



BYTOM

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Bytomia na lata 2023-2026

Program opracowany przez Wydział Polityki Społecznej Urzędu Miejskiego w Bytomiu w oparciu o licencjonowany program Miasta Łodzi, którego autorem jest prof. Sławomir Wołczyński z Kliniki Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Podstawa prawna: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Bytom, 2023 r.

Spis treści

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego.....4
2. Dane epidemiologiczne.....6
3. Opis obecnego postępowania.....8

II. Cele Programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny.....9
2. Cele szczegółowe.....9
3. Mierniki efektywności realizacji Programu polityki zdrowotnej.....10

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach Programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa.....10
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z Programu polityki zdrowotnej.....11
3. Planowane interwencje.....13
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu polityki zdrowotnej15
5. Sposób zakończenia udziału w Programie polityki zdrowotnej.....16

IV. Organizacja Programu polityki zdrowotnej

1. Etapy Programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....16
2. Warunki realizacji Programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....18

V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie.....20
2. Ewaluacja.....22

VI. Budżet Programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe.....22
2. Koszty całkowite.....24
3. Źródła finansowania.....24

VII. Bibliografia.....25

Załącznik: Ankieta satysfakcji uczestnika Programu.....27

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Niepłodność jest definiowana jako niemożność zajścia w ciążę po 1 roku regularnego współżycia w celu prokreacyjnym. Większość ekspertów zaleca wtedy wizytę u specjalisty zajmującego się problemami rozrodu. Płodność u kobiet zmniejsza się wraz z wiekiem, i po 35 roku życia kobiety lub starszych kobiet, można rozważyć zgłoszenie się na ocenę i leczenie po 6 miesiącach prób. Ciąża jest wynikiem prawidłowego przebiegu wielu procesów zachodzących w układach rozrodczych kobiety i mężczyzny:

- dochodzi do owulacji komórki jajowej, w jądrach wyprodukowane zostają plemniki zdolne do zapłodnienia,
- plemniki zostają przetransportowane do bańki jajowodu,
- plemnik wnika do komórki jajowej,
- dokonuje się prawidłowy rozwój zarodka,
- zarodek zagnieżdża się w przygotowanym do implantacji endometrium i wtedy ciąża powinna się dalej rozwijać do czasu urodzenia dziecka.

Niepłodność może wynikać z problemów na jednym lub kilku etapach tych procesów, a ich regulacja odbywa się przy udziale licznych mechanizmów, często trudnych do identyfikacji klinicznej.

Zjawisko niepłodności zawsze towarzyszyło ludzkości, ale od kilkudziesięciu lat nasila się, będąc prawdopodobnie naturalną konsekwencją zmian współczesnego świata - zmian społecznych, niekorzystnego wpływu środowiska na procesy rozrodcze, skutecznego leczenia schorzeń dawniej prowadzących do śmierci przed okresem rozrodczym. Problem narasta we wszystkich kulturach i społeczeństwach na całym świecie i dotyka około 10-16% par w wieku rozrodczym. Niepłodność to ważny osobisty problem zdrowotny, ale społeczne konsekwencje niepłodności są dużo większe i wykraczają poza problemy zdrowotne. Rodzicielstwo jest jedną z głównych przemian w dorosłym życiu mężczyzn i kobiet. Para, która nie może zrealizować swoich pragnień bycia ojcem i matką czuje się niepełnosprawną. Stres związany z niespełnieniem posiadania dziecka wiąże się z problemami emocjonalnymi, takimi jak: złość, depresja, lęk, co powoduje problemy małżeńskie

i rzutuje na pracę zawodową młodych osób w okresie ich największej aktywności. Badania pokazują, że niepełna para czuje się izolowana społecznie, wykluczana.

Skala problemu we współczesnych społeczeństwach powoduje, że niepełność rzutuje na procesy demograficzne. Szczególnie jest to ważne w społeczeństwach, takich jak Polska, gdzie już od kilku lat dzietność Polek zmniejszyła się, co nie zapewnia odnowalności naszej populacji. Społeczna waga wieloaspektowego problemu niepełności powoduje, że wymaga on skutecznego rozwiązywania, a współczesna medycyna stwarza możliwości pomocy medycznej.

Rozważając problemy demograficzne i zapotrzebowanie na leczenie niepełności, należy mieć na uwadze obserwowane negatywne zjawiska demograficzne, związane m.in. ze spadkiem liczby urodzeń. W Polsce w 2021 roku, kolejny rok z rzędu, odnotowano ujemny przyrost naturalny – 4,9 na tysiąc ludności, a populacja naszego kraju zmniejszyła się o 184 602 tys. osób w porównaniu do 2020 roku.

Mimo, iż Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 nie odnosi się bezpośrednio do problemu niepełności, to wskazuje, że w województwie śląskim od kilku lat obserwowany jest niski wskaźnik dzietności, który w 2021 r. wyniósł 1,24.

Wartość wskaźnika dzietności obniża się także w Bytomiu. W roku 2021 wyniósł 1,25.

Ruch naturalny ludności w Bytomiu, w części dotyczącej urodzeń i zgonów, przedstawia poniższe zestawienie (opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego w Bytomiu):

- rok 2019:
urodzenia żywe: 1262; zgony: 1946; przyrost naturalny: -684;
- rok 2020:
urodzenia żywe: 1101; zgony: 2299; przyrost naturalny: -1198;
- rok 2021:
urodzenia żywe: 1085; zgony: 2342; przyrost naturalny: -1257;
- rok 2022:
urodzenia żywe: 870; zgony: 2092; przyrost naturalny: -1222.

Mało optymistyczne trendy demograficzne dobitnie wskazują na obowiązek podejmowania przez samorząd Bytomia skutecznych działań zwiększających liczbę urodzeń.

