

**UCHWAŁA NR 1359/XLV/2022  
RADY MIASTA LUBLIN**

z dnia 15 grudnia 2022 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Lublin”**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 559, 583, 1005, 1079 i 1561), art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) - Rada Miasta Lublin uchwała, co następuje:

**§ 1.**

Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Lublin” w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały.

**§ 2.**

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Lublin.

**§ 3.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta Lublin

**Jarosław Pakuła**

Załącznik  
do uchwały nr 1359/XLV/2022  
Rady Miasta Lublin  
z dnia 15 grudnia 2022 r.



## **PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ**

### **Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Lublin**

**Okres realizacji Programu  
2023 – 2025**

**Autor: prof. Sławomir Wołczyński, Klinika Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**

Podstawa prawna art. 48 ust 1 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz U z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.)

---

## Spis treści

|  |    |
|--|----|
| I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....                                   | 3  |
| I.1 Opis problemu zdrowotnego.....   | 3  |
| I.2 Dane epidemiologiczne.....   | 4  |
| I.3 Opis obecnego postępowania.....  | 6  |
| II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....   | 7  |
| II.1 Cel główny.....   | 7  |
| II.2 Cele szczegółowe:.....  | 7  |
| II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....  | 7  |
| III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej..... | 8  |
| III.1 Populacja docelowa.....  | 8  |
| III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....      | 9  |
| III.3 Planowane interwencje.....   | 11 |
| III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....   | 12 |
| III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....  | 13 |
| IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....  | 13 |
| IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów...   | 13 |
| IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....                         | 14 |
| V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....  | 17 |
| V.1 Monitorowanie.....   | 17 |
| V.2 Ewaluacja.....   | 18 |
| VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....   | 18 |
| VI.1 Koszty jednostkowe.....   | 18 |
| VI.2 Koszty całkowite – 2 procedury zapłodnienia w latach 2023 - 2025.....   | 19 |
| VI.3 Źródła finansowania.....  | 20 |
| VII. Bibliografia.....   | 20 |

## **I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej**

### **I.1 Opis problemu zdrowotnego**

Zjawisko niepłodności zawsze towarzyszyło ludzkości, ale od kilkudziesięciu lat nasila się, będąc prawdopodobnie naturalną konsekwencją zmian współczesnego świata - zmian społecznych, niekorzystnego wpływu środowiska. Niepłodność w dzisiejszym społeczeństwie stanowi ważny wieloaspektowy problem wymagający pomocy medycznej. Niepłodność jest chorobą szczególną, ponieważ dotyka młodych ludzi w okresie ich największej aktywności, wywiera negatywny wpływ na funkcjonowanie rodziny, stan emocjonalny pary, jej funkcjonowanie społeczne i zawodowe. Niepłodność to ważny osobisty problem zdrowotny, którego społeczne konsekwencje są dużo większe i wykraczają poza problemy zdrowotne. 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 rzuca na pracę zawodową młodych osób w okresie ich największej aktywności. Badania pokazują, że niepłodna para czuje się izolowana społecznie, wykluczana.

Skala problemu powoduje, że oprócz wpływu na życie jednostek negatywnie oddziałuje na procesy demograficzne. Szczególnie jest to ważne w Polsce, gdzie już od kilku lat dzietność Polek zmniejszyła się do 1,42, co nie zapewnia odnawialności naszej populacji.

Rozważając problemy leczenia niepłodności, należy mieć na uwadze obserwowane negatywne zjawiska demograficzne, związane min. 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 ok. 184 tysiące osób w porównaniu do 2020 roku.

Mało optymistyczne trendy demograficzne dobitnie wskazują na konieczność podejmowania przez samorząd miasta Lublin skutecznych działań zwiększających liczbę urodzeń.

Niepłodność definiuje się jako niemożność zajścia w ciążę po roku utrzymywania stosunków płciowych w celu uzyskania potomstwa.<sup>1</sup>

Niepłodne pary powinny otrzymać należytą informację o możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych, jakie stwarza współczesna medycyna.

---

<sup>1</sup> Program polityki zdrowotnej. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016 – 2020. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2016

Para z problemem niemożności zajścia w ciążę powinna 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 przyszłe możliwości rozrodu.

Oczekiwany efektami szczegółowymi programu są: urodzenie dzieci przez dotychczas niepłodne pary, eliminowanie bądź ograniczenie skutków niepłodności i obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji mieszkańców miasta Lublina.

## **I.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.<sup>2</sup>

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

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.

Według danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych zapadalność rejestrowana dla rozpoznań dla kobiet z grupy „zaburzenia płodności” w roku 2016 wynosiła 26,1 tysiąca przypadków w Polsce. Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 68,0. Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „niepłodność męska” w roku 2016 wynosiła 1,9 tysiąca przypadków w Polsce, a współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100

---

2 „Diagnostyka i leczenie niepłodności – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP)”. Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii, 2018 r.

tysięcy ludności wyniósł 5,0. Chorobowość rejestrowaną na dzień 31.12. 2016 r. oszacowano na 20,0 tysięcy przypadków tj. 0,1 tysiąca na 100 tysięcy mieszkańców.

W 2016 roku w województwie lubelskim odnotowano 0,83 tysiąca hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako „zaburzenia płodności”, co stanowiło 4,92% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby układu moczowo-płciowego u kobiet. W roku 2021 zapadalność rejestrowa zaburzeń płodności u kobiet wynosiła 1,21. W okresie od 2020 do 2029 roku prognozowane jest ogólne zwiększenie zapadalności rejestrowanej na choroby wchodzące w skład chorób męskich narządów płciowych.<sup>3</sup>

Dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych obejmują jedynie świadczenia realizowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Z uwagi na brak kompleksowej refundacji leczenia niepłodności, w tym brak finansowania leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego, przedstawione dane nie obrazują rzeczywistych potrzeb w zakresie leczenia niepłodności.

Artykuł 16 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka stanowi, iż prawo do posiadania rodziny jest podstawowym prawem człowieka. 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.

W badaniach klinicznych potwierdzono że skutecznymi metodami zwiększającymi odsetki ciąż są:

- 1) zmiana stylu życia (unikanie: palenia tytoniu, alkoholu, narkotyków, substancji chemicznych w miejscu pracy)<sup>4</sup>;
- 2) indukcja jajczkowania u pacjentek z zaburzeniami jajczkowania;
- 3) leczenie chirurgiczne przy stwierdzonych przeszkodach anatomicznych;
- 4) inseminacja domaciczna;
- 5) pozaustrojowe zapłodnienie.

Najsukuteczniejszą 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.

---

3 [https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/04/mpz\\_choroby-ukladu-moczowo-plciowego-kobiet\\_wojewodztwo\\_03.pdf](https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/04/mpz_choroby-ukladu-moczowo-plciowego-kobiet_wojewodztwo_03.pdf)

4 Najnowszy raport na temat substancji działających szkodliwie na rozrodczość. Przegląd literatury Europejskie Obserwatorium Ryzyka Streszczenie Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. 2016

Wzrost liczby par zmagających się z niepłodnością jest między innymi konsekwencją ogólnoswiatowych trendów populacyjnych, wśród których istotnym jest coraz późniejszy wiek kobiet i mężczyzn decydujących się na potomstwo.

### **I.3 Opis obecnego postępowania**

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) modyfikację stylu życia;
- 2) metody chirurgiczne;
- 3) farmakologiczną indukcją jajczkowania;
- 4) inseminację domaciczną;
- 5) pozaustrojowe zapłodnienie (IVF);
- 6) złożone metody rozrodu wspomaganego medycznie ART (m.in. ICSI, ICSI-PESA, ICSI-TESA zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania terapeutycznego);
- 7) kriokonserwacja komórek jajowych u pacjentek z odroczonej 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.

Metody rozrodu wspomaganego medycznie 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, zaawansowana 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.

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 Lublina do usług medycznych w zakresie leczenia niepłodności i wsparcie niepłodnych par dofinansowaniem do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego.

Zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Wdrożenie i realizacja niniejszego programu zwiększy dostęp do zaawansowanych metod leczenia niepłodności dla mieszkańców Lublina, a poprzez wzrost liczby narodzin pozytywnie wpłynie na trendy demograficzne.

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **II.1 Cel główny**

Ograniczenie zjawiska niepłodności i bezdzietności wśród mieszkańców Gminy Lublin w trakcie trwania Programu, poprzez zapewnienie leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego w oparciu o przepisy prawa oraz określone standardy postępowania i procedury medyczne w wyniku, których prognozuje się narodziny ok. 36 dzieci w okresie od 2023 - 2025 roku.

### **II.2 Cele szczegółowe:**

- 1) uzyskanie ciąży klinicznej u co najmniej 25% par zakwalifikowanych do Programu;
- 2) urodzenie się rocznie co najmniej 12 dzieci w ramach Programu;
- 3) zwiększenie wiedzy na temat zdrowia prokreacyjnego, w tym zdrowego stylu życia, u co najmniej 50% uczestników Programu, poprzez działania edukacyjne realizowane w latach 2023 – 2025.

Cele szczegółowe zostały zdefiniowane w oparciu o średnią skuteczność zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego i procedur medycznie wspomaganey reprodukcji wynoszącą zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia oraz raportami Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego ok 20-40% na jeden cykl zakończony transferem zarodka.

### **II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

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

Miernikami efektywności programu będą:



- 1) odsetek par, korzystających z programu w latach 2023 – 2025, u których uzyskano pozytywny wynik mierzony ilością ciąż klinicznych;
- 2) liczba dzieci urodzonych rocznie w wyniku zastosowanej procedury w ramach Programu;
- 3) odsetek osób, u których uzyskano wzrost 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**

#### **III.1 Populacja docelowa**

W Polsce nie prowadzono badań epidemiologicznych 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 1,3 mln 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 schematu liczenia można przyjąć, że ten problem dotyczy w analogicznych proporcjach populacji miasta Lublin wynoszącej na dzień 31.03.2020 - 320 116 mieszkańców w tym 146 132 osoby to mężczyźni, a 173 984 to kobiety. Natomiast na dzień 15.11.2022 r. liczba mieszkańców miasta wynosi 311 861, z czego 36 324 to liczba kobiet w wieku 25 - 40 lat zameldowanych w Lublinie na pobyt stały (dane własne Wydziału Spraw Administracyjnych Urzędu Miasta Lublin).

W 2019 roku w mieście Lublin urodziło się 3 394 dzieci, co było prawie równe liczbie zgonów 3 392. Podobne liczby odnotowano w 2018 roku - liczba urodzeń 3 739, a liczba zgonów 3 419 osób. W ostatnich latach współczynnik dzietności w Lublinie waha się od 1,11 do 1,41.<sup>5</sup> W roku 2020 zmarły 4 224 osoby, a urodziło się 3 385 dzieci, zaś w roku 2021 zmarło 4 732 osoby, a urodziło się 3 263 dzieci. W roku 2020 przyrost naturalny wynosił – 839, natomiast w 2021-1469. Przedstawione wskaźniki demograficzne są, tak jak w całym kraju, niekorzystne i w dłuższej perspektywie nie zapewniają odnowialności populacji. Jednym z istotnych elementów poprawiających niekorzystne trendy demograficzne powinno być racjonalne, zgodne ze współczesną wiedzą medyczną szybkie, skuteczne leczenie niepłodności.

---

5 Dane własne Urzędu Miasta Lublin.

Z uwagi na fakt, że w Polsce brak jest jednoznacznych badań dotyczących niepłodności oraz danych epidemiologicznych w tym zakresie trudno jest oszacować ostateczną wielkość odbiorców Programu.

Do oszacowań wielkości populacji docelowej kwalifikującej się do programu wykorzystano szacunki wielkości populacji polskiej leczonej metodami IVF/ICSI (około 25 tysięcy). Na podstawie wielkości populacji miasta Lublina wynoszącej 311 961 i liczby kobiet w wieku 25 - 40 lat (dane Wydziału Spraw Administracyjnych Urzędu Miasta Lublin 2022 r.) oszacowano liczbę niepłodnych par wymagających leczenia metodami rozrodu wspomaganego medycznie w populacji na około 360 par.

Program zakłada, że pary mogą podchodzić w ramach Programu do maksymalnie 2 procedur, stąd łączna liczba procedur w trakcie trwania całego Programu dla 360 par wynosiłaby 720. Mając na uwadze obecną sytuację budżetu Miasta Lublin, celem umożliwienia mieszkańcom leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego przyjęto możliwość wsparcia leczenia dla 50 par w ciągu roku, tj. 150 par w okresie trwania programu w latach 2023-2025. Możliwość taka wynika również ze stanowiska AOTMiT, w świetle którego zmniejszenie budżetu i zmniejszenie liczebności osób objętych działaniami Programu jest możliwe, o ile nie ulegają zmianie kryteria opisujące populację docelową<sup>6</sup>. Rozpoczęcie realizacji Programu stanowić też będzie wykonanie uchwały Rady Miasta Lublin uznającej za zasadną petycję dotyczącą opracowania i wdrożenia miejskiego programu dofinansowania leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego<sup>7</sup>.

Adresatem programu będą pary pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim, które nie zachodzą w ciążę, przeszły postępowanie diagnostyczne, przeszły, w uzasadnionych wskazaniach, leczenie bez efektu, partnerka jest w wieku 25 – 40 lat i ma rezerwę jajnikową pozwalającą przeprowadzić stymulację jajczkowania.

Dodatkowo adresatem programu będą pacjentki przed leczeniem gonadotoksycznym w celu zabezpieczenia płodności.

### **III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej**

---

6 Pismo Prezesa AOTMiT skierowane do Wydziału Zdrowia i Profilaktyki Urzędu Miasta Lublin z dnia 14 października 2022 r.

7 Uchwała Rady Miasta Lublin Nr 351/X/2019 z dnia 17.10.2019 r. w sprawie petycji dotyczącej opracowania i wdrożenia miejskiego programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego (in vitro).

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.

Kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej:

- 1) wiek kobiet mieści się w przedziale 25 - 40 lat (wg. rocznika urodzenia); i w ocenie biochemicznej i ultrasonograficznej ma szansę na wyindukowanie mnogiego jajeczkowania (AMH powyżej 0,7 ng/ml i co najmniej trzy pęcherzyki w jajniku);
- 2) osoby aplikujące do Programu (kobieta i mężczyzna) muszą mieszkać na terenie Lublina od 12 miesięcy do chwili aplikowania do Programu;
- 3) pary płacące podatki na terenie Gminy Lublin.

Szybkiej kwalifikacji podlegają pary lub kobiety ze schorzeniem wymagającym leczenia gonadotoksycznego np. nowotworowym w celu zachowania płodności do mrożenia gamet lub zarodków.

Do Programu będą mogli 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).

Do leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego 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 PTMRIE przy istniejących przyczynach niepłodności zakończyły się niepowodzeniem lub nie ma innych metod leczenia przy stwierdzonej przyczynie).

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 udokumentowanego faktu w prowadzonej dokumentacji medycznej.

O zakwalifikowaniu się pacjentów do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej:

- niespełnienie któregoś z wyżej wymienionych kryteriów kwalifikacji do Programu;
- przeciwwskazania medyczne;
- równoległe uczestnictwo w innym programie o podobnym charakterze, finansowanym ze środków publicznych;
- dopuszcza się rezygnację z udziału w Programie na życzenie pacjenta.

Rekrutacja pacjentów będzie prowadzona w lokalizacji realizatorów programu.

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.

### III.3 Planowane interwencje

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 wraz ze znieczuleniem ogólnym;
- 2) pozaustrojowe zapłodnienie i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro;
- 3) transfer zarodków do jamy macicy w cyklu stymulowanym i 2 transferów kriokonserwowanych w cyklu spontanicznym lub substytucyjnym.;
- 4) wityfikację zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym;
- 5) przechowywanie zarodków kriokonserwowanych przez okres realizacji Programu ( po tym okresie koszty pokrywa para);
- 6) kriokonserwację komórek jajowych u pacjentek przed leczeniem gonadotoksycznym i ich przechowywanie bez kosztów ponoszonych przez pacjentów przez okres realizacji Programu.

Leczenie niepłodności powinno być uzupełnione odpowiednim poradnictwem przez realizatora programu obejmującym m. in.:

- 1) wyjaśnienie ryzyka okołoporodowego wynikającego ze stosowania ART;
- 2) wyjaśnienie ryzyka wynikającego z zachodzenia w ciążę wielopłodowe (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) zapewnienie specjalistycznej opieki psychologicznej lub wskazanie gdzie można uzyskać tego typu opiekę (NICE 2017 Rekomendacje PTMRiE 2018);
- 5) edukację zdrowotną dotycząc stylu życia i innych czynników, które mogą wpłynąć na zdrowie rozrodcze i wyniki leczenia (NICE 2017 Rekomendacje PTMRiE 2018) wraz z badaniem poziomu wiedzy uczestników Programu przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora kwestionariusza ankiety na początku wizyty oraz na jej zakończeniu.

Wszelkie planowane interwencje medyczne powinny być zgodne z obowiązującą ustawą z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności oraz aktualnymi rekomendacjami w leczeniu niepłodności krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych.

W ramach kampanii informacyjnej podjęte zostaną przez organizatora programu działania mające na celu dotarcie z właściwą informacją na temat programu do potencjalnych pacjentów. Działania informacyjne prowadzone będą zarówno przez organizatora Programu (Urząd Miasta Lublin), jak i realizatora programu - podmiot leczniczy.

W toku realizacji programu wykorzystane zostaną lokalne media, strona internetowa Urzędu Miasta Lublin, ulotki, broszury informacyjne, plakaty.

### **III.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 w godzinach: 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 godziny.

Realizator programu ma obowiązek informowania przed rozpoczęciem leczenia uczestników Programu o procedurze kriokonserwacji i zasadach jej finansowania, w tym o wskazaniu liczby komórek jajowych poddawanych zapłodnieniu, pozwalającej określić liczbę zarodków nadliczbowych poddawanych kriokonserwacji oraz o procedurze zamrażania komórek jajowych w miejsce zamrażania zarodków bez zapewnienia finansowania w ramach Programu.

### **III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Uczestnik Programu może zrezygnować z udziału w programie. Rezygnacja następuje poprzez przedłożenie realizatorowi przez uczestnika Programu pisemnej rezygnacji z udziału w dalszych działaniach Programu.

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 2 zabiegi. 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. Koszt ewentualnych kolejnych prób (>2) przeprowadzenia zapłodnienia pozaustrojowego ponoszony jest przez pacjentów.

Opieka nad kobietą ciężarną po leczeniu niepłodności realizowana będzie na zasadach określonych ustawą, w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego (NFZ) np. w ramach programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży.

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

### **IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów**

W ramach Programu zaplanowano następujące etapy:

1. Wybór realizatorów w drodze konkursu.

Realizator Programu będzie wybrany w drodze konkursu ofert zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie.

2. Informowanie o realizacji Programu potencjalnych uczestników.

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, broszury, informacje na stronach internetowych ośrodków realizujących Program polityki zdrowotnej. Dopuszczalne są inne formy przekazywania informacji o Programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora.

3. Kwalifikacja uczestników do Programu przez realizatorów.

Realizatorzy Programu będą prowadzili kwalifikacje uczestników do Programu zgodnie z kryteriami określonymi w programie polityki zdrowotnej oraz kryteriami wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

4. Przeprowadzenie procedury zapłodnienia pozaustrojowego

Procedura zapłodnienia pozaustrojowego będzie odbywała się zgodnie z założeniami programu polityki zdrowotnej. Działania stosowane podczas Programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania przy realizacji Programu ze sprzętu, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

#### **IV.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 lat. Ośrodek powinien w tym okresie raportować dane do europejskiego raportu ESHRE i spełniać wymogi ustawy o leczeniu niepłodności i rozporządzeń wykonawczych Ministra Zdrowia do ustawy o leczeniu niepłodności.

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

#### **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;
- 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 i/lub posiadać specjalizację z endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości lub być w trakcie jej realizacji;
- 2) co najmniej 2 analityków medycznych lub biologów legitymujących się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania zaawansowanych metod wspomaganie rozrodu (certyfikaty ESHRE, certyfikaty PTMRIE);
- 3) lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii;
- 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;
- 5) psychologa mającego doświadczenie w pracy z parami leczonymi metodami rozrodu wspomaganego.

### **Warunki techniczne 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 anestezjologiczny do znieczuleń;



- 3) co najmniej 2 inkubatory CO<sub>2</sub>;
- 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) możliwość wykonania witryfikacji zarodków;
- 8) wysokiej jakości pojemniki do długotrwałego przechowywania w ciekłym azocie zamrożonych zarodków;
- 9) awaryjne źródła zasilania do inkubatorów CO<sub>2</sub> oraz urządzeń kriogenicznych;
- 10) UPS (ang. Uninterruptible Power Supply) do urządzeń pracujących w ruchu ciągłym.

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

Dodatkowo niezbędnym warunkiem realizacji programu w przypadku wystąpienia powikłań w trakcie leczenia pozaustrojowego zapłodnienia jest zapewnienie przez realizatora całodobowego dostępu do leczenia w jednostce lub szpitalu, z którym realizator ma podpisaną umowę na taką okoliczność.

Wyłonieni w trybie konkursu przeprowadzonego przez Urząd Miasta Lublina 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.

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.

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **V.1 Monitorowanie**

Monitorowanie Programu będzie prowadzone na podstawie sprawozdań przedkładanych przez realizatora programu.

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 Leczniczych 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.

Ocena efektywności Programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji Programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach Programu.

#### **W ramach oceny efektywności programu zakłada się:**

- 1) monitorowanie liczby zgłoszonych par w roku realizacji programu;
- 2) monitorowanie liczby par zakwalifikowanych do udziału w programie z uwzględnieniem wieku;
- 3) monitorowanie liczby par nie zakwalifikowanych do programu z przyczyn medycznych;
- 4) monitorowanie liczby par, które zrezygnowały z jego udziału w trakcie trwania programu;
- 5) ocena satysfakcji uczestników programu;
- 6) monitorowanie liczby przeprowadzonych procedur zapłodnienia pozaustrojowego;
- 7) monitorowanie wskaźnika ciąż klinicznych, w tym ciąż wielopłodowych (odsetek ciąż wielopłodowych w stosunku do ciąż klinicznych, odsetek ciąż wielopłodowych w stosunku do ogólnej liczby urodzeń);
- 8) monitorowanie wskaźnika urodzeń żywych;
- 9) monitorowanie wskaźnika zespołów hiperstymulacyjnych;
- 10) monitorowanie liczby pacjentek objętych programem prewencji płodności przed leczeniem gonadotoksycznym.

Monitorowanie realizacji powyższych zadań odbywać się będzie na podstawie zawartej umowy pomiędzy organizatorem, a realizatorem i przedkładanych przez realizatora sprawozdań i informacji.

Dofinansowanie będzie przyznawane uczestnikom Programu według kolejności zgłoszenia. Realizator Programu zobowiązany będzie do prowadzenia wydzielonego rejestru uczestników objętych dofinansowaniem oraz do przeprowadzenia badań ankietowych uczestników Programu w zakresie jakości świadczeń programowych oraz ankiet w zakresie edukacji zdrowotnej. Ankiety satysfakcji z uczestnictwa w Programie przeprowadzone będą według wzorca zapewnionego przez organizatora programu (załącznik do Programu), natomiast kwestionariusze ankiet dotyczące edukacji zdrowotnej będą opracowane przez realizatora Programu. Ponadto realizator Programu prowadzący leczenie będzie zobowiązany do pozyskania informacji od pary o ostatecznym efekcie przeprowadzonej procedury.

## **V.2 Ewaluacja**

Działania podjęte w ramach Programu zostaną poddane ewaluacji mającej na celu ocenę wykonania zadań określonych w Programie. Ewaluacja zostanie przeprowadzona przez Urząd Miasta Lublin w ramach bieżącej pracy Wydziału Zdrowia i Profilaktyki, na podstawie sprawozdań przesyłanych przez realizatorów. Pozwoli to na bieżącą kontrolę realizacji Programu, sporządzanie podsumowań rocznych oraz na końcowe podsumowanie całego okresu realizacji Programu. Realizator Programu zapewni opracowanie statystyczne dotyczące wskazanych w programie mierników efektywności. Skuteczność Programu oceniana będzie w oparciu o realizację celu głównego oraz celów szczegółowych. Ewaluacja dokonana zostanie w oparciu o następujące dane:

- 1) liczba par zgłoszonych do Programu;
- 2) liczba par zakwalifikowanych do udziału w Programie;
- 3) liczba dzieci urodzonych w ramach Programu;
- 4) liczba i odsetek ciąż wielopłodowych;
- 5) odsetek uczestników Programu, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat zdrowia prokreacyjnego, w tym zdrowego stylu życia;
- 6) ocena satysfakcji uczestników programu.

## **VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**

### **VI.1 Koszty jednostkowe**

W zależności od ośrodka wykonującego procedury zapłodnienia koszt jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego wynosi średnio 8 000 – 12 000 zł. Wobec aktualnych możliwości finansowych Gminy Lublin zakłada się, że uczestnikom Programu przysługiwać będzie możliwość dofinansowania do maksymalnie 2 procedur zabiegu

zapłodnienia pozaustrojowego w wysokości do 5 000 zł każda nie więcej jednak 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 2 zapłodnienia pozaustrojowego ponoszony jest w całości przez pacjentów.

Koszty jednostkowe obejmujące poszczególne lata trwania Programu:

|  |                     |
|--|---------------------|
| Koszt jednostkowy procedury                                  | 5000 zł             |
| Liczba par w programie w 2023 roku                           | 50                  |
| Liczba procedur w 2023 roku                                  | $50 \times 2 = 100$ |
| Koszt procedur w roku 2023 roku                              | 500 000 zł          |
| Koszt promocji, nadzoru i monitorowania w 2023 roku          | 10 000 zł           |
| Koszt całkowity programu w 2023 roku                         | 510 000 zł          |
| Liczba par w programie w 2024 roku                           | 50                  |
| Liczba procedur w 2024 roku                                  | $50 \times 2 = 100$ |
| Koszt procedur w 2024 roku                                   | 500 000 zł          |
| Koszt promocji, nadzoru i monitorowania programu w 2024 roku | 5000 zł             |
| Koszt całkowity w roku 2024 roku                             | 505 000 zł          |
| Liczba par w 2025 roku                                       | 50                  |
| Liczba procedur w 2025 roku                                  | $50 \times 2 = 100$ |
| Koszt procedur w 2025 roku                                   | 500 000 zł          |
| Koszt promocji, nadzoru, monitorowania w roku 2025           | 5 000 zł            |
| Całkowity koszt programu w roku 2025                         | 505 000 zł          |

## VI.2 Koszty całkowite – 2 procedury zapłodnienia w latach 2023 - 2025

|   |                              |
|---|------------------------------|
| Liczba par w programie                  | 150                          |
| Liczba procedur w programie             | $2 \times 50 \times 3 = 300$ |
| Koszt 1-ej procedury                    | 5000 zł                      |
| Koszt procedur w programie              | 1 500 000 zł                 |
| Koszt promocji i monitorowania programu | 20 000 zł                    |
| Łączny koszt programu                   | 1 520 000 zł                 |

## Kampania promująca Program

Poziom środków finansowych przeznaczonych na akcję promującą program wraz z kosztami monitoringu i ewaluacji to 10 000 zł. w pierwszym roku, 5 000 zł w roku 2024 oraz 5 000 zł w roku 2025.

## VI.3 Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetu miasta Lublina.

W kolejnych latach środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu, w zależności od możliwości finansowych Gminy Lublin i w przypadku zwiększonego zainteresowania wśród mieszkańców wsparciem leczenia niepłodności.

## 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 [http://dziennikmz.mz.gov.pl/api/DUM\\_MZ/2018/30/journal/4581](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](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.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, Tournay [https://uroweb.org/wp-content/uploads/17-Male-Infertility\\_LR1.pdf](https://uroweb.org/wp-content/uploads/17-Male-Infertility_LR1.pdf) 2015

- 9) Najnowszy raport na temat substancji działających szkodliwie na rozrodczość. Przegląd literatury Europejskie Obserwatorium Ryzyka Streszczenie Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, 2016
- 10) Program polityki zdrowotnej. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016 – 2020. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2016
- 11) Dostęp z dnia 1.12.2022 r. <https://www.polskawliczbach.pl/#dane-demograficzne>
- 12) Dostęp z dnia 1.12.2022 r. <https://stat.gov.pl/> strona internetowa Głównego Urzędu Statystycznego
- 13) Dostęp z dnia 1.12.2022 r. [https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/04/mpz\\_choroby-ukladu-moczowo-plciowego-kobiet\\_województwo\\_03.pdf](https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/04/mpz_choroby-ukladu-moczowo-plciowego-kobiet_województwo_03.pdf)
- 14) Pismo Prezesa AOTMiT skierowane do Wydziału Zdrowia i Profilaktyki Urzędu Miasta Lublin z dnia 14 października 2022 r.
- 15) Uchwała Rady Miasta Lublin Nr 351/X/2019 z dnia 17.10.2019 r. w sprawie petycji dotyczącej opracowania i wdrożenia miejskiego programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego (in vitro).

**Załącznik:**

**Ankieta satysfakcji uczestników programu polityki zdrowotnej „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Lublin”**

**Szanowni Państwo,**

Ankieta ta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag na temat udziału w **programie polityki zdrowotnej „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Lublin”**.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. Dziękujemy za poświęcony czas.

W pytaniach 1-5 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

**1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą**

1. W jakim stopniu program spełnił Pani/Pana oczekiwania?

1      2      3      4      5

2. Jak Pani/Pan ocenia personel pracujący przy realizacji Programu?

1      2      3      4      5

3. Jak ocenia Pani/Pan organizację Programu?

1      2      3      4      5

4. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie trwania Programu?

1      2      3      4      5

5. Czy poleciliby/poleciłby Pani/Pan udział w Programie innym osobom?

1      2      3      4      5

6. Skąd dowiedziała/ł się Pani/Pan o możliwości aplikowania do Programu (zaznacz jedną odpowiedź)?

- z podmiotu leczniczego,
- z Internetu,
- od znajomych/innych uczestników,
- inne (jakie?) .....

7. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?

- tak
- nie

8. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakieś zmiany w organizacji Programu?

- tak (jeśli tak to jakie?)

.....

.....

- nie

9. Inne uwagi:

.....