

### Projekt umowy OR.8010.2.2024

zawarta w dniu ..... pomiędzy Gminą Police (zwaną dalej **Gminą**) z siedzibą w Policach przy ul. Stefana Batorego 3 reprezentowaną przez:

..... – .....,

a ..... (zwaną dalej **Realizatorem**) z siedzibą w przy ul. .... o numerze NIP ..... , KRS ....., nr księgi rejestrowej podmiotów leczniczych ..... reprezentowaną przez:

.....

Na podstawie art. 48 ust. 1 i ust. 5, art., 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 t.j.), art. 114 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.), ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz. U. z 2020 r. poz. 442), zwanej dalej „ustawą” a także uchwały nr LXX/641/2024 Rady Miejskiej w Policach z dnia 27 lutego 2024 roku w sprawie realizacji programu polityki zdrowotnej „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024”, po przeprowadzeniu konkursu ofert, oraz Zarządzenia nr .../2024 Burmistrza Polic z dnia ... 2024 roku w sprawie zatwierdzenia wyników konkursu ofert na realizację w 2024 roku programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024”, zawiera się niniejszą umowę, zwaną dalej „umową” i jej strony ustalają co następuje:

#### § 1 Przedmiot umowy

1. Przedmiotem umowy jest realizacja przez Realizatora Programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024”, zwanego dalej „Programem”, dostępnego pod linkiem: <https://bip.police.pl/uchwala/18567/uchwala-nr-lxx-641-2024>
2. Program określa w szczególności:
  - 1) kryteria kwalifikacji do udziału w Programie oraz kryteria wyłączenia z Programu;
  - 2) planowane interwencje;
  - 3) sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu;
  - 4) sposób zakończenia udziału w Programie;
  - 5) etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów;
  - 6) koszty jednostkowe Programu.
3. Program skierowany jest wyłącznie do osób (par), które spełniają m.in. takie kryteria jak:
  - wiek kobiety mieści się w przedziale 20 - 42 lat (w/g rocznika urodzenia);
  - przynajmniej jedna osoba z pary zamieszkuje na terenie gminy Police przez co najmniej 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie oraz składa zeznanie podatkowe i rozlicza się we właściwym dla gminy Police urzędzie skarbowym;
4. Programem w 2024 r. planuje się objąć co najmniej 15 par.

5. Gmina nie gwarantuje minimalnej liczby par, jakie zgłoszą się do Realizatora i z tego tytułu nie przysługują Realizatorowi jakiegokolwiek roszczenia względem Gminy.
6. Realizator będzie realizował Program w ..... (adres miejsca realizacji Programu), wyłącznie w okresie posiadania ważnego statusu centrum leczenia niepłodności/ważnego pozwolenia na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji, zgodnie z ofertą na realizację Programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024” w roku 2024, która wpłynęła w dniu ..... r., stanowiącą załącznik do umowy, zwany dalej „ofertą”.

