**UWAGA: w przypadku realizacji badań w różnych lokalizacjach – wymagane wypełnienie załącznika nr 5 oddzielnie dla każdej z lokalizacji, w których będą wykonywane badania kolonoskopowe, będące przedmiotem konkursu.**

**Załącznik nr 5**

…………………………

Pieczęć oferenta

**PLAN RZECZOWO – FINANSOWY**

|  |
| --- |
| **Planowane miejsce wykonywania badań kolonoskopowych w ramach Programu (należy podać nazwę i adres)** |
|  |

1. **Wykaz badań oferowanych do wykonania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Rok | Cena jednostkowa badania kolonoskopowego w zł  - należy podać oferowaną **cenę jednostkową badania kolonoskopowego z tabeli nr II** | Liczba badań planowana do wykonania  **- dla ośrodków realizujących Program w roku 2017 - warunkiem jest złożenie oferty na realizację co najmniej 500 badań rocznie,**  **- dla ośrodków, które w roku 2017 nie realizowały Programu - warunkiem jest złożenie oferty na realizację co najmniej 300 badań rocznie.** | Koszt programu (liczba badań x cena jednostkowa) w zł  - **liczba w kolumnie 3 x cena w kolumnie 2** |
| 2019 |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |
| 2021 |  |  |  |

1. **Tabela zawierająca kalkulację ceny jednostkowej badania kolonoskopowego (ze znieczuleniem miejscowym, bez sedacji)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Szczegółowa kalkulacja **ceny jednostkowej badania kolonoskopowego** uwzględniającego następujące elementy kosztorysu\*: | Planowane środki w zł | | |
| 2019 | 2020 | 2021 |
| 1. | Koszty osobowe zespołu endoskopowego: lekarzy wykonujących badanie, pielęgniarek |  |  |  |
| 2. | Koszty histopatologii |  |  |  |
| 3. | Koszt administracyjny lekarza rodzinnego: - zwrot kosztów poniesionych w związku z identyfikacją kandydatów do badań, przekazania instrukcji postępowania i komunikacji z ośrodkiem wykonującym badania |  |  |  |
| 4. | Koszty materiałów używanych do endoskopii i histopatologii: jednorazowe narzędzia, podkłady, prześcieradła jednorazowe, rękawiczki, wlewka fosforanowa, płyny do dezynfekcji, konserwacja i naprawy sprzętu endoskopowego oraz urządzeń do dezynfekcji, odczynnik. |  |  |  |
| 5. | Koszt preparatu do przygotowania pacjenta na badanie kolonoskopowe (a) roztwór glikolu polietylenowego, b) pikosiarczan sodu z cytrynianem, c) siarczan sodu, magnezu i potasu), lub inne preparaty doustne rekomendowane w wytycznych europejskich. |  |  |  |
| 6. | Inne: obsługa administracyjna Programu (księgowość, płace, obsługa informatyczna Programu, materiały piśmiennicze, korespondencja). |  |  |  |
| 7. | Amortyzacja: odtworzenie kolonoskopu – pełne zużycie po około 1500-2000 badań |  |  |  |
| 8. | Koszt zapewnienia dostępu do nieodpłatnego dla pacjenta badania w znieczuleniu miejscowym (żel znieczulający) dla każdego pacjenta, który nie będzie miał przeciwskazań medycznych i wyrazi chęć skorzystania z badania. |  |  |  |
| 9. | Koszty podejmowania dodatkowych działań promocyjnych, mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  |  |  |

**\*Maksymalnie 440 zł**

**III. Tabela zawierająca cenę jednostkową sedacji**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Cena jednostkowa sedacji\*\*: | Planowane środki w zł | | |
| 2019 | 2020 | 2021 |
| 1. | Koszt zapewnienia dostępu do nieodpłatnego dla pacjenta badania w sedacji - sedacja będzie mogła być wykonana w liczbie nieprzekraczającej 50% przyznanej liczby badań (patrz załącznik nr 3a) W koszcie sedacji należy uwzględnić koszt wykonania ewentualnych badań diagnostycznych, potrzebnych do wykonania badania kolonoskopowego w sedacji. |  |  |  |

**\*\*Maksymalnie 180 zł**

**HARMONOGRAM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Planowany okres wykonywania badań:** | | |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** (wskazać kwartały) |
|  |  |  |
| **Dostępność badań - planowany czas zapewniania dostępu do badań (liczony w godzinach) w tygodniu , liczony dla WSZYSTKICH lekarzy mających realizować Program ŁĄCZNIE\*** | | |
| **Dzień tygodnia** | **Liczba godzin** | |
| Poniedziałek |  | |
| Wtorek |  | |
| Środa |  | |
| Czwartek |  | |
| Piątek |  | |
| Sobota |  | |
| Niedziela |  | |
| **Razem:** |  | |

**\*należy podać sumę godzin pracy (pozostawania w dyspozycji dla pacjentów) WSZYSTKICH lekarzy mających realizować Program**

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

Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania oferenta