

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 10992/2023 z dnia 20 listopada 2023 r.

**Aneks nr 2 z dnia ..... 2023 r.**

**do Umowy nr 55/2023 z dnia 07 czerwca 2023 r.**

o przekazaniu środków publicznych, zawarty pomiędzy: **Województwem Opolskim**, zwanym dalej „Przekazującym”, reprezentowanym przez:

1. .... – .....

2. .... – .....

**a**

**Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii**, przy ul. Władysława Reymonta 8 w Opolu zwanym dalej „Przyjmującym”, reprezentowanym przez:

.....

## **§ 1**

Zmienia się treść umowy nr 55/2023 z dnia 07 czerwca 2023 r. na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”, **w następujący sposób:**

§ 6 otrzymuje brzmienie:

Przyjmujący jest zobowiązany do:

1. wykorzystania przekazanych środków finansowych wyłącznie zgodnie z celem, na jaki je uzyskał i na warunkach określonych niniejszą umową,
2. zwrotu na rachunek bankowy Województwa nr **49 1160 2202 0000 0000 6013 8467** dotacji celowej wykorzystanej niezgodnie z przeznaczeniem, zwrotu pobranych środków nienależnie, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, które naliczane są wg zasad określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270 z późn. zm.),
3. wykorzystania w terminie:
  - a) do 31.12.2023 r. kwoty: 928 396,00 zł,
  - b) do 31.12.2024 r. kwoty: 1 371 594,00 zł.
4. zwrotu niewykorzystanej całości lub części dotacji celowej określonych w § 5 ust. 1, w terminie do 15 dni od daty zrealizowania zadania określonego w § 1, zgodnie z przepisem art. 116 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn.

zm.) oraz zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270 z późn. zm.). Zwrot niewykorzystanej całości lub części dotacji celowej określonych w § 5 ust. 1, może zostać wypłacony w roku kolejnym na wniosek Przyjmującego.

5. przedstawienia końcowego rocznego sprawozdanie z realizacji poszczególnych etapów niniejszego programu, zgodnie ze wzorem stanowiącym zał. nr 1 do niniejszego aneksu w terminie:
  - a) do 15 stycznia 2024 r. za 2023 r.
  - b) do 15 stycznia 2025 r. za 2024 r.
6. przedstawienia kwartalnych sprawozdań z realizacji poszczególnych etapów niniejszego programu w 2024 r. zgodnie ze wzorem stanowiącym zał. nr 2 do niniejszego aneksu w terminie do 10 dni po zakończeniu danego kwartału 2024 r.
7. przedstawienia rozliczenia z wykorzystania przekazanych środków finansowych na realizację niniejszego programu, zgodnie ze wzorem stanowiącym zał. nr 3 do niniejszego aneksu w następujący sposób:
  - a) końcowego rocznego rozliczenia za 2023 r. w terminie do 15 stycznia 2024 r.,
  - b) kwartalnych rozliczeń w terminie do 10 dni po zakończeniu danego miesiąca 2024 r.
8. sporządzenia dokumentów, o których mowa w § 6 pkt 3–5 w wersji papierowej i przesłania na adres: Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Opole 45-057 ul. Ozimska 19 oraz w wersji elektronicznej edytowalnej na adres: [dzd@opolskie.pl](mailto:dzd@opolskie.pl) zgodnie ze wskazanymi terminami. Zmiana formy załączników nie wymaga sporządzenia aneksu.
9. prowadzenia wymaganej przepisami dokumentacji medycznej związanej z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanego Programu,
10. przestrzegania Algorytmów Diagnostyczno- Leczniczych w Niepłodności Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, raportowania wyników leczenia Europejskiemu Towarzystwu Rozrodu Człowieka i Embriologii (ESHRE – European Society of Human Reproduction and Embryology) w ramach programu European IVF Monitoring,
11. zamieszczania na wszystkich dokumentach finansowych świadczących o dokonaniu wydatków sfinansowanych w całości lub w części z otrzymanych środków finansowych oraz na opracowaniach związanych z realizacją Programu (plakatach, ulotkach, zaproszeniach, regulaminach, komunikatach, publikacjach, wydawnictwach, ogłoszeniach prasowych, itp.) informacji o tym, iż Program jest finansowany z budżetu Samorządu Województwa Opolskiego (informacje takie winny być również podawane do publicznej wiadomości w trakcie realizacji Programu),
12. przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) oraz 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) (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r., str. 1), a także ochrony praw osób, których dane dotyczą,
13. posiadania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji Programu.

## § 2

Pozostałe postanowienia umowy pozostają bez zmian.

**§ 3**

Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Przekazujący:**

.....

.....

**Przyjmujący:**

.....

Załącznik Nr 1  
do aneksu umowy nr .....

**Sprawozdanie roczne**  
**z realizacji poszczególnych etapów programu polityki zdrowotnej pn.:**  
**„Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia**  
**diagnostyki i leczenia niepłodności”**

Termin realizacji: .....

1. Opis wykonania zadania wraz z uwagami dotyczącymi realizacji Programu:

--

2. Opis działań promocyjnych oraz informacyjno-edukacyjnych przeprowadzonych w trakcie realizacji Programu:

--

3. Ocena jakości i efektywności działań prowadzonych w trakcie realizacji Programu:

--

4. Wykaz miejsc zamieszkania Par – Uczestników, które zgłosiły się do Programu w roku .....

Lp.	MIEJSCOWOŚĆ	LICZBA OSÓB	UWAGI

5. Liczbowe określenie skali działań w podziale na etapy Programu:

NAZWA DZIAŁANIA W PROGRAMIE	LICZBA WYKONANYCH DZIAŁAŃ/PROCEDUR		
	2023	2024	RAZEM
A. Kwalifikacja merytoryczna:			
A1. Liczba osób zakwalifikowana do udziału w programie polityki zdrowotnej			
A2. Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)			
A3. Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej			
B. Diagnostyka i leczenie niepłodności			
C. Metody wspomaganego rozrodu:			
C1. Dawstwo partnerskie			
C2. Dawstwo inne niż partnerskie:			
C2a. Dawstwo męskich komórek rozrodczych			
C2b. Dawstwo żeńskich komórek rozrodczych			
C3. Adopcja zarodka			
C4. Inseminacja domaciczna			
D. Kursy/szkolenia dla pracowników medycznych			
E. Działania promocyjne			
F. Działania informacyjno-edukacyjne			

6. Liczba uzyskanych ciąż z podziałem na procedury wspomaganego rozrodu:

PROCEDURA WSPOMAGANEGO ROZRODU	LICZBA UZYSKANYCH CIAŻ		
	2023	2024	RAZEM
C1. Dawstwo partnerskie			
C2. Dawstwo inne niż partnerskie:			
C2a. Dawstwo męskich komórek rozrodczych			
C2b. Dawstwo żeńskich komórek rozrodczych			
C3. Adopcja zarodka			
C4. Inseminacja domaciczna			

7. Podsumowanie i analiza przeprowadzonych ankiet satysfakcji uczestników Programu:

LICZBA WYPEŁNIONYCH ANKIET	2023	2024	RAZEM

CZ. I PYTANIE ANKIEOWE	LICZBA UDZIELONYCH ODPOWIEDZI W ..... ROKU (1- OZNACZA OCENĘ NAJNIŻSZĄ, 5 – OZNACZA OCENĘ NAJWYŻSZĄ)					
	„1”	„2”	„3”	„4”	„5”	RAZEM
1. W jakim stopniu Program spełnił Pani/Pana oczekiwania?						
2. Jak Pani/Pan ocenia personel pracujący przy realizacji Programu?						
3. Jak ocenia Pani/Pan organizację Programu?						
4. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie trwania Programu?						
5. Czy poleciliby/poleciliby Pani/Pan udział w Programie innym osobom?						

CZ. II PYTANIE ANKIEOWE	LICZBA UDZIELONYCH ODPOWIEDZI W ..... ROKU				
	„PODMIOT MEDYCZNY”	„INTERNET”	„ZNAJOMY / INNY UCZESTNIK”	„INNE”	RAZEM
6. Skąd dowiedziała/dowiedział się Pani/Pan o możliwości aplikowania do Programu?					

CZ. III PYTANIE ANKIEOWE	LICZBA UDZIELONYCH ODPOWIEDZI W ..... ROKU		
	„TAK”	„NIE”	RAZEM
7. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?			
8. Czy wprowadziłaby/wprowadziłby Pani/Pan jakieś zmiany w organizacji Programu?			

CZ. IV PYTANIE ANKIEOWE	LICZBA UDZIELONYCH ODPOWIEDZI W ..... ROKU
9. Inne uwagi	

.....  
data i podpis Przyjmującego

Załącznik Nr 2  
do aneksu umowy nr .....

**Sprawozdanie kwartalne**  
**z realizacji poszczególnych etapów programu polityki zdrowotnej pn.:**  
**„Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia**  
**diagnostyki i leczenia niepłodności”**

Termin realizacji: .....

1. Opis wykonania zadania wraz z uwagami dotyczącymi realizacji Programu:

--

2. Opis działań promocyjnych oraz informacyjno-edukacyjnych przeprowadzonych w trakcie realizacji Programu:

--

3. Ocena jakości i efektywności działań prowadzonych w trakcie realizacji Programu:

--

4. Wykaz miejsc zamieszkania Par – Uczestników, które zgłosiły się do Programu:

Lp.	MIEJSCOWOŚĆ	LICZBA OSÓB	UWAGI

5. Liczbowe określenie skali działań w podziale na etapy Programu:

NAZWA DZIAŁANIA W PROGRAMIE	LICZBA WYKONANYCH DZIAŁAŃ/PROCEDUR	
	W KWARTALE	NARASTAJĄCO
A. Kwalifikacja merytoryczna:		
A1. Liczba osób zakwalifikowana do udziału w programie polityki zdrowotnej		
A2. Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)		
A3. Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej		
B. Diagnostyka i leczenie niepłodności		
C. Metody wspomaganego rozrodu:		
C1. Dawstwo partnerskie		
C2. Dawstwo inne niż partnerskie:		
C2a. Dawstwo męskich komórek rozrodczych		
C2b. Dawstwo żeńskich komórek rozrodczych		
C3. Adopcja zarodka		
C4. Inseminacja domaciczna		
D. Metody Kursy/szkolenia dla pracowników medycznych		
E. Działania promocyjne		
F. Działania informacyjno-edukacyjne		

6. Liczba uzyskanych ciąż z podziałem na procedury wspomaganego rozrodu:

PROCEDURA WSPOMAGANEGO ROZRODU	LICZBA UZYSKANYCH CIAŻ	
	W KWARTALE	NARASTAJĄCO
C1. Dawstwo partnerskie		
C2. Dawstwo inne niż partnerskie:		
C2a. Dawstwo męskich komórek rozrodczych		
C2b. Dawstwo żeńskich komórek rozrodczych		
C3. Adopcja zarodka		
C4. Inseminacja domaciczna		

7. Liczba przeprowadzonych ankiet satysfakcji uczestników Programu:

LICZBA WYPEŁNIONYCH ANKIET	W KWARTALE	NARASTAJĄCO

.....  
data i podpis Przyjmującego



Załącznik Nr 3 do aneksu umowy nr .....						
<b>Rozliczenie z wykorzystania przekazanych środków finansowych na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:</b>						
<b>„Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”</b>						
Okres rozliczeniowy						
1. Rozliczenie dotacji w podziale na etapy Programu:						
Lp.	ETAP PROGRAMU	LICZBA UCZESTNIKÓW, KTÓRZY SKORZYSTALI Z PROCEDURY	KOSZT JEDNOSTKOWY (W ZŁ)	KOSZT CAŁKOWITY (W ZŁ)		
				OGÓLEM	Z TEGO DOFINANSOWANIE W WYSOKOŚCI:	
					100%	80%
	A. Kwalifikacja merytoryczna					
1						
2						
3						
4						
	B. Diagnostyka i leczenie niepłodności					
1						
2						
3						
4						
	C. Metody wspomaganego rozrodu:					
	C1. Dawstwo partnerskie					
1						
2						
3						
4						
	C2. Dawstwo inne niż partnerskie:					
1						
2						
3						
4						
	C2a. Dawstwo męskich komórek rozrodczych					
1						
2						
3						
4						
	C2b. Dawstwo żeńskich komórek rozrodczych					
1						
2						
3						
4						
	C3. Adopcja zarodka					
1						
2						
3						
4						
	C4. Inseminacja domaciczna					
1						
2						
3						
4						
	D. Kursy/szkolenia dla pracowników medycznych					
	E. Działania promocyjne					
	F. Działania informacyjno-edukacyjne					
	G. Koszty administracyjne					
	<b>RAZEM</b>			<b>0</b>		<b>0</b>

Tabela 2. Rozliczenie dotacji w podziale na Pary uczestniczące w Programie

NR PARY – UCZESTNIKÓW PROGRAMU	NAZWA ŚWIADCZENIA/PROCEDURY	KOSZT JEDNOSTKOWY (W ZŁ)	LICZBA WYKONANYCH PROCEDUR	CALKOWITA WARTOŚĆ (W ZŁ)	WARTOŚĆ DOFINANSOWANIA (W ZŁ)
1					
Para nr 1	RAZEM	X	X	0	0
2					
Para nr 2	RAZEM	X	X	0	0
3					
Para nr 3	RAZEM	X	X	0	0
4					
Para nr 4	RAZEM	X	X	0	0
.....					
260.					
Para nr 260	RAZEM	X	X	0	0
<b>RAZEM</b>				<b>0</b>	<b>0</b>

Tabela 3. Rozliczenie dotacji w podziale na świadczenia związane z metodami wspomaganego rozrodu

LP.	USLUGA/ŚWIADCZENIE	CENA (PLN)	ILOŚĆ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ	WARTOŚĆ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ	W TYM DOFINANSOWANIE
1	Opieka lekarza prowadzącego (jednorazowe wynagrodzenie)	520,00 zł		- zł	- zł
2	Opieka psychologiczna (jednorazowe wynagrodzenie)	520,00 zł		- zł	- zł
3	USG ginekologiczne	104,00 zł		- zł	- zł
4	Histerosalpinografia	910,00 zł		- zł	- zł
5	Ultrasonograficzna histerosalpingosonografia kontrastowa	650,00 zł		- zł	- zł
6	Laparoskopia	2 600,00 zł		- zł	- zł
7	USG TRUS	220,00 zł		- zł	- zł
8	Progesteron	32,00 zł		- zł	- zł
9	Gonadotropiny	32,00 zł		- zł	- zł
10	AMH	120,00 zł		- zł	- zł
11	Androgeny	30,00 zł		- zł	- zł
12	Prolaktyna	30,00 zł		- zł	- zł
13	TSH	32,00 zł		- zł	- zł
14	FSH	32,00 zł		- zł	- zł
15	Estradiol	32,00 zł		- zł	- zł
16	Badanie nasienia	130,00 zł		- zł	- zł
17	Testosteron	32,00 zł		- zł	- zł
18	Badanie ogólne moczu	17,00 zł		- zł	- zł
19	Wirus różyczki- przeciwciała IgG	32,00 zł		- zł	- zł
20	Wirus różyczki- przeciwciała IgM	32,00 zł		- zł	- zł
21	Toksoplazmoza IgG (przeciwciała)	27,00 zł		- zł	- zł
22	Toksoplazmoza IgM	27,00 zł		- zł	- zł
23	Toxoplazmoza IgG – Awidność	50,00 zł		- zł	- zł
24	Ribo-antygen-18si potwierdzenia (wz w typu)	13,00 zł		- zł	- zł
25	Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)	39,00 zł		- zł	- zł
26	Inhibitor aktywatora plazminogenu 1 (PAI1)	178,00 zł		- zł	- zł
27	Chlamydia trachomatis przeciwciała IgG/IgM	32,50 zł		- zł	- zł
28	Chlamydia trachomatis DNA	140,00 zł		- zł	- zł
29	Helicobacter pylori przeciwciała	28,00 zł		- zł	- zł
30	Żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)	6,50 zł		- zł	- zł
31	Sód	5,30 zł		- zł	- zł
32	Potas	5,30 zł		- zł	- zł
33	Mocznik	4,00 zł		- zł	- zł
34	Magnez	5,00 zł		- zł	- zł
35	Fosfor	5,00 zł		- zł	- zł
36	Kortyzol	22,00 zł		- zł	- zł
37	Wolny kortyzol w moczu	30,00 zł		- zł	- zł
38	Kreatynina w moczu	5,20 zł		- zł	- zł
39	Mutacja genu protrombiny	170,00 zł		- zł	- zł
40	Witamina 25-OH-D3	63,00 zł		- zł	- zł
41	Witamina D – 1,25 OH	130,00 zł		- zł	- zł
42	Limfocyty B	185,00 zł		- zł	- zł
43	Limfocyty T	185,00 zł		- zł	- zł
44	Morfologia krwi 8-parametrowa	5,85 zł		- zł	- zł
45	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów	15,00 zł		- zł	- zł
46	Oznaczenia grupy krwi układu ABO i Rh	25,00 zł		- zł	- zł
47	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała	24,00 zł		- zł	- zł
48	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) antygen (ilościowo)	125,00 zł		- zł	- zł
49	Czas protrombinowy (PT)	10,00 zł		- zł	- zł
50	Białko C	65,00 zł		- zł	- zł
51	Białko C reaktywne (CRP)	8,00 zł		- zł	- zł
52	Białko S	93,00 zł		- zł	- zł
53	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	6,00 zł		- zł	- zł
54	Białko wiążące hormony płciowe SHBG	36,00 zł		- zł	- zł
55	Gonadotropina kosmówkowa - podjednostka beta (beta-HCG)	28,40 zł		- zł	- zł
56	Antygen swoisty dla stercza (PSA) całkowity	26,00 zł		- zł	- zł
57	Antygen swoisty dla stercza (PSA) wolny	44,00 zł		- zł	- zł
58	Homocysteina	52,00 zł		- zł	- zł
59	Hemoglobina glikowana (HbA1c)	24,00 zł		- zł	- zł
60	Hormon luteinizujący (LH)	22,00 zł		- zł	- zł

61	Przeciwciała przeciw cytoplazmie (ANCA)	75,00 zł		- zł	- zł
62	DHEA SO4	45,00 zł		- zł	- zł
63	DHEA	45,00 zł		- zł	- zł
64	Kariotyp	520,00 zł		- zł	- zł
65	Badania genetyczne - MTHFR	240,00 zł		- zł	- zł
66	Badania genetyczne - MTHFR (677T)	160,00 zł		- zł	- zł
67	Badania genetyczne - MTHFR (1298C)	160,00 zł		- zł	- zł
68	Czynnik krzepnięcia V (FV)/Czynnik V	190,00 zł		- zł	- zł
69	Cholesterol całkowity	5,00 zł		- zł	- zł
70	Chlorek (Cl)	5,00 zł		- zł	- zł
71	Ureaplasma urealyticum	44,00 zł		- zł	- zł
72	Tyrosyna wolna (FT4)	18,00 zł		- zł	- zł
73	Trijodotyronina wolna (FT3)	18,00 zł		- zł	- zł
74	Przeciwciała przeciwko beta2-glikoproteinie IgG i IgM	82,00 zł		- zł	- zł
75	Glukoza z krwi żyłnej	5,20 zł		- zł	- zł
76	Test obciążenia glukozą (OGTT)	16,00 zł		- zł	- zł
77	Przeciwciała przeciw receptorowi tyreotropiny (TRaB)	60,00 zł		- zł	- zł
78	Mycoplasma hominis (antygen)	46,00 zł		- zł	- zł
79	17-OH Progesteron (17-)	45,50 zł		- zł	- zł
80	Hormon antymullerowski AMH	110,00 zł		- zł	- zł
81	Hormon adrenokortykotropowy (ACTH)	30,00 zł		- zł	- zł
82	Alfa-fetoproteina (AFP)	30,00 zł		- zł	- zł
83	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA 1)	25,00 zł		- zł	- zł
84	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA 2)	95,00 zł		- zł	- zł
85	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA 3)	125,00 zł		- zł	- zł
86	Androstendion	39,00 zł		- zł	- zł
87	Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	36,00 zł		- zł	- zł
88	Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (anty-TPO)	32,00 zł		- zł	- zł
89	Antygen CA 125 (CA125)	36,00 zł		- zł	- zł
90	Przeciwciała antykardiolipinowe IgG/IgM	33,00 zł		- zł	- zł
91	Przeciwciała antykardiolipinowe IgG+IgM	110,00 zł		- zł	- zł
92	Antykoagulant tuczniowy	78,00 zł		- zł	- zł
93	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	7,50 zł		- zł	- zł
94	Treponema pallidum Przeciwciała IgG/ IgM (anty-T. pallidum IgG/ IgM) (VDRL)	30,00 zł		- zł	- zł
95	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	6,50 zł		- zł	- zł
96	Test HBA (test fragmentacji DNA)	250,00 zł		- zł	- zł
97	Fragmentacja DNA plemników	230,00 zł		- zł	- zł
98	Badanie MAR IgG/IgA (ocena przeciwciał przeciwplemnikowych)	63,00 zł		- zł	- zł
99	Alfa-glukozydaza obojętna	90,00 zł		- zł	- zł
100	Cytologia szyjki macicy	24,00 zł		- zł	- zł
101	Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni	9,50 zł		- zł	- zł
102	Badanie mikroskopowe materiału z pochwy - posiew i antybiogram	35,00 zł		- zł	- zł
103	Wymazy z pochwy i szyjki macicy na bakterie i grzyby (posiew bakteriologiczny)	28,00 zł		- zł	- zł
104	Posiew moczu z antybiogramem	60,00 zł		- zł	- zł
105	Posiew nasienia z antybiogramem	60,00 zł		- zł	- zł
106	Komputerowe badanie nasienia	156,00 zł		- zł	- zł
107	Porada specjalistyczna - urologia (jednorazowe wynagrodzenie)	117,00 zł		- zł	- zł
108	Porada specjalistyczna - endokrynologia (jednorazowe wynagrodzenie)	130,00 zł		- zł	- zł
109	Porada specjalistyczna - genetyka kliniczna (jednorazowe wynagrodzenie)	117,00 zł		- zł	- zł
110	Porada specjalistyczna - immunologia kliniczna (jednorazowe wynagrodzenie)	156,00 zł		- zł	- zł
111	Porada lekarska, POZ - (jednorazowe wynagrodzenie)	78,00 zł		- zł	- zł
112	Porada specjalistyczna - andrologia (jednorazowe wynagrodzenie)	190,00 zł		- zł	- zł