## **§ 2 Realizacja Programu**

### 1. Realizator zobowiązuje się:

- 1) realizować Program zgodnie z jego brzmieniem, ustawą, obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz złożoną ofertą;
- 2) stosować, w ramach realizacji Programu, standardy i rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (dawniej: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne) oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
- 3) raportować wyniki leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego i stosowania metod wspomaganego rozrodu do European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) w ramach programu EIM – European IVF Monitoring;
- 4) respektować wytyczne zawarte w rekomendacjach dla pacjentów w leczeniu niepłodności Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”;
- 5) udostępnić Program wszystkim zainteresowanym osobom, poprzez co najmniej upublicznienie Programu na stronie internetowej dotyczącej prowadzonej przez Realizatora działalności oraz w wersji papierowej w miejscu realizacji Programu;
- 6) opracować i udostępnić parom formularz wniosku o udział w Programie;
- 7) kwalifikować pary, zgodnie z postanowieniami Programu;
- 8) rozpatrywać wnioski par do Programu zgodnie z postanowieniami Programu, w tym określonymi w Programie kryteriami kwalifikacji i wyłączenia;
- 9) niezwłocznie informować Gminę o spełnianiu przez pary kryteriów kwalifikacji do Programu, zgodnie z kolejnością pozytywnego rozpatrzenia wniosków par. Informację tę Podmiot przesyła Gminie elektronicznie na adres ....., zgodnie z zapisami Programu, mając na uwadze anonimizację danych osobowych, na formularzu stanowiącym załącznik nr 3 do Umowy;
- 10) uzyskać od par potwierdzenia przeprowadzenia procedury w ramach Programu na formularzu sprawozdawczym;
- 11) zapewnić parom możliwość skorzystania z wizyty u psychologa, posiadającego praktykę w dziedzinie psychologii leczenia niepłodności, na terenie prowadzonej przez Realizatora działalności. Koszt tej wizyty stanowi koszt Realizatora Programu;
- 12) zapewnić dostęp do świadczeń finansowanych w ramach niniejszego 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.
- 13) zabezpieczenia równego traktowania wszystkich osób kwalifikujących się do udziału w Programie, w tym w procesie rekrutacji;
- 14) realizować Program przez personel, w tym medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz złożoną ofertą, z zastrzeżeniem pkt. 16 w dniach i godzinach zgodnie z ofertą. Realizator zobowiązany jest do dołożenia należytej staranności przy wyborze osób, które w jego imieniu będą realizować Program;
- 15) zapewnić wysoką jakość wszystkich realizowanych badań, udzielanych świadczeń zdrowotnych i usług;

- 16) do niezwłocznego informowania Gminy o każdorazowej zmianie personelu, w tym w szczególności medycznego realizującego Program (zgłoszonego w ofercie), że nie później niż w terminie 3 dni roboczych od wystąpienia tej zmiany, przy czym zastrzega się, że kwalifikacje zawodowe personelu nie mogą być niższe od wykazanych przez Realizatora w przyjętej przez Gminę ofercie, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku wystąpienia obiektywnych okoliczności, niezależnych od Realizatora, Gmina może wyrazić zgodę na zmianę osoby realizującej Program na osobę o niższych kwalifikacjach, z zastrzeżeniem obowiązku spełniania wymogów ustawy. Zmniejszenie liczby personelu medycznego lub zastąpienie wykazanych w ofercie osób osobami o niższych kwalifikacjach zawodowych bez zgody Gminy, może być podstawą do rozwiązania umowy przez Gminę ze skutkiem natychmiastowym oraz do braku zapłaty za wykonane w tym zakresie świadczenia;
  - 17) nieodpłatnego brania udziału w organizowanych przez Gminę przedsięwzięciach promocyjno-informacyjnych dotyczących Programu;
  - 18) Informacja o programie zdrowotnym zostanie zamieszczona przez oferenta na stronie internetowej oraz w siedzibie Realizatora;
  - 19) gromadzić, przetwarzać i przekazywać dane osobowe zgodnie z przepisami ustawy oraz obowiązującymi na terenie Rzeczypospolitej Polskiej przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych.
  - 20) prowadzić odrębną dokumentację medyczną oraz finansową prowadzonego Programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
2. Podmiot i para ustalają przebieg procedury w ramach Programu w taki sposób, aby została ona zakończona najpóźniej do dnia 31 grudnia 2024 roku.
  3. Pary zakwalifikowani do Programu mają prawo do skorzystania z jednorazowego dofinansowania leczenia w wysokości do 6000 zł do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego lub innego niż partnerskie, lub do jednorazowego dofinansowania w wysokości do 4000 zł do procedury adopcji zarodka.
  4. Uczestnicy Programu mają prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie, a opieka nad kobietą będącą w ciąży w efekcie leczenia w ramach niniejszego Programu będzie sprawowana w ramach powszechnie dostępnego systemu opieki perinatalnej.
  5. Realizator potwierdza, że wszystkie pomieszczenia i urządzenia służące realizacji Programu odpowiadają wymaganiom właściwym do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz wymaganiom ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, określonym przepisami prawa, ustawą i w przepisach wydanych na jej podstawie.
  6. Realizator ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją Programu i umowy.
  7. W okresie obowiązywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, wszystkie świadczenia przewidziane do realizacji w ramach Programu winny być udzielane z zachowaniem obowiązujących reżimów sanitarnych.

