

Uchwała Nr 8/131/24/VI
Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego
z dnia 19 lutego 2024 r.

w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia konkursu ofert na realizatora Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok 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 2024 r. poz. 146) – uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Ogłasza się konkurs ofert na realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024” w 2024 roku, przyjętego uchwałą nr 7/93/24/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 13 lutego 2024 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok” w 2024 roku, 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).

§ 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) Janusz Pieńkowski – z-ca Dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie – Przewodniczący Komisji;
- 2) Sylwia Cieśluk – Kierownik Biura Polityki Zdrowotnej Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie – zastępca Przewodniczącego Komisji;
- 3) Elżbieta Dziekan – Główny Specjalista w Biurze Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie – Członek Komisji;
- 4) Agata Szmit- Starszy Inspektor w Biurze Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie – Członek Komisji.

2. Do zadań Komisji należy w szczególności:

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

3) udział w rozpatrywaniu ewentualnych odwołań w sprawie decyzji Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego o rozstrzygnięciu konkursu;

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 1 do uchwały Nr 8/131/24/VI
Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego
z dnia 19 lutego 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146).

Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego
ogłasza konkurs ofert

na realizatora „Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok” w 2024 roku.

I. Przedmiot konkursu

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora/realizatorów „Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok”- przyjętego do realizacji uchwałą nr 7/93/24/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 13 lutego 2024 roku, zwanego dalej „Programem”.
2. Realizacja Programu Polityki Zdrowotnej polega na zapewnieniu beneficjentom wskazanym w pkt III, dostępu do świadczeń finansowanych w ramach Programu, tj. stworzeniu możliwości skorzystania z dofinansowania jednej zindywidualizowanej procedury medycznie wspomaganey reprodukcji.

Pełny tekst Programu stanowi załącznik do uchwały nr 7/93/24/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 13 lutego 2024 r. w sprawie przyjęcia Programu do realizacji w 2024 roku.

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

Przyjmuje się, że procedura zapłodnienia pozaustrojowego składa się z części klinicznej i biotechnologicznej.

Na część kliniczną procedury zapłodnienia pozaustrojowego składa się:

- 1) przeprowadzenie kwalifikacji pary i wykonanie wymaganych badań zgodnie z ustawą z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz.U. z 2020 poz. 442) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu

dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganey prokreacji (Dz.U. 2015 poz. 1718),

- 2) przeprowadzenie i monitorowanie stymulacji owulacji (w przypadku dawstwa partnerskiego lub dawstwa męskich komórek rozrodczych w dawstwie innym niż partnerskie) oraz ewentualny dobór dawcy nasienia (w przypadku dawstwa męskich komórek rozrodczych),
- 3) w przypadku zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie z wykorzystaniem żeńskiej komórki rozrodczej lub adopcji zarodka, na część kliniczną składa się wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych i dodatkowych, przygotowanie biorczyni do dalszych etapów postępowania zakończonego transferem zarodka, oraz wybór dawczyni komórki jajowej lub dawców zarodka.

Na część biotechnologiczną procedury zapłodnienia pozaustrojowego składa się:

- 1) punkcja komórek jajowych przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym,
- 2) pobranie nasienia (również - jeżeli zaistnieje taka potrzeba - poprzez biopsję jądra lub biopsję najądrzy),
- 3) przeprowadzenie procedury zapłodnienia pozaustrojowego,
- 4) hodowla i nadzór nad rozwojem zarodków oraz ich transfer do jamy macicy w cyklu stymulowanym i kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym, które nie zostały transferowane.

II. Adresaci konkursu:

Składając ofertę w niniejszym konkursie oferent potwierdza, że spełnia wskazane w niniejszym ogłoszeniu wymogi przewidziane w danym zakresie obowiązującymi aktami prawa, w tym w szczególności określone przepisami:

- ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, zwanej też dalej „ustawą”;
- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r., poz.991, z późn.zm.);
- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Konkurs adresowany jest do podmiotów leczniczych świadczących usługi medyczne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o leczeniu niepłodności, które:

- 1) są podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 2) posiadają pozwolenie Ministra Zdrowia na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji, o którym mowa w art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, tj. spełniają warunki wskazane w art. 48 ust. 4 ustawy, w tym dotyczące wpisu do rejestru ośrodków medycznie wspomaganey prokreacji i banków komórek rozrodczych i zarodków prowadzonego przez Ministra Zdrowia,
- 3) realizują Europejski program monitoringu wyników leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego – European IVF Monitoring (EIM),
- 4) stosują wytyczne zawarte w Algorytmach Diagnostyczno- Leczniczych w Niepłodności przygotowane przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego,
- 5) dysponują sprzętem i aparaturą medyczną o wymaganiach i w ilości określonej w obowiązujących aktach prawnych,
- 6) dysponują zgodnymi z obowiązującym prawem warunkami lokalowymi oraz mają możliwość zorganizować zgodnie z obowiązującym prawem udzielanie procedur wskazanych w programie,
- 7) dysponują personelem medycznym o wymaganiach i w liczbie określonej w obowiązujących aktach prawnych i umożliwiających realizację Programu,
- 8) zapewniają 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. 1440),
- 9) zapewniają 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,
- 10) zapewniają 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 2024 r. poz. 44), 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;

- 11) zapewniają dostępność 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 zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240);
- 12) zapewniają 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;
- 13) zapewniają dostosować sposób realizacji programu w okresie, o którym mowa w ust. 5 do aktualnie obowiązujących reżimów sanitarnych.
- 14) zapewniają, że każda para zakwalifikowana do Programu otrzyma możliwość skorzystania z bezpłatnej wizyty u psychologa posiadającego praktykę w dziedzinie psychologii leczenia niepłodności na terenie realizacji Programu. Koszt wizyty zostanie pokryty przez Realizatora Programu,
- 15) prowadzą działalność na terenie województwa warmińsko-mazurskiego i/lub na terenie województw ościennych (woj. podlaskiego, mazowieckiego, pomorskiego lub kujawsko-pomorskiego),
- 16) zapewnią dostęp do świadczeń finansowanych w ramach Programu przez 6 dni w tygodniu z zapewnieniem nadzoru embriologicznego nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu. Realizator zapewni również możliwość zrealizowania świadczeń w trybie weekendowym (dyżurowym), jeśli będzie tego wymagała sytuacja kliniczna pacjentów, będących uczestnikami Programu. Realizator Programu ma obowiązek zapewnić uczestnikom Programu możliwość rejestracji telefonicznej i elektronicznej, oraz umożliwić im kontakt telefoniczny z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę w przypadku powikłań pozabiegowych,
- 17) zobowiążą się do akceptacji posiadanych przez pary wyników badań laboratoryjnych, finansowanych w ramach NFZ lub z innych źródeł, które zostały wykonane przed przystąpieniem do programu – ważnych do 6 miesięcy od daty ich wykonania,
- 18) zapewnią, że przeprowadzą kwalifikację na podstawie indywidualnej oceny sytuacji klinicznej pary oraz, że kwalifikacja odbywać się będzie w swojej siedzibie i według kolejności zgłoszeń,
- 19) zapewnią, że wykonują w ostatnich dwóch latach co najmniej 150 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie,
- 20) zobowiążą się do wykorzystania środków finansowych do dnia 15 grudnia 2023 roku.

III. Beneficjenci Programu:

Beneficjentami Programu mogą być pary, które nie mogą zrealizować planów rozrodczych poprzez spontaniczną koncepcję i które spełniają następujące kryteria:

- 1) wiek kobiety mieści się w przedziale 20- 42 lat według rocznika urodzenia;
- 2) spełniają określone ustawą warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego lub innego niż partnerskie, lub przystąpienia do procedury dawstwa zarodka;
- 3) poddały się wcześniej leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem lub posiadają bezpośrednie wskazania do zapłodnienia pozaustrojowego;
- 4) są mieszkańcami województwa warmińsko-mazurskiego (kopia/kopie pierwszej strony zeznania podatkowego potwierdzająca rozliczanie się we właściwym dla miejsca zamieszkania Urzędzie Skarbowym na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, i/lub kopię innego dokumentu potwierdzającego zamieszkanie na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, oświadczenie o zwolnieniu z podatków z podaniem podstawy prawnej lub inny dokument;
- 5) wyraziły zgodę na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów, a także na ewentualne pokrycie kosztów kriokonserwacji oocytów;
- 6) zostały zakwalifikowane do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego przez Realizatora Programu, zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii.

Kryteria wykluczenia z Programu stanowią:

- 1) dla par przystępujących do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego:
 - a) 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;
 - b) nawracające utraty ciąży w tym samym związku (więcej niż trzy udokumentowane poronienia);
 - c) nieodpowiednia reakcja na prawidłowo przeprowadzoną stymulację jajczkowania, czego wyrazem był brak pozyskania komórek jajowych w dwóch cyklach stymulacji;
 - d) wady macicy bezwzględnie uniemożliwiające donoszenie ciąży;
 - e) brak macicy.
- 2) dla par przystępujących do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie - dawstwo męskich komórek rozrodczych:

- a) 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;
 - b) nieodpowiednia reakcja na prawidłowo przeprowadzoną stymulację jajczkowania, czego wyrazem był brak pozyskania komórek jajowych w dwóch cyklach stymulacji;
 - c) wady macicy bezwzględnie uniemożliwiające donoszenie ciąży;
 - d) brak macicy;
 - e) negatywna opinia zespołu konsultacyjnego powołanego przez Realizatora, w którego skład powinien wejść przynajmniej jeden psycholog z praktyką w psychologii leczenia niepłodności konsultujący parę na okoliczność gotowości rodzicielstwa niegenetycznego.
- 3) dla par przystępujących do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie w przypadku dawstwa żeńskich komórek rozrodczych lub do procedury adopcji zarodka:
- a) wady macicy bezwzględnie uniemożliwiające donoszenie ciąży;
 - b) brak macicy;
 - c) negatywna opinia zespołu konsultacyjnego powołanego przez Realizatora, w którego skład powinien wejść przynajmniej jeden psycholog z praktyką w psychologii leczenia niepłodności konsultujący parę na okoliczność gotowości rodzicielstwa niegenetycznego.

IV. Wysokość środków finansowych – przeznaczonych na realizację Programu w 2024 roku wynosi 500 000,00 zł.

Program zakłada, że:

każda para zakwalifikowana do niniejszego Programu ma prawo do skorzystania z dofinansowania jednej, zindywidualizowanej procedury medycznie wspomaganą reprodukcji metodami IVF/ICSI, spośród następujących:

- a) dofinansowanie w kwocie do 6000 zł do części klinicznej i biotechnologicznej jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego;
- b) dofinansowanie w kwocie do 6000 zł do części klinicznej i biotechnologicznej jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych lub męskich komórek rozrodczych);
- c) dofinansowanie w wysokości do 3000 zł do części klinicznej jednej procedury dawstwa zarodka (adopcji zarodka) w ramach dawstwa innego niż partnerskie, przy czym do części klinicznej zaliczają się również koszty przechowywania,

przetwarzania, dystrybucji i zastosowania zarodka uzyskanego od dawców.

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 oraz Sylwia Cieśluk, tel. (89) 52 16 918, e-mail: 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 uchwałyZarządu 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 w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok” 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) w Sekretariacie Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, 10-051 Olsztyn, ul. Mariańska 3,
 - 2) 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 wydruk/odpis Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej podmiotu,
 - 3) pozwolenie (decyzja) Ministra Zdrowia na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji,
 - 4) aktualną informację merytoryczną w zakresie działalności placówki,
 - 5) oświadczenie o posiadaniu polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem,
 - 6) oświadczenie o realizacji Europejskiego programu monitoringu wyników leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego -European IVF Monitoring (EIM),
 - 7) oświadczenie o składaniu corocznych raportów w ramach programu -European IVF Monitoring,
 - 8) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednio doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiadaniu odpowiednich warunków do prowadzenia leczenia,
 - 9) oświadczenie, że podmiot w ostatnich dwóch latach wykonał co najmniej 150 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie,
 - 10) oświadczenie, że podmiot stosuje wytyczne zawarte w rekomendacjach Diagnostyki i Leczenia Niepłodności Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRiE) i Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP),
 - 11) oświadczenie, że podmiot zapewnia dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami w związku z:
 - a) ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami,
 - b) ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych,
 - c) ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r., o języku migowym i innych środkach komunikowania się,
 - d) ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 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.

VII. Kryteria wyboru oferty

Oferty kompletne - spełniające wymogi formalne oceniane będą przez Komisję

Konkursową według kryteriów wskazanych w załączniku nr 2 do uchwały nr Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia r., t. j. między innymi:

- 1) całkowity koszt procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego,
- 2) całkowity koszt zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie,
- 3) całkowity koszt zapłodnienia w ramach adopcji zarodka,
- 4) wysokość dopłaty wnoszonej przez pary oraz procent udziału w całkowitej kwocie procedury (różnica pomiędzy całkowitym kosztem procedury a kwotą dofinansowania przez samorząd województwa),
- 5) spełnienie wymagań kadrowych i organizacyjnych.

Ponadto weryfikacji podlegać będzie:

- 1) Oświadczenie o wykonywaniu przez Oferenta w ostatnich dwóch latach co najmniej 150 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie.
- 2) Oświadczenie, iż cennik usług stosowany wobec zakwalifikowanych do Programu par będzie zgodny (na takim samym poziomie) z ogólnie obowiązującym u Oferenta.
- 3) Oświadczenie o prowadzeniu diagnostyki i leczeniu niepłodności oraz funkcjonowaniu w strukturze podmiotu banku komórek rozrodczych.

Środki finansowe przyznane na realizację Programu mogą być niższe niż wnioskowana kwota, w przypadku wyłonienia kilku realizatorów (zgodnie z deklaracjami par zgłaszających się do Programu).

VIII. Informacja odnośnie konkursu ofert

1. Planowany okres realizacji Programu: od dnia zawarcia umowy do 15 grudnia 2024 r.
2. Budżet Programu na 2024 rok wynosi 500 000 zł.
3. W ramach programu w 2024 roku przewiduje się wykonanie 83 procedur zapłodnienia pozaustrojowego.
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 pkt 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. W ramach niniejszego konkursu ofert na wybór realizatora/realizatorów programu, Oferent może zostać wezwany do przesłania dodatkowych dokumentów, np. pełnomocnictwa do podpisania i złożenia oferty, jeżeli oferty nie podpisała osoba wskazana jako uprawniona do reprezentacji w dokumencie określającym status prawny oferenta.
 15. Podmiot, którego oferta zostanie wybrana, będzie powiadomiony pisemnie o wysokości przyznanych środków finansowych po zakończeniu rejestracji uczestników programu.
 16. Zawarcie umowy nastąpi po przyznaniu środków finansowych proporcjonalnie do liczby par zgłoszonych do kliniki (z uwzględnieniem kolejności zgłoszeń). Wzór umowy stanowi załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia.
 17. 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.
 18. 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.

Umowa NrPPZ in vitro.Z.2024

na realizację „ Programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok- aktualizacja na 2024 rok”

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:

..... – **Wicemarszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego,**

..... – **Wicemarszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego**

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 z późn. 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 2024 r. poz. 146, 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 2023 r., poz. 991, z późn.zm.), Uchwały Nr 7/93/24/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 13 lutego 2024 r. w sprawie przyjęcia do realizacji Programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok- aktualizacja na 2024 rok, Uchwały Nr Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia r. w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia konkursu ofert na realizatora Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok oraz powołania Komisji Konkursowej i Uchwały Sejmiku nr LV/849/23 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 w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok, 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., z zastrzeżeniem postanowienia § 2 ust.3.

§ 2.

1. Strony ustalają następujące koszty dofinansowania procedur związane z realizacją Programu:
 - 1) Całkowity koszt dofinansowania jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego (zwanej też dalej „procedurą”) wynosi:
 - a. w ramach dawstwa partnerskiego 6000,00 zł brutto (słownie: sześć tysięcy złotych brutto, zero groszy),

- b. w ramach dawstwa innego niż partnerskie z wykorzystaniem męskich lub żeńskich komórek rozrodczych 6000,00 zł brutto (słownie: sześć tysięcy złotych brutto, zero groszy),
 - c. w ramach adopcji zarodka 3 000,00 zł brutto (słownie: trzy tysiące złotych brutto, zero groszy);
- 2) W przypadku, jeżeli procedura zapłodnienia pozaustrojowego z powodów medycznych zakończy się u pary na wcześniejszym etapie, to koszt jednorazowego dofinansowania do procedury leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego obejmuje przeprowadzone do tego etapu elementy (świadczenia), jednakże w wysokości nie większej niż kwota dofinansowania przewidziana w ramach Programu dla tej procedury zgodnie z zapisami pkt 1.
2. Uczestnikom Programu przysługuje możliwość dofinansowania tylko jednej procedury.
3. Za datę zakończenia realizacji Programu uznaje się dzień wykonania ostatniej procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro objętej dofinansowaniem w ramach Programu, realizowanego na podstawie niniejszej umowy, z zastrzeżeniem, że powyższe musi nastąpić nie później niż do dnia 15 grudnia 2024 roku.

§ 3.

1. Na realizację Programu w ramach niniejszej umowy Zleceniodawca przekaże Zleceniobiorcy dotację celową udzieloną z Budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego na rok 2024 w kwocie (słownie:)
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 wykonania w trakcie trwania programu nie mniej niżprocedur.
4. Dotacja wskazana w ust.1 przekazana zostanie po zawarciu niniejszej umowy w wysokości proporcjonalnej do liczby zgłoszonych do Programu par na rachunek bankowy Zleceniobiorcy nr:....., w terminie 21 dni od zawarcia umowy.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się, w ramach kwoty dotacji przyznanej zgodnie z § 3 ust. 1, do wykonania rodzaju i liczby procedur zapłodnienia pozaustrojowego zgodnie z przedstawioną ofertą oraz medycznymi wskazaniem zakwalifikowanych par. Jednakże w sytuacji zakwalifikowania w ramach Programu większej liczby par do procedury adopcji zarodka, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. c, Zleceniodawca dopuszcza możliwość zwiększenia liczby takich 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. 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 ewidencji księgowej środków otrzymanych od Zleceniodawcy w ramach dotacji celowej z budżetu Województwa na realizację Programu, a także wydatków dokonywanych z tych środków, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.
2. Dowody księgowe należy opisywać z uwzględnieniem m.in. zapisów art. 39 ustawy 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.
3. 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 § 2 ust.3, nie później jednak niż do dnia **15 grudnia 2024 r.**,
 - prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji finansowo-księgowej środków finansowych otrzymanych na realizację zadania zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przekazania Zleceniodawcy, w terminie 30 dni od daty zakończenia realizacji Programu (określonej w § 2 ust.3), w ramach sprawozdania z realizacji Programu, o którym mowa w § 9 ust.2, końcowego rozliczenia finansowego wykorzystania środków finansowych otrzymanych w ramach dotacji. Rozliczenie powinno zawierać w szczególności zestawienie dokumentów księgowych 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:

4. Odsetki od niewykorzystanej kwoty dotacji zwróconej po terminie, podlegają zwrotowi w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych na rachunek bankowy Zleceniodawcy nr: 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;
 - 2) kwalifikacji do Programu par, które nie mają przeciwwskazań opisanych w kryteriach wykluczenia w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok- aktualizacja na 2024 rok”, zamieszkałych (płacących podatki) w województwie warmińsko-mazurskim (przy czym wiek kobiety powinien mieścić się w przedziale 20- 42 lat według roku urodzenia). Ponadto pary powinny spełnić łącznie następujące kryteria:
 - a) pary, u których stwierdzono i potwierdzono dokumentacją medyczną, bezwzględną przyczynę niepłodności lub nieskuteczne, zgodne z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu,
 - b) pary pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim,
 - c) parom, które zostały zakwalifikowane do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego przez Zleceniobiorcę, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i rekomendacjami m.in. Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, wytycznymi National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2013) wskazującymi na konieczność diagnostyki niepłodności przed wprowadzeniem procedury zapłodnienia pozaustrojowego – zgodnie z rekomendacjami NICE 2013 zaleca się badanie krwi w celu określenia poziomu hormonów, a także dodatkowo zaleca się określenie poziomu hormonu AMH oraz USG jajników, dlatego też wyniki przeprowadzonej diagnostyki są niezbędne przy kwalifikacji do Programu,

- d) pary, które złożyły oświadczenie, według wzoru stanowiącego załączniki nr 3 i nr 4 do umowy (Zleceniobiorca jest zobowiązany do zebrania od uczestników Programu oświadczeń, które będą w jego dyspozycji);
- 3) dostarczenia do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie zbiorczego zestawienia sporządzonego na podstawie zebranych od uczestników (par będących w dyspozycji Zleceniobiorcy) ankiet satysfakcji uczestników Programu (wzór ankiety stanowi załącznik nr 5 do niniejszej umowy);
 - 4) prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej, na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, przy uwzględnieniu przepisów dotyczących danych osobowych;
 - 5) 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;
 - 6) prowadzenia akcji informacyjno - promocyjnej dotyczącej Programu (np. poprzez zamieszczenie informacji na temat Programu na swojej stronie internetowej);
 - 7) wskazywania Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego, jako podmiotu, który dofinansowuje Program na wszystkich etapach akcji informacyjno – promocyjnej;
 - 8) sporządzania i przekazywania Zleceniodawcy, w okresach miesięcznych - do 10-go dnia każdego miesiąca, drogą elektroniczną, informacji o bieżącej realizacji Programu, w szczególności do przedstawienia liczby osób zakwalifikowanych, liczby i rodzaju wykonanych w danym okresie procedur (zgodnie z załącznikiem nr 7 do umowy część A);
 - 9) 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;
 - 10) sporządzenia i przekazania Zleceniodawcy Sprawozdania z realizacji Programu (załącznik nr 2) w terminie 30 dni od daty zakończenia realizacji Programu;
 - 11) sporządzenia Raportu końcowego z realizacji Programu na wzorze raportu końcowego, określonego w *rozporządzeniu 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 2017 r., poz.2476) - nie później niż w terminie 30 dni od daty zakończenia realizacji Programu, określonej zgodnie z § 2 ust.3;

- 12) złożenia sprawozdania i raportu końcowego, o których mowa w pkt 10 i 11 w sekretariacie Departamentu Zdrowia osobiście lub za pośrednictwem poczty/kuriera. 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;
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przekazania informacji o efektach realizacji Programu (liczbie wykonanych procedur in vitro, liczbie ciąż oraz liczbie urodzonych dzieci), po zakończeniu realizacji Programu – w terminie do około 9 miesięcy od przeprowadzenia ostatniej procedury in vitro zgodnie z załącznikiem nr 7 do umowy (część B).

§ 7.

1. Program będzie realizowany w.....
2. Rejestracja do programu odbywać się będzie osobiście lub telefonicznie pod numerem telefonu:od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-21.00 oraz w sobotę pod numerem telefonu

§ 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 do przedłożenia Zleceniodawcy- w terminie do 30 dni od daty zakończenia realizacji Programu, określonej zgodnie z § 2 ust.3, Sprawozdania z realizacji Programu, zawierającego końcowe rozliczenie finansowe wykorzystanych środków dotacji,

według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 oraz zbiorczego zestawienia wyników ankiet według wzoru stanowiącego załącznik nr 6 do umowy.

3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przedłożenia Raportu końcowego według wzoru stanowiącego załącznik nr 8 nie później niż w terminie 30 dni od daty zakończenia realizacji Programu, określonej zgodnie z § 2 ust.3.
4. Raport końcowy (zał.nr 8) i Sprawozdanie z realizacji Programu (zał. nr 2) oraz zbiorcze zestawienie ankiet, 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).
5. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w załącznikach, o których mowa w ust. 2 - 4, dokumenty zostaną zwrócone, celem ich niezwłocznego poprawienia.
6. Złożenie sprawozdania wskazanego w ust. 2 przez Zleceniobiorcę jest równoznaczne z udzieleniem Zleceniodawcy prawa rozpowszechnienia informacji w nim zawartych.

§ 10.

1. Na potrzeby realizacji Programu działać będzie platforma, która pełnić będzie funkcję systemu kwalifikacji uczestników i monitorowania przebiegu realizacji programu.
2. Do monitorowania przebiegu realizacji Programu za pomocą platformy wyznaczone zostaną po dwie osoby ze strony Zleceniobiorcy i Zleceniodawcy:
 - 1) Zleceniobiorca:
 - 2) Zleceniodawca:
3. 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. d

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 zapewnieniu 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 zapewnieniu osobom ze szczególnymi potrzebami, Zleceniobiorca jest zobowiązany zapewnić takiej osobie dostęp alternatywny.

§ 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 3 lat po jej wygaśnięciu, przeprowadzić w siedzibie Zleceniobiorcy kontrolę w zakresie:
 - 1) oceny realizacji Programu,
 - 2) celowości i prawidłowości wydatkowania przyznanych środków.
 - 3) 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.

1. Zleceniodawca może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym, w razie gdy Zleceniobiorca:
 - 1) przedstawił nierzetelne lub nieprawdziwe dane i dokumenty, na podstawie których dokonał rozliczeń,
 - 2) podjął działania sprzeczne z umową,
 - 3) nie wykonał zaleceń pokontrolnych w wyznaczonym terminie,
 - 4) nie przystąpił do realizacji Programu w terminie, o którym mowa w § 6 ust.1, pkt 1,
 - 5) rażąco naruszył przepisy prawa lub postanowienia umowy.
2. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających przystąpienie do realizacji Programu w terminie, o którym mowa w § 6 1 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*, ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (Dz.U. 2022 r. poz. 1360, 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 w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok - aktualizacja na 2024 rok”
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**

W zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok

Termin realizacji

CZĘŚĆ I. SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

1. Opis wykonania zadania wraz z uwagami dotyczącymi realizacji Programu

--

2. Liczbowe określenie skali działań

l.p.	LICZBA WYKONANYCH KWALIFIKACJI DO PROGRAMU	LICZBA ZAKWALIFIKOWANYCH PAR DO PROCEDURY	LICZBA WYKONANYCH PROCEDUR ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO z podziałem na: a) w ramach dawstwa partnerskiego, b) w ramach dawstwa innego niż partnerskie, c) adopcja zarodka	LICZBA CIĄŻ z podziałem na rodzaj procedury: a) b) c)	LICZBA PRZEPROWADZONYCH ANKIET SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU

--	--	--	--	--	--

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 PROCEDUR	KOSZT JEDNOSTKOWY PROCEDURY (W ZŁ)	KOSZT CAŁKOWITY PROCEDURY (W ZŁ)	WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA (W ZŁ)
A.	PRZEPROWADZENIE PROCEDURY ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO IN VITRO w ramach dawstwa partnerskiego				
B.	PRZEPROWADZENIE PROCEDURY ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO IN VITRO w ramach dawstwa innego niż partnerskie				

C.	PRZEPROWADZENIE PROCEDURY ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO IN VITRO – procedura dawstwa zarodka – adopcja zarodka				
----	--	--	--	--	--

2. Rozliczenie dotacji

Wysokość przekazanej dotacji, zgodnie z zawartą umową	Łączny koszt procedur (wykonanych w ramach programu) a, b, c	Wysokość dotacji niewykorzystanej, przeznaczonej do zwrotu, zgodnie z zawartą umową

.....

(podpis Zleceniobiorcy)

OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na rok 2021 – aktualizacja na 2024 r. przyjętego do realizacji Uchwałą Nr 7/93/24/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 13 lutego 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 ¹,
- Poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem/posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego².

.....

 (miejsowość, data)

..... ... (podpis – kobieta)
..... ... (podpis – mężczyzna)

¹Załączyć 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.

² 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. 7 ust. 1- 4 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 w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok* – aktualizacja na 2024 rok przez

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. 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

**Program polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą
zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-
mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok**

ANKIETASATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU

Okres oceny

Nazwa Zleceniobiorcy i miejsce (miasto) realizacji procedury:

.....

lp.	treść pytania ankietowego	ocena	zaznaczyć przy wybranej odpowiedzi X	uwagi
1.	Jak Państwo oceniają umiejętność przekazania informacji o rokowaniach	bardzo dobrze		
		dobrze		
		średnio		
		źle		
		bardzo źle		
2.	Czy zalecenia lekarskie dotyczące postępowania zostały przekazane w sposób zrozumiały i przystępny?	tak		
		raczej tak		
		raczej nie		
		nie		
3.	Czy Państwo otrzymali zalecenia medyczne w formie pisemnej?	tak		
		nie		
4.	Czy jesteście Państwo zadowoleni z udziału w Programie?	tak		
		raczej tak		
		nie		

		raczej nie		
		nie wiemy		
5.	Dodatkowe uwagi			

.....

.....

(miejsowość) (data)

Program Polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok”

ZESTAWIENIE WYNIKÓW ANKIET SATYSFAKcji

Termin realizacji:

Nazwa Zleceniobiorcy:

.....

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

.....

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

4.	Czy jesteście Państwo zadowoleni z udziału w Programie?	Tak		
		raczej tak		
		Nie		
		raczej nie		
		nie wiemy		
5	Dodatkowe uwagi			

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
(podpis Zleceniobiorcy)

**Program polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą
zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-
mazurskiego na 2021 rok - aktualizacja na 2024 rok.**

MONITORING

Część A

OKRES 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.	Pary, które zgłosiły się /zarejestrowały: - telefonicznie - e-mailowo -osobiście		
2.	Pary zakwalifikowane przez Zleceniobiorcę do Programu		
3.	Pary niezakwalifikowane do Programu		proszę o podanie i wyszczególnienie przyczyn
4.	Pary, które zrezygnowały z udziału w Programie		proszę o podanie i wyszczególnienie przyczyn
5.	Liczba zakończonych procedur zapłodnienia pozaustrojowego w tym: - w ramach dawstwa partnerskiego W ramach dawstwa innego niż partnerskie - w ramach dawstwa		

	zarodka(adopcji zarodka) - ICSI		
--	------------------------------------	--	--

LP.	INFORMACJE DOTYCZĄCE EFEKTYWNOŚCI PROCEDURY	LICZBA	UWAGI
1.	Ogółem liczba potwierdzonych klinicznie ciąży, w tym: - ciąż pojedynczych - ciąż wielopłodowych		
2.	Liczba wyników negatywnych		proszę o podanie i wyszczególnienie przyczyn braku ciąży
3.	Liczba powstałych embrionów		
4.	Liczba transferów embrionów w tym: - transferów zarodków świeżych - transferów zarodków mrożonych		
5.	Liczba poronień(wykazana do 15 grudnia 2024 r.)		
6.	Pary stosujące się do zaleceń lekarskich, w tym: - zdecydowanie - raczej zdecydowanie		
7.	Liczba urodzeń		Jeśli to możliwe proszę podać datę/ miesiąc/ płeć
8.	Liczba urodzeń w efekcie realizacji Programu w 2023 roku		

.....

(miejsowość) (data)

.....

(podpis Zleceniobiorcy)

Część B. załącznika nr 7 do umowy

Zgodnie z § 6 pkt 13 w/w. umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest do przekazania poniższych danych po zakończeniu realizacji Programu – w terminie do około 9 miesięcy od przeprowadzenia ostatniej procedury in vitro.

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	Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej
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: ³⁾	
Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej: ⁴⁾	
Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej: ⁵⁾	

³⁾ 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.

⁴⁾ Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej

⁵⁾ 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 ⁶⁾ Rok realizacji programu polityki zdrowotnej:		
Źródło finansowania ⁷⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1.		
2.		
3.		
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej		
Źródło finansowania ⁷⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1.		
2.		
3.		
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej ⁸⁾		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹⁾		Opis podjętych działań modyfikujących: ¹⁰⁾
Problem 1:		Działanie modyfikujące:
Problem 2:		Działanie modyfikujące:
Problem 3:		Działanie modyfikujące:
	 oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ¹¹⁾
Miejscowość	Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	
	Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ¹¹⁾

⁶⁾ 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.

⁷⁾ Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów

⁸⁾ 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.

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

¹⁰⁾ Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”

¹¹⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 8/131/24/VI
Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego
z dnia 19 lutego 2024 r.

Kryteria konkursu ofert na wybór realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok”.

Kryteria dostępu – nie spełnienie jednego z „kryteriów dostępu” skutkuje odrzuceniem oferty

Lp.	Nazwa kryterium	Opis kryterium	
1.	Działalność lecznicza	Oferent jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą. Kryterium weryfikowane w oparciu o rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą na podstawie numeru księgi rejestrowej podanego w formularzu ofertowym#.	tak/nie
2.	Pozwolenie na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji	Oferent posiada aktualne pozwolenie na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji. Kryterium weryfikowane w oparciu o rejestr Ośrodków Medycznie Wspomaganej Prokreacji i Banków Komórek Rozrodczych i Zarodków- na podstawie nr księgi rejestrowej zamieszczonej w formularzu ofertowym.#	tak/nie
3	Liczba i kwalifikacje personelu	Oferent dysponuje personelem medycznym w liczbie i o kwalifikacjach wskazanych w obowiązujących aktach prawnych.	tak/nie
4.	Sprzęt i aparatura medyczna	Oferent dysponuje sprzętem i aparaturą medyczną o wymaganiach i w ilości określonej w obowiązujących aktach prawnych.	tak/nie
5.	Warunki lokalowe	Oferent dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem warunkami lokalowymi oraz zorganizuje zgodnie z obowiązującym prawem udzielanie procedur wskazanych w programie. Kryterium weryfikowane w oparciu o informacje przedstawione w formularzu ofertowym.	tak/nie
6.	Zgodność z Programem Polityki Zdrowotnej	Oferent zapewnia realizację wszystkich działań wymienionych w Programie Polityki Zdrowotnej. (oświadczenie)	tak/nie
7	Pomoc psychologiczna	Oferent zapewnia, że każda para zakwalifikowana do niniejszego Programu otrzyma możliwość skorzystania z bezpłatnej wizyty u psychologa posiadającego praktykę w dziedzinie psychologii leczenia niepłodności na terenie realizacji Programu. Koszt wizyty zostanie pokryty przez Realizatora Programu.	tak/nie
9	Miejsce realizacji świadczeń	Oferent będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu na terenie województwa warmińsko-mazurskiego i /lub na terenie województw ościennych (pomorskiego, podlaskiego, mazowieckiego, kujawsko-pomorskiego).	tak/nie
10	Dostępność do świadczeń	Realizator Programu zapewni dostęp do świadczeń finansowanych w ramach Programu przez 6 dni w tygodniu z zapewnieniem nadzoru embriologicznego nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu. Realizator zapewni również możliwość zrealizowania świadczeń w trybie weekendowym (dyżurnym), jeśli będzie tego wymagała sytuacja kliniczna pacjentów, będących uczestnikami Programu. Realizator Programu ma obowiązek zapewnić uczestnikom Programu możliwość rejestracji telefonicznej i elektronicznej, oraz umożliwić im kontakt telefoniczny z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę na wypadek powikłań pozabiegowych.	tak/nie

11.	Rozliczenie umowy	Oferent oświadczył, że środki finansowe zostaną wykorzystane do 15 grudnia 2024 roku.	tak/nie
12.	Przesłanie dokumentów lub uzupełnienie/poprawa oferty.	Kryterium weryfikowane tylko w przypadku wystąpienia przez Komisję Konkursową do oferenta o przesłanie dodatkowych dokumentów lub uzupełnienie/poprawę oferty. Nieprzesłanie wnioskowanych dokumentów we wskazanym terminie, brak uzupełnienia/poprawy oferty we wskazanym obszarze, skutkuje odrzuceniem oferty.	tak/nie

Kryteria premiujące

Lp.	Nazwa kryterium	Opis kryterium	Maksymalna wartość punktowa za kryterium	Liczba uzyskanych Punktów
1	Całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego	Kryterium weryfikowane w oparciu o wycenę przedstawioną w formularzu ofertowym. Oferty zostaną uszeregowane od najniższej zaproponowanej ceny do najwyższej i w zależności od miejsca na liście rankingowej poszczególnym Oferentom zostaną przypisane punkty (im droższa oferta tym mniejsza liczba punktów). Maksymalna liczba punktów zależna jest od liczby złożonych ofert.	<i>Punktacja zgodna z listą rankingową od 1 do liczby zgodnej z liczbą ofert, które przeszły pozytywnie ocenę formalną</i>	
2	Całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie	Kryterium weryfikowane w oparciu o wycenę przedstawioną w formularzu ofertowym. Oferty zostaną uszeregowane od najniższej zaproponowanej ceny do najwyższej i w zależności od miejsca na liście rankingowej poszczególnym Oferentom zostaną przypisane punkty (im droższa oferta tym mniejsza liczba punktów). Maksymalna liczba punktów zależna jest od liczby złożonych ofert.	<i>Punktacja zgodna z listą rankingową od 1 do liczby zgodnej z liczbą ofert, które przeszły pozytywnie ocenę formalną</i>	
3	Całkowity koszt brutto jednej procedury dawstwa zarodka (adopcji zarodka)	Kryterium weryfikowane w oparciu o wycenę przedstawioną w formularzu ofertowym. Oferty zostaną uszeregowane od najniższej zaproponowanej ceny do najwyższej i w zależności od miejsca na liście rankingowej poszczególnym Oferentom zostaną przypisane punkty (im droższa oferta tym mniejsza liczba punktów). Maksymalna liczba punktów zależna jest od liczby złożonych ofert.	<i>Punktacja zgodna z listą rankingową od 1 do liczby zgodnej z liczbą ofert, które przeszły pozytywnie ocenę formalną</i>	
4	Kwota dopłaty wnoszona przez pary	Kryterium weryfikowane w oparciu o kwotę dopłaty wnoszoną przez pary i wskazaną w formularzu ofertowym. Punktacja zgodna z listą rankingową. Oferentom zostaną przypisane punkty (im wyższa wpłata pary tym mniejsza liczba punktów). Maksymalna liczba punktów zależna jest od liczby złożonych ofert.	<i>Punktacja zgodna z listą rankingową od 1 do liczby zgodnej z liczbą ofert, które przeszły pozytywnie ocenę formalną</i>	

5	Procent udziału kwoty wnoszonej przez parę w całkowitej kwocie procedury	Kryterium weryfikowane w oparciu o procent udziału kwoty wnoszonej przez parę i wskazaną w formularzu ofertowym. Punktacja zgodna z listą rankingową. Oferentom zostaną przypisane punkty (im wyższa wpłata pary tym mniejsza liczba punktów). Maksymalna liczba punktów zależna jest od liczby złożonych ofert.	<i>Punktacja zgodna z listą rankingową od 1 do liczby zgodnej z liczbą ofert, które przeszły pozytywnie ocenę formalną</i>	
---	--	--	--	--

Regulamin Prac Komisji Konkursowej

§ 1.

Postanowienia ogólne

1. Do zadań Komisji Konkursowej (zwanej dalej „Komisją”) należy w szczególności:

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

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 w zakresie leczenia niepłodności metodą

zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok, zwanego dalej „konkuresem”, 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) ocenia zasadność zwrócenia się do Oferentów o wyjaśnienia dotyczące złożonej oferty lub uzupełnienie dokumentów lub poprawienie/uzupełnienie oferty ze względu na oczywistą omyłkę;
- 7) dokonuje oceny ofert zgodnie z wymogami stanowiącymi załącznik nr 2 do uchwały nr Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia r.;
- 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 8/131/24/VI
Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego
z dnia 19 lutego 2024 r.

FORMULARZ OFERTOWY

.....

(pieczęć Oferenta)

.....

Miejscowość, data

FORMULARZ OFERTOWY

na realizację zadania pn:

„Program Polityki Zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko –mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok”

Program stanowi załącznik do uchwały nr 7/93/24/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 13 lutego 2024 r. w sprawie przyjęcia do realizacji w 2024 roku „Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2024 rok”, zwanego dalej „programem”

1. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta#:

.....

Adres siedziby:.....

.....

REGON:.....

NIP:.....

Kierownik podmiotu leczniczego:.....

(imię i nazwisko, nr tel.. e-mail):

.....

Osoba odpowiedzialna za realizację zadania.....

(imię i nazwisko, nr tel. e-mail).....

.....

Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania:.....

(imię i nazwisko, nr tel. e-mail).....

.....

Nazwa i Nr rachunku bankowego:.....

.....

Nr księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

Nr księgi rejestrowej w rejestrze Ośrodków Medycznie Wspomaganej Prokreacji i Banków Komórek Rozrodczych i Zarodków:

Województwo/a, na terenie których Oferent świadczy usługi będące przedmiotem Programu.....

.....
.....
2. Przyjmuje się, że leczenie metodą zapłodnienia pozaustrojowego składa się z części klinicznej i biotechnologicznej:

Na część kliniczną procedury zapłodnienia pozaustrojowego składa się:

- wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych oraz badań dodatkowych,
- przeprowadzenie i monitorowanie stymulacji owulacji (w przypadku dawstwa partnerskiego lub dawstwa męskich komórek rozrodczych w dawstwie innym niż partnerskie) oraz ewentualny dobór dawcy nasienia (w przypadku dawstwa męskich komórek rozrodczych).
- W przypadku zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie z wykorzystaniem żeńskiej komórki rozrodczej lub adopcji zarodka, na część kliniczną składa się wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych i dodatkowych, przygotowanie biorkownicy do dalszych etapów postępowania zakończonego transferem zarodka, oraz wybór dawczyni komórki jajowej lub dawców zarodka.

Na część biotechnologiczną procedury zapłodnienia pozaustrojowego składa się:

- punkcja komórek jajowych przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym,
- pobranie nasienia (również - jeżeli zaistnieje taka potrzeba - poprzez biopsję jądra lub biopsję najądrzy)
- przeprowadzenie procedury zapłodnienia pozaustrojowego,
- hodowla i nadzór nad rozwojem zarodków oraz ich transfer do macicy i kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym, które nie zostały transferowane.

1) Całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego wyniesie.....zł., słownie.....

2) Całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych lub męskich komórek rozrodczych wyniesie zł.....słownie.....

3) Całkowity koszt jednej procedury dawstwa zarodka (adopcji zarodka) w ramach dawstwa innego niż partnerskie, oddawców wyniesiezł. słownie.....

Liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego – 83

Każda para zakwalifikowana do Programu ma prawo do skorzystania z dofinansowania jednej, zindywidualizowanej procedury medycznie wspomaganey reprodukcji (metodami IVF/ICSI). Warunkiem niezbędnym uzyskania dofinansowania jest zakwalifikowanie pary do Programu przez realizatora oraz przeprowadzenie co najmniej wymienionych poniżej interwencji (w zależności od sytuacji klinicznej pary).

3. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów.

a) Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie)

Lp	Rodzaj kosztów* (w rozbiciu na koszty jednostkowe)	Liczba planowanych jednostek	Rodzaj miary	Kwota jednostkowa (zł)	Kwota całkowita (zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego (zł)
----	---	------------------------------	--------------	------------------------	----------------------	--

1.	przeprowadzenie kwalifikacji pary i wykonanie wymaganych ustawowo badań *					
2.	stymulacja mnogiego jajczkowania i nadzorowanie jej przebiegu *					
3.	Punkcja pęcherzyków jajowych *					
4.	znieczulenie ogólne podczas punkcji pęcherzyków jajnikowych *					
5.	dobór dawcy nasienia, zgodnie z wymogami ustawy o leczeniu niepłodności (w przypadku dawstwa innego niż partnerskie) *					
6.	zapłodnienie pozaustrojowe oraz nadzór nad rozwojem zarodków in vitro *					
7.	transfer zarodków do jamy macicy w cyklu świeżym, jeśli pozwala na to sytuacja kliniczna pacjentki *					
8.	Kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym, które nie zostały transferowane do jamy macicy *					
9.	przechowywanie zarodków kriokonserwowanych *					
10.	inne świadczenie					
OGÓLEM						

* należy wymienić świadczenia, które wchodzą w skład poszczególnych interwencji

b) Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych od anonimowej dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie)

L p.	Rodzaj kosztów* (w rozbiciu na koszty jednostkowe)	Liczba planowanych jednostek	Rodzaj miary	Kwota jednostkowa (zł)	Kwota całkowita (zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego (zł)
1.	przeprowadzenie kwalifikacji pary i wykonanie wymaganych ustawowo badań *					
2.	dobór dawczyni komórek rozrodczych, zgodnie z wymogami ustawy o leczeniu niepłodności *					
3.	Przygotowanie biorczyń do transferu zarodka/ówa.*					
4.	zapłodnienie pozaustrojowe komórek jajowych dawczyni oraz nadzór nad rozwojem zarodków in vitro*					
5.	transfer zarodków do jamy macicy w cyklu świeżym*					
6.	Kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym*					
7.	przechowywanie zarodków kriokonserwowanych*					
8.	inne świadczenie					
OGÓLEM						

* należy wymienić świadczenia, które wchodzi w skład poszczególnych interwencji

c) Procedura dawstwa zarodka (adopcji zarodka) w ramach dawstwa innego niż partnerskie

L p.	Rodzaj kosztów* (w rozbiciu na koszty jednostkowe)	Liczba planowanych jednostek	Rodzaj miary	Kwota jednostkowa (zł)	Kwota całkowita (zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego (zł)
1.	przeprowadzenie kwalifikacji pary i wykonanie wymaganych ustawowo badań*					

2.	Dobór dawców zarodka, zgodnie z wymogami ustawy o leczeniu niepłodności*					
3.	Przygotowanie biorczyni do transferu zarodka/ów*					
4.	Przygotowanie zarodków i transfer zarodków do jamy macicy*					
5.	inne świadczenie					
OGÓLEM						

* należy wymienić świadczenia, które wchodzi w skład poszczególnych interwencji

4. Koszt jednostkowy pary

	Rodzaj procedury	Kwota dopłaty wnoszona przez parę* (zł)	% dopłaty wnoszonej przez parę w całkowitej kwocie procedury (jednostkowej)
a.	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego zł%
b.	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem żeńskich lub męskich komórek rozrodczych) zł%
c.	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem żeńskich lub męskich komórek rozrodczych) – adopcja zarodka; zł%

*różnica pomiędzy całkowitym kosztem procedury a kwotą dofinansowania samorządu województwa warmińsko-mazurskiego

5. Szczegółowy wykaz badań/świadczeń objętych dopłatą przez pary oraz ich koszt (zgodnie z cennikiem kliniki):

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

6. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

m.in. sposób promowania przez Realizatora realizację przedmiotowego Programu
.....
.....

.....
.....
7. Liczba i kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu

Lp.	Zawód, tytuł lub stopień naukowy)	Liczba osób	Uzyskane specjalizacje	Posiadanie certyfikatu embriologa klinicznego PTMR/PTMRiE i/lub ESHRE, (wpisać tak lub nie)	Doświadczenie z zakresu embriologii klinicznej wpisać okres (w miesiącach lub latach)

8. Czas i miejsce dostępności świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu.

Udzielanie świadczeń przez 6 dni w tygodniu z zapewnieniem nadzoru embriologicznego nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu. Realizator zapewni również możliwość zrealizowania świadczeń w trybie weekendowym (dyżurnym), jeśli będzie tego wymagała sytuacja kliniczna pacjentów, będących uczestnikami Programu. Realizator Programu ma obowiązek zapewnić uczestnikom Programu możliwość rejestracji telefonicznej i elektronicznej, oraz umożliwić im kontakt telefoniczny z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę na wypadek powikłań pozabiegowych.....tak/nie

Dodatkowo:

Realizacja świadczeń dwa razy w tygodniu do godziny 19.00.....(tak/nie)

i/lub

Realizacja świadczeń dwa razy w tygodniu do godziny 20.00.....(tak/nie)

Miejsce(a) udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji (wpisać: województwo miasto, ulicę z numerem):

- 1).....
- 2)
- 3).....
- 4).....
- 5).....

9. Oświadczenia Oferenta*:

1)Oświadczam, że zaproponowany w formularzu ofertowym całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego oraz całkowity koszt brutto jednej procedury adopcji zarodka, w przypadku zawarcia umowy, pozostanie niezmienny przez cały okres obowiązywania umowy.

2)Oświadczam, że cennik udzielanych świadczeń medycznych proponowany beneficjentom programu będzie identyczny/zgodny z ogólnie obowiązującym u oferenta.

3)Oświadczam, że posiadam sprzęt i aparaturę medyczną o wymaganiach i w ilości wskazanej w obowiązujących aktach prawnych.

4) Oświadczam, że dysponuję personelem medycznym w liczbie i o kwalifikacjach wskazanych w obowiązujących aktach prawnych.

5) Oświadczam, że każda para zakwalifikowana do niniejszego Programu otrzyma możliwość skorzystania z bezpłatnej wizyty u psychologa posiadającego praktykę w dziedzinie psychologii leczenia niepłodności na terenie realizacji Programu. Koszt wizyty zostanie pokryty przez Realizatora Programu.

6) Oświadczam, że dysponuję zgodnymi z obowiązującym prawem warunkami lokalowymi oraz zorganizuję zgodne z obowiązującym prawem udzielanie procedur wskazanych w programie.

7) Oświadczam, że umowa zostanie zrealizowana do 15 grudnia 2023 roku

Dodatkowe dokumenty:

1. Udokumentowane stosowanie standardów i rekomendacji polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii

2. aktualny wydruk/odpis z rejestru podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

3. pozwolenie (decyzja) Ministra Zdrowia na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji

4. aktualną informację merytoryczną w zakresie działalności placówki

5. oświadczenie o posiadaniu polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem

6. oświadczenie o realizacji Europejskiego programu monitoringu wyników

leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego -European IVF Monitoring (EIM),

7. oświadczenie o składaniu corocznych raportów w ramach programu -European IVF Monitoring, za ostatnie trzy lata,

8. oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiadają odpowiednie warunki do prowadzenia leczenia,

9. oświadczenie, że podmiot w ostatnich latach wykonał co najmniej 150 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie,

10. oświadczenie, że podmiot stosuje wytyczne zawarte w Algorytmach Diagnostyczno Leczniczych w Niepłodności przygotowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego,

Każda strona kopii dokumentów winna być poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby(ę) upoważnione(a) do podpisania oferty.

*Wykreślić oświadczenie, którego wymogów Oferent nie spełnia

.....

(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta)