

Uchwała Nr 5/67/24/VI  
Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego  
z dnia 30 stycznia 2024 roku

w sprawie: ogłoszenia i przeprowadzenia konkursu ofert na realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganej reprodukcji” w 2024 roku oraz powołania Komisji Konkursowej.

Na podstawie art. 41 ust.1, w związku z art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2022 r. poz. 2094 z późn. zm.) oraz art. 48b ust. 1, 3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) – uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Ogłasza się konkurs ofert na realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganej reprodukcji” w 2024 roku, przyjętego uchwałą nr 2/32/24/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 9 stycznia 2024 r. w sprawie przyjęcia do realizacji w 2024 r. „Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganej reprodukcji”, zwany dalej „konkuresem”.

2. Treść ogłoszenia o konkursie stanowi załącznik nr 1 do niniejszej Uchwały.

3. Ogłoszenie, o którym mowa w ust. 2, publikuje się poprzez zamieszczenie na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie oraz w Biuletynie Informacji Publicznej i na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego ( [www.warmia.mazury.pl](http://www.warmia.mazury.pl)).

§ 2. Kryteria konkursu określone zostały w załączniku nr 2 do niniejszej Uchwały.

§ 3. 1. Powołuje się Komisję Konkursową w celu przeprowadzenia konkursu, zwaną dalej „Komisją”, w składzie:

- 1) Sylwia Cieśluk – Kierowniczka Biura Polityki Zdrowotnej Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie  
- Przewodnicząca Komisji;

- 2) Elżbieta Dziekan – Główny Specjalista w Biurze Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie – zastępca Przewodniczącej Komisji;
- 3) Agata Szmit – Starszy Inspektor w Biurze Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie – Członek Komisji;
- 4) Aleksandra Pełka – Starszy Inspektor w Biurze Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie – Członek Komisji.

2. Do zadań Komisji należy w szczególności:

- 1) ocena formalna ofert złożonych w konkursie;
- 2) przygotowanie zestawienia oceny ofert dla Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego wraz z rekomendacją w zakresie wyboru;

3. Zasady i tryb pracy Komisji Konkursowej określa „Regulamin Prac Komisji Konkursowej”, który stanowi załącznik nr 3 do niniejszej Uchwały.

§ 4. Wzór formularza ofertowego stanowi załącznik nr 4 do niniejszej Uchwały.

§ 5. Konkurs rozstrzyga Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego, w drodze odrębnej uchwały.

§ 6. Wykonanie uchwały powierza się Przewodniczącemu Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego

§ 7. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Zarządu Województwa  
Warmińsko-Mazurskiego

Marcin Kuchciński

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 5/67/24/VI  
Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego  
z dnia 30 stycznia 2024 r.

**Kryteria wyboru realizatora „Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganej reprodukcji” w 2024 roku.**

p.	Nazwa kryterium	Punktacja	Maksymal na liczba pkt.	Przyznane punkty
1.	<b>Zakres i opis działań planowanych do realizacji przez Oferenta, w tym:</b>		<b>10 pkt</b>	
	Zaproszenie/rekrutacja par do Programu	0-2		
	Organizacja programu	0-2		
	Interwencje podejmowane w ramach programu	0-2		
	Dostępność do usług realizowanych w ramach Programu	0-2		
	Monitorowanie i ewaluacja usług realizowanych w ramach Programu	0-2		
2.	<b>Doświadczenie Oferenta i skuteczność realizacji Programu związane z realizacją działań informacyjnych i edukacyjnych prowadzonych na rzecz osób zagrożonych utratą płodności</b>		<b>6 pkt.</b>	
	Doświadczenie związane z realizacją programów polityki zdrowotnej z zakresu leczenia niepłodności we współpracy z jst. i lub innymi podmiotami	0-2		
	Doświadczenie Oferenta związane z realizacją działań informacyjnych i edukacyjnych prowadzonych na rzecz osób borykających się z problemem niepłodności	0-2		
	Efektywność w odniesieniu do liczby par zakwalifikowanych do leczenia, w tym liczba uzyskanych ciąży i urodzonych dzieci w ciągu ostatnich trzech lat	0-2		
3	<b>Kompetencje i kwalifikacje personelu biorącego udział w Programie (zgodnie z programem )</b>		<b>15 pkt</b>	
	Lekarze specjaliści	0-6		
	Pielęgniarki i położne	0-3		
	Psycholog/psychoterapeuta	0-2		
	Dietetyk	0-1		
	Urofizjoterapeuta ginekologiczny	0-1		
	Instruktor metod rozpoznawania płodności	0-1		
	Inny specjalista	0-1		
4.	<b>Sprzęt i aparatura medyczna ( zgodnie z Programem)</b>	0-2	<b>2 pkt.</b>	
5.	<b>Koszt realizacji Programu</b>		<b>2 pkt.</b>	
	Koszt jednostkowy całkowitego standardowego leczenia	0-2		

p.	Nazwa kryterium	Punktacja	Maksymal na liczba pkt.	Przyznane punkty
6.	<b>Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej</b>	0-2	<b>2 pkt.</b>	
7.	<b>Przesłanie dokumentów lub uzupełnienie/poprawa oferty.</b>	Tak/Nie		
8.	<b>Wykonywanie usług diagnostyczno-leczniczych na terenie województwa warmińsko –mazurskiego</b>		<b>4 pkt.</b>	
9.	<b>Wykonywanie usług diagnostyczno-leczniczych na terenie województw ościennych (mazowieckie, podlaskie, pomorskie, kujawsko pomorskie)</b>	Po 1 pkt za każde województwo	<b>4 pkt.</b>	
10	<b>Maksymalna liczba punktów, którą może przyznać członek komisji konkursowej ofercie wynosi</b>		<b>45 pkt.</b>	
Uwagi:				

Aby oferta była rekomendowana do dofinansowania musi uzyskać minimum **60% maksymalnej** - możliwej do uzyskania liczby punktów- brana jest pod uwagę średnia ocen członków komisji.

\*możliwe jest przyznawanie punktów ułamkowych.

## Regulamin Prac Komisji Konkursowej

### § 1.

#### Postanowienia ogólne

1. Do zadań Komisji Konkursowej (zwanej dalej „Komisją”) należy w szczególności:
  - 1) ocena formalna ofert złożonych w konkursie;
  - 2) przygotowanie zestawienia oceny ofert dla Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego wraz z rekomendacją w zakresie wyboru;
2. Komisja powoływana jest przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego.
3. Kadencja Komisji trwa do dnia 31 grudnia 2024 r.
4. Pracami Komisji kieruje Przewodniczący Komisji lub w przypadku jego nieobecności Zastępca Przewodniczącego Komisji lub inny członek Komisji wskazany przez Przewodniczącego Komisji.
5. Członkowie Komisji zobowiązani są do wykonywania swoich obowiązków bezstronnie, z uwzględnieniem przepisów obowiązującego prawa.
6. Członek Komisji podlega wyłączeniu od udziału w pracach Komisji, gdy Oferentem jest:
  - 1) jego małżonek lub krewny i powinowaty do drugiego stopnia;
  - 2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
  - 3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej.
7. Członek Komisji podlega wyłączeniu od udziału w pracach Komisji, jeżeli zostanie uprawdopodobnione istnienie okoliczności niewymienionych w ust. 6, które mogą wywołać wątpliwość co do bezstronności Członka Komisji lub zachodzi w stosunku do niego przesłanka wyłączenia określona w art. 24 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego.
8. Przed posiedzeniem, po zapoznaniu się z listą oferentów, każdy członek Komisji zobowiązany jest do podpisania pisemnego oświadczenia o braku przesłanek powodujących ich wyłączenie od udziału w pracach Komisji.
9. Członek Komisji zostanie wyłączony przez Komisję od udziału w pracach Komisji:
  - a) na żądanie członka Komisji,
  - b) na żądanie Oferenta,
  - c) z urzędu,- jeżeli członek Komisji oświadczy, że pozostaje z oferentem w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa oraz innym, który mógłby budzić wątpliwości co do bezstronności lub zachodzi w stosunku do niego przesłanka wyłączenia określona w art. 24 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego, lub jeżeli zostanie uprawdopodobnione istnienie w/w okoliczności wskazanych w ust. 6 lub 7.
10. Komisja działa na posiedzeniach zamkniętych, bez udziału Oferentów.