### **§ 3 Termin realizacji Programu**

Umowę zawiera się na okres od dnia jej zawarcia do dnia 31 grudnia 2024 r.

### **§ 4 Zawieranie umów z beneficjentami programu**

Realizator zobowiązany jest do zawierania z zakwalifikowanymi parami umowy w formie pisemnej, w sprawie realizacji Programu i właściwej, zindywidualizowanej procedury medycznie wspomaganiej

prokreacji, które zawierać będą postanowienia zgodne z Programem, ustawą i umową, w tym w szczególności:

- 1) Pary przystępujące do Programu zobowiązane są do posiadania aktualnych wyników badań określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 roku. Koszt wykonania wyżej wymienionych badań może być kosztem dofinansowanym w ramach Programu.
- 2) zasady finansowania procedury, planowany koszt zindywidualizowanej procedury, w tym ceny poszczególnych badań, świadczeń zdrowotnych i usług, informację o maksymalnej wysokości dofinansowania Gminy oraz kosztach i obowiązkach, jakie będą po stronie pary,
- 3) oświadczenie pary, o tym, że jedna osoba z pary zamieszkuje na terenie gminy Police przez co najmniej 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie oraz składa zeznanie podatkowe i rozlicza się we właściwym dla gminy Police urzędzie skarbowym,
- 4) oświadczenie pary, że mieli możliwość zadawania pytań i uzyskali wszelkie żądane informacje i wyjaśnienia od Realizatora, w tym w zakresie postanowień i realizacji Programu, zasad jego finansowania, że jest on dla nich w pełni zrozumiały i akceptują w całości wszystkie jego postanowienia,
- 5) oświadczenie pary, że mają świadomość i akceptują to, że Gmina w ramach Programu dofinansowuje parom do jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w wysokości 6000 zł (w dawstwie partnerskim lub innym niż partnerskie) lub możliwość dofinansowania do jednej procedury dawstwa zarodka (adopcji zarodka) w wysokości do 4000 zł. W każdym z wymienionych przypadków warunkiem uzyskania dofinansowania jest przeprowadzenie co najmniej jednej procedury składającej się co najmniej z etapów wymienionych w Programie w punkcie III.3., z zastrzeżeniem postanowień, o których mowa w ust. 7 oraz, że będą potwierdzać wykonanie przeprowadzonej procedury w ramach Programu na formularzu sprawozdawczym, a jeżeli wystąpią pozostałe koszty procedury, to pozostaną kosztami własnymi pacjentów,
- 6) oświadczenie pary, że wiedzą, że mają prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie,
- 7) oświadczenie pary, że mają świadomość tego i wyrażają zgodę na to, że w przypadku rezygnacji przez parę z uczestnictwa w Programie przed zakończeniem leczenia z przyczyn innych niż określone w ust. 5, a w szczególności niemedyceńskich, para zobowiązana jest sfinansować leczenie z własnych środków i dofinansowanie Gminy w takim przypadku nie przysługuje i nie zostanie wypłacone Realizatorowi,
- 8) oświadczenie pary, że znają wysokość i zasady udzielanego przez Gminę dofinansowania do procedur określonych Programem, w tym na ich rzecz w odniesieniu do zaplanowanej dla nich zindywidualizowanej procedury, w pełni akceptują te ustalenia i nie będą w przyszłości wnosić jakichkolwiek roszczeń względem Gminy,
- 9) oświadczenie pary, że będą informować Realizatora o wynikach leczenia przeprowadzonego w ramach Programu, w szczególności o powodzeniu leczenia, przebiegu ciąży i porodu oraz o sytuacji zdrowotnej dziecka po narodzinach, zgodnie z postanowieniami Programu,
- 10) oświadczenie pary, że są świadomi tego i akceptują to, że po zakończeniu Programu będą pokrywać koszty kriokonserwacji zarodków. Wyrażenie zgody na powyższe jest warunkiem obligatoryjnym uczestnictwa w Programie,
- 11) oświadczenie o umożliwieniu parom skorzystania z bezpłatnej wizyty u psychologa posiadającego doświadczenie w pracy z parami nieplodnymi;

## **§ 5 Obowiązki informacyjne**

1. W ramach niniejszej Umowy, Realizator zobowiązuje się do przeprowadzenia we współpracy ze Gminą akcji informacyjnej dotyczącej Programu, zgodnie z ustaleniami poczynionymi pomiędzy Stronami.
2. Realizator jest zobowiązany do umieszczania we wszelkich ogłoszeniach i informacjach adnotacji o finansowaniu Programu przez Gminę Police.

3. Realizator zobowiązuje się do umieszczania logo Gminy na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizowanego Programu, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność.
4. Logo oraz znaki graficzne Gmina przekaże Realizatorowi w formie elektronicznej.
5. Przed dystrybucją materiałów promocyjnych Realizator zobowiązany jest do udostępnienia Gminie przygotowanych materiałów celem uzyskania akceptacji.

### **§ 7 Kontrola Programu**

1. W każdym czasie Gmina może przeprowadzić kontrolę realizacji umowy, w szczególności w zakresie dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania, a Realizator przyjmuje obowiązek poddania się tej kontroli.
2. Gmina może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wykonaniu zobowiązań wynikających z niniejszej umowy, ustalonych na podstawie wyników kontroli, o której mowa w ust. 1, jak również w przypadku odmowy Realizatora poddania się kontroli.
3. W przypadku rozwiązania umowy z powodów, o których mowa w ust. 2, Zleceniobiorcy przysługiwać będzie wynagrodzenie jedynie za faktycznie wykonane badania, świadczenia zdrowotne i usługi do czasu rozwiązania umowy. Wypłata wynagrodzenia jest uzależniona od przedłożenia przez Realizatora sprawozdania (w terminie 7 dni od dnia rozwiązania umowy) i jego zatwierdzeniu przez Gminę.
4. W przypadku realizacji zadania niezgodnie z umową, a następnie jej rozwiązaniu przez Zleceniodawcę, Realizator zostanie wykluczony z możliwości ubiegania się o realizację programów polityki zdrowotnej Gminie przez kolejne trzy lata.

### **§ 8 Obowiązki sprawozdawcze**

1. Realizator zobowiązany jest do przedstawienia sprawozdania z realizacji niniejszej Umowy, w formie pisemnej, w terminie do dnia 15 stycznia 2025 r., zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznikiem nr 4 do umowy.
2. Realizator zobowiązany jest także do przedstawienia rozliczenia finansowego wraz z udostępnieniem do wglądu (na żądanie Zleceniodawcy) oryginałów dokumentów księgowych związanych z realizacją Programu.
3. Realizator, na każde żądanie Gminy, zobowiązany jest również do przedstawienia i udostępnienia Gminie w formie pisemnej wszelkich dodatkowych informacji oraz dokumentów związanych z realizacją niniejszej Umowy oraz Programu, w terminie wyznaczonym przez Gminę. Żądanie to jest wiążące dla Realizatora.
4. Złożenie sprawozdania przez Realizatora jest równoznaczne z udzieleniem Gminie prawa do rozpowszechniania informacji w nim zawartych, materiałach informacyjnych i promocyjnych oraz innych dokumentach urzędowych.

### **§ 9 Wynagrodzenie Realizatora**

1. Za realizację Programu określonego w §1 Realizator otrzyma wynagrodzenie w maksymalnej wysokości do ..... zł brutto (słownie: ..... złotych brutto) zgodnie z rzeczywistą realizacją Programu tj. ilością faktycznie przeprowadzonych badań, świadczeń zdrowotnych, usług zgodnie z kalkulacją kosztów

zamieszczonych w złożonej ofercie (pkt. 3 formularza ofertowego), a stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszej Umowy.

