

.....  
(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 2023 rok”**

**Program** stanowi załącznik do uchwały nr 4/28/23/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 24 stycznia 2023 r. w sprawie przyjęcia do realizacji w 2023 roku „Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2023 rok”, **zwanego dalej „programem”**

### 1. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta<sup>1</sup>: .....

.....

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).....

.....

---

<sup>1</sup> W przypadku gdy Oferent składa ofertę w partnerstwie należy wpisać dane wszystkich partnerów.

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 biorczyni 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 wyniesie .....zł. słownie.....

Liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego – 83

Każda para zakwalifikowana do Programu ma prawo do skorzystania z dofinansowania jednej, zindywidualizowanej procedury medycznie wspomaganą 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					
<b>OGÓŁEM</b>						

\* 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)**

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.	dobór dawczyni komórek rozrodczych, zgodnie z wymogami ustawy o leczeniu niepłodności -..... -.....					
3.	Przygotowanie biorczyńi 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					
<b>OGÓŁEM</b>						

\* należy wymienić świadczenia, które wchodzą w skład poszczególnych interwencji

**c) Procedura dawstwa zarodka (adopcji zarodka) w ramach dawstwa innego 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.	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					
<b>OGÓŁEM</b>						

\* należy wymienić świadczenia, które wchodzą w skład poszczególnych interwencji

#### 4. Koszt jednostkowy pary

	Rodzaj procedury	Kwota dopłaty wnoszona przez pary* (zł)	% dopłaty wnoszonej przez pary 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 wspomaganą 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)