Niepłodne pary powinny otrzymać rzetelną informację o dostępnych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych. Para z problemem niemożności zajścia w ciążę musi uzyskać pomoc w zakresie wszelkich kwestii medycznych, psychologicznych i społecznych. Przekazana parom informacja powinna być zrozumiała i oparta na wynikach badań naukowych, dzięki czemu niepłodne pary będą w stanie podejmować świadome decyzje uwzględniające ich możliwości rozrodu.

Oczekiwany efektami szczegółowymi Programu są:

- urodzenie dzieci przez dotychczas niepłodne pary,
- eliminowanie bądź ograniczenie skutków niepłodności,
- obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji mieszkańców miasta Bytomia,
- przeciwdziałanie społecznej izolacji i wykluczeniu niepłodnych par,
- poprawa wskaźników demograficznych w mieście Bytomiu.

2. Dane epidemiologiczne

Według szacunków Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIe) niepłodność dotyczy obecnie ok. 10-16% osób w wieku rozrodczym. W Polsce boryka się z nim około 1,5 miliona par. Z ogólnej liczby niepłodnych par wymagających leczenia, tylko 50% decyduje się na rozpoczęcie postępowania terapeutycznego, z czego ok. 12% podejmie je w danym roku. Z tej liczby ok. 2% będzie wymagało procedury zapłodnienia pozaustrojowego. Szacunki te potwierdzają dane porównawcze z innych państw europejskich, w których zapotrzebowanie na leczenie niepłodności metodami IVF/ICSI ocenia się na 600-800 cykli/mln mieszkańców. Zakłada się, że w Polsce zapotrzebowanie na leczenie niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego wynosi około 30 tysięcy par rocznie.

Najczęstszymi powodami niepłodności są: czynnik męski spowodowany małą liczbą plemników, zaburzeniami ich ruchliwości lub nieprawidłową budową, a u kobiety: zaburzenia jajczkowania, zaburzenia drożności i funkcji jajowodów, endometrioza, czynniki immunologiczne, przyczyny psychologiczne, wady anatomiczne macicy lub przyczyny na poziomie samego procesu zapłodnienia. Na skalę niepłodności duży wpływ mają również trendy populacyjne. Na pierwszym miejscu wymienia się wiek kobiet, które zbyt późno podejmują decyzje o rozrodzie.

Nie mogąc uzyskać potomstwa w zamierzonym czasie i wymiarze, pary dotknięte problemem niepłodności oczekują w tym zakresie pomocy medycznej, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Problem dodatkowo pogłębia zmniejszająca się w Polsce dzietność Polek i kryzys demograficzny.

Niepłodność, ze względu na duży zasięg problemu, została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za chorobę społeczną o kodach ICD-10: N46, N97.

Rodzina i macierzyństwo podlegają szczególnej ochronie Państwa. Wynika to z przepisu art. 71 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. W związku z tym rolą Państwa jest podejmowanie działań mających na celu zapewnienie możliwie jak najszerszego dostępu do świadczeń medycznych o potwierdzonej skuteczności, przewyższających skutki niepłodności. Artykuł 16 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka stanowi, iż prawo do posiadania rodziny jest podstawowym prawem człowieka.

Z uwagi na zakończenie finansowania procedur rozrodu wspomaganego medycznie w ramach rządowego Programu - Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016 i wysokie koszty tych procedur na rynku komercyjnych usług zdrowotnych, uzasadnionym działaniem jest zapewnienie równego dostępu wszystkim mieszkańcom Bytomia do usług medycznych w zakresie leczenia niepłodności i wsparcie niepłodnych par dofinansowaniem do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego. Realizowany w latach 2016-2020 Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Łodzi potwierdził wysoką skuteczność takiego postępowania oraz demograficzne i społeczne korzyści, co przemawia za wdrożeniem takich działań na terenie Bytomia.

Założenia niniejszego Programu w zakresie klinicznym pozostają w zgodzie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, Towarzystwa Biologii Rozrodu, Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w sprawie leczenia niepłodności i jej skutków metodami rozrodu wspomaganego medycznie oraz ustawy o leczeniu niepłodności. Standardy w zakresie postępowania regulują rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii. Referencje odnoszące się do oceny efektywności klinicznej leczenia

niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego określono w ustawie z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz. U. z 2020 r. poz. 442, z późn. zm.).

3. Opis obecnego postępowania

Leczenie niepłodności metodami rozrodu wspomaganego medycznie nie jest obecnie finansowane przez system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, co w znacznym stopniu ogranicza dostęp niepłodnych par do tego typu świadczeń.

W badaniach klinicznych potwierdzono, że skutecznymi metodami zwiększającymi odsetek ciąż są:

- 1) zmiana stylu życia (palenie tytoniu, alkohol, narkotyki, substancje chemiczne w miejscu pracy);
- 2) indukcja jajczkowania u pacjentek z zaburzeniami jajczkowania;
- 3) leczenie chirurgiczne przy stwierdzonych przeszkodach anatomicznych;
- 4) inseminacja domaciczna;
- 5) pozaustrojowe zapłodnienie;
- 6) złożone metody rozrodu wspomaganego medycznie ART (m.in. ICSI, ICSI-PESA, ICSITESA zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania terapeutycznego);
- 7) kriokonserwacja komórek jajowych u pacjentek z odroczoną płodnością przed leczeniem gonadotoksycznym lub zagrożonych utratą płodności z powodu choroby.

Niektóre przyczyny powodujące niepłodność można wyeliminować poprzez modyfikację stylu życia, odpowiednie leczenie farmakologiczne lub leczenie chirurgiczne.

Najskuteczniejszą metodą leczenia niepłodności jest metoda pozaustrojowego zapłodnienia stosowana praktycznie we wszystkich przyczynach niepłodności. W wielu krajach metoda pozaustrojowego zapłodnienia uważana jest za podstawową, ale oczywiście nie jedyną metodę leczenia niepłodności.

Metody rozrodu wspomaganego medycznie najszybciej i najskuteczniej doprowadzają do ciąży po wyczerpaniu akceptowalnego przez parę czasu naturalnych prób zachodzenia w ciążę i nieskutecznym leczeniu metodami zachowawczymi. W niektórych wskazaniach (poważny czynnik męski, niedrożne jajowody lub ich brak, zaawansowana endometrioza, prewencja płodności przed

leczeniem gonadotoksycznym), jedynymi możliwymi metodami leczenia są tylko metody rozrodu wspomaganego medycznie.

Przy istniejącej niepłodności nie należy zbyt długo zwlekać z ich zastosowaniem, ponieważ wiek kobiety stanowi podstawowe ograniczenie skuteczności leczenia.

Z uwagi na zakończenie realizacji rządowego Programu - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016, konieczność systemowego rozwiązania rosnącego problemu, jakim jest niepłodność wśród mieszkańców Bytomia oraz wysokość kosztów leczenia prywatnego, uniemożliwiający dostęp do skutecznej terapii dla wielu dotkniętych tym problemem par, samorząd uznał, że uzasadnione jest podjęcie działań mających na celu wyrównanie dostępu dla wszystkich potrzebujących mieszkańców Bytomia do usług medycznych w zakresie leczenia niepłodności i wsparcie niepłodnych par dofinansowaniem do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego.

W obliczu obserwowanych oraz prognozowanych krytycznych zmian demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa i coraz większą liczbą par borykających się z problemem niepłodności, miasto Bytom uznało za wysoce istotne, zarówno pod względem korzyści klinicznych stosowania metod rozrodu wspomaganego medycznie, jak również konsekwencji ekonomiczno - społecznych, dofinansowanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

II. Cele Programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Ograniczenie zjawiska niepłodności poprzez zastosowanie leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) u ok. 35 par z problemem niepłodności, będących mieszkańcami miasta Bytomia, poprzez zwiększenie liczby spodziewanych ciąż i narodzin w ich wyniku dzieci o ok. 12, w okresie od 2024 roku do 2026 roku.

2. Cele szczegółowe

1. Uzyskanie ciąży klinicznej u co najmniej 25% par zakwalifikowanych do Programu.
2. Urodzenie się rocznie w latach 2024-2026 co najmniej 4 dzieci w ramach Programu.

3. Zwiększenie (wzrost o 30% poprawnych odpowiedzi w post-teście w porównaniu z pre-testem) albo utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (uzyskanie co najmniej 90% poprawnych odpowiedzi w pre-teście) na temat zdrowia prokreacyjnego, w tym zdrowego stylu życia, u wszystkich uczestników Programu, poprzez działania edukacyjne realizowane w latach 2024-2026.

3. Mierniki efektywności realizacji Programu polityki zdrowotnej

Do spodziewanych efektów Programu należy skuteczne eliminowanie, bądź ograniczenie skutków niepłodności, obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji Bytomia poprzez ułatwienie im dostępu do leczenia niepłodności najskuteczniejszą współcześnie metodą zapłodnienia pozaustrojowego.

Miernikami efektywności Programu będą:

1. Liczba par korzystających z Programu w latach 2024-2026, u których uzyskano pozytywny wynik mierzony liczbą ciąż klinicznych i liczbą urodzeń żywych uzyskanych w toku realizacji Programu dzięki zastosowanemu leczeniu niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet.
2. Liczba osób, u których uzyskano wzrost albo utrzymano wysoki poziom wiedzy na temat zdrowia prokreacyjnego, w tym zdrowego stylu życia w związku z realizowaną edukacją zdrowotną.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach Programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Populację docelową Programu będą stanowić pary (kobiety w wieku 20-42 lata i mężczyźni), u których stwierdzono niepłodność.

Według różnych źródeł problem niepłodności dotyczy 10-16% populacji, z czego 2% będzie wymagało zastosowania leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego. Pozwala to oszacować, że w Polsce niepłodność dotyka około 1,5 mln par. Wielkość populacji polskiej, wymagającej leczenia metodami IVF/ICSI wynosi około 30 tysięcy par rocznie.

Odnosząc powyższe do populacji Bytomia, liczącej 134 694 mieszkańców (Raport o stanie miasta Bytom 2022; stan na dzień 31.12.2022 r.), wielkość

niepłodnej populacji szacuje się na około 5301 par, spośród których około 106 par rocznie będzie wymagało leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI (2% populacji niepłodnej).

Mając na uwadze możliwości budżetu Miasta Bytomia szacuje się, że do Programu zakwalifikowanych zostanie 35 par.

Program zakłada, że pary mogą podchodzić do maksymalnie 3 procedur, a budżet Miasta Bytomia zabezpiecza realizację 106 procedur w trakcie całego okresu trwania Programu.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z Programu polityki zdrowotnej

Badania wykazują, że u 85% par współżyjących regularnie w celach koncepcyjnych do poczęcia dziecka dochodzi w ciągu jednego roku, a u dalszych 8% par do poczęcia dojdzie w ciągu drugiego roku starań. Uwzględniając powyższe informacje w toku kwalifikacji pacjentek do Programu przeprowadzona zostanie identyfikacja par, które nie będą wymagały pomocy medycznej przy poczęciu na etapie opieki podstawowej. Do Programu zostaną zakwalifikowane pary, które nie mogą zrealizować planów rozrodczych poprzez naturalną koncepcję (przy czynniku pierwotnie kwalifikującym do IVF) lub po nieefektywnym leczeniu zachowawczym lub chirurgicznym.

Pary te muszą spełniać łącznie następujące kryteria:

Warunki medyczne:

Wiek kobiet mieści się w przedziale 20-40 lat, a w ocenie biochemicznej i ultrasonograficznej mają one szansę na stymulację mnogiego jajczkowania (AMH powyżej 0,7 ng/ml i co najmniej trzy pęcherzyki w jajniku). Warunkowo do Programu mogą zostać zakwalifikowane pary, w których kobieta jest w wieku do 42 lat i stężenie AMH jest równe lub przekracza 1,2 ng/ml.

Warunki formalne:

1. Para w dniu kwalifikacji do Programu posiada miejsce zamieszkania w Bytomiu oraz rozlicza się z podatków w Urzędzie Skarbowym w Bytomiu w okresie co najmniej 3 pełnych miesięcy poprzedzających dzień kwalifikacji do Programu.
2. Osoby aplikujące do Programu (kobieta i mężczyzna) muszą przedłożyć realizatorowi Programu wypełniony druk świadomej zgody na udział w Programie,

a także podpisać oświadczenie, że nie są obecnie uczestnikami innego Programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych.

Do Programu będą mogły zgłaszać się pary pozostające w związku małżeńskim lub w związku partnerskim (zgodnie z definicją dawstwa partnerskiego, określoną w art. 2 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności).

Szybkiej kwalifikacji podlegają pary ze schorzeniem wymagającym leczenia gonadotoksycznego np. nowotworowym, w celu zachowania płodności do mrożenia gamet lub zarodków w wieku od 18 do 38 roku życia.

Procedura rekrutacji:

1. Rekrutacja par będzie prowadzona przez realizatora/ów Programu wybranych w procedurze konkursowej.
2. Zainteresowane pary przedkładają realizatorowi Programu informacje o przeprowadzonym leczeniu niższego rzędu lub wynik diagnostyczny potwierdzający bezpośrednie wskazanie do leczenia metodami rozrodu wspomaganego medycznie udokumentowane w prowadzonej dokumentacji medycznej.
3. Do leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego pary są kwalifikowane przez realizatorów Programu, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii i warunkami ustawy o leczeniu niepłodności (wszystkie inne metody leczenia, rekomendowane przez PTMRiE przy istniejących przyczynach niepłodności zakończyły się niepowodzeniem lub nie ma innych metod leczenia przy stwierdzonej u danej pary przyczynie niepłodności).
4. O zakwalifikowaniu par do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń poprawnie złożonych wniosków, w miarę dostępności miejsc.
5. Pary, które skorzystają z dofinansowania leczenia w ramach Programu zobligowane będą do informowania realizatora Programu o wynikach leczenia, w szczególności o:
 - powodzeniu leczenia,
 - przebiegu ciąży i porodzie,
 - sytuacji zdrowotnej dziecka po jego narodzinach.

Powyższe dane będą przekazywane przez realizatora Programu do Urzędu Miejskiego w Bytomiu w zbiorczej, zanonimizowanej postaci.

Kryteria wykluczenia z Programu polityki zdrowotnej

1. Para nie posiada miejsca zamieszkania w Bytomiu oraz nie rozlicza się z podatków w Urzędzie Skarbowym w Bytomiu w okresie co najmniej 3 pełnych miesięcy poprzedzających dzień kwalifikacji do Programu.
2. Równoległe uczestnictwo w innym Programie o podobnym charakterze, finansowanym ze środków publicznych.
3. Potencjalne ryzyko braku prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania: FSH powyżej 15 mU/mL w 2-3 dniu cyklu lub AMH poniżej 0,7 ng/mL.
4. Nawracające utraty ciąży w tym samym związku (więcej niż trzy udokumentowane poronienia).
5. Nieodpowiednia reakcja na prawidłowo przeprowadzoną stymulację jajczkowania, czego wyrazem był brak pozyskania komórek jajowych w dwóch cyklach stymulacji.
6. Wady macicy bezwzględnie uniemożliwiające donoszenie ciąży.
7. Brak macicy.

Dopuszcza się rezygnację z udziału w Programie na życzenie pacjenta.

3. Planowane interwencje

Działania medyczne

Przed wykonaniem zapłodnienia pozaustrojowego wytyczne wskazują na konieczność przeprowadzenia diagnostyki niepłodności (NICE 2013, PTMR/PTG 2018). Koszty obejmujące: badania kwalifikujące, nadzór nad stymulacją mnogiego jajczkowania, niezbędne badania wirusologiczne i innych chorób, koszty leków - ponoszą pacjenci.

Program obejmuje dofinansowanie do procedury zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (w ramach dawstwa partnerskiego) po wykonaniu przynajmniej jednego z następujących elementów procedury biotechnologicznej:

- 1) wykonanie punkcji pęcherzyków jajowych;
- 2) znieczulenie ogólne podczas punkcji;
- 3) pozaustrojowe zapłodnienie i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro;

- 4) transfer zarodków do jamy macicy w cyklu stymulowanym i transferów kriokonserwowanych w cyklu spontanicznym lub substytucyjnym; w okresie realizacji Programu;
- 5) witrifikację zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym;
- 6) koszty przechowywania zarodków kriokonserwowanych przez okres realizacji Programu (po tym okresie koszty pokrywa para);
- 7) kriokonserwację komórek jajowych u pacjentek przed leczeniem gonadotoksycznym i ich przechowywanie bez kosztów ponoszonych przez pacjentów przez okres realizacji Programu.

Wszelkie planowane interwencje medyczne pozostają w zgodzie z obowiązującą ustawą o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 r. oraz aktualnymi rekomendacjami w leczeniu niepłodności krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych. Stosowane w ramach Programu metody leczenia powinny mieć udowodnioną naukowo skuteczność przy określonej przyczynie niepłodności lub pomimo braku identyfikacji tej przyczyny.

Zgodnie z ww. ustawą dopuszcza się zapłodnienie nie więcej niż sześciu żeńskich komórek rozrodczych, chyba że ukończenie przez biorczynię 35. roku życia lub wskazania medyczne wynikające z choroby współistniejącej z niepłodnością lub dwukrotnego wcześniejszego leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego uzasadniają zapłodnienie większej ich liczby.

Zgodnie z rekomendacjami klinicznymi, a także mając na uwadze bezpieczeństwo położnicze kobiety oraz płodu, dla kobiet w wieku poniżej 35. roku życia dopuszczalny jest transfer do jamy macicy pojedynczego zarodka (PTMRiE/PTG 2018, ASRM/SART 2021A), a u pacjentek starszych – maksymalnie dwóch zarodków (PTMRiE/PTG 2018). W przypadku transferowania dwóch zarodków należy bezwzględnie poinformować pary o związanym z tym ryzyku ciąży mnogiej oraz szczegółowo omówić możliwe konsekwencje zdrowotne dla kobiety i płodów.

Działania edukacyjne

Leczenie niepłodności będzie uzupełnione odpowiednim poradnictwem prowadzonym przez realizatora Programu obejmującym m.in.:

1. Wyjaśnienie ryzyka okołoporodowego wynikającego ze stosowania ART (NICE 2017, Rekomendacje PTMRiE 2018).

2. Wyjaśnienie ryzyka wynikającego z zachodzenia w ciążę wielopłodowe i konieczności dążenia do transferowania tylko jednego zarodka (NICE 2017, Rekomendacje PTMRiE 2018).
3. Wyjaśnienie dostępnych opcji terapeutycznych, rezultatów leczenia, możliwość przedyskutowania wątpliwości w celu podjęcia świadomej decyzji (NICE 2017, Rekomendacje PTMRiE 2018).
4. Poinformowanie pary o możliwości kriokonserwacji komórek jajowych w wypadku wystąpienia nieprzewidzianego braku plemników lub wyrażenia przez parę chęci ograniczenia liczby zarodków – bez zapewnienia finansowania w ramach Programu.
5. Umożliwienie parom skorzystania z bezpłatnej wizyty u psychologa posiadającego doświadczenie w pracy z parami nieplodnymi. Koszt wizyty zostanie pokryty przez realizatora Programu.
6. Edukację zdrowotną dotyczącą stylu życia i innych czynników, które mogą negatywnie wpłynąć na zdrowie rozrodcze i wyniki leczenia (np. wiek, BMI, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, itp.) wraz z badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu na początku wizyty oraz post-testu na zakończenie wizyty, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (NICE 2017, Rekomendacje PTMRiE 2018).

Działania informacyjno-promocyjne

Działania informacyjno-promocyjne prowadzone będą zarówno przez organizatora jak i realizatora/ów Programu – podmioty lecznicze.

Będą one miały na celu dotarcie z informacją na temat Programu do potencjalnych uczestników. W toku realizacji Programu wykorzystane zostaną lokalne media, strona internetowa Urzędu Miejskiego w Bytomiu, miejskie profile w mediach społecznościowych, broszury, plakaty oraz informacje na stronie internetowej podmiotu leczniczego realizującego Program.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu polityki zdrowotnej

W związku ze specyfiką problemu klinicznego dostępność do świadczeń finansowanych w ramach Programu powinna być zapewniona przez realizatora Programu od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-18.00, w sobotę i w niedzielę

w godzinach 9.00-12.00. Realizator Programu zapewni równocześnie możliwość rejestracji telefonicznej oraz elektronicznej przez 7 dni w tygodniu oraz kontaktu telefonicznego z ośrodkiem realizatora Programu przez całą dobę. Dodatkowym źródłem informacji dla pacjentów będzie linia pomocy „Pacjent dla pacjenta” Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „NASZ BOCIAN”.

5. Sposób zakończenia udziału w Programie polityki zdrowotnej

Uczestnicy Programu mają prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie.

Jeżeli procedura zapłodnienia pozaustrojowego z powodów medycznych zakończy się na wcześniejszym etapie, to dofinansowanie obejmuje przeprowadzone do tego etapu elementy. Uczestnikom Programu przysługuje możliwość dofinansowania do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego pod warunkiem przeprowadzenia co najmniej jednej procedury biotechnologicznej w ramach metod rozrodu wspomaganego medycznie. Maksymalna liczba zabiegów, do których przysługuje dofinansowanie, to 3 procedury. Koszt ewentualnych kolejnych procedur (powyżej 3) zapłodnienia pozaustrojowego ponoszony jest przez pacjentów. Cennik kosztów procedur powinien być udostępniony przez realizatora Programu na jego stronie internetowej i określony w czasie pierwszej wizyty.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Programie przed zakończeniem leczenia z przyczyn niemedycznych, para zobowiązana jest sfinansować przeprowadzone procedury z własnych środków.

IV. Organizacja Programu polityki zdrowotnej

1. Etapy Programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

1. Wybór realizatora/ów Programu w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Przeprowadzenie we współpracy z realizatorem/ami Programu akcji informacyjnej na temat Programu zgodnie z pkt III.3. niniejszego Programu.

3. Kwalifikacja par do Programu zostanie przeprowadzona przez realizatora/ów zgodnie z pkt III.2. niniejszego Programu oraz realizacja świadczeń medycznych przewidzianych w Programie.
4. Systematyczny monitoring realizacji i ewaluacja Programu, zgodnie z pkt V Programu.
5. Sporządzenie raportu końcowego z realizacji Programu polityki zdrowotnej przez właściwy wydział Urzędu Miejskiego w Bytomiu.

Program obejmuje dofinansowanie w wysokości do 6 000,00 zł do jednej procedury biotechnologicznej, nie więcej niż 80% kosztów danej procedury składającej się z:

- 1) wykonania punkcji pęcherzyków jajowych;
- 2) znieczulenia ogólnego podczas punkcji;
- 3) zapłodnienia komórki jajowej dostępnymi obecnie metodami i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro;
- 4) transferu zarodków do jamy macicy;
- 5) wityfikacji zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym;
- 6) wityfikacji komórek jajowych lub zarodków u pacjentek przed leczeniem gonadotoksycznym;
- 7) przechowywania zarodków kriokonserwowanych przez opisany w Programie okres.

Różnicę pomiędzy całkowitym kosztem procedury obejmującym: badania kwalifikujące, nadzór nad stymulacją mnogiego jajczkowania, niezbędne badania wirusologiczne i innych chorób, koszty leków oraz koszty przechowywania zarodków i komórek jajowych po okresie opisanym w Programie ponoszą pacjenci.

Maksymalna liczba zabiegów, do których przysługuje dofinansowanie, to 3 zabiegi. Koszty ewentualnych kolejnych zabiegów w całości ponoszą pary. Program zakłada możliwość dofinansowania do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego pod warunkiem przeprowadzenia co najmniej jednej procedury z wykorzystaniem zaawansowanych metod rozrodu wspomaganego medycznie.

2. Warunki realizacji Programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Leczenie niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego może być prowadzone w podmiotach leczniczych - specjalistycznych ośrodkach, które zapewniają możliwość takiego leczenia, dysponują odpowiednią doświadczoną kadrami oraz odpowiednią aparaturą laboratoryjną i medyczną. W ośrodku przystępującym do konkursu w ostatnich 3 latach powinno być wykonane co najmniej 200 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie, a ośrodek ten powinien działać od co najmniej 3 lat. Zespół powinien w tym okresie raportować dane do europejskiego raportu ESHRE i spełniać wymogi ustawy o leczeniu niepłodności i rozporządzeń Ministra Zdrowia do ustawy o leczeniu niepłodności.

Podstawą realizacji Programu będzie umowa podpisana przez organizatora z realizatorem/mi – podmiotami leczniczymi, w której określone będą zasady, warunki, koszt realizacji kompleksowego zadania oraz wysokość dofinansowania.

Wymagania dotyczące personelu realizującego Program

Kierownik jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń polegających na leczeniu niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego powinien:

- 1) posiadać tytuł specjalisty w dziedzinie ginekologii i położnictwa;
- 2) legitymować się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania zaawansowanych metod wspomaganego rozrodu.

Personel podmiotu leczniczego udzielający świadczeń polegających na leczeniu niepłodności powinien składać się z:

- 1) co najmniej 2 lekarzy posiadających specjalizację w zakresie ginekologii i położnictwa;
- 2) co najmniej 2 analityków lub biologów legitymujących się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania zaawansowanych metod wspomaganego rozrodu (certyfikaty ESHRE, certyfikaty PTMRiE);
- 3) specjalisty anestezjologa;
- 4) odpowiedniej liczby średniego personelu medycznego (pielęgniarek, w tym pielęgniarki anestezjologicznej, położnych, z których co najmniej jedna powinna posiadać specjalizację z zakresu ginekologii i położnictwa, personelu administracyjnego), zapewniającej właściwą realizację procesu leczenia.

Warunki prowadzenia leczenia

Podmioty lecznicze udzielające świadczeń polegających na leczeniu niepłodności powinny posiadać zgodnie z ustawą o leczeniu niepłodności i rozporządzeniami Ministra Zdrowia:

- 1) wydzieloną rejestrację oraz archiwum;
- 2) gabinet ginekologiczny;
- 3) wydzieloną część biotechnologiczną, w których mają zastosowanie standardy zapewniające czystość zgodnie ze standardami obowiązującymi w bloku operacyjnym, składającą się z:
 - sali zabiegowej z wyposażeniem anestezyjologicznym umożliwiającym pobieranie gamet,
 - sali do transferu zarodków,
 - sal pacjentek,
 - wydzielonego laboratorium zapłodnienia pozaustrojowego, oddzielonego służą od pozostałych pomieszczeń,
 - wydzielonego laboratorium kriogenicznego,
 - banku gamet i zarodków;
- 4) układ pomieszczeń zapewniający optymalną komunikację oraz bezkolizyjność w zakresie pełnionych funkcji.

Podmioty lecznicze udzielające świadczeń polegających na leczeniu niepłodności powinny być wyposażone w następującą aparaturę medyczną:

- 1) ultrasonograf wyposażony w głowicę przezpochwową oraz prowadnicę do punkcji pęcherzyków jajnikowych;
- 2) aparat anestezyjologiczny do znieczuleń;
- 3) co najmniej 2 inkubatory CO₂;
- 4) komorę laminarną zapewniającą temperaturę blatu 37°C;
- 5) lupę stereoskopową oraz mikroskop odwrócony, wyposażone w płyty grzejne ze stałą temperaturą 37°C;
- 6) mikroskop odwrócony z kontrastem modulacyjnym, wyposażony w pełny osprzęt do mikromanipulacji z torem wizyjnym oraz płytą grzejącą;
- 7) umożliwiającą wykonanie witrifikacji zarodków;
- 8) wysokiej jakości pojemniki do długotrwałego przechowywania w ciekłym azocie zamrożonych zarodków;

- 9) awaryjne źródła zasilania do inkubatorów CO₂ oraz urządzeń kriogenicznych;
- 10) UPS (ang. Uninterruptible Power Supply) do urządzeń pracujących w ruchu ciągłym.

W ośrodku powinno być zapewnione elektroniczne prowadzenie archiwizacji danych klinicznych oraz embriologicznych.

Dodatkowo niezbędnym warunkiem realizacji Programu jest zapewnienie przez realizatora całodobowego dostępu do leczenia, w ramach jednostki lub szpitala, z którym podpisana jest umowa, powikłań w trakcie leczenia metodami pozaustrojowego zapłodnienia.

Realizator będzie realizować niniejszy Program przy wykorzystaniu własnego personelu medycznego i nie wpłynie to w żaden sposób na ewentualne świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach NFZ.

Profil bezpieczeństwa finansowanych w ramach Programu technologii medycznych został szczegółowo przebadany w licznych próbach klinicznych. Referencje odnośnie skuteczności i bezpieczeństwa zostały określone w ustawie z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Realizatorzy Programu zobowiązani są do składania corocznych raportów w ramach Programu European IVF Monitoring (EIM).

Realizatorzy Programu zobligowani są do stosowania wytycznych zawartych w Algorytmach Diagnostyczno-Lecznicznych w Niepłodności, opracowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, ustawy o leczeniu niepłodności i rozporządzeń Ministra Zdrowia do ustawy o leczeniu niepłodności.

Realizatorzy Programu zobligowani są do stosowania wytycznych zawartych w standardach opieki nad pacjentem w leczeniu niepłodności Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „NASZ BOCIAN”.

Program będzie podlegał monitoringowi prowadzonemu przez realizatora Programu. Realizator Programu będzie zobowiązany do gromadzenia informacji na temat zgłaszalności do Programu oraz jakości i efektywności udzielanych świadczeń. Zestawienie zanonimizowanych danych będzie przekazywane przez realizatora do

właściwego wydziału Urzędu Miejskiego w Bytomiu, w formie miesięcznych sprawozdań.

Rozliczanie realizacji powyższych zadań odbywać się będzie na podstawie umowy zawartej z realizatorem, który będzie zobowiązany do prowadzenia wydzielonego rejestru uczestników objętych dofinansowaniem.

W ramach monitorowania Programu zakłada się:

1. Kompleksową ocenę zgłaszalności poprzez:
 - monitorowanie liczby par zgłoszonych do Programu w danym roku,
 - monitorowanie liczby pacjentek objętych Programem prewencji płodności przed leczeniem gonado toksycznym,
 - monitorowanie liczby par zakwalifikowanych do udziału w Programie z uwzględnieniem wieku,
 - monitorowanie liczby par niezakwalifikowanych do Programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów).
2. Ocenę jakości udzielanych świadczeń poprzez:
 - monitoring poziomu satysfakcji uczestników Programu (ankieta - załącznik do Programu).
3. Ocenę efektywności poprzez:
 - monitorowanie liczby przeprowadzonych procedur zapłodnienia pozaustrojowego,
 - monitorowanie liczby ciąż klinicznych, w tym liczby ciąż klinicznych w przeliczeniu na transfer zarodka,
 - monitorowanie wskaźnika ciąż wielopłodowych (odsetek ciąż wielopłodowych w stosunku do ciąż klinicznych, odsetek ciąż wielopłodowych w stosunku do ogólnej liczby urodzeń powyżej 24 tygodnia ciąży),
 - monitorowanie wskaźnika urodzeń żywych (odsetek urodzeń w stosunku do ciąż klinicznych i do liczby wykonanych procedur biotechnologicznych),
 - monitorowanie wskaźnika zespołów hiperstymulacyjnych (odsetek zespołów hiperstymulacyjnych w stosunku do liczby wykonanych procedur),
 - monitorowanie liczby osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie jego realizacji,
 - określenie przyczyn niepowodzeń procedur zapłodnienia pozaustrojowego wykonanych w ramach Programu.

2. Ewaluacja

Ewaluacja Programu zostanie przeprowadzona przez właściwy wydział Urzędu Miejskiego w Bytomiu na podstawie sprawozdań przekazywanych przez realizatora/ów w trakcie całego okresu trwania Programu.

Przedmiotem ewaluacji będą:

- liczba wniosków złożonych w Programie,
- liczba par zakwalifikowanych do Programu,
- liczba zdyskwalifikowanych par,
- liczba pacjentek, które skorzystały z kriokonserwacji komórek jajowych lub zarodków przed leczeniem gonado toksycznym,
- liczba zrealizowanych procedur biotechnologicznych,
- liczba i odsetek ciąż, w tym liczba ciąż wielopłodowych,
- liczba urodzonych dzieci, w tym liczba urodzonych par bliźniąt,
- wskaźnik powikłań w postaci zespołu hiperstymulacji,
- określenie przyczyn niepowodzeń procedur zapłodnienia pozaustrojowego wykonanych w ramach Programu,
- odsetek uczestników Programu, u których nastąpił wzrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy na temat zdrowia prokreacyjnego, w tym zdrowego stylu życia.

VI. Budżet Programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Koszt jednej całej procedury zapłodnienia pozaustrojowego wynosi średnio od 8 000,00 zł do 12 000,00 zł (w zależności od ośrodka).

Uczestnikom Programu przysługuje możliwość dofinansowania do maksymalnie trzech procedur zapłodnienia pozaustrojowego w wysokości do 6 000,00 zł każda, jednak nie więcej niż 80% kosztów całej procedury biotechnologicznej. Jeżeli procedura zapłodnienia pozaustrojowego z powodów medycznych zakończy się na wcześniejszym etapie, to dofinansowanie obejmuje jedynie przeprowadzone do tego etapu elementy. Koszt ewentualnych kolejnych prób (powyżej trzech) zapłodnienia pozaustrojowego ponoszony jest w całości przez

uczestników. Szczegółowe koszty poszczególnych procedur zostaną określone przez podmioty lecznicze przystępujące do konkursu.

| Koszty jednostkowe dla roku 2023 | |
|---|---------------------|
| Pozycja budżetowa | Koszt roczny |
| Promocja, nadzór i monitorowanie Programu | 4 000 zł |

| Koszty jednostkowe dla roku 2024 | | | | |
|---|---------------------|--------------------------------|---|--|
| Pozycja budżetowa | Koszt roczny | Liczba procedur rocznie | Maksymalny koszt jednostkowy procedury | Uwagi |
| Procedura biotechnologiczna | 210 000 zł | 35 | 6 000 zł | Koszt jednostkowy może być niższy w przypadku wykonania niepełnej procedury. |
| Promocja, nadzór i monitorowanie Programu | 6 000 zł | x | x | x |
| Łącznie | 216 000 zł | x | 6 000 zł | x |

| Koszty jednostkowe dla roku 2025 | | | | |
|---|---------------------|--------------------------------|---|--|
| Pozycja budżetowa | Koszt roczny | Liczba procedur rocznie | Maksymalny koszt jednostkowy procedury | Uwagi |
| Procedura biotechnologiczna | 216 000 zł | 36 | 6 000 zł | Koszt jednostkowy może być niższy w przypadku wykonania niepełnej procedury. |
| Promocja, nadzór i monitorowanie Programu | 2 000 zł | x | x | x |
| Łącznie | 218 000 zł | x | 6 000 zł | x |

| Koszty jednostkowe dla roku 2026 | | | | |
|---|---------------------|--------------------------------|---|--|
| Pozycja budżetowa | Koszt roczny | Liczba procedur rocznie | Maksymalny koszt jednostkowy procedury | Uwagi |
| Procedura biotechnologiczna | 210 000 zł | 35 | 6 000 zł | Koszt jednostkowy może być niższy w przypadku wykonania niepełnej procedury. |
| Promocja nadzór, i monitorowanie Programu | 2 000 zł | x | x | x |
| Łącznie | 212 000 zł | x | 6 000 zł | x |

2. Koszty całkowite

Koszty całkowite obejmujące cały okres trwania Programu przedstawia tabela:

| Nazwa kosztu | Rok 2023 | Rok 2024 | Rok 2025 | Rok 2026 | Łącznie |
|---|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Procedura biotechnologiczna | - | 210 000 zł | 216 000 zł | 210 000zł | 636 000 zł |
| Promocja, nadzór i monitorowanie Programu | 4 000 zł | 6 000 zł | 2 000 zł | 2 000 zł | 14 000 zł |
| Łącznie | 4 000 zł | 216 000 zł | 218 000 zł | 212 000 zł | 650 000 zł |

3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków własnych budżetu Miasta Bytomia.

VII. Bibliografia

1. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2018 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej oraz wyłaniania realizatorów innych programów realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 30).
http://dziennikmz.mz.gov.pl/api/DUM_MZ/2018/30/journal/4581
2. Schemat Programu Polityki Zdrowotnej.
<http://www.aotm.gov.pl/www/programy-polityki-zdrowotnej/schemat-ppz/>
3. Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz. U. z 2020 r. poz. 442).
Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej
<http://dziennikustaw.gov.pl/D2020000044201.pdf>
4. Diagnostyka i leczenie niepłodności – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRiE) oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP), 2018 r.
<http://www.ptmrie.org.pl/akty-prawne-i-rekomendacje-art/rekomendacje/>
5. Fertility problems: assessment and treatment Clinical guideline [CG156]
Published date: 20 February 2013 Last updated: 06 September 2017.
<https://www.nice.org.uk/guidance/CG156>
6. Minimum standards for practices offering assisted reproductive technologies: a committee opinion Fertility and Sterility® Vol. 113, No. 3, March 2020 0015-0282/ American Society for Reproductive Medicine.
7. Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: a committee opinion Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine Fertility and Sterility Volume 112, Issue 6, December 2019, Pages 1022-1033.
8. Guidelines on Male Infertility A. Jungwirth (Chair), T. Diemer, G.R. Dohle, A. Giwercman, Z. Kopa, C.Krausz, H. Tournaye, 2015.
https://uroweb.org/wp-content/uploads/17-Male-Infertility_LR1.pdf
9. <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/teryt/tablica#>, BDL, Dane dla jednostki terytorialnej, Urodzenia i zgony, Urodzenia żywe, zgony i przyrost naturalny na 1000 ludności [dostęp: 12.07.2020].
10. <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/teryt/tablica#>, BDL, Dane dla jednostki terytorialnej, Powiat m. Łódź, Ludność, Prognozy [dostęp: 12.07.2020].
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561, z późn. zm.).

12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).
13. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej.
file:///C:/Users/nociepka/Downloads/Instrukcja_PPZ(2).pdf
14. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 106/2016 z dnia 13 czerwca 2016 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Łodzi w latach 2016-2020”.
15. GUS - Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym. Stan na dzień 31 grudnia 2022 r.
<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosc-i-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-31-grudnia,6,34.html>

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU**Szanowni Państwo!**

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest poznanie opinii na temat realizacji Programu.

Niniejsza ankieta jest w pełni anonimowa.

A) Proszę ocenić poziom zadowolenia z uzyskanych usług według skali (1-5), gdzie:

- 1 - ocena bardzo zła
- 2 – ocena zła
- 3 – ocena przeciętna
- 4 – ocena dobra
- 5 – ocena bardzo dobra

Proszę zaznaczyć znakiem „X” wybraną wartość oceny.

| Zakres oceny | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| Czas oczekiwania na przyjęcie do gabinetu | | | | | |
| Troska i życzliwość dla pacjenta | | | | | |
| Sprawność obsługi (np. obiegu dokumentacji) | | | | | |
| Organizacja usług – miejsce realizacji, pora dnia, tygodnia | | | | | |
| Udzielanie informacji o sposobie przeprowadzenia badania/procedury medycznej, przeciwwskazaniach, możliwych skutkach ubocznych | | | | | |
| Jak Pani/Pan ocenia ogólnie usługi świadczone przez realizatorów Programu? | | | | | |

B) Informacje dodatkowe:

Proszę zaznaczyć znakiem „X” wybraną odpowiedź.

- Z jakiego źródła dowiedział/a się Pan/i o Programie?

Internet znajomi/rodzina TV/prasa lekarz/placówka ochrony zdrowia

inne (jakie?.....)

- Czy uważa Pan/i, że rozpowszechnienie informacji o Programie jest wystarczające?

Tak Nie Nie wiem

- Czy jest Pan/i zadowolony/a z poziomu dofinansowania?

Tak Nie (dlaczego?.....)

C) Inne uwagi i spostrzeżenia dotyczące realizacji Programu

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!