2. Płatność z tytułu wykonania przedmiotu umowy, będzie dokonywana przelewem w formie split-payment na rachunek bankowy Realizatora, z budżetu Gminy w terminie 14 dni od daty otrzymania faktury, ale nie później niż do dnia 31 grudnia 2024 r., wraz z informacją o której mowa w ust. 3.
3. Do faktury każdorazowo dołączana będzie informacja o wykonanych świadczeniach w ramach Programu w danym okresie rozliczenia oraz informację jakie pary to świadczenie dotyczyło.
4. Faktury i dołączone do nich dokumenty wymagają uzyskania akceptacji Wydziału Organizacyjno-Prawnego Urzędu Miejskiego w Policach.
5. Zleceniodawca dopuszcza możliwość częściowego pokrywania należności za zakończone procedury (w terminie do 30 września 2024 r.). Warunkiem zapłaty wynagrodzenia jest przedłożenie sprawozdania częściowego.
6. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Gminy.
7. Ostatnia faktura wpłynie do Urzędu Miejskiego w Policach najpóźniej do dnia 16 grudnia 2024 roku.
8. Fakturę należy wystawiać na Gminę Police, ul. Stefana Batorego 3, 72-010 Police, NIP: 851-10-00-695.

#### **§ 10 Przetwarzanie danych (RODO)**

1. Realizator w ramach realizacji umowy pełni rolę Administratora Danych Osobowych zgodnie z zapisami 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).
2. Realizator jest zobowiązany do poinformowania osób, których dane osobowe przetwarza w ramach zawartej umowy, że podanie danych jest niezbędne do weryfikacji uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu Gminy Police, a dane mogą być przekazane Gminie wyłącznie w celach kontrolnych.
3. Realizator oświadcza, że realizując program polityki zdrowotnej pod nazwą: „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024” będzie w pełnym zakresie przestrzegać przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. 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).

#### **§ 11 Postanowienia końcowe**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swojej ważności formy pisemnej w pod rygorem nieważności.
3. Wszystkie spory wynikłe z niniejszej umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie sądowi właściwemu miejscowo dla Gminy.

4. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Gminy, jeden dla Realizatora.

**GMINA**

**REALIZATOR**

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 Oferta Realizatora.
2. Załącznik nr 2 Oświadczenie
3. Załącznik nr 3 Formularz listy par zakwalifikowanych do programu
4. Załącznik nr 4 Sprawozdanie
5. Załącznik nr 4.1. Formularz listy par zakwalifikowanych do programu
6. Załącznik nr 4.2 Pisemna zgodna na udział w programie
7. Załącznik nr 4.3 Pisemna rezygnacja z dalszego udziału w Programie
8. Załącznik nr 4.4. Formularz ewaluacyjny
9. Załącznik nr 4.5. Ankieta satysfakcji

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach programu zdrowotnego pn.:

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

będą finansowane jedynie przez gminę Police i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami, oraz że załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....  
(data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)



.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

**FORMULARZ LISTY PAR ZAKWALIFIKOWANYCH DO PROGRAMU**

Lp.	Para	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zamieszkania
1.	kobieta			
	mężczyzna			
2	kobieta			
	mężczyzna			
3.	kobieta			
	mężczyzna			
4.	kobieta			
	mężczyzna			
5.	kobieta			
	mężczyzna			
6.	kobieta			
	mężczyzna			

.....  
( podpis osoby upoważnionej zgodnie z umową )

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

## SPRAWOZDANIE

**z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024”**

.....  
*/nazwa jednostki realizującej zadanie/*

potwierdza wykonanie zadania pn. **„Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024”**,

zgodnie z umową nr ..... zawartą z Gminą Police

w dniu ....., realizowanego w terminie od ..... do .....

Miejsce realizacji zadania .....

.....  
Środki finansowe zostały przekazane w kwocie .....,

co potwierdza załączony dokument nr.....

*/ rachunek, faktura lub inny dokument księgowy bądź kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem/*

i wydatkowane w całości lub w części\* w wysokości ....., a różnicę zwrócono zgodnie z zapisami w w/w umowie.

\* niepotrzebne skreślić

## I. SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

1. Szczegółowy opis realizacji zadania wraz z uwagami dotyczącymi realizacji Programu:

.....  
.....

