

Toruń, 13.10.2023 r.

WZiPS.8030.2023

ZAPYTANIE OFERTOWE

w celu opracowania programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro na terenie Gminy Miasta Toruń na lata 2024-2026.

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia zwraca się z prośbą o złożenie propozycji ofertowej na opracowanie programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro, na terenie Gminy Miasta Toruń na lata 2024-2026 (dalej PPZ).

Program polityki zdrowotnej musi zostać przygotowany na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 605 z późn. zm.) oraz zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2562 z późn. zm.).

I. CEL I PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Celem zamówienia będzie wykonanie usługi polegającej na opracowaniu programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro, na terenie Gminy Miasta Toruń na lata 2024-2026 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wytycznymi.

Projekt PPZ zgodnie z aktualnie obowiązującym Schematem programu polityki zdrowotnej powinien zawierać następujące zagadnienia:

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.

I.1 Opis problemu zdrowotnego.

I.1 Dane epidemiologiczne.

I.2 Opis obecnego postępowania.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.

II.1 Cel główny.

II.2 Cele szczegółowe.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1 Populacja docelowa.

III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

III.3 Planowane interwencje.

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.

IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.

IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków **lokalowych**.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

V.1 Monitorowanie.

V.2 Ewaluacja.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.

VI.1 Koszty jednostkowe.

VI.2 Koszty całkowite.

VI.3 Źródła finansowania.

VII. Bibliografia.

II. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Program polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro, na terenie Gminy Miasta Toruń na lata 2024-2026 powinien być zgodny z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Mapą Potrzeb Zdrowotnych, innych aktów prawnych regulujących działania, które zostaną ujęte w PPZ oraz z wytycznymi i praktykami Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji (AOTMiT) w zakresie uzyskania pozytywnej oceny opracowanych programów polityki zdrowotnej.

Program polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro, na terenie Gminy Miasta Toruń na lata 2024-2026:

- ma opierać się na rzetelnych źródłach oraz być sporządzony zgodnie z zasadami medycyny opartej na faktach (evidence-based medicine), dobrej praktyki klinicznej (good clinical practice) i oceny technologii medycznych (health technology assessment);
- musi dotyczyć działań, które nie polegają na mechanizmie podwójnego finansowania ze środków publicznych – w przypadku działań finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, działania w PPZ powinny mieć charakter wspomagający i opisywać działania pozwalające na monitorowanie i ewaluację programu w rocznym okresie czasu.

III. SPECYFIKACJA OBLIGATORYJNA

Program polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro, na terenie Gminy Miasta Toruń na lata 2024-2026 musi posiadać:

- 1) tytuł zaproponowany przez Oferenta i zaakceptowany przez Zamawiającego,
- 2) być zaplanowany na łączną kwotę uzgodnioną z Zamawiającym,
- 3) przewidywać czas realizacji uzgodniony z Zamawiającym, przy jednoczesnym zapisie: „Okres realizacji”,
- 4) być skierowany do niepłodnych par zamieszkujących na terenie Gminy Miasta Toruń (przy czym wiek kobiety powinien mieścić się w przedziale 20-42 lat (wg rocznika urodzenia) - o ile aktualne badania naukowe nie wskazują inaczej,
- 5) poziom dofinansowania dla pary zakwalifikowanej do Programu musi zostać uzgodniony z Zamawiającym na etapie opracowywania PPZ.

IV. INFORMACJE DODATKOWE

1. Wymagania dotyczące Oferenta:

Oferent musi posiadać:

- 1) niezbędną wiedzę, doświadczenie w opracowywaniu Programów Zdrowotnych lub Programów Polityki Zdrowotnej - warunek ten zostanie uznany za spełniony, jeżeli

Oferent wykaże, iż wykonał, w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, usługę opracowania co najmniej 2 programów polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia publicznego obejmujących zasięgiem populację co najmniej gminy, wynikających z analizy i oceny potrzeb zdrowotnych tych populacji, wraz z podaniem wartości zamówienia, daty wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane.

Przez pojęcie program zdrowotny lub program polityki zdrowotnej Zamawiający rozumie zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu zdrowia publicznego ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych.

W celu potwierdzenia spełnienia warunku, Oferent dostarczy protokoły odbioru lub referencje, poświadczenia, potwierdzające należyte opracowanie wskazanych w wykazie dokumentów. Ocena spełnienia warunku udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie Oferent spełnia/nie spełnia warunku.

- 2) potencjał techniczny lub dysponować zasobami ludzkimi zdolnymi do wykonania zamówienia - ocena spełniania wymogów dokonywana będzie metodą warunku granicznego: spełnia / nie spełnia na podstawie złożonego oświadczenia o spełnianiu warunków.

2. Wymagania dotyczące przedmiotu zamówienia:

- 1) Zamawiający zastrzega sobie prawo do dostępu do materiałów i Programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro, na terenie Gminy Miasta Toruń na lata 2024-2026,
- 2) w ramach realizacji zamówienia Oferent przeniesie na Zamawiającego autorskie prawa majątkowe i pokrewne do Programu Polityki Zdrowotnej, który stanowić będzie przedmiot zamówienia,
- 3) Program Polityki Zdrowotnej, o którym mowa wyżej, zostanie przekazany Zamawiającemu w formie trzech egzemplarzy w wersji drukowanej w kolorze oraz w wersji elektronicznej w formacie **doc** i **.pdf** (wersja elektroniczna zgodna z systemem operacyjnym MS Windows),
- 4) dane techniczne opracowanego PPZ: format A4, czcionka Calibri 11, interlinia 1,15, marginesy 2,5 cm.

3. Realizacja usługi:

Usługa opracowania PPZ będzie przebiegać w 2 etapach. Każdy etap kończyć się będzie akceptacją Zamawiającego.

- Etap 1 – Oferent przygotuje oraz przedstawi Zamawiającemu do akceptacji wstępną wersję Programu Polityki Zdrowotnej;
- Etap 2 – Oferent przygotuje oraz przedstawi Zamawiającemu definitywną wersję PPZ uwzględniającą wszystkie korekty Zamawiającego. W trakcie opracowywania przez Oferenta PPZ, prowadzone będą na bieżąco konsultacje zapisów ww. dokumentu z Zamawiającym. Oferent będzie zobowiązany do wprowadzania ewentualnych korekt w treści PPZ.

Ostateczna wersja PPZ przekazana zostanie przez Zamawiającego do zaopiniowania przez AOTMiT.

Przewidywany termin wykonania przedmiotu zamówienia: **30 dni kalendarzowych od daty zawarcia umowy z Oferentem** z zastrzeżeniem, że Oferent będzie związany z umową w terminie od dnia jej zawarcia do dnia uzyskania pozytywnej opinii Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji.

V. KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się następującymi kryteriami i ich wagą:

Kryteria:

- 1) Cena – **70%** punktów,
- 2) Doświadczenie – **30%** punktów.

Zamawiający wybierze Oferenta, który uzyska największą liczbę punktów będącą sumą punktów uzyskanych za kryteria „Cena” i „Doświadczenie”.

W przypadku, gdy Oferent oraz personel zatrudniony do realizacji usługi byli odpowiedzialni za przygotowanie tego samego Programu Zdrowotnego lub Programu Polityki Zdrowotnej, program ten do „Doświadczenia” wliczany jest tylko raz.

Liczba punktów w kryterium „Cena” zostanie przyznana zgodnie z poniższym wzorem:

$$LC = CMIN/CO * 70 \text{ pkt.}$$

Gdzie:

LC – liczba punktów za kryterium cena;

CO – cena netto oferty;

CMIN – najniższa cena netto oferty, która wpłynęła w odpowiedzi na Zapytanie Ofertowe

Liczba punktów w kryterium „Doświadczenie” będzie przyznane według następującego schematu:

- 10 pkt. – Oferent wykazał udokumentowane doświadczenie w zakresie opracowania jednego Programu Zdrowotnego lub Programu Polityki Zdrowotnej, który otrzymał pozytywną opinię AOTMiT,
- 20 pkt. – Oferent wykazał udokumentowane doświadczenie w zakresie opracowania dwóch Programów Zdrowotnych lub Programów Polityki Zdrowotnej, które otrzymały pozytywną opinię AOTMiT
- 30 pkt. – Oferent wykazał udokumentowane doświadczenie w zakresie opracowania trzech Programów Zdrowotnych lub Programów Polityki Zdrowotnej, które otrzymały pozytywną opinię AOTMiT.

VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Zamawiający zastrzega sobie:

1. Możliwość modyfikacji treści zapytania przed upływem terminu składania ofert w uzasadnionych przypadkach.
2. Prawo unieważnienia niniejszego postępowania w sytuacji, gdy cena oferty najkorzystniejszej przekroczy kwotę, którą przeznaczył na finansowanie zamówienia.
3. Wybrania kolejnej najkorzystniejszej oferty z pozostałych ofert bez konieczności przeprowadzenia ponownej oceny w sytuacji, gdy Oferent, którego oferta została wskazana, jako najkorzystniejsza (wg. wskazanych kryteriów) uchyła się od zawarcia umowy.
4. Od decyzji Zamawiającego nie przysługują środki odwoławcze.

Osoba do kontaktu w sprawie Monika Kobrzak, tel. 56 611 84 62.

VII. OFERTA MUSI ZAWIERAĆ

1. Nazwę i adres Oferenta.
2. Oferowaną cenę netto plus VAT na realizację całości zamówienia.
3. Oświadczenie, że powyższe ceny zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Oferent w przypadku wyboru jego oferty.
4. Oświadczenie Oferenta, że zapoznał się z treścią, że jest przygotowany pod względem technicznym i merytorycznym do wykonania zadania.

Ofertę należy złożyć do **23 października 2023 r.** (10 dni), do godziny **15.30** (decyduje data wpływu), w zamkniętej kopercie opatrzonej nazwą Oferenta i Zamawiającego oraz nazwą zamówienia **Programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro na terenie Gminy Miasta Toruń na lata 2024-2026** – osobiście, za pośrednictwem poczty lub gońca na adres:

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia
ul. Fałata 39
87-100 Toruń.

Zamawiający nie odpowiada na oferty złożone w innym miejscu i terminie niż wskazany.
Wybrany Oferent zostanie powiadomiony o wyborze jego oferty.

VIII. INFORMACJE DOTYCZĄCE ROZLICZENIA

Rozliczenie transakcji nastąpi przelewem na konto wskazane na fakturze w ciągu 14 dni od dnia prawidłowo wystawionej faktury, zgodnie z wykonanym zadaniem i podpisanym protokołem odebrania dzieła wraz z przekazaniem praw autorskich do rozporządzania w/w Programem.

Dane do wystawienia Faktury VAT:

Nabywca: Gmina Miasta Toruń, ul. Wały gen. Sikorskiego 8, 87-100 Toruń,
NIP: 879-000-10-14;

Odbiorca: Urząd Miasta Torunia, ul. Wały gen. Sikorskiego 8, 87-100 Toruń.

IX. ZAŁĄCZNIKI DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO

1. Formularz ofertowy.
2. Wykaz wykonanych usług.
3. Oświadczenie.

DYREKTOR
Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej

13/10/2023
Małgorzata Skibicka

Podinspektor
Monika Kobrzak
Monika Kobrzak

FORMULARZ OFERTOWY

Przedmiot zamówienia: **opracowanie programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro, na terenie Gminy Miasta Toruń na lata 2024-2026.**

Zamawiający: **Gmina Miasta Toruń, reprezentowana przez Prezydenta Miasta Torunia, dział prowadzący sprawę: Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia, ul. Fałata 39, 87-100 Toruń**

Wykonawca:

Nazwa

Adres

Tel./e-mail

NIP

cena netto:.....zł

(słownie:.....)

podatek VAT.....%, tj.:.....zł

(słownie:.....)

cena brutto:.....zł

(słownie:.....)

Termin realizacji zadania: 30 dni kalendarzowych od daty zawarcia umowy z Oferentem.

Integralną część oferty stanowią następujące załączniki:

- 1) wykaz wykonanych usług potwierdzających warunek udziału w postępowaniu w zakresie wiedzy i doświadczenia wraz z dokumentami potwierdzającymi doświadczenie w przedmiotowym zakresie,
- 2) oświadczenie o spełnianiu warunków,

- 3) aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczeńć i podpis osoby uprawnionej

DYREKTOR
Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej

Małgorzata Skibicka

Podinspektor

Kobrzak
Monika Kobrzak

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW

Nazwa Oferenta

Adres Oferenta

Telefon

e-mail

NIP/REGON

Oświadczam(y), że spełniam(y) warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w szczególności:

- 1) posiadam(y) kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów,
- 2) znajduję(emy) się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia,
- 3) posiadam(y) zdolności techniczne i merytoryczne niezbędne do wykonania zamówienia
- 4) oświadczam(y), że ceny wskazane w Formularzu Oferty zawierają wszystkie koszty, jakie ponowi Oferent przy wyborze jego oferty.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć osoby lub osób
uprawnionych do reprezentowania Oferenta)

DYREKTOR
Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej

13/10/2023
Małgorzata Skibicka

Podinspektor
Kobrzak
Monika Kobrzak

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG
POTWIERDZAJĄCYCH WARUNEK SPEŁNIENIA UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU
W ZAKRESIE WIEDZY I DOŚWIADCZENIA**

- 1) **Oświadczam(y), że wykonałem(liśmy) usługę opracowania Programów Zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej** w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert. Jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, usługę opracowania, co najmniej 2 programów polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia publicznego obejmujących zasięgiem populację co najmniej gminy, wynikających z analizy i oceny potrzeb zdrowotnych tych populacji, wraz z podaniem wartości zamówienia, daty wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane.

Lp.	Nazwa programu polityki zdrowotnej	Wartość zamówienia	Odbiorca usługi	Data rozpoczęcia i zakończenia usługi (dzień - miesiąc - rok)
1.				
2.				

- 2) **Oświadczam(y), że opracowany przez Oferenta Program Zdrowotny lub program polityki zdrowotnej** (w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert) uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).
- 3) W sytuacji braku udokumentowanej pozytywnej opinii prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – wpisać: nie dotyczy.
- 4) Powyżej 3 pozytywnych opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – kryterium maksymalne – 30 pkt.

Lp.	Nazwa programu polityki zdrowotnej	Wartość zamówienia	Odbiorca usługi	Data rozpoczęcia i zakończenia usługi (dzień - miesiąc - rok)
1.				

2.				
3.				

..... dnia 2023 r.

.....
(podpis i pieczęć osoby lub osób
uprawnionych do reprezentowania Oferenta)

DYREKTOR
Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej

Małgorzata Skibicka

13/10/2023

Podinspektor

Monika Kobrzał