……………………………… ……….............................

(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 2022 rok”**

**Program** stanowi załącznik do uchwały nr 7/68/22/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 9 lutego 2022 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 2022 rok”, **zwanego dalej „programem”**

## 1. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta[[1]](#footnote-1): ..........................................................................................................

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

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.Uwaga: 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 – 70

**3. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU**

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów.

1. ***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 jajeczkowania i nadzorowanie jej przebiegu |  |  |  |  |  |
| 3. | Punkcja pęcherzyków jajowych;  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 4. | znieczulenie ogólne podczas punkcji pęcherzyków jajnikowych |  |  |  |  |  |
| 5. | dobór dawcy nasienia, zgodnie z wymogami ustawy o leczeniu niepłodności (w przypadku dawstwa innego niż partnerskie)  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 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  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 8. | Kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym, które nie zostały transferowane do jamy macicy  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 9. | przechowywanie zarodków kriokonserwowanych.  1)  2) |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | 64 |  |  |  |  |

1. ***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  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 2. | dobór dawczyni komórek rozrodczych, zgodnie z wymogami ustawy o leczeniu niepłodności  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 3. | Przygotowanie biorczyni do transferu zarodka/ów.  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 4. | zapłodnienie pozaustrojowe komórek jajowych dawczyni oraz nadzór nad rozwojem zarodków in vitro  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 5. | transfer zarodków do jamy macicy w cyklu świeżym  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 6. | Kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym |  |  |  |  |  |
| 7. | przechowywanie zarodków kriokonserwowanych.  1)  2) |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | 4 |  |  |  |  |

**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  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 2. | Dobór dawców zarodka, zgodnie z wymogami ustawy o leczeniu niepłodności  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 3. | Przygotowanie biorczyni do transferu zarodka/ów  1)  2) |  |  |  |  |  |
| 4. | Przygotowanie zarodków i transfer zarodków do jamy macicy  1)  2) |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | 2 |  |  |  |  |

**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 przez Organizatora**

**5. Szczegółowy wykaz badań/świadczeń objętych dopłatą przez pary oraz ich koszt:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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.

## Oświadczam, że umowa zostanie zrealizowana do 15 grudnia 2022 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 wspomaganej 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(ą) do podpisania oferty.

\*Wykreślić oświadczenie, którego wymogów Oferent nie spełnia

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

(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta)

1. W przypadku gdy Oferent składa ofertę w partnerstwie należy wpisać dane wszystkich partnerów. [↑](#footnote-ref-1)