2. Populacja objęta programem:

POPULACJA OBJĘTA PROGRAMEM					
Charakterystyka populacji	Liczba wykonanych kwalifikacji do Programu	Liczba zakwalifikowanych par	Grupa wiekowa	Ogólna liczba osób objętych zadaniem	Liczba przeprowadzonych ankiet satysfakcji uczestników programu

3. Liczbowe określenie działań:

LICZBOWE OKREŚLENIE SKALI DZIAŁAŃ					
Liczba wykonanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego, z podziałem na rodzaj procedury:			Liczba ciąży, z podziałem na rodzaj procedury:		
dawstwo partnerskie	dawstwo inne niż partnerskie	adopcja zarodka	dawstwo partnerskie	dawstwo inne niż partnerskie	adopcja zarodka

4. Wykaz uczestników, u których przeprowadzono procedury:

WYKAZ IMIENNY UCZESTNIKÓW					
Lp.	Imię i nazwisko	Rok urodzenia kobiety	Adres zamieszkania	Data przeprowadzenia procedury	Informacja o ciąży na dzień

## II. SPRAWOZDANIE FINANSOWE

### 1. Koszt realizacji programu

KOSZT REALIZACJI PROGRAMU		
Całkowity koszt realizacji programu	Wysokość wydatkowanych środków przyznanych przez Gminę Police	Wysokość środków własnych, środków z innych źródeł, w tym wpłaty i opłaty adresatów zadania

### 2. Poniesione koszty według rodzaju procedury.

WYKAZ KOSZTÓW				
Rodzaj kosztów	Liczba pacjentek	Koszt jednostkowy (zł)	Koszt całkowity (zł)	Kwota dofinansowania (zł)
Koszty w kwocie do 6000 zł do części klinicznej i biotechnologicznej jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego				
Koszty 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)				
Koszty w wysokości do 4000 zł do części klinicznej jednej procedury 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				
<b>OGÓŁEM</b>				

### 3. Wykaz dokumentów

**WYKAZ DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH WYDATEK  
PONIESIONY NA REALIZACJĘ ZADANIA  
W PRZYPADKU ZAKUPU TOWARU LUB/I USŁUGI**

<b>I.p.</b>	<b>Numer dokumentu księgowego</b>	<b>Data wystawienia dokumentu księgowego</b>	<b>Kwota</b>

Dodatkowe informacje:

.....  
.....

.....  
(data, pieczęć i czytelny podpis Realizatora zadania)

.....  
(pieczętka podmiotu leczniczego)

**FORMULARZ LISTY PAR ZAKWALIFIKOWANYCH DO PROGRAMU**

Lp.	Para	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zamieszkania
1.	kobieta			
	mężczyzna			
2	kobieta			
	mężczyzna			
3.	kobieta			
	mężczyzna			
4.	kobieta			
	mężczyzna			
5.	kobieta			
	mężczyzna			
6.	kobieta			
	mężczyzna			

.....  
( podpis osoby upoważnionej zgodnie z umową )

**Świadoma/-y zgody na udział w programie zdrowotnym „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024”**

..... Imię i nazwisko uczestnika  
Adres korespondencyjny (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość) .

..... Imię i nazwisko uczestnika  
Adres korespondencyjny (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że uzyskałam/-łem wyczerpujące informacje dotyczące programu zdrowotnego „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024” oraz otrzymałam/-łem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam/-łem poinformowana/-y, o tym, że Program dofinansowany jest ze środków Gminy Police.

Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych oraz, że nie uczestniczyłam/-łem w podobnym Programie finansowanym ze środków publicznych w ciągu ostatnich trzech lat.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadoma/-y faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałam/-łem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

Wyrażam/nie wyrażam\* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji Programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Wyrażamy zgodę na kontakt ze mną przez podmiot realizujący Program.

.....

.....

Data i podpisy uczestników

Oryginał/kopia\*

\*Niepotrzebne skreślić

**Pisemna rezygnacja z dalszego udziału w Programie  
Rezygnacja z dalszego udziału w programie zdrowotnym „Wsparcie leczenia niepłodności  
metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024”**

.....  
Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

.....  
Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w programie zdrowotnym „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024”

Powodem mojej rezygnacji jest\*:

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

.....  
.....  
Data i podpisy uczestników

Oryginał/kopia\*\*

\*Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

\*\*Niepotrzebne skreślić



## Formularz ewaluacyjny

**Program Polityki Zdrowotnej: „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024”**

**I. Założone efekty, które są przedmiotem ewaluacji:**

1. 15 zakwalifikowanych do Programu par w roku 2024
2. Uzyskanie ciąży u co najmniej 4 par zakwalifikowanych do leczenia w ramach Programu w całym okresie jego funkcjonowania.
3. Narodziny około 4 dzieci na skutek leczenia w ramach Programu.

