardów zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
- 2) raportowanie wyników leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego i stosowania metod wspomaganego rozrodu do European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) w ramach programu EIM - European IVF Monitoring;
- 3) współpraca z Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie w zakresie kwalifikacji osób do Programu będącego przedmiotem konkursu, które uczestniczyły w programie polityki zdrowotnej pn. „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016 - 2020”;
- 4) zapewnienie na czas realizacji Programu stałej współpracy z psychologiem;
- 5) comiesięczne raportowanie realizacji Programu na formularzach uprzednio przygotowanych przez Zleceniodawcę;
- 6) umieszczenie informacji o realizowanym Programie na stronie internetowej oraz w siedzibie Realizatora Programu;
- 7) 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 określonych w pkt. 5. niniejszych warunków szczegółowych konkursu. Organizator konkursu ma prawo zażądać wglądu w umowy o współpracy z podwykonawcami.

### **7. Termin i miejsce składania ofert**

Termin składania ofert upływa **31 stycznia 2019 r. o godzinie 15.30**. Oferty konkursowe należy składać w zamkniętej kopercie opatrzonej pieczętką Oferenta, numerem konkursu i napisem „Konkurs Ofert nr WSS-I.1.2-19.WP na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019-2021 dla mieszkańców Szczecina”, w Biurze Obsługi Interesantów Urzędu Miasta Szczecin, przy pl. Armii Krajowej 1 w Szczecinie, sala 62 lub przesać drogą pocztową na ww. adres (decyduje data wpływu oferty do Urzędu Miasta Szczecin).

Oferty nie spełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

Dopuszcza się oferty zawierające drobne uchybienia formalne pod warunkiem ich uzupełnienia w terminie do następnego dnia po powiadomieniu o niekompletności oferty (telefonicznie, e-mailem lub fax).

## 8. Formularz oferty

Zgłoszenie do konkursu winno być sporządzone w języku polskim na formularzu ofertowym (stanowiącym Załącznik Nr 1) i Formularzu Kalkulacji Cenowej (stanowiącym Załącznik Nr 2) oraz być podpisane na każdej stronie formularza ofertowego przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania Oferenta.

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

- 1) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy);
- 2) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy);
- 3) Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu);
- 4) Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 5) Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych);
- 6) Zezwoleńie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych);
- 7) Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z programem;
- 8) Oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu;
- 9) Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego;
- 10) Oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu;
- 11) Oświadczenie potwierdzające stosowanie standardów zgodnych z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
- 12) Decyzję Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganą prokreacji, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 865);
- 13) Decyzję Ministra Zdrowia o wykonywaniu czynności banku komórek rozrodczych i zarodków, o których mowa w art. 45 ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 865);
- 14) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego nr WSS-I.1.2019.WP w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019-2021 dla mieszkańców Szczecina”;
- 15) Oświadczenie, że Oferent realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców;
- 16) 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) – zwanego dalej RODO;
- 17) Oświadczenie, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Wszystkie dokumenty załączone do oferty powinny zostać przedstawione w formie kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.

## 9. Ocena ofert

Złożone w Konkursie oferty przekazywane są do Wydziału Spraw Społecznych, następnie kierowane są pod obrady Komisji Konkursowej powołanej przez Prezydenta Miasta Szczecin. Komisja po dokonaniu oceny ofert zgodnie z przytoczonymi niżej kryteriami, przedłoży Prezydentowi protokół z posiedzenia komisji. Konkurs rozstrzyga Prezydent Miasta Szczecin, po zapoznaniu się z protokołem Komisji. Prezydent Miasta Szczecin dopuszcza możliwość wyboru jednej lub więcej niż jednej oferty konkursowej na realizację Programu. Wybór oferty konkursowej w wyżej wymienionym trybie nie wymaga uzasadniania powodów decyzji Prezydenta Miasta Szczecin.

W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.

Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.

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.

Ocena ofert konkursowych dokonywana będzie wg następujących kryteriów:

L.p.	Nazwa kryterium	Maksymalna liczba punktów do uzyskania
1.	Zakres wykonania Programu (max. liczba punktów do uzyskania 10):	0 – 10 pkt.
	a) liczba i kwalifikacje personelu biorącego udział w realizacji programu w stosunku do liczby par objętych Programem: <ul style="list-style-type: none"> <li>– lekarze specjaliści w zakresie ginekologii i położnictwa (1-2 pkt.);</li> <li>– lekarz / analityk / biolog legitymujący się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania metod wspomaganego rozrodu (1-2 pkt.);</li> <li>– anestezjolog (1-2 pkt.);</li> <li>– pielęgniarki i położne (1-2 pkt.);</li> </ul>	
	b) przechowywanie zarodków w banku komórek rozrodczych i zarodków w ramach realizacji Programu (0-1 pkt.);	
	c) pierwszy kriotransfer w przypadku braku przeprowadzenia transferu zarodków świeżych w ramach realizacji Programu (0-1 pkt.);	
2.	Skuteczność realizacji programu (max. liczba punktów do uzyskania 10):	0 – 10 pkt.
	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 2013-2016” Ministerstwa Zdrowia (0-5 pkt.);	
	b) skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI udokumentowana w raportach do konsorcjum European IVF-monitoring (EIM) prowadzonego przez ESHRE w okresie ostatnich 5 lat (0-5 pkt.);	
3.	Kalkulacja kosztów realizacji Programu (max. liczba punktów do uzyskania 10):	0 – 10 pkt.
	a) koszt jednostkowy, w tym dofinansowanie ze strony Gminy Miasto Szczecin (1-6 pkt.);	
	b) spójność kosztorysu (0-2 pkt.);	
	c) przejrzystość kalkulacji kosztów (0-2 pkt.);	
<i>Maksymalna ilość punktów, które może przyznać Komisja Konkursowa jednej z ofert wynosi 30 pkt.</i>		

Prezydent Miasta Szczecin zastrzega sobie prawo bez podania przyczyny do zmiany warunków Konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania Konkursu, zamknięcia Konkursu bez wyboru oferty oraz nie rozstrzygnięcia Konkursu na każdym etapie konkursu.

Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji w Urzędzie Miasta Szczecin na stronie internetowej w Biuletynie Informacji Publicznej <http://bip.um.szczecin.pl>

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 30 dni roboczych od daty upływu składania ofert, o którym mowa w ust. 6. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu komisji konkursowej, które odbędzie się w Wydziale Spraw Społecznych w sali konferencyjnej w dniu 05.02.2019 r. o godz. 9.00. Do chwili otwarcia ofert Zamawiający przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.

Podmiot, którego oferta zostanie wybrana, będzie powiadomiony o tym pisemnie.

## 10. Dodatkowe informacje

W zakresie nieuregulowanym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o której mowa w ust. 1, 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 zwartej pomiędzy Gminą Miasto Szczecin, 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)-zwanego dalej RODO.

Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami oraz do udzielania szczegółowych informacji w przedmiocie postępowania konkursowego jest:

- 1).....
- 2) p. Wioletta Perzyńska - Główny Specjalista w Wydziale Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin, pok.336 I, tel. 91 4245 674, e-mail: wperzyn@um.szczecin.pl.

GLÓWNY SPECJALISTA

  
Wioletta Perzyńska


RADCA PRAWNY

  
Krzysztof Kleczka

ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU

  
Marcin Kowalski

ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

  
Daniel Wacinkiewicz

Zastępca Wydziału

  
Beata Bugajska

**FORMULARZ OFERTOWY**  
- Informacje o Oferencie

na projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019 - 2021 dla mieszkańców miasta Szczecina”.

1. Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę:

.....  
.....

2. Dokładny adres:

.....  
.....  
*ulica i numer*                      *miejsowość*                      *kod pocztowy*  
.....  
*Telefon*                      *fax.*                      *adres e-mail*

3. Forma prawna

.....

4. Osoba prawna upoważniona do reprezentowania Oferenta (Nazwisko i imię, tel.kontaktowy, e-mail):

.....  
.....

5. Organ założycielski lub właściciel:

.....  
.....

6. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli posiada):

.....

7. NIP:

.....

8. Regon:

.....

9. Nazwa banku i rachunku bankowego:

.....

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail):

.....

11. Okres realizacji Programu od..... do .....

.....

12. Szczegółowy sposób opis i zakres działań planowanych do realizacji w ramach Programu

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

13. Deklarowana liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego – wykonanych w ramach realizacji Programu w roku:

- 2019: .....  
- 2020: .....  
- 2021: .....

14. Informacje dotyczące liczby i kwalifikacji personelu biorącego udział w realizacji Programu

Lp.	Imię i Nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane Specjalizacje	Numer prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie (w leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego (tak/nie)
lekarze specjaliści w zakresie ginekologii i położnictwa					
lekarz / analityk / biolog legitymujący się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania metod wspomaganego rozrodu					
anestezjolog					
pielęgniarki i położne					
personel administracyjny					

**15. Koordynator Programu (nazwisko imię, tytuł lub stopień naukowy, tel. kontaktowy, e-mail)**

.....  
 zadania koordynatora:.....  
 .....  
 .....

**16. Dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia (godziny realizacji)**

Miejsce i termin rejestracji par w ramach Programu	Miejsce i termin realizacji procedur w ramach Programu	Dzień tygodnia	Godziny od - do	Telefon kontaktowy
		Poniedziałek		
		Wtorek		
		Środa		
		Czwartek		
		Piątek		
		Sobota		
		Niedziela		

**17. Deklarowane przez Oferenta świadczenie na rzecz par objętych Programem w ramach :                      zł brutto dla jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego**

Lp.	RODZAJ ŚWIADCZENIA	TAK	NIE
1.	przechowywania zarodków w banku komórek rozrodczych i zarodków przez okres realizacji Programu		
2.	pierwszego kriotransferu w przypadku braku przeprowadzenia transferu zarodków świeżych w ramach realizacji Programu		

18. Dotychczasowe doświadczenia związane z realizacją programów polityki zdrowotnej z zakresu leczenia niepłodności (ze wskazaniem, które z tych programów realizowane były we współpracy z administracją rządową lub samorządową)

Lp.	Nazwa programu	Organ administracji rządowej lub samorządowej	Rok realizacji	Liczba procedur wykonanych w ramach programu

19. Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI udokumentowana:

1) w ramach Rządowego Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego 2013-2016 Ministerstwa Zdrowia\*

Brak powstałej ciąży klinicznej	Ciąża kliniczna pojedyncza	Ciąża kliniczna wielopłodowa	Suma transferów	Ciąże kliniczne łącznie	Stosunek liczby ciąż klinicznych do liczby transferów (w %)

\* dopuszcza się sytuację, kiedy oferent nie realizował powyższego programu. W Karcie Oceny Merytorycznej, stanowiącej załącznik Nr 6 do niniejszego Zarządzenia, ocena punktu wyniesie 0.

2) w raportach do konsorcjum European IVF-monitoring (EIM) prowadzonego przez ESHRE\*

Rok	Brak powstałej ciąży klinicznej	Ciąża kliniczna pojedyncza	Ciąża kliniczna wielopłodowa	Suma transferów	Ciąże kliniczne łącznie	Stosunek liczby ciąż klinicznych do liczby transferów (w%)

\* dopuszcza się sytuację, kiedy oferent nie raportował do konsorcjum European IVF-monitoring (EIM) prowadzonego przez ESHRE skuteczności zapłodnienia we wskazanym okresie czasu. W Karcie Oceny Merytorycznej, stanowiącej załącznik Nr 6 do niniejszego Zarządzenia, ocena punktu wyniesie 0. W przypadku kiedy oferent składał raport do konsorcjum w jednym lub dwóch latach, o których mowa w tabeli, oferent sprawozdaje się wyłącznie za ten okres czasu.

20. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty \Formularza Zgłoszeniowego do realizacji Programu

.....  
 .....  
 .....

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

- 1) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy);
- 2) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy);
- 3) Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu);
- 4) Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 5) Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych)
- 6) Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych);
- 7) Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z programem;
- 8) Oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu;



- 9) Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego;
  - 10) Oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu;
  - 11) Oświadczenie potwierdzające stosowanie standardów zgodnych z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
  - 12) decyzję Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 865);
  - 13) decyzję Ministra Zdrowia o wykonywaniu czynności banku komórek rozrodczych i zarodków, o których mowa w art. 45 ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 865);
  - 14) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego nr WSS-I.1.2019.WP w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019-2021 dla mieszkańców Szczecina”;
  - 15) Oświadczenie, że Oferent realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców;
  - 16) Oświadczenie Oferenta zobowiązanego 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) - zwanego dalej RODO;
  - 17) Oświadczenie, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- Wszystkie dokumenty załączone do oferty powinny zostać przedstawione w formie kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

.....  
data:

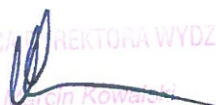
.....  
pieczętka i podpis(y) Oferenta/Zleceniobiorcy lub osób uprawnionych do reprezentacji oferenta, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika Podwykonawców

ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

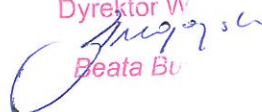


Daniel Wacinkiewicz

GLÓWNY SPECJALISTA ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU  
Wioletta Perzyńska



Dyrektor W



Beata Bu

**Formularz kalkulacji kosztów (wzór)**  
na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019 - 2021 dla mieszkańców miasta Szczecina”.

1. Planowana całkowita kalkulacja kosztów realizacji Programu

Lp.	Nazwa usługi/towaru/świadczenia	ilość/rodzaj	koszt jednostkowy (w zł brutto)	Koszt ogółem (w zł brutto) w 2019 roku	Koszt ogółem (w zł brutto) w 2020 roku	Koszt ogółem (w zł brutto) w 2021 roku
1	Koszt jednostkowy procedury biotechnologicznej zapłodnienia pozaustrojowego wraz z kosztami kriokonserwacji zarodków w tym również: -stymulacja mnogiego jajczkowania; -wykonanie punkcji pęcherzyków jajowych; -znieczulenie ogólne podczas punkcji; -procedura mikroiniekcji plemnika; -pozaustrojowe zapłodnienie i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro; -kriokonserwacji zarodków; -przechowywania zarodków w banku komórek rozrodczych i zarodków przez okres realizacji Programu; -pierwszego kriotransferu w przypadku braku przeprowadzenia transferu zarodków świeżych w ramach realizacji Programu (w tym 5 000,00 zł brutto dofinansowania do ww. procedury ze strony Gminy Miasto Szczecin)					
2	Inne koszty niezbędne do realizacji Programu (należy podać nazwę usługi/towaru/ świadczenia)					
	Ogółem					

2. Wysokość wnioskowanych środków finansowych w ramach dofinansowania Programu : .....

(w tym słownie w zł brutto): .....

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty w zakresie Formularza Kalkulacji Kosztów w ramach realizacji Programu

.....  
.....  
.....

data:

.....  
pieczętka i podpis(y) Oferenta/Zleceniobiorcy lub osób uprawnionych do reprezentacji oferenta, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika podwykonawców

ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

*[Podpis]*

Daniel Wacinkiewicz

10

GLÓWNY SPECJALISTA  
*[Podpis]*  
Wioletta Perzyńska

ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU  
*[Podpis]*  
Kowalski

Dyrektor  
*[Podpis]*  
Beata Bugarska