113	Laparotomia zwiadowcza	765,70 zł		- zł	- zł
114	Laparotomia	4 030,00 zł		- zł	- zł
115	Laparoskopia diagnostyczna	2 990,00 zł		- zł	- zł
116	Biopsja jajnika - inna	143,00 zł		- zł	- zł
117	Laparoskopowa biopsja jajnika	2 839,20 zł		- zł	- zł
118	Endoskopowa (laparoskopowa) (histeroskopowa) biopsja macicy	1 430,00 zł		- zł	- zł
119	Laparoskopowe usunięcie zrostów	2 839,20 zł		- zł	- zł
120	Zabiegi powrózka nasiennego	1 690,00 zł		- zł	- zł
121	Zabiegi laparoskopowe	2 145,00 zł		- zł	- zł
122	Plastyka jajowodu i jajnika	4 123,60 zł		- zł	- zł
123	Usunięcie mięśniaka macicy	2 839,20 zł		- zł	- zł
124	Histeroskopia diagnostyczna	1 040,00 zł		- zł	- zł
125	Histerolaparoskopia	4 123,60 zł		- zł	- zł
126	Histeroskopia operacyjna	1 300,00 zł		- zł	- zł
127	Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy	1 690,00 zł		- zł	- zł
128	MRI głowy	455,00 zł		- zł	- zł
129	CT głowy	141,70 zł		- zł	- zł
130	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	596,70 zł		- zł	- zł
131	USG tarczycy i przytarczyc	226,00 zł		- zł	- zł
132	USG nerek, moczowodów, pęcherza	226,00 zł		- zł	- zł
133	USG moszny w tym jąder i najądrzy	226,00 zł		- zł	- zł
134	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	226,00 zł		- zł	- zł
135	HyFoSy (Hystero-Foam-Salpinography)	910,00 zł		- zł	- zł
136	Sonohisterografia	312,00 zł		- zł	- zł
137	ROS (badanie potencjału oksydacyjno-redukcyjnego ORP)	416,00 zł		- zł	- zł
138	Porada dietetyka (pierwsza wizyta / wizyta kontrolna/ plan żywieniowy) - maksymalnie 4 wizyty	221,00 zł		- zł	- zł
139	Porada specjalistyczna lekarska - konsultacja w sprawie zaburzeń odżywiania - maksymalnie 3 wizyty	200,00 zł		- zł	- zł
140	MSOME Morfologia plemników / badanie stresu oksydacyjnego nasienia	377,00 zł		- zł	- zł
141	Kolejne wizyty specjalistów	216,00 zł		- zł	- zł
142	CMV – cytomegalia IgG, IgM	100,00 zł		- zł	- zł
143	Anty-HBC (total)	27,00 zł		- zł	- zł
144	Przeciwciała przeciwplemnikowe	68,00 zł		- zł	- zł
145	Test insulinowy 3 punktowy	68,00 zł		- zł	- zł
146	Wolna kwota na badania diagnostyczne obecnie trudne do przewidzenia, a które zgodnie z ciągle poszerzającą się wiedzą medyczną mogą być istotne dla konkretnego przypadku	1 000,00 zł		- zł	- zł
147	Analiza p/p z surowicy krwi	190,00 zł		- zł	- zł
148	Analiza p/p z śluzu szyjkowego	95,00 zł		- zł	- zł
149	Analiza p/p z nasienia	205,00 zł		- zł	- zł
150	Test mikrocytotoksyczny (cross - match)	150,00 zł		- zł	- zł
151	Pakiet KIR + HLA-C	650,00 zł		- zł	- zł
152	Monitorowanie cyklu naturalnego	150,00 zł		- zł	- zł
153	Posiew nasienia na tlenowce, beztlenowce i grzyby	80,00 zł		- zł	- zł
154	Badanie koproskopowe	35,00 zł		- zł	- zł
155	Badanie stresu oksydacyjnego	250,00 zł		- zł	- zł
156	Badanie żywotność plemników	35,00 zł		- zł	- zł
157	Indukcja owulacji	200,00 zł		- zł	- zł
158	Monitorowanie cyklu ze stymulacją	150,00 zł		- zł	- zł
159	Badanie przeżywalności po kapacytacji	560,00 zł		- zł	- zł
160	Badanie regionu AZF i badanie genu CFTR	1 600,00 zł		- zł	- zł
161	Opieka ginekologiczna z USG w ramach metod wspomaganego rozrodu (szacuje się 3-5 wizyt)	600,00 zł		- zł	- zł
162	Seminogram (badanie nasienia) / CASA (komputerowa analiza nasienia)	150,00 zł		- zł	- zł

163	Posiew z nasienia (możliwe posiewy: bakterie tlenowe, bakterie beztlenowe, mykologiczny)	80,00 zł		- zł	
164	Ocena chromatyny plemnikowej	300,00 zł		- zł	
165	Kriokonserwacja nasienia z przechowywaniem przez rok	500,00 zł		- zł	
166	Biopsja jąder z kriokonserwacją pobranego materiału	2 000,00 zł		- zł	
167	Inseminacja domaciczna nasieniem partnera	800,00 zł		- zł	
168	Inseminacja domaciczna nasieniem dawcy // koszt zakupu nasienia dawcy nie jest wliczony w cenę zabiegu //	800,00 zł		- zł	
169	IVF (In Vitro Fertilization) - zapłodnienie pozaustrojowe (klasyczne IVF lub IVF z ICSI):	5 700,00 zł		- zł	
	- znieczulenie ogólne do zabiegu punkcji jajników - (500 zł) punkcja jajników	500,00 zł		- zł	
	- pobranie komórek jajowych do procedury zapłodnienia pozaustrojowego (1500 zł)	1 500,00 zł		- zł	
	- zapłodnienie pozaustrojowe (cIVF/ICSI) wraz z hodowlą zarodków (procedury laboratoryjne) (3700 zł)	3 700,00 zł		- zł	
170	pICSI (selekcja plemnika do ICSI na podstawie zdolności wiązania z kwasem hialuronowym)	500,00 zł		- zł	
171	EmbryoGen + BlastGen	1 500,00 zł		- zł	
172	Transfer świeżych zarodków	1 000,00 zł		- zł	
173	Transfer zarodków po rozmrożeniu	1 600,00 zł		- zł	
174	Transfer zarodków z wykorzystaniem Embryo Glue	500,00 zł		- zł	
175	Assisted hatching (AH)	600,00 zł		- zł	
176	Kriokonserwacja komórek jajowych z przechowywaniem przez rok / pierwsza słodka	1 000,00 zł		- zł	
177	Kriokonserwacja komórek jajowych z przechowywaniem przez rok / każda kolejna słodka	500,00 zł		- zł	
178	Kriokonserwacja zarodków z przechowywaniem przez rok / pierwsza słodka	1 000,00 zł		- zł	
179	Kriokonserwacja zarodków z przechowywaniem przez rok / każda kolejna słodka	500,00 zł		- zł	
180	Scratching	400,00 zł		- zł	
181	Opieka psychologiczna przy niepowodzeniu	520,00 zł		- zł	
182	Konsultacja genetyczna przy niepowodzeniu	200,00 zł		- zł	
<b>RAZEM</b>				<b>- zł</b>	<b>- zł</b>