**II. Efekty funkcjonowania Programu**

Wskaźniki		
	Ilość	%
Liczba par objętych leczeniem w ramach Programu		
Liczba par, które zrezygnowały z udziału w Programie z przyczyn medycznych i pozamedycznych		
Liczba par, które nie zostały objęte działaniami w ramach Programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów		
Liczba i odsetek ciąż u par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie)		
Liczba i odsetek ciąż u par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem komórek jajowych dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie)		
Liczba i odsetek ciąż u par zakwalifikowanych do programu adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie)		
Liczba dzieci narodzonych na skutek leczenia w ramach Programu*		
Liczba i odsetek ciąż wielopłodowych powstałych na skutek leczenia w ramach Programu		
Liczba i odsetek powikłań w postaci zespołu hiperstymulacji u pacjentek leczonych w ramach Programu		
Liczba i odsetek niepowodzeń leczenia u par zakwalifikowanych do Programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie)		
Liczba i odsetek niepowodzeń leczenia u par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem komórek jajowych dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie)		
Liczba i odsetek niepowodzeń leczenia u par zakwalifikowanych do programu adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie)		
Liczba zarodków powstałych w na skutek leczenia w ramach Programu,		

które zostały poddane kriokonserwacji (stan na ostatni dzień roku kalendarzowego)		
---	--	--

**II. Analiza efektów Programu w oparciu o założenia wyszczególnione w punkcie I**

.....

.....

.....

.....

**IV. Analiza powodów rezygnacji par z udziału w Programie oraz nie udzielenia świadczeń zdrowotnych parom zakwalifikowanym do Programu**

.....

.....

.....

.....

**V. Analiza przyczyn niepowodzeń programów wykonanych w ramach Programu**

.....

.....

.....

.....

**VI. Wnioski**

.....

.....

.....

**\* z uwagi na czas upływający od kwalifikacji do Programu do transferu zarodków i porodu, pełne dane dostępne będą po urodzeniu się dziecka z ostatniego transferu zarodków uzyskanych na skutek świadczeń dofinansowanych w ramach Programu**

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

### Ankieta poziomu satysfakcji uczestników

#### Programu Polityki Zdrowotnej: „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024”

#### 1. W jaki sposób dowiedzieliście się Państwo o Programie

- z materiałów promocyjnych (plakaty, ulotki)
- ze strony internetowej
- z lokalnych mediów
- z mediów społecznościowych
- od lekarza prowadzącego
- od rodziny/znajomych
- z innych źródeł  jakich? .....

#### 2. Nazwa Realizatora, do którego zgłosiliście Państwo się na kwalifikację

.....

#### 3. Jak oceniają Państwo promocję Programu oraz dostęp do informacji na jego temat?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
Promocja Programu (plakaty, informacje w mediach itp.)						
Dostęp do informacji na temat zasad kwalifikacji do Programu						
Dostęp do informacji na temat świadczeń medycznych objętych Programem						
Dostęp do informacji na temat ośrodków będących Realizatorami Programu						

#### 4. Jak oceniają Państwo organizację Programu oraz poziom świadczonych usług?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
Dopełnianie formalności związanych z rejestracją w Programie						
Czas pomiędzy rejestracją w Programie a wizytą kwalifikacyjną						
Stosunek personelu medycznego do pacjentów						
Komunikatywność personelu medycznego						

Poziom usług medycznych świadczonych w ramach Programu						
---	--	--	--	--	--	--

**5. Prosimy o wskazanie aktualnego etapu Państwa uczestnictwa w Programie (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)**

Jesteśmy zakwalifikowani do Programu

Nie otrzymaliśmy kwalifikacji do Programu

Jesteśmy w trakcie leczenia w ramach Programu

Zakończyliśmy leczenie w ramach Programu (prosimy o wskazanie rezultatu leczenia)

brak ciąży  ciąża  urodzenie dziecka

**6. Państwa uwagi temat Programu:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety**