**Załącznik nr 3**

**OFERTA REALIZACJI ZADANIA\***

…………………………

*Pieczęć oferenta*

**PLAN RZECZOWO – FINANSOWY NA ROK ……..\*\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  |  | **Zakres świadczeń** | **Liczba badań** | **Cena jednostkowa (w zł)\*** | **Koszt (w zł)** |
|
| **1.** | **Wprowadzenie do rejestru** | **Koszty wprowadzenia rodziny do rejestru** | zidentyfikowanie jednej osoby z rodziny wysokiego ryzyka lub osoby spełniającej zalecane kryteria kwalifikacji do testu *BRCA1* i/lub *BRCA2, PALB2/CHEK2,* wprowadzenie do rejestru; koordynacja działań |  |  |  |
| koszty badania przesiewowego 5 mutacji BRCA1 lub badania celowanego innej mutacji markerowej |  |  |  |
| koszty badania przesiewowego 5 mutacji *CHEK2* i *PALB2* |  |  |  |
| koszt badania rodzinnej mutacji u krewnych probanta |  |  |  |
| wizyta lekarska z wydaniem wyniku konsultacji genetycznej wraz z edukacją pacjenta |  |  |  |
| koszt poradnictwa genetycznego u chorych, u których wykonano badanie NGS (*BRCA1* i *BRCA2*) - konsultacja genetyczna |  |  |  |
| koszty badania *BRCA1* i *BRCA2* NGS u ściśle określonych chorych na raka piersi i/ lub jajnika |  |  |  |
| **2.** | **Objęcie opieką kobiet z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika** | **Koszty opieki nad jedną kobietą** | coroczna konsultacja, skierowanie do badań kontrolnych; badanie piersi przez lekarza; koordynacja opieki |  |  |  |
| mammografia i/lub USG piersi |  |  |  |
| BAC piersi pod kontrolą USG |  |  |  |
| biopsja gruboigłowa piersi pod kontrolą USG dla zmian BI-RADS 3,4,5 |  |  |  |
| ocena receptorów ER, PR, HER2 i Ki67 w przypadku diagnozy raka piersi w biopsji gruboigłowej |  |  |  |
| USG przezpochwowe |  |  |  |
| badanie CA125 w surowicy krwi |  |  |  |
| USG tarczycy u nosicielek mutacji *CHEK2* |  |  |  |
| BAC tarczycy pod kontrolą USG |  |  |  |
| wizyta konsultacyjna lekarska |  |  |  |
| **3.** | **Dodatkowa opieka nad nosicielkami mutacji genu BRCA1 i/lub BRCA2, CHEK2/PALB2** | **Dodatkowe koszty opieki nad nosicielkami mutacji** | Interwałowe badanie piersi metodą rezonansu magnetycznego |  |  |  |
| dodatkowa wizyta konsultacyjna |  |  |  |
| interwałowe badanie USG przezpochwowe |  |  |  |
| interwałowe badanie CA125 w surowicy krwi |  |  |  |
| interwałowe usg piersi (tylko u pacjentek ze zmiana opisaną w MRI piersi do dalszej diagnostyki) |  |  |  |
| interwałowe BAC piersi pod kontrolą USG |  |  |  |
| interwałowa biopsja gruboigłowa piersi pod kontrolą USG dla zmian BI-RADS 3,4,5 |  |  |  |
| badania immunohistochemiczne (ER, PR, HER2 i Ki67) w przypadku diagnozy raka piersi w biopsji gruboigłowej |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | | **......... zł** |

\*\*Maksymalna cena jednostkowa nie może być wyższa, niż określona w załączniku nr 2a do ogłoszenia

\*WYTYCZNE dotyczące wypełnienia załącznika nr 3 (dotyczy każdego roku planowanej realizacji zadania):

W zakresie lp. 1 *Wprowadzenie do rejestru* oferent może wnioskować w każdym roku:

- o maksymalnie 300 procedur w każdym wierszu (dla oferentów realizujących Program opieki w latach 2016-2017 i/lub 2018),

- o maksymalnie 100 procedur w każdym wierszu (dla oferentów nie realizujących Programu opieki w latach 2016-2017 i/lub 2018)

W zakresie lp. 2 i 3 *Objęcie opieką kobiet z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika* oraz *Dodatkowa opieka nad nosicielkami mutacji genu BRCA1 i/lub BRCA2, CHEK2/PALB2 –* liczba nowych osób objętych opieką może wynosić maksymalnie 10% w stosunku do pozycji wskazanej w lp. 1 (np. liczba poszczególnych procedur w każdym wierszu może wynosić maksymalnie 10, przy założeniu włączenia 100 nowych osób).

W przypadku oferentów realizujących w latach 2016-2017 i/lub 2018 zadanie będące przedmiotem konkursu – liczba procedur w lp. 2 i 3 uwzględnia również pacjentów znajdujących się pod opieką w związku z realizacją zadania w poprzednich latach (tj. w lp. 2 i 3 należy wskazać liczbę procedur przewidzianą dla pacjentów objętych już opieką + do 10% liczby nowych pacjentów planowanych do włączenia do programu opieki).

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

Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

do reprezentowania oferenta