11. Każde posiedzenie Komisji musi być udokumentowane odrębnym protokołem.
12. Upoważnionymi do prowadzenia korespondencji w sprawach związanych z konkursem ofert na realizację „Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji w 2024 roku, zwanego dalej „konkursem”, są Przewodniczący Komisji lub w razie jego nieobecności Zastępca Przewodniczącego.
13. Komisja obraduje w obecności co najmniej 3/4 składu, a członkowie swoją obecność potwierdzają na liście obecności.
14. Decyzja w sprawie rekomendacji w zakresie wyboru oferenta zapada zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej 3/4 składu.

## § 2.

### **Czynności mające na celu przeprowadzenie konkursu**

1. Komisja, mając na celu przeprowadzenie konkursu dokonuje następujących czynności:
  - 1) ocenia prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz ustala liczbę otrzymanych ofert;
  - 2) ustala, które oferty wpłynęły w terminie określonym w Ogłoszeniu o konkursie;
  - 3) otwiera oferty, które wpłynęły w terminie określonym w Ogłoszeniu o konkursie;
  - 4) ocenia, czy oferty spełniają wymogi formalne określone w Ogłoszeniu o konkursie;
  - 5) jeśli dany Oferent przesłał więcej niż jedną ofertę na realizację Programu objętego konkursem, to Komisja ocenia wyłącznie tę ofertę danego Oferenta, która wpłynęła jako pierwsza w kolejności, biorąc pod uwagę również godzinę wpływu;
  - 6) dokonuje oceny ofert z kryteriami określonymi w załączniku nr 2 do uchwały nr                      Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia                      r.;
  - 7) ocenia zasadność zwrócenia się do Oferentów o wyjaśnienia dotyczące złożonej oferty lub uzupełnienie dokumentów lub poprawienie/uzupełnienie oferty ze względu na oczywistą omyłkę;
  - 8) tworzy zestawienie oceny ofert, na podstawie którego opracowuje rekomendację w zakresie wyboru Oferentów, którą przedstawia Zarządowi Województwa Warmińsko-Mazurskiego.
2. W przypadku zidentyfikowania oczywistych omyłek Komisja może wystąpić do Oferenta z prośbą o poprawienie/uzupełnienie oferty ze względu na oczywistą omyłkę, kierując się zasadami opisanymi w § 3.
3. W przypadku zidentyfikowania zasadności zwrócenia się do Oferentów o wyjaśnienia dotyczące złożonej oferty lub o uzupełnienie/przesłanie dodatkowych dokumentów, Komisja kieruje się takimi samymi zasadami jak w przypadku wystąpienia o uzupełnienie/poprawienie oferty, opisanymi w § 3.

### § 3.

#### **Uzupełnienie/poprawienie oferty**

1. W przypadku wystąpienia o poprawienie/uzupełnienie oferty Komisja kieruje się następującymi zasadami:
  - 1) Komisja może wystąpić o poprawienie/uzupełnienie oferty jedynie w przypadku, kiedy oferta spełnia wszystkie kryteria;
  - 2) Komisja występuje do Oferenta o poprawienie/uzupełnienie oferty w trakcie bądź niezwłocznie po dokonaniu oceny formalnej;
  - 3) jeśli Oferent w terminie 5 dni roboczych od odebrania wystąpienia o poprawienie/uzupełnienie oferty nie poprawi/uzupełni jej we wskazanym zakresie, oferta taka podlega odrzuceniu;
  - 4) poprawiona/uzupełniona oferta podlega dodatkowej weryfikacji na podstawie oceny formalnej pn.: „Przesłanie dokumentów lub uzupełnienie/poprawa oferty”.
2. Wprowadzane poprawki/uzupełnienia oferty nie mogą prowadzić do zmiany zakresu złożonej oferty.

### § 4.

#### **Rozstrzygnięcie konkursu**

Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu należy do Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego i zostanie podjęta w formie odrębnej uchwały.

### § 5.

#### **Postanowienie końcowe**

W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem do trybu przeprowadzenia konkursu ofert stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.

Załącznik Nr 4 do uchwały Nr 5/67/24/VI  
Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego  
z dnia 30 stycznia 2024 r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

<b>I. DANE OFERENTA</b>		
<b>Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę</b>		
<b>Dokładny adres</b> ulica/nr miejscowość/kod pocztowy telefon/fax		
<b>Adres e-mail</b>		
<b>Forma prawna</b>		
<b>Osoba upoważniona do reprezentowania Oferenta</b> (nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail)		
<b>Organ założycielski lub właściciel</b>		
<b>Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą</b>		
<b>NIP</b>		
<b>REGON</b>		
<b>Nazwa banku i numer rachunku bankowego</b>		
<b>Osoba uprawniona do kontaktów z ogłoszeniodawcą w sprawie złożonej oferty</b> (imię, nazwisko, tel. kontaktowy, adres e-mail)		
<b>Deklarowany okres realizacji Programu</b>	<b>Od</b>	<b>Do</b>
<b>II. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI W RAMACH PROGRAMU</b>		
1.	Zapraszanie/rekrutacja par do Programu	



2.	<b>Organizacja Programu</b>	
3.	<b>Interwencje podejmowane w ramach Programu</b>	
4.	<b>Dostępność usług realizowanych w ramach Programu</b>	
5.	<b>Monitorowanie i ewaluacja usług realizowanych w ramach Programu</b>	

### III. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I SKUTECZNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH

1.	Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją programów polityki zdrowotnej ( w tym leczenia niepłodności) we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego i/lub z we współpracy z innymi podmiotami	
	<i>Nazwa programu</i>	<i>Organ administracji rządowej/ samorządowej /i lub inny podmiot</i>
		<i>Rok realizacji</i>
2.	Dotychczasowe doświadczenie Oferenta związane z realizacją działań informacyjnych i edukacyjnych prowadzonych na rzecz osób borykających się z problemem niepłodności	
3.	Zakres przedmiotu konkursu do wykonania przez podwykonawcę	
4.	Efektywność w odniesieniu do liczby par zakwalifikowanych do leczenia, w tym liczba uzyskanych ciąży i urodzonych dzieci w ciągu ostatnich trzech lat	

#### IV. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA

1. Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu					
<i>Lp.</i>	<i>Imię i Nazwisko</i>	<i>Tytuł lub stopień naukowy</i>	<i>Uzyskane Specjalizacje</i>	<i>Numer prawa wykonywania zawodu</i>	<i>Doświadczenie w leczeniu niepłodności (tak/nie)</i>
lekarze specjaliści z zakresu ginekologii i położnictwa					
Lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii					
Lekarze specjaliści w dziedzinie radiologii					
Lekarze specjaliści w dziedzinie urologii					
Lekarze specjaliści w dziedzinie seksuologii					
Lekarze specjaliści w dziedzinie andrologii, genetyki klinicznej					
pielęgniarki i położne, diagnosty laboratoryjni					
psycholog/ psychoterapeuta					
Dietetyk					
Urofizjoterapeuta ginekologiczny					
Instruktor metod rozpoznawania płodności					
Inna specjalizacja					

2.	Sprzęt i aparatura przeznaczona na realizację Programu	
3.	Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej	
4.	Koszty realizacji Programu (koszt całkowity kompleksowego postępowania zgodnie z zadaniami ujętymi w Programie w rozbiciu na poszczególne interwencje)	
	Łączna cena brutto wszystkich interwencji	
5.	Wykonywanie usług diagnostyczno-leczniczych na terenie województwa warmińsko –mazurskiego i lub na terenie województw ościennych (mazowieckie, podlaskie, pomorskie, kujawsko pomorskie)	

#### V. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY OFERTY

--

#### VI. OŚWIADCZENIA OFERENTA

1.	<p>Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego.</p> <p>....., dnia .....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>
2.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji Programu.</p>

	<p>....., dnia .....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>
<b>3.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.</p> <p>....., dnia .....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>
<b>4.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje standardy zgodne z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii.</p> <p>....., dnia .....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>
<b>5.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę i realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców.</p> <p>....., dnia .....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>
<b>6.</b>	<p>Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>
<b>7.</b>	<p>Oświadczam, że jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie jestem ani nie byłem(-łam) objęta(-ty) zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi, ani karana(-ny) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>
<b>8.</b>	<p>Oświadczam, 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.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>
<b>9.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem finansowanym z budżetu Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego, udzielonych uczestnikom tego programu, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>

<b>10</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę zobowiązuje się 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).</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>
<b>11</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapoznał się z treścią niniejszego ogłoszenia konkursowego w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>
<b>12</b>	<p>Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;"><i>(Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</i></p>

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) dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 4) dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych);
- 5) zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych);
- 6) decyzję Ministra Zdrowia / lub innego uprawnionego do wydawania decyzji organu na wykonywanie czynności referencyjnego ośrodka leczenia niepłodności

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

DATA	PIECZĄTKA OFERENTA	<b>PODPIS</b> osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika podwykonawców

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr 5/67/24/VI  
Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego  
z dnia 30 stycznia 2024 r.

Na podstawie art. 41 ust. 1, w związku z art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2022 r. poz. 2094 z późn. zm.) oraz art. 48b ust. 1, 3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.),

**Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego**  
**ogłasza konkurs ofert**

na realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji” w 2024 r.

**I. Przedmiot konkursu**

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji”- przyjętego uchwałą nr 2/32/24/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 9 stycznia 2024 roku, zwanego dalej „Programem”.
2. Realizacja Programu Polityki Zdrowotnej polega na zapewnieniu beneficjentom między innymi: zwiększenia dostępności do diagnostyki i leczenia niepłodności, określenia przyczyn niepłodności, zwiększenia skuteczności leczenia niepłodności par objętych Programem oraz obniżenie kosztów leczenia poprzez dofinansowanie świadczeń diagnostycznych i leczenia niepłodności.

Tekst Programu stanowi załącznik do uchwały nr 2/32/24/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 9 stycznia 2024 roku w sprawie przyjęcia Programu do realizacji w 2024 roku.

Program dostępny jest również na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego [www.warmia.mazury.pl](http://www.warmia.mazury.pl)

Wszelkie prawa autorskie do programu należą do Województwa Warmińsko-Mazurskiego. Organizatorem Konkursu jest Województwo Warmińsko-Mazurskie.

**II. Adresaci konkursu:**

Konkurs adresowany jest do podmiotów, wykonujących działalność leczniczą, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.) zatrudniających osoby posiadające kwalifikacje zawodowe niezbędne do prawidłowej realizacji programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i/lub

współpracujące ze specjalistami w dziedzinie: ginekologii, endokrynologii, radiologii, urologii, andrologii, psychologii oraz dietetyka, urofizjoterapeutę ginekologicznego, instruktora metod rozpoznawania płodności (z certyfikatem), odpowiednią liczbę średniego personelu medycznego.

Składając ofertę w niniejszym konkursie oferent potwierdza, że:

- 1) spełnia wskazane w niniejszym ogłoszeniu wymogi przewidziane w danym zakresie obowiązującymi aktami prawa, w tym w szczególności określone przepisami:
  - ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r., poz.633 z późn.zm.);
  - ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561, z późn. zm.);
- 2) dysponuje sprzętem i aparaturą medyczną o wymaganiach i w ilości określonej w obowiązujących aktach prawnych;
- 3) dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem odpowiednimi warunkami lokalowymi do przeprowadzenia świadczeń diagnostycznych i leczenia;
- 4) zapewnia dostępność cyfrową – w zakresie tworzenia materiałów edukacyjnych, zapewnienia obsługi lub prowadzenia korespondencji z beneficjentami według standardów WCAG, określonych w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 82);
- 5) zapewnia dostępność informacyjno-komunikacyjną – w zakresie obsługi z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o którym mowa w art. 3 pkt. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2023 r. poz. 20), lub przez usługę tłumacza języka migowego lub wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje zapewnienie na stronie internetowej podmiotu informacji o zakresie jej działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania;
- 6) zapewnia dostępność w zakresie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych, wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.), instalacji urządzeń lub zastosowania środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych; zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy;
- 7) zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami dostępu alternatywnego, w przypadku braku możliwości zapewnienia dostępności na warunkach określonych w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

(Dz. U. z 2022 r. poz. 2240);

- 8) zapewnia realizować program w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii zgodnie z ustanowionymi w przepisach prawa ograniczeniami, nakazami i zakazami oraz wytycznymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego;
- 9) zapewnia dostosować sposób realizacji programu w okresie, o którym mowa w pkt. 8 do aktualnie obowiązujących reżimów sanitarnych.
- 10) zapewnia, że przeprowadzi kwalifikację na podstawie indywidualnej oceny sytuacji klinicznej pary oraz, że kwalifikacja odbywać się będzie w swojej siedzibie i według kolejności zgłoszeń.

### **III. Beneficjenci Programu:**

Beneficjentami Programu mogą być pary, które spełniają następujące kryteria:

- 1) są mieszkańcami województwa warmińsko-mazurskiego (potwierdzenie zamieszkania - kopia/kopie pierwszej strony zeznania podatkowego poświadczająca rozliczanie się we właściwym dla miejsca zamieszkania Urzędzie Skarbowym/Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na terenie województwa warmińsko-mazurskiego lub inny dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie województwa);
- 2) wiek kobiety mieści się w przedziale 20- 42 lat według rocznika urodzenia;
- 3) pary, które rozpoczęły diagnostykę i leczenie w 2023 roku, nie zrezygnowały z udziału w Programie i chcą kontynuować leczenie w 2024 roku przedłożą realizatorowi zaświadczenia wskazujące, że proces diagnostyczny i leczniczy nie został dokończony, określające zrealizowane w ramach procedury interwencji z kwotą wykorzystanej dotacji oraz oświadczenie w sprawie przetwarzania danych osobowych;
- 4) przedłożą realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w Programie oraz podpisane oświadczenie, że nie są uczestnikami innego Programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych lub nie uczestniczyły w podobnym Programie finansowanym ze środków publicznych w ciągu ostatnich trzech lat, z zastrzeżeniem pkt 3;
- 5) co najmniej od 12 miesięcy bezskutecznie starają się o poczęcie dziecka w przypadku kobiet 20-35 lat lub 6 miesięcy w przypadku kobiet po 35 roku życia;
- 6) pary objęte ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. – o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2022, poz. 2561, z późn .zm.)

### **Kryteria wykluczenia z Programu:**

**Do programu nie zostaną zakwalifikowane pary, u których stwierdzono:**

- 1) potencjalne ryzyko braku prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania: hormon



folikulotropowy - FSH powyżej 15 mU/mL w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymullerowski AMH poniżej 0,7 ng/mL;

- 2) wady macicy bezwzględnie uniemożliwiające uzyskanie i donoszenie ciąży
- 3) brak macicy, jajowodów lub jajników
- 4) azoospermia.

#### **IV. Wysokość środków finansowych – przeznaczonych na realizację Programu w 2024 roku wynosi 150 000,00 zł.**

#### **Program zakłada, że:**

każda para zakwalifikowana do niniejszego Programu ma prawo do skorzystania z jednokrotnego dofinansowania do kompleksowych świadczeń w czasie trwania Programu, do kwoty nie wyższej niż 3000,00 złotych.

Pozostałe koszty diagnostyki i leczenia wykraczające poza zaplanowany w Programie pakiet interwencji i czas leczenia oraz dalsze świadczenia medyczne para ponosi z własnego budżetu.

Pary, które korzystały z dofinansowania w 2023 roku, nie zrezygnowały i chcą kontynuować diagnostykę i leczenie w 2024 roku mogą skorzystać z dofinansowania do łącznej wartości 3000 złotych.

W ramach Programu nie będą refundowane leki.

#### **V. Miejsce lub sposób uzyskania informacji określającej szczegółowe wymogi dotyczące przedmiotu konkursu:**

Dodatkowych informacji dotyczących przedmiotu konkursu udzielają telefonicznie lub mailowo pracownicy Biura Polityki Zdrowotnej w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego: Elżbieta Dziekan, tel. (89) 5216 917, e-mail: [e.dziekan@warmia.mazury.pl](mailto:e.dziekan@warmia.mazury.pl) oraz Sylwia Cieśluk, tel. (89) 52 16 918, e-mail: [s.ciesluk@warmia.mazury.pl](mailto:s.ciesluk@warmia.mazury.pl).

