

**UCHWAŁA NR LXXIII/1007/23
RADY MIASTA BIAŁYSTOK**

z dnia 31 lipca 2023 r.

w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej "Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Białystok" w latach 2023 - 2024 Projekt obywatelski"

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 poz. 40 z późn. zm.¹⁾) w związku z art. 7 ust. 1 i art. 48 ust. 1, 3 pkt. 1 i ust. 5 i art. 48 a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.²⁾) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Program polityki zdrowotnej "Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Białystok" w latach 2023 - 2024 Projekt obywatelski", stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Białystok.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY RADY

Łukasz Prokorym

¹⁾Zmiany tekstu jednolitego ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2023 r. poz. 572

²⁾Zmiany tekstu jednolitego ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770, z 2023 r. poz. 605, 650 i 658

Program polityki zdrowotnej "Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Białystok" w latach 2023 - 2024 Projekt obywatelski"

Rozdział 1.

Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu społecznego i zdrowotnego.

W Polsce znacznie zmniejszyła się liczba urodzeń i znaleźliśmy się jako kraj w głębokim kryzysie demograficznym. W 2021 roku według danych GUS urodziło się 331511 dzieci, rok wcześniej liczba urodzeń wynosiła 355309. Wyraźnie niekorzystną sytuację widać w porównaniu do liczby zgonów, w 2021 roku zmarło aż 519 517 osób, a rok wcześniej ponad 477 000. Od połowy lat dziewięćdziesiątych liczba urodzeń nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. Przyjmuje się, że prostą zastępowalność pokoleń zapewnia współczynnik dzietności wynoszący 2,1–2,15, tj. gdy na 100 kobiet w wieku rozrodczym przypada średnio 210–215 dzieci, gdy wartość współczynnika dzietności spada poniżej poziomu 1,5 – mamy do czynienia z „niską dzietnością”, a gdy spada poniżej 1,3 – ze skrajnie niską dzietnością.

Obecny w Polsce współczynnik dzietności 1,36 wpływa na spadek dynamiki wzrostu liczby ludności, prowadząc do zmniejszania się populacji. Powoduje to trwałe zmiany struktury wieku ludności, w wyniku czego następuje naruszenie proporcji pomiędzy kolejnymi generacjami (dzieci, dorosłych, osób starszych). Wspieranie prokreacji powinno stać się zatem mocno podkreślanym celem polityki prorodzinnej. Powinniśmy dobrze rozpoznać co stanowi barierę rodzicielstwa i podejmować celowane działania wspierające rodzicielstwo. Podjęte działania wsparcia socjalnego nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Jedną z istotnych barier ograniczających spełnienie marzeń o rodzicielstwie są możliwości finansowe młodych osób w tym koszty leczenia niepłodności. Niemożność zajścia w ciążę wpływa w sposób niekorzystny na funkcjonowanie rodzinne, społeczne, zawodowe młodych ludzi w okresie ich największej aktywności. W ich życiu dominuje frustracja o charakterze społecznym, psychicznym i egzystencjalnym. Niepłodne pary demonstrują uczucie zgorzknienia, a nawet złości. „Stres niepłodności” porównywany jest do stresu po rozpoznaniu chorób nowotworowych oraz zawału mięśnia sercowego. W codziennym życiu nierzadko dominuje uczucie osamotnienia, braku integracji i wstydu przed dzieleniem się własnymi problemami z innymi. Lista negatywnych zmian i reakcji emocjonalnych jest bardzo długa. Niepłodni mają poczucie utraty potencjalnych dzieci i możliwości planowania życia rodzinnego, znikają marzenia o przedłużeniu rodu, o kontynuacji genetycznej, kobieta przeżywa żal z powodu utraty doświadczeń ciąży i porodu, ulegają ruinie plany małżeńskie i życiowe, dziadkowie nie mogą doczekać się wnuków. Pojawiają się określenia „niepełnowartościowa kobieta”, „niepełnowartościowy mężczyzna”. Płodność stała się swego rodzaju tematem tabu i przynależy do kanonu kwestii nieporuszanych.

Zarówno małżeństwo, jak i macierzyństwo i ojcostwo stanowią ważny czynnik w rozwoju i realizacji siebie. Stąd też brak możliwości zaspokojenia tych potrzeb ma swoje konsekwencje psychologiczne i społeczne. Ostatnio zaprezentowany na forum Parlamentu Europejskiego „Europejski Atlas Polityki Dostępu do Leczenia Niepłodności” wskazał, że Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie pod względem dostępności do leczenia niepłodności.

Niepłodność definiuje się jako niemożność zajścia w ciążę po roku starania się o potomstwo. Niepłodność powinna być leczona skutecznie wszystkimi oferowanymi przez medycynę metodami, w najkrótszym czasie, najmniej inwazyjnie i po najniższych kosztach. Para z problemem niemożności zajścia w ciążę musi uzyskać pomoc w zakresie wszelkich kwestii medycznych, psychologicznych, społecznych i etycznych. Przekazana parom informacja powinna być zrozumiała i oparta na wynikach badań naukowych, dzięki czemu niepłodne pary będą w stanie podejmować świadome decyzje uwzględniające ich przyszłe możliwości rozrodu.

Kompleksowy Program Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego w Polsce na lata 2016-2020 i obecnie przedłużony do 2023 roku, finansuje przede wszystkim diagnostykę niepłodności, nie zaś samo leczenie. Po ustaleniu przyczyny niepłodności para pozostawała sama ze swoim problemem.

Obecnie nie posiadamy krajowego programu leczenia niepłodności co oznacza że koszty leczenia ponoszą sami pacjenci.

2. Dane epidemiologiczne

Ocenia się, że 60-80 mln par na świecie (wg danych WHO) dotkniętych jest stale lub okresowo problemem niepłodności. W społeczeństwach krajów wysoko rozwiniętych częstość niepłodności jest szacowana na 10 – 12% populacji. W Polsce, pomimo braku dokładnych badań populacyjnych, odsetek ten jest podobny, a wielkość populacji dotkniętej problemem niepłodności sięga około 1,2 - 1,3 mln par. Nie mogąc uzyskać potomstwa w zamierzonym czasie i wymiarze, pary dotknięte problemem niepłodności oczekują w tym zakresie pomocy medycznej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

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

Białystok jest dużym miastem z liczbą mieszkańców wynoszącą 295 683, z czego 53,1% stanowią kobiety, a 46,9% mężczyźni. W latach 2002-2021 liczba mieszkańców wzrosła o 1,4%. Średni wiek mieszkańców wynosi 42,4 lat i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców województwa podlaskiego oraz porównywalny do średniego wieku mieszkańców całej Polski. Prognozowana liczba mieszkańców Białegostoku w 2050 r. wynosi 261 430, z czego 137 481 to kobiety, a 123 949 mężczyźni. Białystok ma ujemny przyrost naturalny wynoszący -565. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu -1,91 na 1000 mieszkańców Białegostoku. W 2021 roku urodziło się 3051 dzieci, w tym 49,1% dziewczynek i 50,9% chłopców. Współczynnik dynamiki demograficznej, czyli stosunek liczby urodzeń żywych do liczby zgonów wynosi 0,84 i jest znacznie większy od średniej dla województwa oraz znacznie większy od współczynnika dynamiki demograficznej dla całego kraju.

Rodzina i macierzyństwo podlegają szczególnej ochronie Państwa. Wynika to z przepisu artykułu 71 Konstytucji RP. 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.

3. Opis obecnego postępowania.

Najczęstszymi powodami niepłodności są:

- czynnik męski spowodowany małą liczbą plemników, zaburzeniami ich ruchliwość lub nieprawidłową budową,
- 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. W pewnej grupie par leczenie zachowawcze, farmakologiczne lub chirurgiczne pozwoli uzyskać ciążę. Obecnie za podstawowe metody leczenia uważa się metody rozrodu wspomaganego medycznie. Metody te są najskuteczniejszymi sposobami leczenia i doprowadzającymi najszybciej do ciąży po wyczerpaniu czasu oczekiwania na ciążę i leczenia metodami zachowawczymi. W niektórych wskazaniach (poważny czynnik męski, niedrożne jajowody lub ich brak, endometrioza) 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.

Leczenie niepłodności metodami rozrodu wspomaganego medycznie nie jest finansowane przez system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, co w znacznym stopniu ogranicza dostęp niepłodnych par do tego typu świadczeń. Należy wyraźnie podkreślić, że metody te bardzo często stanowią jedyną drogę do macierzyństwa i ojcostwa. Wśród metod leczenia niepłodności o udowodnionej skuteczności wymienia się:

1. modyfikacja stylu życia (palenie, alkohol, narkotyki, substancje chemiczne w miejscu pracy),
2. metody chirurgiczne,
3. farmakologiczna indukcja jajczkowania,
4. inseminacja,

5. złożone metody rozrodu wspomaganego medycznie ART (m.in. ICSI, IVF, ICSI-PESA, ICSI-TESA zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania terapeutycznego),

6. Kriokonserwacja komórek jajowych u pacjentek z odroczoną płodnością przed leczeniem gonadotoksycznym lub zagrożonych utratą płodności z powodu choroby.

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 metodą leczenia niepłodności.

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 zwiększenie możliwości dostępu mieszkańcom miasta Białegostoku do usług medycznych w zakresie leczenia niepłodności i wsparcie niepłodnych par dofinansowaniem do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego.

Z trzydziestokilku letniego doświadczenia pracy w ośrodku białostockim należy szacować, że zapotrzebowanie na leczenie jest rzędu 200 – 250 par na rok. Dotychczas nie było dofinansowania samorządowego. Tak bardzo mała grupa par przewidzianych do leczenia w programie wynika z bardzo ograniczonych funduszy projektu obywatelskiego.

Rozdział 2.

Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny.

Celem głównym umożliwienie leczenia niepłodności metodami rozrodu wspomaganego medycznie poprzez wsparcie finansowe par walczących z niepłodnością i urodzenie u około 30 % par dziecka.

2. Cele szczegółowe.

- uzyskanie wyniku pozytywnego testu ciążowego – u co najmniej 35 % par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie),
- urodzenie dziecka u co najmniej 30 % par.

Cele szczegółowe zostały zdefiniowane po analizie :

- średniej skuteczność zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego i procedur medycznie wspomaganey reprodukcji wynoszącą zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia oraz z raportami Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego: dla grupy pacjentów korzystających z zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub nasienia anonimowego dawcy (dawstwo inne niż partnerskie) ok. 20-40% na jeden cykl zakończony transferem zarodka. Program ten dotyczy tak małej grupy par że wyniki mogą być zaburzone w obie strony pozytywnie i negatywnie.

3. Miernik efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Miernikiem efektywności dla celu głównego jest wzór:

$x = \text{liczba par, którym w ramach Programu urodziło się przynajmniej jedno dziecko/do liczby par zakwalifikowanych do Programu} \times 100$ oczekiwana wartość miernika wyrażonego w % ≥ 30

Miernikiem efektywności dla celów szczegółowych są poniższe wzory:

- dla celu szczegółowego określającego oczekiwane rezultaty leczenia w przypadku par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie),
- $x = \text{liczba par leczonych z wykorzystaniem własnych gamet lub dawstwa nasienia, u których uzyskano ciążę,}$
- $\text{liczba par leczonych w ramach Programu wykorzystaniem własnych gamet lub dawstwa nasienia} \times 100$ oczekiwana wartość miernika wyrażonego w % $\geq 30\%$.

Do spodziewanych efektów programu należy: eliminowanie skutków niepłodności, w populacji miasta Białostok poprzez ułatwienie im dostępu do leczenia niepłodności najskuteczniejszą współcześnie metodą zapłodnienia pozaustrojowego. Ograniczone środki samorządowe nie wystarczą na wsparcie finansowe wszystkich potrzebujących. Program pozwoli na ocenę skali zapotrzebowania na leczenie.

Rozdział 3.

Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka procedur, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

1. Populacja docelowa.

W Polsce nie prowadzono badań epidemiologicznych dotyczących niepłodności na szeroką skalę, dlatego też w określeniu odsetka niepłodnych par musimy posługiwać się danymi szacunkowymi. Według różnych źródeł problem niepłodności dotyczy 10 - 15 % populacji. Pozwala to oszacować, że w Polsce około 1,3mln par ma problem z zajściem w ciążę. Wielkość populacji polskiej, wymagającej leczenia metodami IVF/ICSI wynosi około 25 tysięcy par rocznie. Szacuje się, że zapotrzebowanie na leczenie metodą IVF/ICSI wynosi około 600 - 1000 cykli/na 1 mln mieszkańców (Czechy, Skandynawia, Hiszpania). Odnosząc się do tego schematu liczenia można przyjąć, że ten problem dotyczy w analogicznych proporcjach populacji Białegostoku wynoszącej według danych GUS z 31.12.2021 roku - 295 683 mieszkańców, z czego 53,1% stanowią kobiety, a 46,9% mężczyźni, w tym 69951 kobiety w wieku rozrodczym.

Z uwagi na fakt, że w Polsce brak jest jednoznacznych badań dotyczących niepłodności oraz danych epidemiologicznych w tym zakresie trudno jest oszacować ostateczną liczbę odbiorców programu. Z dotychczasowego doświadczenia można szacować zapotrzebowanie roczne na 200 – 250 par.

Możliwość skorzystania z programu będą miały osoby mieszkające w mieście Białystok i płacące w Białymstoku podatki od co najmniej 2 lat.

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, 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 następujące kryteria:

- 1) wiek kobiety mieści się w przedziale 20-40 lat,
- 2) w ocenie biochemicznej i ultrasonograficznej mają szansę na wydukowanie mnogiego jajczkowana (AMH powyżej 0,7 ng/ml, co najmniej trzy pęcherzyki w jajniku),
- 3) w dniu kwalifikacji do programu są zameldowane w mieście Białystok i para płaci podatki od 2 lat w Białymstoku,
- 4) szybkiej kwalifikacji podlegają pary lub kobiety niebędące w związku ze schorzeniem wymagającym,
- 5) leczenia gonadotoksycznego np. nowotworowym w celu zachowania płodności do mrożenia gamet (kobiety samotne, pary) lub zarodków (pary).

Kryteria wykluczenia:

- 1) Wiek powyżej 40 roku życia,
- 2) Niska rezerwa jajnikowa AMH poniżej 0,7 ng/ml,
- 3) Wady macicy uniemożliwiające donoszenie ciąży, brak macicy,
- 4) Brak funkcji jajnika.

Warunki formalne

- 1) Do leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego lub programu ochrony płodności zakwalifikowane będą pary przez realizatorów programu, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii i warunkami ustawy o leczeniu niepłodności (wszystkie inne metody leczenia, rekomendowane przez PTMRI przy istniejących przyczynach niepłodności zakończyły się niepowodzeniem lub nie ma innych metod leczenia przy stwierdzonej przyczynie)

- 2) W ośrodku realizatora programu wymagane będzie złożenie informacji o przeprowadzeniu leczenia niższego rzędu lub wyniku diagnostycznego potwierdzającego bezpośrednie wskazanie do leczenia metodami rozrodu wspomaganego medycznie i udokumentowanie tego faktu w prowadzonej dokumentacji medycznej
- 3) Rekrutacja pacjentów będzie prowadzona w lokalizacji realizatorów programu, spełniających wymogi, o których mowa w punkcie IV.
- 4) O zakwalifikowaniu się pacjentów do programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.

W ramach kampanii informacyjnej podjęte zostaną przez organizatora programu działania mające na celu dotarcie z właściwą informacją na temat programu do potencjalnych pacjentów. W toku realizowania powyższego programu wykorzystane zostaną lokalne media, strona internetowa Urzędu Miasta, informacje na stronach internetowych ośrodków realizujących program polityki zdrowotnej.

3. Planowane dofinansowanie procedur.

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 po wykonaniu przynajmniej jednego z następujących elementów:

- 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 dwóch transferów kriokonserwowanych w cyklu spontanicznym lub substytucyjnym,
- 5) Witryfikację zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym,
- 6) Przechowywanie zarodków kriokonserwowanych na koszt programu przez okres dwóch lat,
- 7) Kriokonserwację komórek jajowych u pacjentek przed leczeniem gonadotoksycznym.

Leczenie niepłodności powinno być uzupełnione przez realizatora programu odpowiednim poradnictwem obejmującym między innymi :

- 1) wyjaśnienie ryzyka okołoporodowego wynikającego ze stosowania ART,
- 2) wyjaśnienie ryzyka wynikającego z zachodzenia w ciążę wielopłodowe (NICE 2017, Rekomendacje PTMRiE2018),
- 3) wyjaśnienie dostępnych opcji terapeutycznych, rezultatów leczenia, możliwość przedyskutowania wątpliwości w celu podjęcia świadomej decyzji (NICE 2017 Rekomendacje PTMRiE 2018),
- 4) przedyskutowania z parą regulacji prawnej obowiązującej w Polsce wynikającej z Ustawy o leczeniu niepłodności. Realizator/rzy programu będą zobowiązani do poinformowania, że prawo zezwala na zapłodnienie 6 komórek jajowych, jeżeli partnerka jest w wieku do 35 lat. Ustawa zezwala na zapłodnienie wszystkich komórek jajowych po dwóch nieudanych programach lub jeżeli partnerka skończyła 35 lat,
- 5) w programie para może korzystać z plemników z banku spermy na zasadach określonych w Ustawie o leczeniu niepłodności. Koszty zakupu nasienia z Banku nasienia pokrywa para,
- 6) pacjenci powinni uzyskać informację, że przy zapładnianiu 6 komórek do zapłodnienia dochodzi w od 0 do 6 komórkach jajowych. W 5 – 6 dobie końcowe stadium rozwoju możliwego do uzyskania in vitro tj etap blastocysty osiąga od 6 do 0 zarodków średnio 2 – 3 blastocysty. Parę należy poinformować, że około 40% zarodków które osiągnęło stadium blastocysty zagnieżdża się w jamie macicy i dochodzi do ciąży,
- 7) przedyskutowanie z parą aspektów etycznych leczenia metodami rozrodu wspomaganego medycznie i poinformowanie, że jeżeli para sobie tego życzy, można ograniczyć liczbę zapładnianych komórek oraz zamrozić komórki jajowe i przy następnych próbach odmrażać i zapładniać kolejne komórki. Pacjentom którzy chcą ograniczyć ilości zapładnianych komórek należy przedstawić stanowisko ASRM z 2021 roku Fertility and Sterility VOL. 116 NO. 1 / JULY 2021 .Należy jednocześnie poinformować, że takie stanowisko przyjęte

zostało z pewną ostrożnością ponieważ dowody na to że skuteczność procedury jest taka sama jak przy zapładnianiu i rozwoju zarodków ze świeżych komórek jajowych nie jest w pełni udowodniona. Analizowane wyniki odnoszono do pobrań komórek oraz ich mrożenia u młodych pacjentek co pozwoliło określić poziom wiarygodności tych badań jako umiarkowany. Nie wiadomo jak wiek, rezerwa jajnikowa, przyczyna niepłodności wpływa na skuteczność samej procedury i odsetek żywych urodzeń.

Należy poinformować, że takie postępowanie wiąże się z dodatkowymi kosztami w kolejnych cyklach wynikającymi z konieczności wykonania:

- klinicznej oceny cyklu, tak aby wyznaczyć datę rozmrożenia komórki, zsynchronizowanego z cyklem zapłodnienia,
- rozmrożenia komórki w ustalonym dniu,
- przeprowadzenie procedury zapłodnienia ICSI (po mrożeniu osłonka przejrzysta oporna jest na wiązanie i przejście plemnika przez osłonkę),
- oceny rozwoju zarodka.

Koszty tych procedur powinny być ustalone przed przystąpieniem do procedury i zaakceptowane przez parę.

- 8) zapewnienie specjalistycznej opieki psychologicznej lub wskazanie gdzie można uzyskać tego typu opiekę (NICE 2017 Rekomendacje PTMRiE 2018),
- 9) poinformowanie o stylu życia i innych czynnikach, które mogą negatywnie wpłynąć na zdrowie rozrodcze (np. wiek, BMI, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu itp.) (NICE 2017 Rekomendacje PTMRiE 2018).

Leczenie niepłodności w drodze zapłodnienia pozaustrojowego nie jest obecnie w Polsce finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych. Jednakże zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357) w ramach zabiegów w zakresie układu rozrodczego kobiety przeprowadzana jest m.in. „sztuczna inseminacja”.

W ramach kampanii informacyjnej podjęte zostaną przez organizatora programu działania mające na celu dotarcie z właściwą informacją na temat programu do potencjalnych pacjentów. W toku realizacji programu wykorzystane zostaną lokalne media, strona internetowa Urzędu Miejskiego w Białymstoku.

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 realizatorów programu poniedziałek – piątek w godz. 8.00-18.00, w sobotę i niedzielę w godzinach 9.00 -12.00. Realizatorzy programu zapewnią równocześnie możliwość rejestracji telefonicznej oraz elektronicznej przez 7 dni w tygodniu oraz kontaktu telefonicznego z ośrodkiem przez 24 godz.

Dodatkowym źródłem informacji dla pacjentów będzie linia pomocy „Pacjent dla pacjenta” Stowarzyszenia „Nasz bocian” działająca pięć dni w tygodniu (poniedziałek - piątek) poprzez telefon i internet w godzinach dyżurów wolontariuszy.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

Uczestnikom programu przysługuje możliwość dofinansowania do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego pod warunkiem przeprowadzenia co najmniej jednej procedury biotechnologicznej w ramach metod rozrodu wspomaganego medycznie. Pozostałe koszty procedury ponoszą pacjenci.

Cennik pozostałych procedur powinien być udostępniony przez ośrodek realizujący program na stronie internetowej i określony w czasie pierwszej wizyty.

Jeżeli procedura zapłodnienia pozaustrojowego z powodów medycznych zakończy się na wcześniejszym etapie to dofinansowanie obejmuje przeprowadzone do tego etapu elementy. Z przyczyn medycznych program może zakończyć się jeżeli nie dojdzie do pobrania komórek, nie dojdzie do zapłodnienia, zarodki nie będą się rozwijały. Ponieważ program obejmuje finansowanie od momentu pobrania komórek nie przewiduje się zakończenia procedury z przyczyn pozamedycznych. Jeżeli wystąpią problemy z realizacją kolejnych etapów wszystkie zarodki /komórki jajowe są kriokonserwowane.

Udział w programie zostaje zakończony po wykorzystaniu wszystkich zarodków przez daną parę lub rezygnacji przez parę z dalszych etapów

Zgodnie z art. 46 ustawy o leczeniu niepłodności bank komórek rozrodczych i zarodków przechowujący kriokonserwowane zarodki w umowie z pacjentami określi podmiot (inny bank komórek rozrodczych i zarodków) do którego zostaną przekazane kriokonserwowane zarodki w przypadku jego likwidacji lub zaprzestania przez niego prowadzenia działalności w zakresie przechowywania komórek rozrodczych lub zarodków, w tym również w przypadku cofnięcia pozwolenia na prowadzenie postępowania z komórkami rozrodczymi i zarodkami w celu medycznie wspomaganego prokreacji. W przypadku upływu ustawowego 20-letniego okresu przechowywania kriokonserwowanych zarodków, zgodnie z art. 21 ustawy o leczeniu niepłodności będą one przekazane do dawstwa zarodka. Kwestie te powinny być omówione z beneficjentami przed uzyskaniem zgody na wykonanie procedur przewidzianych w Programie.

Rozdział 4.

Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej.

Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów program obejmuje dofinansowanie w wysokości do 5000 zł do procedury biotechnologicznej, nie więcej niż 60% kosztów danej procedury składającej się z:

A. Części nie objętej dofinansowaniem:

- 1) kwalifikacja na podstawie indywidualnej oceny sytuacji klinicznej pary i po przeprowadzeniu niezbędnej diagnostyki, w tym w szczególności wymaganych ustawowo badań,
- 2) ustalenia protokołu stymulacji indywidualnie u każdej z par,
- 3) stymulację mnogiego jajczkowania wraz z nadzorowaniem jej przebiegu,
- 4) dobór dawcy nasienia, zgodnie z wymogami ustawy o leczeniu niepłodności (w przypadku dawstwa innego niż partnerskie),

B. Część objęta dofinansowaniem w ramach programu:

- 1) wykonanie punkcji pęcherzyków jajowych,
- 2) znieczulenie ogólne podczas punkcji,
- 3) zapłodnienie komórek jajowych dostępnymi obecnie metodami i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro,
- 4) transfer zarodków do jamy macicy,
- 5) witrifikacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym,
- 6) przechowywanie zarodków kriokonserwowanych w certyfikowanym Banku Gamet i Zarodków.

Koszty następujących procedur ponoszą pacjenci:

- 1) wizyta kwalifikacyjna,
- 2) nadzór nad stymulacją mnogiego jajczkowania,
- 3) niezbędne badania wirusologiczne i innych chorób,
- 4) koszty leków,
- 5) koszty ewentualnego zakupu nasienia,
- 6) koszty przechowywania zarodków kriokonserwowanych,
- 7) koszty przechowywania komórek jajowych kriokonserwowanych,
- 8) koszty kolejnych transferów zarodków mrożonych kriotransferów,
- 9) koszty wykorzystania kriokonserwowanych oocytów,
- 10) koszty badań laboratoryjnych,
- 11) koszty ewentualnej biopsji jądra/najądrzy.

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 specjalistycznych ośrodkach, które zapewniają możliwość takiego leczenia oraz dysponują odpowiednią doświadczoną kadrą oraz odpowiednią aparaturą laboratoryjną i medyczną. W ośrodku przystępującym do konkursu w ostatnich 3 latach powinno być wykonane co najmniej 200 programów zapłodnienia pozaustrojowego rocznie i ośrodek powinien działać od co najmniej 3 lata. 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 czyli posiadać Decyzję Ministerstwa Zdrowia zezwalającą na prowadzenie leczenia metodami rozrodu wspomaganego medycznie i prowadzenie Banku Gamet i Zarodków.

Podstawą realizacji programu będzie podpisana z realizatorem umowa, w której określone będą zasady, warunki, koszt realizacji kompleksowego zadania oraz wysokość dofinansowania.

3. Kadra.

- 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, posiadać specjalizację z endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości lub być w trakcie jej realizacji,
- 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 dwóch lekarzy posiadających specjalizację w zakresie ginekologii i położnictwa i/lub posiadać specjalizację z endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości lub być w trakcie jej realizacji,
- 2) co najmniej dwóch diagnostów laboratoryjnych 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.

4. Warunki prowadzenia leczenia.

Podmioty lecznicze udzielające świadczeń polegających na leczeniu niepłodności powinny posiadać:

- 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:
 - a) sali zabiegowej z wyposażeniem anestezjologicznym umożliwiającym pobieranie gamet oraz transfer zarodków,
 - b) sali dziennego pobytu,
 - c) wydzielonego laboratorium zapłodnienia pozaustrojowego, oddzielonego służą od pozostałych pomieszczeń,
 - d) wydzielonego laboratorium kriogenicznego,
 - e) banku gamet i zarodków,
- 4) układ pomieszczeń powinien zapewniać 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 anestetyczny do znieczuleń,
- 3) co najmniej dwa 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 stałą temperaturą 37°C,
- 7) możliwość wykonania witryfikacji 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 powinna być zapewnione prowadzenie archiwizacji elektronicznie danych klinicznych oraz embriologicznych.

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

Wyłonieni w trybie konkursu przeprowadzonego przez Urząd Miejski w Białymstoku realizatorzy programu będą realizowali 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.

Rozdział 5.

Dowody skuteczności planowanych działań

1. Opinie ekspertów klinicznych.

Założenia 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.

2. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym którego dotyczy wniosek.

Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, Ustawy o leczeniu niepłodności.

3. Dowody skuteczności (efektowności klinicznej) oraz efektowności kosztowej.

Referencje odnoszące się do oceny efektywności klinicznej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego określono w ustawie z dnia 25 czerwca 2015r. o leczeniu niepłodności.

4. informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne).

- Samorządowy program leczenia niepłodności dla mieszkańców miasta Łodzi,
- Samorządowy program leczenia niepłodności dla mieszkańców miasta Częstochowy,
- Samorządowy program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności dla miasta stołecznego Warszawy,
- Samorządowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Gdańsk,
- Samorządowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Lublin.

Rozdział 6.

Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Realizatorzy programu zobowiązani są do:

- 1) składania corocznych raportów w ramach programu European IVF Monitoring (EIM),
- 2) stosowania wytycznych zawartych w Algorytmach Diagnostyczno Lecznicych 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,
- 3) stosowania wytycznych zawartych w standardach opieki nad pacjentem w leczeniu niepłodności Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”.

2. W ramach oceny efektywności programu zakłada się:

- 1) monitorowanie liczby zgłoszonych par w roku realizacji programu,
- 2) monitorowanie liczby par biorących udział w programie z uwzględnieniem wieku,
- 3) monitorowanie liczby par zgłoszonych do programu ale oczekujących w kolejce do programu,
- 4) monitorowanie liczby par, które zrezygnowały z jego udziału w trakcie trwania programu,
- 5) monitorowanie liczby przeprowadzonych procedur zapłodnienia pozaustrojowego,
- 6) monitorowanie wskaźnika ciąż klinicznych,
- 7) monitorowanie wskaźnika ciąż wielopłodowych,
- 8) monitorowanie wskaźnika urodzeń żywych,
- 9) monitorowanie wskaźnika zespołów hiperstymulacyjnych.

3. Sposób oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń.

- 1) Rozliczanie realizacji powyższych zadań odbywać się będzie na podstawie zawartej umowy pomiędzy organizatorem a realizatorem/ami.
- 2) Dofinansowanie będzie przyznawane uczestnikom programu według kolejności zgłoszenia.
- 3) Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia wydzielonego rejestru uczestników objętych dofinansowaniem oraz do przeprowadzenia badania ankietowego - oceny satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 1) według wzorca zapewnionego przez zlecającego i przekazanie wypełnionych ankiet wraz z fakturą za wykonane działania. Ponadto, podmiot prowadzący leczenie będzie zobowiązany do pozyskania informacji od pary o ostatecznym efekcie przeprowadzonej procedury.
- 4) Zleceniobiorca zobowiązany jest do sporządzania i przekazania, w okresach miesięcznych do 15 dnia każdego miesiąca, informacji o bieżącej realizacji Programu w szczególności do przedstawienia liczby i rodzaju wykonanych świadczeń oraz faktur za wykonane procedury.
- 5) Zleceniobiorca sporządzi i prześle Zleceniodawcy rozliczenie końcowe z realizacji programu w terminie 21 dni od dnia zakończenia realizacji umowy. Brak uwag do sprawozdania stanowi o jego zaakceptowaniu przez Zleceniodawcę.

Ewaluacja

Ewaluacja zostanie przeprowadzona po zakończeniu realizacji Programu (załącznik nr 2).

Analizowane będą :

- 1) zgłaszalność do Programu, w tym liczba par, które skorzystały z dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, a wcześniej nie miały takiej możliwości,
- 2) liczba par, które zrezygnowały z udziału w Programie (z przyczyn medycznych i pozamedycznych, ze wskazaniem tych przyczyn),
- 3) skuteczności świadczeń wykonywanych w ramach Programu, w tym liczba ciąż u Par, które wcześniej bezskutecznie starały się o ciążę,

- 4) liczba dzieci urodzonych wskutek świadczeń medycznych, zrealizowanych w ramach Programu,
- 5) liczba i odsetek ciąż wielopłodowych,
- 6) wskaźnik powikłań w postaci zespołu hiperstymulacji,
- 7) liczba zarodków powstałych wskutek zastosowania leczenia w ramach Programu, które zostały poddane kriokonserwacji,
- 8) określenie możliwych przyczyn niepowodzenia leczenia u par, u których leczenie w ramach Programu skończyło się niepowodzeniem.

Rozdział 7.

Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe i całkowite.

Koszt jednej całej procedury zapłodnienia pozaustrojowego wynosi średnio 10 000 - 15 000zł (w zależności od ośrodka). Uczestnikom programu przysługuje możliwość dofinansowania do maksymalnie trzech prób zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego w wysokości do 5.000 zł każda nie więcej jednak 60 % kosztów całej procedury biotechnologicznej.

Liczba par	8
Liczba cykli w ciągu roku	8
Koszt jednostkowy procedury	5000 zł
Roczny koszt programu	50 000 zł
Całkowity koszt programu	50 000 zł
Koszt promocji , nadzoru i monitorowania programu 1 rok	1000 zł
Koszt promocji, nadzoru , monitorowania	2000 zł

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 pacjentów. Szczegółowe koszty poszczególnych procedur zostaną podane przez jednostki przystępujące do konkursu ofert.

2. Kampania promująca program.

Poziom środków finansowych przeznaczonych na akcję promującą program wraz z kosztami monitoringu i ewaluacji to nie więcej niż 1000 zł w pierwszym roku będzie finansowany spoza puli przeznaczonej na realizację programu ze środków sponsorów promujące działania - strona internetowa, ulotki, broszury informacyjne.

3. Źródła finansowania.

Program będzie finansowany ze środków budżetu Miasta Białystok.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

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

Samorząd uznał za wysoce istotną rolę, zarówno korzyści klinicznych stosowania metod rozrodu wspomaganego medycznie, jak również konsekwencji ekonomiczno- społecznych finansowania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, w obliczu obserwowanych oraz prognozowanych krytycznych zmian demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa oraz coraz większą liczbą par borykających się z problemem niepłodności.

Rozdział 8.

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 http://dziennikmz.mz.gov.pl/api/DUM_MZ/2018/30/journal/4581
- 2) http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/2016/08/Zal_4_16-02-12_struktura_programu_polityki_zdrowotnej.
- 3) Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o leczeniu niepłodności 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) <http://www.ptmie.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 https://uroweb.org/wp-content/uploads/17-Male-Infertility_LR1.pdf 2015

Rozdział 9.

Załączniki do Programu

Załącznik nr 1

Ankieta poziomu satysfakcji uczestników Programu Polityki Zdrowotnej: „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Białegostoku w latach 2023 – 2024 Projekt Obywatelki”

W jaki sposób dowiedzieliście się Państwo o Programie z materiałów promocyjnych (plakaty, ulotki)

ze strony internetowej

z lokalnych mediów

z mediów społecznościowych

od lekarza prowadzącego

od rodziny/znajomych

z innych źródeł jakich?

2. Nazwa Realizatora, do którego zgłosiliście Państwo się na kwalifikację
.....

3. Jak oceniają Państwo promocję Programu oraz dostęp do informacji na jego temat?

Ocena w skali 1-5

Promocja Programu (plakaty, informacje w mediach itp.)

Dostęp do informacji na temat zasad kwalifikacji do Programu

Dostęp do informacji na temat świadczeń medycznych objętych Programem

Dostęp do informacji na temat ośrodków będących Realizatorami Programu

4. Jak oceniają Państwo organizację Programu oraz poziom świadczonych usług? Ocena w skali 1-5

Dopełnianie formalności związanych z rejestracją w Programie

Czas pomiędzy rejestracją w Programie a wizytą kwalifikacyjną

Stosunek personelu medycznego do pacjentów

Komunikatywność personelu medycznego

Poziom usług medycznych świadczonych w ramach Program

5. Państwa uwagi temat Programu:

Załącznik nr 2

Ewaluacja projektu z zastosowaniem leczenia niepłodności metodą pozaustrojowego zapłodnienia

liczba par, które skorzystały z dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, a wcześniej nie miały takiej możliwości;	
liczba par, które zrezygnowały z udziału w Programie (z przyczyn medycznych i pozamedycznych, ze wskazaniem tych przyczyn);	
skuteczności świadczeń wykonywanych w ramach Programu, w tym liczba ciąż u Par, które wcześniej bezskutecznie starały się o ciążę;	
liczba dzieci urodzonych w skutek świadczeń medycznych, zrealizowanych w ramach Programu;	
liczba i odsetek ciąż wielopłodowych	
wskaźnik powikłań w postaci zespołu hiperstymulacji	
liczba zarodków powstałych w na skutek leczenia w ramach Programu, które zostały poddane kriokonserwacji;	
określenie możliwych przyczyn niepowodzenia leczenia u par, u których leczenie w ramach Programu skończyło się niepowodzeniem.	