

Regulamin uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. **„Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców Powiatu Kłodzkiego w latach 2023-2025”**

Niniejszy regulamin określa zasady uczestnictwa w korzystaniu ze świadczeń realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej pn. **„Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców Powiatu Kłodzkiego w latach 2023-2025”**, oraz obowiązki z tym związane, realizowanym przez realizatora programu Polmedis.

1. Warunkiem przystąpienia do Programu (Rejestracji) jest
 - 1.1. ukończony 20 rok życia i nie przekroczony 41 rok życia przez kobietę
 - 1.2. złożenie zaświadczeń przez kobietę i mężczyznę, wydanych przez właściwy dla Powiatu Kłodzkiego Urząd Skarbowy o rozliczaniu podatku PIT w tym Urzędzie Skarbowym,
 - 1.3. podpisanie zgody na udział w programie, w tym oświadczenia o zamieszkaniu na terenie Powiatu Kłodzkiego-który stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.
 - 1.4. Podpisanie wymaganych przez realizatora oświadczeń, w tym pisemnej akceptacji Regulaminu realizatora
2. Uczestnicy Programu przystępują do Programu jako para.
3. Decyzja dotycząca przystąpienia do Programu, odstąpienia od udziału w nim oraz każda inna decyzja związana z udziałem w Programie powinna być podejmowana wspólnie przez parę. Każda taka decyzja powinna być wyrażona na piśmie.
4. Odstąpienie od udziału w Programie jednego uczestnika oznacza odstąpienie od udziału w nim pary.
5. Rejestracja i kwalifikacja do uczestnictwa w Programie odbywa się na podstawie kryteriów określonych w Programie (w tym tzw kryteriów wykluczenia) zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na podstawie dokumentacji medycznej przedstawionej przez parę, z uwzględnieniem obowiązujący przepisów prawa.
6. Po zakwalifikowaniu do Programu w całym okresie jego realizacji parze przysługuje skorzystanie trzykrotnie ze zindywidualizowanej procedury wspomaganego rozrodu.
7. Kolejny cykl leczenia nie może być wykonany bez wykorzystania wszystkich wcześniej uzyskanych i przechowywanych zarodków.
8. Do pokrycia kosztów kriokonserwacji, przechowywania zarodków i kriotransferów (przeniesienia zarodka/ów po rozmrożeniu do jamy macicy) zobowiązana jest para.
9. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych**
 - 9.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w języku polskim i/lub angielskim. Wszelkie dokumenty są w języku polskim. W przypadku gdy językiem zrozumiałym dla uczestnika jest język inny niż polski lub angielski świadczenia medyczne mogą być udzielane tylko w obecności tłumacza. Realizator nie zabezpiecza tłumacza i zapewnienie jego obecności jest po stronie uczestnika.
 - 9.2. Po zgłoszeniu pary do realizatora następuje weryfikacja spełnienia przez parę warunków przystąpienia do programu i jej rejestracja.
 - 9.3. Kwalifikacja odbywa się po zarejestrowaniu pary pod warunkiem spełnienia wymogów opisanych w programie oraz medycznych wskazań do leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego, z uwzględnieniem obowiązujący przepisów prawa. W przypadku dyskwalifikacji para otrzymuje zaświadczenie wskazujące przyczyny dyskwalifikacji.
 - 9.4. Dopuszczenie do realizacji procedury odbywa się po uzyskaniu wymaganych wyników badań laboratoryjnych, podpisaniu wymaganych zgód i oświadczeń, pod warunkiem ,że wyniki tych badań i stan zdrowia uczestników programu nie stwarza istotnego ryzyka dla ich stanu zdrowia i zdrowia w przyszłości narodzonego dziecka.

Załącznik nr 2 do umowy nr

- 9.5. Kolejność udzielania świadczeń w Programie jest uzależniona od kolejności zgłoszenia się pary do realizatora i przeprowadzenia kwalifikacji
- 9.6. Po zakwalifikowaniu do uczestnictwa w Programie, para jest wpisywana na listę oczekujących.
- 9.7. Para zobowiązuje się do rozpoczęcia cyklu w terminie wyznaczonym przez lekarza zatrudnionego przez Realizatora. Niespełnienie tego warunku przez parę skutkuje przesunięciem na ostatnią pozycję listy oczekujących.
- 9.8. Para oraz każdy z uczestników oddzielnie nie może w trakcie uczestnictwa w Programie równocześnie uczestniczyć żadnej innej w procedurze medycznie wspomaganey prokreacji
- 9.9. Para może zrezygnować z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie. Decyzję tę para podejmuje po konsultacji z lekarzem zatrudnionym u realizatora.
- 9.10. Decyzję o rezygnacji z uczestnictwa w Programie para podejmuje na własną odpowiedzialność, zrzekając się jakichkolwiek roszczeń wynikłych z tej decyzji wobec realizatorów, Starostwa Powiatowego w Kłodzku oraz osób związanych z wymienionymi. Decyzja o rezygnacji z uczestnictwa w Programie oznacza niemożność ponownego udziału pary w Programie.
- 9.11. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Programie należy przekazać informację o chęci odstąpienia od udziału w Programie na piśmie do realizatora Informacja o odstąpieniu od udziału w Programie również przekazywana jest na piśmie.

10. Finansowanie

- 10.1. Parze przysługuje **maksymalnie** obniżenie kosztów leczenia w jednym cyklu o kwotę:
 - 10.1.1. 5000 zł ,w przypadku procedury w dawstwie partnerskim (komórki jajowe i nasienie są od uczestników programu.)
 - 10.1.2. 6025 zł, w przypadku procedury, gdy nasienie jest od anonimowego dawcy.
 - 10.1.3. 10 000 zł, w przypadku gdy komórki jajowe pochodzą od anonimowej dawczyni .
 - 10.1.4. 2300 zł, w przypadku dawstwa zarodków
- 10.2. Łączna wielkość dofinansowania w 3 cyklach leczenia nie może przekroczyć kwoty 15 000 zł.
- 10.3. Nie podlega dofinansowaniu mrożenie i przechowywanie gamet i zarodków, oraz ich wykorzystanie po odmrożeniu.
- 10.4. W przypadku przerwania procedury z przyczyn medycznych dofinansowanie obejmuje tylko czynności wykonane.
- 10.5. W przypadku przerwania procedury z przyczyn pozamedycznych przez uczestnika programu dofinansowanie nie przysługuje.
- 10.6. Dofinansowaniem ze środków programu nie są objęte koszty leków.
- 10.7. Szczegółowe warunki finansowania (wartości wyrażone w PLN brutto)

	Koszt dla pacjenta w ramach programu	Wartość dofinansowania	Koszt dla pacjenta poza programem na dzień 01.11.2023
Wizyta rejestracyjna	280	brak	280
Kwalifikacja do procedury (może odbyć się w ramach wizyty rejestracyjnej, jeżeli para spełnia warunki kwalifikacji	200	brak	200
Wizyta dopuszczająca do procedury (uzyskanie wymaganych wyników badań oraz podpisanych zgód i oświadczeń	200	brak	200
PROCEDURA W DAWSTWIE PARTNERSKIM			

Badania ustawowe zgodnie z wykazem badań	400	Do 850	1300
Stymulacja mnogiego jajczkowania (kilka wizyt	400	600	Ok 1000- koszt zależy od liczby wizyt
Znieczulenie do pobrania komórek jajowych	0	1000	1000
Przygotowanie nasienia	100	0	100
Pobranie komórek jajowych (punkcja)	1800	1200	3000
Pozaustrojowe zapłodnienie i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro	3500	1000	4500
Transfer zarodków	50	350	400
Razem	6300	Do 5000	11 300
PROCEDURA Z NASIENIEM ANONIMOWEGO DAWCY NASIENIA			
Badania ustawowe zgodnie z wykazem badań	415	Do 500	915
Stymulacja mnogiego jajczkowania (kilka wizyt	400	600	Ok 1000- koszt zależy od liczby wizyt
Znieczulenie do pobrania komórek jajowych	0	1000	1000
Przygotowanie nasienia dawcy	1350	0	1350
Pobranie komórek jajowych (punkcja)	1800	1200	3000
Pozaustrojowe zapłodnienie i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro	2125	2375	4500
Transfer zarodków	50	350	400
Razem	6140	Do 6025	12 165
PROCEDURA Z KOMÓRKAMI JAJOWYMI ANONIMOWEJ DAWCZYNI			
Badania ustawowe zgodnie z wykazem badań	800	Do 500	1300
Przygotowanie biorczyni do transferu zarodków (kilka wizyt)	700	300	Ok 1000- koszt zależy od liczby wizyt
Przygotowanie nasienia	100	0	100
Pozaustrojowe zapłodnienie komórek jajowych dawczyni i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro	5650	8850	14 500
Transfer zarodków	50	350	400

Załącznik nr 2 do umowy nr

Razem	7300	Do 10 000	17 300
PROCEDURA DAWSTWA ZARODKÓW			
Badania ustawowe	415	Do 500	915
Przygotowanie biorczyni do transferu zarodków (kilka wizyt)	700	300	Ok 1000- koszt zależy od liczby wizyt
Przygotowanie zarodków i ich transfer	4500	1500	6000
Razem	5615	2300	17 300

WYKAZ BADAŃ OBJĘTYCH DOFINANSOWANIEM

NAZWA BADANIA	DOTYCZY
HBS ANTYGEN	KOBIETA I MĘŻCZYZNA
HBC PRZECIWCIAŁA CAŁKOWITE	KOBIETA I MĘŻCZYZNA
HCV PRZECIWCIAŁA	KOBIETA I MĘŻCZYZNA
HIV PRZECIWCIAŁA	KOBIETA I MĘŻCZYZNA
RÓŻYCZKA IGG ILOŚCIOWO	TYLKO KOBIETA
RÓŻYCZKA IGM ILOŚCIOWO	TYLKO KOBIETA
CMV IGG MET. ILOŚCIOWA	KOBIETA I MĘŻCZYZNA
CMV IGM MET. ILOŚCIOWA	KOBIETA I MĘŻCZYZNA
TOKSOPLAZMOZA IGG	TYLKO KOBIETA
TOKSOPLAZMOZA IGM	TYLKO KOBIETA
STOPIEŃ CZYSTOŚCI POCHWY	TYLKO KOBIETA
CYTOLOGIA	TYLKO KOBIETA
CHLAMYDIA WYMAZ DNA Z SZYJKI MACICY	TYLKO KOBIETA