#### **VI. Wymogi formalne oferty**

1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na realizację programu.
2. Oferty należy złożyć w oryginale na formularzu, zgodnym ze wzorem stanowiącym załącznik nr 4 do uchwały ..... Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia ..... r.
3. Oferty muszą być podpisane przez osoby uprawnione. Uprawnienie to powinno być udokumentowane stosowną uchwałą lub upoważnieniem właściwego organu lub zapisem w Krajowym Rejestrze Sądowym.
4. Oferty należy złożyć:
  - 1) osobiście, w zamkniętej kopercie z oznaczeniem nazwy i adresu oferenta,

z dopiskiem: „Konkurs ofert na wybór realizatora „Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji” w godzinach: 7.30-15.30.00 w:

- a) Kancelarii Ogólnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, 10-561 Olsztyn, ul. Emilii Plater 1,
  - b) lub w Sekretariacie Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, 10-051 Olsztyn, ul. Mariańska 3,
- 2) albo za pośrednictwem poczty lub poczty kurierskiej na adres: Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, ul. Mariańska 3, 10-051 Olsztyn

w nieprzekraczalnym terminie **do .....** roku.

O zachowaniu terminu złożenia oferty decyduje data wpływu oferty do Kancelarii Ogólnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego lub sekretariatu Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

5. Oferty, które nie będą spełniały wyżej wymienionych wymogów formalnych nie będą rozpatrywane.
6. Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:
  - 1) aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
  - 2) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę oraz umocowaniu osób go reprezentujących, które podpisały ofertę, w tym stosowne pełnomocnictwa i upoważnienia,
  - 3) statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzenia statutu) lub regulamin organizacyjny ( w przypadku obowiązku posiadania regulaminu)
  - 4) aktualną informację merytoryczną o zakresie działalności placówki,
  - 5) oświadczenie o posiadaniu polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem,
  - 6) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednio doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiadaniu odpowiednich warunków do prowadzenia diagnostyki i leczenia,
  - 7) oświadczenie, że podmiot zapewnia dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami w związku z:
    - a) ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami ( Dz.U. z 2022 r. poz. 2240),
    - b) ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.), w zakresie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni

komunikacyjnych, wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego.

7. Każda strona kopii dokumentów winna być poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby(ę) upoważnione(a) do podpisania oferty.
8. 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. Kopertę należy opatrzyć napisami „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.
9. Dopuszczalna jest możliwość uzupełnienia złożonej oferty w terminie 7 dni od dnia wezwania otrzymanego drogą elektroniczną na adres e-mail podany w ofercie.
10. Oferty niezgodne, których treść nie odpowiada treści niniejszego ogłoszenia lub złożone po terminie zostaną odrzucone bez dalszego rozpatrzenia.

#### **VII. Zasady przeprowadzenia konkursu ofert:**

1. Konkurs zostanie rozstrzygnięty w terminie 21 dni roboczych od upływu terminu składania ofert, a jego wyniki zostaną opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego.
2. Otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej. Do chwili otwarcia oferty w stanie nienaruszonym przechowywane będą w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.
3. Komisja obraduje na posiedzeniach zamkniętych, które organizuje i prowadzi Przewodniczący komisji.
4. W trakcie dokonywania oceny złożonych ofert komisja konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących złożonych przez nich ofert.
5. Ocenie podlegają tylko oferty spełniające warunki określone w ogłoszeniu.

#### **VIII. Informacja odnośnie konkursu ofert**

1. Planowany okres realizacji Programu: od dnia zawarcia umowy do 15 grudnia 2024r. Wzór umowy stanowi załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia.
2. Budżet Programu na 2024 rok wynosi 150 000 zł.
3. W ramach programu w 2024 roku przewiduje się dofinansowanie świadczeń diagnostycznych i leczenia dla nie mniej niż 50 par.
4. W celu przeprowadzenia konkursu ofert na realizację programu powołana została Komisja Konkursowa.
5. Komisja Konkursowa działa zgodnie z Regulaminem Prac Komisji Konkursowej stanowiącym załącznik nr 3 do uchwały ..... Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia ..... r.
6. Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu zostanie podjęta w formie odrębnej uchwały Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego.
7. Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego może podjąć decyzję o:

- 1) przyjęciu do realizacji jednej oferty,
  - 2) przyjęciu do realizacji kilku ofert,
  - 3) zamknięciu konkursu bez wyboru realizatora programu.
8. Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu zostanie opublikowana bez zbędnej zwłoki.
  9. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.
  10. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny przed upływem terminu złożenia ofert, przedłużenia terminu składania ofert i rozstrzygnięcia konkursu oraz do zamknięcia konkursu bez wyboru realizatora programu.
  11. O decyzji wskazanej w ust. 6 Organizator poinformuje poprzez publikację na stronie internetowej Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego pod adresem <https://www.warmia.mazury.pl> oraz na tablicy ogłoszeń Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.
  12. Organizator zastrzega sobie prawo odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych (np. zmian w budżecie Województwa Warmińsko-Mazurskiego).
  13. Organizator niezwłocznie powiadomi Oferentów o wyniku albo o zamknięciu konkursu bez dokonania wyboru realizatora programu.
  14. Podmiot, który otrzymał środki finansowe z Budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego na realizację programu zobowiązany jest do przedstawienia sprawozdania merytoryczno-finansowego z wykonania programu zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy.
  15. W sprawach nie uregulowanych niniejszym Ogłoszeniem do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu polityki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.

## **IX. Informacje dodatkowe**

Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zawartej pomiędzy zleceniodawcą, 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).

Załączniki do ogłoszenia:

1. Załącznik nr 1 Formularz ofertowy
2. Załącznik nr 2 Wzór umowy na realizację Programu
3. Załącznik nr 3 Program Polityki Zdrowotnej

**Umowa Nr PPZ. NLN. 2024**

na realizację „ Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-  
mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod  
medycznie wspomaganey reprodukcji” w 2024 r.

zawarta w dniu ..... 2024 roku w Olsztynie,

pomiędzy:

**Województwem Warmińsko-Mazurskim** z siedzibą w Olsztynie, przy ul. E. Plater 1, zwanym dalej  
„Zleceniodawcą”, reprezentowanym przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego, w imieniu  
którego działają:

..... - .....

..... - .....

przy kontrasygnacie

..... – Skarbnika Województwa Warmińsko-Mazurskiego

**a**

.....

.....

zwanym dalej „Zleceniobiorcą”, reprezentowanym przez:

.....

.....

łącznie zwanymi Stronami.

Na podstawie art. 41 ust. 1, w związku z art. 14 ust. 1 pkt 2 oraz art. 41 ust.2 pkt 3 ustawy z dnia 5  
czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2022 r. poz. 2094 ze zm.), art. 48b ust. 1 i 4

ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), art. 115 ust.3 w zw. z art. 114 ust.

1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r., poz.633, z późn.zm.), Uchwały Nr 2/32/24/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 9 stycznia 2024 r. w sprawie przyjęcia do realizacji w 2024 r. Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji, Uchwały Nr ..... Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia ..... r. w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia konkursu ofert na realizatora Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji w 2024 r. oraz powołania Komisji Konkursowej i Uchwały Nr LV/849/23 Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 19 grudnia 2023 r., w sprawie budżetu Województwa Warmińsko – Mazurskiego na rok 2024, z późn.zm., oraz wyboru oferty, dokonanego w wyniku przeprowadzonego postępowania w ramach konkursu ofert, zgodnie z regulaminem Prac Komisji Konkursowej,

zawiera się umowę o następującej treści:

### § 1.

1. Przedmiotem umowy jest realizacja Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji w 2024 r., zwanego dalej „**Programem**”, stanowiącego **załącznik nr 1** do umowy i jej integralną część.
2. Na podstawie niniejszej umowy Zleceniodawca powierza, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do realizacji Programu, na warunkach określonych w niniejszej umowie.
3. Szczegółowy zakres i sposób realizacji Programu określa załącznik nr 1 do umowy, stanowiący jej integralną część.
4. Termin realizacji Programu ustala się na okres: od daty zawarcia umowy nie później niż do dnia 15 grudnia 2024 r.

### § 2.

1. Strony ustalają, że koszt całkowity dofinansowania do kompleksowych świadczeń diagnostycznych i leczenia jednej pary ( zwanym dalej Procedurą) wynosi nie więcej niż 3000 złotych, z zastrzeżeniem zdania drugiego. W przypadku par, u których procedura zakończy się na wcześniejszym etapie z powodów medycznych, koszt dofinansowania obejmuje przeprowadzone do tego etapu interwencje (świadczenia), jednakże w wysokości nie większej niż kwota dofinansowania przewidziana w ramach Programu dla tej procedury zgodnie z zapisami zdania pierwszego.
2. W trakcie trwania Programu Uczestnikom przysługuje możliwość dofinansowania do jednej Procedury (w zakresie interwencji wymienionych w Programie).
3. Pary, które zakwalifikowały się do programu w 2023 roku i nie zrealizowały całej procedury mają możliwość dokończenia procesu diagnostycznego i leczniczego w 2024 roku (do łącznej wysokości 3000 zł.) po przedłożeniu zaświadczenia wskazującego, że proces diagnostyczny i leczniczy nie został dokończony, określającego zrealizowane w ramach procedury interwencje oraz kwotę wykorzystanej dotacji.

4. W przypadku par, które zakwalifikowały się do udziału w Programie i do dnia 15 grudnia 2024 roku nie zrezygnowały z udziału w nim lub nie mogły zrealizować całej Procedury i które zgodnie z Programem będą miały możliwość dokończenia procesu diagnostycznego i leczniczego w następnym roku, Zleceniobiorca zobowiązany będzie do wystawienia danej parze zaświadczenia wskazującego, że proces diagnostyczny i leczniczy nie został dokończony oraz określającego zrealizowane w ramach procedury interwencje wraz z kwotą wykorzystanej dotacji, z zastrzeżeniem, że powyższe będzie kontynuacją procesu diagnostyczno- leczniczego i łącznie nie przekroczy kwoty dofinansowania przeznaczanej na parę.

### § 3.

1. Na realizację Programu w ramach niniejszej umowy Zleceniodawca przekazuje Zleceniobiorcy dotację celową udzieloną ze środków budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego na rok 2024 w kwocie **150 000,00 złotych** (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy złotych zero groszy).
2. Środki dotacji wskazanej w ust.1 muszą być wykorzystywane z uwzględnieniem wysokości kosztów dofinansowania procedur określonych w § 2 ust.1.
3. W ramach kwoty wymienionej w ust.1 Zleceniobiorca zobowiązuje się do objęcia wsparciem w trakcie trwania programu nie mniej niż **50 par**.
4. Dotacja wskazana w ust.1 przekazana zostanie po zawarciu niniejszej umowy na rachunek bankowy Zleceniobiorcy ....., w terminie 21 dni od dnia zawarcia umowy.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się, w ramach kwoty dotacji przyznanej zgodnie z § 3 ust. 1, do wykonania rodzaju i liczby Procedur zgodnie z przedstawioną ofertą oraz medycznymi wskazaniami zakwalifikowanych par. Jednakże w sytuacji nie wykorzystania całej kwoty przeznaczanej na wykonanie procedur Zleceniodawca dopuszcza możliwość zwiększenia liczby wykonanych procedur w stosunku do liczby wskazanej w Programie, o ile nie spowoduje to przekroczenia ogólnej kwoty dotacji, wskazanej w ust.1.
6. Zleceniobiorca zobowiązuje się przy realizacji Programu do przestrzegania zasad rachunkowości i prawidłowego wykorzystywania środków publicznych.

### § 4.

1. Za datę przekazania dotacji uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zleceniodawcy.
2. Zleceniobiorca oświadcza, że jest jedynym posiadaczem wskazanego w § 3 ust. 4 rachunku bankowego i zobowiązuje się do utrzymania rachunku wskazanego w § 3 ust. 4 nie krócej niż do dnia zaakceptowania przez Zleceniodawcę sprawozdania końcowego, o którym mowa w § 9 ust. 2 lit.a). W przypadku braku możliwości utrzymania rachunku, o którym mowa w ust. 1, Zleceniobiorca zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o nowym rachunku bankowym i jego numerze.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy z dnia 29 września 1994 r. o *rachunkowości* (Dz. U. z 2023 r., poz. 120 z późn.zm.) do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji finansowo-księgowej środków finansowych otrzymanych na realizację zadania, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.
4. Dowody księgowe należy opisywać z uwzględnieniem m.in. zapisów *art. 39 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270. z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 2 marca 2010 r. w *sprawie szczegółowej klasyfikacji*

*dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych* (Dz. U. z 2022 r. poz. 513, z późn.zm.).

5. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją Programu przez 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym zrealizował Program.

## **§ 5.**

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do:
  - wykorzystania dotacji, o której mowa w § 3 ust. 1, wyłącznie na realizację Programu powierzonego do realizacji niniejszą umową,
  - wykorzystania dotacji w terminie realizacji Programu, tj. do upływu końcowego terminu realizacji Programu określonego w § 1 ust.4 – tj. nie później niż do dnia **15 grudnia 2024 r.**,
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przekazania Zleceniodawcy, w terminie 30 dni od daty zakończenia realizacji Programu (określonej w § 1 ust. 4), w ramach sprawozdania z realizacji Programu, o którym mowa w § 9 ust.2 lit. a, końcowego rozliczenia finansowego wykorzystania środków finansowych otrzymanych w ramach dotacji. Rozliczenie powinno zawierać w szczególności zestawienie poszczególnych interwencji opłaconych z otrzymanych środków finansowych, potwierdzających wysokość poniesionych kosztów oraz oświadczenie Zleceniobiorcy o sprawdzeniu prawidłowości przyjętych do rozliczenia i przedstawionych w zestawieniu dokumentów finansowych pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.
3. W przypadku niewykorzystania dotacji w terminie wskazanym w ust.1 pkt 2 w wysokości określonej w § 3 ust. 1, Zleceniobiorca zobowiązuje się do zwrotu niewykorzystanej części dotacji, w terminie do 14 dni po upływie wskazanego powyżej terminu wykorzystania dotacji, na rachunek Zleceniodawcy nr: 33 1090 2718 0000 0001 4649 4447
4. Odsetki od niewykorzystanej kwoty dotacji zwróconej po terminie, podlegają zwrotowi w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych na rachunek bankowy Zleceniodawcy nr: 33 1090 2718 0000 0001 4649 4447. Odsetki nalicza się, począwszy od dnia następującego po dniu, w którym upłynął termin zwrotu niewykorzystanej kwoty dotacji.
5. Niewykorzystane przychody i odsetki bankowe od przyznanej dotacji podlegają zwrotowi na zasadach określonych w ust. 3-4.
6. Kwota dotacji wykorzystana niezgodnie z przeznaczeniem podlega zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

## **§ 6.**

1. W ramach realizacji Programu powierzonego niniejszą umową Zleceniobiorca zobowiązuje się do:
  - 1) rozpoczęcia realizacji Programu od daty podpisania niniejszej umowy, w tym w szczególności kwalifikacji do Programu par spełniających następujące kryteria:
    - a) nie mają przeciwwskazań opisanych w kryteriach wykluczenia w „Programie polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganą reprodukcji”.
    - b) mieszkają na terenie województwa warmińsko-mazurskiego,
    - c) wiek kobiety mieści się w przedziale 20-42 lat (wg rocznika urodzenia),



- d) przedłożą realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w Programie oraz podpisane oświadczenie, że nie są obecnie uczestnikami innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych lub nie uczestniczyły w podobnym programie finansowanym ze środków publicznych w ciągu ostatnich trzech lat (z wyłączeniem par, które zakwalifikowały się do programu w roku poprzednim i z uwagi na krótki czas realizacji Programu nie mogły skorzystać ze wszystkich interwencji i nie zrezygnowały z udziału w Programie), jak również oświadczenie w sprawie przetwarzania danych osobowych;
  - e) co najmniej 12 miesięcy bezskutecznie starają się o poczęcie dziecka w przypadku kobiety w wieku 20-35 lat lub 6 miesięcy w przypadku kobiet po 35 roku życia lub bezpośrednio po zadeklarowaniu planów prokreacyjnych w przypadku kobiet po 40 roku życia oraz kobiety i mężczyzn z nieprawidłowościami w badaniu przedmiotowym lub podmiotowym,
  - f) pary objęte ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r.- o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2022 r., poz 2561 z późn. zm.).
- 2) przeprowadzenia wśród par biorących udział w Programie ankiet satysfakcji (wzór ankiety stanowi załącznik nr 5 do niniejszej umowy);
  - 3) prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej, na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, przy uwzględnieniu przepisów dotyczących ochrony danych osobowych;
  - 4) przedstawienia Zleceniodawcy w terminie do 7 dni od daty zawarcia niniejszej umowy kserokopii polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej Zleceniobiorcy, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych na czas trwania umowy, w przypadku, gdy na dzień składania oferty taka umowa nie była zawarta lub w sytuacji, w której na dzień składania oferty polisa nie obejmowała całego okresu obowiązywania umowy -przedstawienia kserokopii polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, z przedłużonym okresem ubezpieczenia OC, obejmującym cały okres obowiązywania umowy;
  - 5) prowadzenia akcji informacyjno - promocyjnej dotyczącej Programu (np. poprzez zamieszczenie informacji na temat Programu na swojej stronie internetowej);
  - 6) wskazywania Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego, jako podmiotu, który dofinansowuje Program na wszystkich etapach akcji informacyjno – promocyjnej;
  - 7) sporządzania i przekazywania Zleceniodawcy, w okresach miesięcznych - do 10-go dnia każdego miesiąca, drogą elektroniczną, informacji o bieżącej realizacji Programu, zgodnie z załącznikiem nr 7 do umowy (część A);
  - 8) przekazania Zleceniodawcy opinii, ewentualnych uwag na temat Programu (m.in. realizacji, sposobu organizacji) w terminie do 15 grudnia 2024 r., na adres e-mail: [dz@warmia.mazury.pl](mailto:dz@warmia.mazury.pl);
  - 9) Zleceniobiorca zobowiązany jest do przekazania informacji o efektach realizacji Programu (liczbie urodzeń żywych, liczbie urodzeń martwych, liczbie poronień), po zakończeniu realizacji Programu – w terminie do około 9 miesięcy od przeprowadzenia u ostatniej pary procesu diagnostycznego i leczenia zgodnie z załącznikiem nr 7 do umowy (część B).

## § 7.

1. Program będzie realizowany w : .....

## § 8

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do realizacji Programu przez personel wskazany w ofercie konkursowej, a w przypadku zmian personelu realizującego Program, przez osoby, których kwalifikacje zawodowe nie są niższe niż określone w szczegółowych warunkach konkursu ofert. Zleceniobiorca jest zobowiązany do pisemnego informowania Zleceniodawcę, o każdej zmianie personelu realizującego Program na podstawie niniejszej umowy.
2. Zleceniobiorca oświadcza, że wszystkie pomieszczenia, w których będzie realizował Program spełniają wymagania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i nie będzie realizował Programu poza miejscami wskazanymi w niniejszej umowie.

## § 9

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zakończenia realizacji Programu nie później niż do dnia 15 grudnia 2024 roku.
2. Po zakończeniu realizacji Programu Zleceniobiorca zobowiązuje się w terminie do 30 dni od daty zakończenia realizacji Programu, określonej zgodnie z § 1 ust.4 do sporządzenia i przedłożenia Zleceniodawcy:
  - a) Sprawozdania z realizacji Programu, zawierającego końcowe rozliczenie finansowe wykorzystanych środków dotacji, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do umowy
  - b) Zbiorczego zestawienia wyników ankiet według wzoru stanowiącego załącznik nr 6 do umowy
  - c) Raportu końcowego według wzoru stanowiącego załącznik nr 8 do umowy
3. Raport końcowy (zał.nr 8) i Sprawozdanie z realizacji Programu (zał. nr 2) oraz zbiorcze zestawienie ankiet (załącznik nr 6), o których mowa w ust 2, Zleceniobiorca zobowiązany jest dostarczyć w wersji papierowej do siedziby Zleceniodawcy oraz w wersji elektronicznej na adres e-mail: dz@warmia.mazury.pl (wersja edytowalna, w Programie Microsoft Word). Dowodem wpływu sprawozdania/raportu złożonego osobiście lub za pośrednictwem kuriera będzie stempel Departamentu Zdrowia opatrzony datą wpływu, w przypadku przekazania sprawozdania/raportu za pośrednictwem Poczty Polskiej o zachowaniu terminu decyduje data stempla pocztowego;
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w załącznikach, o których mowa w ust. 2, dokumenty zostaną zwrócone, celem ich niezwłocznego poprawienia.
5. Złożenie przez Zleceniobiorcę sprawozdania, raportu i wyników ankiet wskazanych w ust. 2 jest równoznaczne z udzieleniem Zleceniodawcy prawa rozpowszechnienia informacji w nich zawartych.

## § 10.

1. Osobami do kontaktów roboczych są:

- 1) ze strony Zleceniodawcy:

Elżbieta Dziekan, te. 89 52-16-917, e-mail: [e.dziekan@warmia.mazury.pl](mailto:e.dziekan@warmia.mazury.pl)

Sylwia Cieśluk, tel. 89 52-16-918, e-mail: [s.ciesluk@warmia.mazury.pl](mailto:s.ciesluk@warmia.mazury.pl)

- 2) ze strony Zleceniobiorcy: .....

.....

2. W zakresie realizacji niniejszej umowy Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania na wniosek Zleceniodawcy wszelkich informacji i przedłożenia dokumentów dotyczących bieżącej realizacji Programu.

## § 11.

1. Zleceniobiorca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją zadania.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do realizacji Programu, zapewniając bezpieczne przetwarzanie 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) (Dz. Urz. UE L. 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanym dalej RODO oraz z ustawą z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz. U z 2020 r. poz.442) i aktach wykonawczych do tejże ustawy.
3. Zleceniobiorca jako Administrator Danych Osobowych uzyskanych bezpośrednio od uczestników Programu zobowiązuje się do uzyskania zgody uczestnika w formie oświadczenia stanowiącego Załącznik nr 4, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2 lit. c niniejszej Umowy oraz do spełnienia obowiązku informacyjnego wynikającego z art. 13 RODO. Zleceniodawca dopuszcza do stosowania wzór klauzuli informacyjnej stanowiący element dokumentacji Zleceniobiorcy jednakże zaktualizowany o informacje dotyczące Programu objętego niniejszą Umową.
4. Zleceniobiorca zobowiązuje się do realizacji wymogów określonych w art. 24-35 RODO w szczególności zabezpieczeń wynikających z art. 32 RODO.
5. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo epidemii realizacja programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w § 1 musi odbywać się zgodnie z ustanowionymi w przepisach prawa ograniczeniami, nakazami i zakazami oraz wytycznymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego.
6. W okresie, o którym mowa w ust. 5 należy dostosować sposób realizacji programu do aktualnie obowiązujących reżimów sanitarnych.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się przy realizacji programu do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art.6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie:
  - 1) Dostępności cyfrowej – wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r., o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych.
  - 2) Dostępności informacyjno- komunikacyjnej
  - 3) Dostępności architektonicznej.
8. W przypadku braku możliwości zapewnienia dostępności na warunkach określonych w art.6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, Zleceniobiorca jest zobowiązany zapewnić takiej osobie dostęp alternatywny, o którym mowa w art. 7 tej ustawy.

## § 12.

1. Nadzór nad prawidłowością wykonania powierzonego zadania sprawuje Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.
2. Zleceniodawca lub osoba przez niego upoważniona może w okresie objętym umową i w okresie 5 lat po jej wygaśnięciu, przeprowadzić w siedzibie Zleceniobiorcy kontrolę w zakresie:
  - 1) oceny realizacji Programu,
  - 2) celowości i prawidłowości wydatkowania przyznanych środków.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w realizacji umowy Zleceniodawca informuje na piśmie o stwierdzonych uchybieniach oraz przekazuje wnioski i zalecenia zmierzające do ich usunięcia.

3. Zleceniobiorca zobowiązuje się w terminie do 30 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń pokontrolnych zawiadomić Zleceniodawcę o ich wykonaniu lub przyczynach niewykonania.

### **§ 13.**

- Zleceniodawca może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym, w razie gdy Zleceniobiorca:
- przedstawił nierzetelne lub nieprawdziwe dane i dokumenty, na podstawie których dokonał rozliczeń,
  - podjął działania sprzeczne z umową,
  - nie wykonał zaleceń pokontrolnych w wyznaczonym terminie,
  - nie przystąpił do realizacji Programu w terminie, o którym mowa w § 6 ust.1 pkt 1,
  - rażąco naruszył przepisy prawa lub postanowienia umowy.
- W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających przystąpienie do realizacji Programu w terminie, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, Zleceniobiorca jest zobowiązany do złożenia pisemnego wyjaśnienia. Wyjaśnienie powinno być przedstawione przez Zleceniobiorcę bez wezwania ze strony Zleceniodawcy.

### **§ 14.**

1. W razie nieprzystąpienia lub odstąpienia Zleceniobiorcy od realizacji umowy z przyczyn leżących po jego stronie, Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną w wysokości 10% kwoty środków wskazanych w § 3 ust.1.
2. Kara umowna winna być wpłacona na rachunek Zleceniodawcy nr: ..... w terminie do 14 dni od daty otrzymania przez Zleceniobiorcę noty obciążeniowej wystawionej przez Zleceniodawcę.

### **§ 15.**

Jeżeli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności uniemożliwiające jej realizację w całości lub części, na które Strony nie miały wpływu, będzie to podstawą do wystąpienia każdej ze Stron o renegotjację warunków umowy.

### **§ 16.**

Zakazuje się zbywania na rzecz osób trzecich wierzytelności wynikających z niniejszej umowy.

### **§ 17.**

Umowa zostaje zawarta na czas określony i obowiązuje od dnia jej zawarcia do dnia wypełnienia wszystkich zobowiązań Stron w niej zapisanych i po całkowitym rozliczeniu zadania.

### **§ 18.**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową, zastosowanie mają przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270 z późn. zm.), ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 289 z późn. zm.)), ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (Dz.U. 2023 r. poz. 1610, z późn. zm.) oraz przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

### **§ 19.**

Wszelkie spory między Stronami mogące wyniknąć w związku z realizacją niniejszej umowy będą rozpatrywane przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zleceniodawcy.

### **§ 20.**

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.

### **§ 21.**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Zleceniodawcy i jeden dla Zleceniobiorcy.

**Zleceniobiorca:**

**Zleceniodawca:**

Załączniki:

1. Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji. ”
2. Sprawozdanie z realizacji Programu.
3. Wzór oświadczenia pary przystępującej do udziału w Programie.
4. Wzór oświadczenia pary ws. przetwarzania danych osobowych.
5. Ankieta satysfakcji uczestników Programu.
6. Zestawienie wyników ankiet satysfakcji.
7. Monitoring część A i B.
8. Raport końcowy

**SPRAWOZDANIE****Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ dla mieszkańców województwa  
warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z  
wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji w 2024 roku**

Realizator:.....

Termin realizacji .....,

**CZĘŚĆ I. SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE**

## 1. Opis wykonania zadania wraz z uwagami dotyczącymi realizacji Programu

--

## 2. Liczbowe określenie skali działań

<b>I.p.</b>	<b>LICZBA PAR ZAPISANYCH DO PROGRAMU</b>	<b>LICZBA PAR ZAKWALIFIKOWANYCH DO UDZIAŁU W PROGRAMIE</b>	<b>LICZBA PAR, U KTÓRYCH WYKONANO PEŁNĄ KOMPLEKSOWĄ DIAGNOSTYKĘ I ZASTOSOWANO LECZENIE</b>	<b>LICZBA CIĄŻ</b>	<b>LICZBA PRZEPROWADZONYCH ANKIET SATYSFAKCYJ UCZESTNIKÓW W PROGRAMU</b>

## 3. Wykaz miejsc zamieszkania par, które zgłosiły się do Programu:

Lp.	MIEJSCOWOŚĆ	LICZBA PAR/OSÓB	UWAGI

## CZĘŚĆ II. SPRAWOZDANIE FINANSOWE Z WYKONANIA PROGRAMU

### 1. Koszty z podziałem na procedury

LP.	RODZAJ KOSZTÓW	LICZBA/PAR UCZESTNIKÓW	KOSZT JEDNOSTKOWY (W ZŁ)	KOSZT CAŁKOWITY (W ZŁ)	WYSOKOŚĆ DOPLATY PRZEZ PARĘ (W ZŁ)
1.	Pierwsza konsultacja lekarska z opracowaniem zindywidualizowanego programu leczenia oraz rozmowa edukacyjna (2 godz.)				
2.	Kolejna konsultacja				
3.	Konsultacja ginekologiczno-położnicza z USG				
4.	USG				
5.	Monitoring owulacji				
6.	Konsultacja endokrynologiczna – pierwsza wizyta				
7.	Konsultacja endokrynologiczna – kolejna wizyta				
8.	Konsultacja urologiczna				

9.	Konsultacja andrologiczna				
10	Konsultacja z dietetykiem 1 osoba – pierwsza wizyta				
11	Konsultacja z dietetykiem para – pierwsza wizyta				
12	Konsultacja z dietetykiem 1 osoba- kolejna wizyta				
13	Konsultacja z dietetykiem para – kolejna wizyta				
14	Fizjoterapia uroginekologiczna (60 min.)				
15	Konsultacja psychologiczna 1 osoba				
16	Konsultacja psychologiczna para				
17	Nauka obserwacji cyklu miesięcznego – pierwsze spotkanie wprowadzające z materiałami (1 godz.)				
18	Nauka obserwacji cyklu miesięcznego – kolejne spotkanie (1 godz.)				
19	Konsultacja - seksuolog				
20	Badanie AMH				
21	Badanie nasienia z posiewem				
22	Badania hormonalne – m.in. LH,FSH,PRL, T,E,TSH				
23	Witamina D				
24	Homocysteina				



<b>25</b>	Posiewy mikrobiologiczne tlenowe/beztlenowe				
<b>26</b>	Posiew w kierunku Ureaplasma/ Mykoplasma				
<b>27</b>	Posiew w kierunku Chlamydia				
<b>28</b>	Cytologia klasyczna				
<b>29</b>	Inne świadczenie				

2. Rozliczenie dotacji

<b>Wysokość przekazanej dotacji, zgodnie z zawartą umową</b>	<b>Łączny koszt procedur diagnostycznych i leczenia</b>	<b>Wysokość dotacji niewykorzystanej, przeznaczonej do zwrotu, zgodnie z zawartą umową</b>

.....

(podpis Zleceniobiorcy)

## OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w „Programie polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji” przyjętego do realizacji w 2024 roku Uchwałą Nr 2/32/24/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 9 stycznia 2024 r.

my, niżej podpisani –

.....  
(kobieta – imię i nazwisko)

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
(mężczyzna – imię i nazwisko)

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

oświadczamy, że:

- Pozostajemy w związku małżeńskim/ partnerskim,
- Jesteśmy mieszkańcami województwa warmińsko-mazurskiego
- Ostatnie rozliczone zeznanie podatkowe złożyliśmy urzędzie skarbowym właściwym dla miejsca zamieszkania na terenie województwa warmińsko-mazurskiego <sup>1</sup>,
- Bezskutecznie staramy się o poczęcie dziecka przez okres 12 miesięcy/ 6 miesięcy/ chcemy wziąć udział w Programie bezpośrednio po podjęciu planów rozrodczych <sup>2</sup>.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis – kobieta)

.....  
(podpis – mężczyzna)

---

<sup>1</sup> Załączyć kserokopię pierwszej strony ostatniego zeznania PIT, kopię innego dokumentu potwierdzającego zamieszkanie na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, oświadczenie o zwolnieniu z podatków z podaniem podstawy prawnej lub inny dokument.

<sup>2</sup> Niewłaściwe skreślić

.....  
imię i nazwisko - kobieta

.....  
imię i nazwisko - mężczyzna

### O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a w zw. z art. 7 Rozporządzenia 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) (Dz. Urz. UE L. 119 z 04.05.2016, str. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb naboru i realizacji *Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji w 2024 r.*, przez (nazwa instytucji i adres)

.....  
Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawiania oraz o możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jej odwołanie jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

.....  
Czytelny podpis uczestnika programu - kobieta

.....  
Czytelny podpis uczestnika programu –  
mężczyzna

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW**

**„Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganey reprodukcji”**

**Szanowna Pani/ Szanowny Panie (ankietę wypełnia para)**

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii i uwag na temat jakości świadczeń w Programie. Otrzymane informacje pozwolą również na coraz lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Prosimy o udzielenie odpowiedzi wstawiając znak X w odpowiednie pole. Ankieta jest anonimowa.

1. W jaki sposób dowiedzieliście się Państwo o programie:

z mediów społecznościowych

z lokalnych mediów

ze strony internetowej

od lekarza prowadzącego

od rodziny/znajomych

z innych źródeł (proszę wpisać jakich) .....

W pytaniach 2 – 11 proszę zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

1 – oznacza najniższą ocenę, 5 – oznacza najwyższą ocenę

2. Jak oceniają Państwo dostęp do informacji na temat zasad kwalifikacji do Programu?

1      2      3      4      5

3. Jak oceniają Państwo dostęp do informacji na temat świadczeń objętych programem?

1      2      3      4      5

4. Jak oceniają Państwo stosunek personelu medycznego do pacjentów?

1      2      3      4      5

5. Jak oceniają Państwo umiejętność przekazywania wiedzy przez instruktora metod rozpoznawania płodności?

1      2      3      4      5

6. Jak oceniają Państwo sposób przekazania zaleceń lekarskich?

1 2 3 4 5

7. Jak oceniają Państwo organizację Programu?

1 2 3 4 5

8. W jakim stopniu Program spełnił Państwa oczekiwania?

1 2 3 4 5

9. Czy poleciliby Państwo udział w Programie innym osobom?

1 2 3 4 5

10. Jak oceniają Państwo swoją wiedzę na temat zdrowego stylu życia, w tym prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej i zdrowia prokreacyjnego przed udziałem w Programie?

1 2 3 4 5

11. Jak oceniają Państwo swoją wiedzę na temat zdrowego stylu życia, w tym prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej i zdrowia prokreacyjnego po udziale w Programie?

1 2 3 4 5

12. Czy udział w Programie wpłynął na poprawę Państwa zdrowia?

[ ] tak [ ] nie

13. Czy udział w Programie zmienił Państwa jakość życia?

[ ] tak, pozytywnie [ ] tak, negatywnie [ ] nie

14. Czy otrzymali Państwo zalecenia medyczne w formie pisemnej?

[ ] tak [ ] nie

15. Czy uważają Państwo, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?

[ ] tak [ ] nie

16. Czy wprowadziliby Państwo jakieś zmiany w organizacji Programu?

[ ] tak [ ] nie

Jakie.....  
.....

17. Inne uwagi .....

.....  
.....

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.*

*Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom kolejnych Programów.*

**„Program Polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego  
w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie  
wspomaganej reprodukcji”**

**ZESTAWIENIE WYNIKÓW ANKIET SATYSFAKCJI**

**Termin realizacji:** .....

**Nazwa Zleceniobiorcy:**

.....

**Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu w sprawie poniżej przedstawionych danych:**

.....

<b>I.p.</b>	<b>Treść pytania ankietowego</b>	<b>Ocena</b>	<b>Liczba udzielonych odpowiedzi</b>
<b>1.</b>	<b>Jak Państwo oceniają umiejętność przekazania informacji o rokowaniach</b>	<b>bardzo dobrze</b>	
		<b>Dobrze</b>	
		<b>Średnio</b>	
		<b>Źle</b>	
		<b>bardzo źle</b>	
<b>2.</b>	<b>Czy zalecenia diagnostyczne i lekarskie dotyczące postępowania zostały przekazane w sposób zrozumiały i przystępny?</b>	<b>Tak</b>	
		<b>raczej tak</b>	
		<b>raczej nie</b>	
		<b>Nie</b>	
<b>3.</b>	<b>Czy Państwo otrzymali zalecenia w formie pisemnej?</b>	<b>tak</b>	
		<b>nie</b>	
		<b>Tak</b>	

<b>4.</b>	<b>Czy jesteście Państwo zadowoleni z udziału w Programie?</b>		
		<b>raczej tak</b>	
		<b>Nie</b>	
		<b>raczej nie</b>	
		<b>nie wiemy</b>	
<b>5.</b>	<b>Dodatkowe uwagi na temat Programu</b>		

**LICZBA PAR UDZIELAJĄCYCH ODPOWIEDZI.....**

.....  
(miejsowość)

.....  
(data)

.....  
(podpis Zleceniobiorcy)

**Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego  
w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod  
medycznie wspomaganey reprodukcji.**

**MONITORING**

**Część A**

**TERMIN REALIZACJI:** .....

Nazwa Zleceniobiorcy:

.....  
.....

Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu w sprawie poniżej przedstawionych  
danych:

.....  
.....

LP.	INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGŁASZALNOŚCI DO PROGRAMU	LICZBA	UWAGI
1.	<b>Pary, które zgłosiły się /zarejestrowały:</b> - telefonicznie - e-mailowo -osobiście		
2.	<b>Pary zakwalifikowane przez Zleceniobiorcę do Programu w bieżącym roku</b>		
3.	<b>Pary, które kontynuują nie zrealizowaną procedurę w 2023 r.</b>		



4.	<b>Pary niezakwalifikowane do Programu</b>		proszę o podanie i wyszczególnienie przyczyn
5.	<b>Pary, które zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie jego trwania, z podaniem przyczyny rezygnacji</b>		proszę o podanie i wyszczególnienie przyczyn
6.	<b>Pary objęte procesem diagnostycznym</b>		
7.	<b>Pary objęte leczeniem</b>		
8.	<b>Pary korzystające z pomocy psychologicznej</b>		
9.	<b>Pary korzystające z pomocy dietetyka</b>		
10.	<b>Pary korzystające z pomocy seksuologa</b>		
11.	<b>Pary objęte instruktażem obserwacji cykli</b>		
<b>LP.</b>	<b>INFORMACJE DOTYCZĄCE EFEKTYWNOŚCI PROCEDURY</b>	<b>LICZBA</b>	<b>UWAGI (planowany termin porodu, poronienie, inne)</b>
1.	<b>Liczba par, u których zastosowana procedura diagnostyczno-</b>		

	<b>lecznicza zakończyła się ciążą potwierdzoną klinicznie</b>		
<b>2.</b>	<b>Liczba urodzeń ( z podziałem na rok realizacji Programu)</b>		

.....

(miejsowość), (data)

.....

(podpis Zleceniobiorcy)

**Część B.** załącznika nr 7 do umowy

Zgodnie z § 6 ust.1 pkt 9 w/w. umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest do przekazania poniższych danych po zakończeniu realizacji Programu – w terminie do około 9 miesięcy od przeprowadzenia u ostatniej pary procedury diagnostycznej i leczniczej.

Nazwa Zleceniobiorcy:

.....

Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu w sprawie poniżej przedstawionych danych:

.....

**1. Liczba urodzeń żywych:**

.....

**2. Liczba urodzeń martwych:**

.....

**3. Liczba poronień:** (należy wskazać liczbę niewykazaną w części A)

.....

**Ewentualne uwagi:**.....

.....

.....

.....

(miejsowość)

(data)

.....

(podpis Zleceniobiorcy)

## RAPORT KOŃCOWY Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Data wpływu:.....
Sygn. akt: .....
wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

..... oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej	<b>Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</b>	
Nazwa programu polityki zdrowotnej:		
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:	
Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej: <sup>3)</sup>		
Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej: <sup>4)</sup>		
Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej: <sup>5)</sup>		

<sup>3)</sup> Należy opisać, czy założony cel główny oraz cele szczegółowe zostały osiągnięte oraz w jakim stopniu nastąpiła realizacja poszczególnych celów ze wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ewentualna pełna realizacja. Opis stopnia realizacji celów powinien uwzględniać informacje na temat wartości mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

<sup>4)</sup> Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej

<sup>5)</sup> W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub po tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawić zbiorcze wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej. W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji. W zakresie ewaluacji należy ustosunkować się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej <sup>6)</sup>		
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: .....		
Źródło finansowania <sup>7)</sup>	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1.		
2.		
3.		
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej		
Źródło finansowania <sup>7)</sup>	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1.		
2.		
3.		
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej <sup>8)</sup>		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej <sup>79)</sup>		Opis podjętych działań modyfikujących: <sup>10)</sup>
Problem 1:		Działanie modyfikujące:
Problem 2:		Działanie modyfikujące:
Problem 3:		Działanie modyfikujące:
Miejscowość		..... oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej <sup>11)</sup>
	Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	..... oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej <sup>11)</sup>
	Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	

<sup>6)</sup> W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej należy przedstawić informację dla każdego kalendarzowego roku realizacji programu polityki zdrowotnej.

<sup>7)</sup> Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów

<sup>8)</sup> Należy przedstawić poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloetapowość interwencji, należy przedstawić koszty w rozbiciu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

<sup>9)</sup> Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki z zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

<sup>10)</sup> Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”

<sup>11)</sup> Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe