

**Regulamin uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”**

**§ 1.**  
**Informacje ogólne**

Niniejszy regulamin określa zasady uczestnictwa w korzystaniu ze świadczeń realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”, zwanego dalej „Programem”, oraz obowiązki z tym związane.

**§ 2.**  
**Definicje**

Ilekcroć w regulaminie jest mowa o:

- 1) świadczeniach – należy przez to rozumieć świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach Programu na rzecz osób do niego przystępujących;
- 2) realizatorze – ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji wyłonionym w trybie konkursu ofert, z którym została podpisana umowa na realizację Programu;
- 3) uczestniku – osobie spełniającej kryteria kwalifikacji do Programu i korzystającej z procedur lub świadczeń przewidzianych w Programie.

**§ 3.**  
**Postanowienia ogólne**

1. Warunkiem przystąpienia do Programu jest zgłoszenie się pacjenta przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność, z zaświadczeniem lekarskim, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu, do wybranego realizatora oraz podpisanie oświadczeń i formularza, o których mowa w § 4 ust. 4.
2. Pacjent przystępuje do Programu indywidualnie.
3. Decyzja dotycząca przystąpienia do Programu, odstąpienia od udziału w Programie oraz każda inna decyzja związana z udziałem w Programie, powinna być wyrażona na piśmie.
4. Kwalifikacja do uczestnictwa w Programie odbywa się na podstawie kryteriów określonych w Programie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

**§ 4.**  
**Udzielanie świadczeń zdrowotnych**

1. Pacjentom kwalifikującym się do zabezpieczenia płodności na przyszłość w ramach Programu przysługuje pierwszeństwo w udzielaniu świadczeń w Programie. Wskazanych pacjentów nie dotyczy lista oczekujących.
2. Po zgłoszeniu pacjenta do realizatora następuje jego rejestracja, a następnie kwalifikacja do uczestnictwa w Programie.
3. Wybór realizatora jest indywidualną decyzją pacjenta.
4. Przed rozpoczęciem kwalifikacji do uczestnictwa w Programie, pacjent podpisuje

- oświadczenie dotyczące akceptacji regulaminu uczestnictwa w Programie, którego wzór określony został w załączniku nr 1 do regulaminu, oraz formularz świadomej zgody na udział w Programie, którego wzór został określony w załączniku nr 2 do regulaminu.
5. Korzystanie ze świadczeń niewchodzących w zakres określonej Programem procedury zabezpieczenia płodności na przyszłość odbywa się poza Programem, na zasadach określonych przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych albo komercyjnie w wybranym przez siebie podmiocie leczniczym.
  6. Pacjent może zrezygnować z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie. Decyzję podejmuje indywidualnie po konsultacji z lekarzem zatrudnionym u realizatora.
  7. Decyzję o rezygnacji z uczestnictwa w Programie pacjent podejmuje na własną odpowiedzialność, zrzekając się jakichkolwiek roszczeń wynikłych z tej decyzji wobec realizatorów, Skarbu Państwa - Ministra Zdrowia oraz osób związanych z wymienionymi. Decyzja o rezygnacji z uczestnictwa w Programie oznacza niemożność ponownego udziału pacjenta w Programie.
  8. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Programie należy przekazać informację o chęci odstąpienia od udziału w Programie na piśmie do realizatora, u którego pacjent rozpoczął lub wykonał procedurę zabezpieczenia płodności na przyszłość.
  9. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Programie, koszt przechowywania zabezpieczonych gamet jest ponoszony na zasadach komercyjnych przez pacjenta, u którego zabezpieczono płodność na przyszłość.
  10. Uczestnik może dokonać zmiany realizatora w ramach Programu. Informację o chęci zmiany realizatora w ramach Programu uczestnik na piśmie przekazuje do realizatora, u którego został zakwalifikowany do udziału w Programie.
  11. W przypadku, gdy uczestnik podejmie decyzję o zmianie realizatora, a u dotychczasowego realizatora posiada zamrożone w ramach Programu gamety, wówczas jest zobowiązany do ich przeniesienia do nowo wybranego realizatora. Koszty transportu uczestnik ponosi na zasadach komercyjnych.
  12. Uczestnik przekazuje informacje o zmianie realizatora na piśmie do realizatora, u którego miał dotychczas udzielane świadczenia.
  13. Uczestnik może dokonać zmiany realizatora nie więcej niż dwa razy w trakcie uczestnictwa w Programie. Dotyczy to zarówno sytuacji, w której uczestnik został zarejestrowany lub zakwalifikowany do udziału w Programie, ale nie rozpoczął procedury zabezpieczenia płodności na przyszłość oraz w sytuacji, w której materiał rozrodczy został już zabezpieczony.
  14. Przepisu ust. 13 nie stosuje się w przypadku konieczności przeniesienia pacjenta w sytuacji, kiedy podmiot leczniczy przestał być realizatorem Programu.

## **§ 5.**

### **Obowiązki i prawa uczestników**

1. Po zakwalifikowaniu pacjenta do Programu wszystkie procedury związane z realizacją procedury zabezpieczenia na przyszłość są finansowane w ramach Programu.
2. Uczestnik ma prawo do pełnej, przystępnej i zgodnej z aktualnym stanem wiedzy medycznej informacji na temat procedury zabezpieczenia płodności na przyszłość oraz udzielanych mu świadczeń.
3. Uczestnik na każdym etapie udziału w Programie jest zobowiązany przekazywać realizatorowi istotne informacje o swoim stanie zdrowia, mogące wpłynąć na procedurę zabezpieczenia płodności na przyszłość.

## **§ 6.**

### **Dokumentacja medyczna**

W przypadku zmiany realizatora kopia dokumentacji medycznej dotyczącej udzielanych w ramach Programu świadczeń jest przekazywana przez dotychczasowego realizatora nowemu realizatorowi.

## **§ 7.**

### **Przetwarzanie danych**

1. Realizator jako administrator danych osobowych uczestników jest zobowiązany do ich przetwarzania zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L Nr 119 z 04.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4.03.2021, str. 35) oraz innymi przepisami szczególnymi regulującymi ochronę danych osobowych.
2. Minister Zdrowia zastrzega, że nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody poniesione przez osoby trzecie, powstałe w związku z realizacją zadania przez Realizatora, wynikłe z naruszenia ww. przepisów, dotyczących zgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych, przez Realizatora lub osoby uczestniczące po jego stronie w realizacji Programu, za które Realizator ponosi odpowiedzialność.

## **§8.**

### **Postanowienia końcowe**

1. W przypadku zmiany regulaminu uczestnik podpisuje oświadczenie dotyczące akceptacji regulaminu uczestnictwa w Programie, którego wzór określony został w załączniku nr 1 do regulaminu. Odmowa podpisania oświadczenia jest równoznaczna z odstąpieniem od udziału w Programie.
2. Zmiana regulaminu nie może naruszać praw uczestników.
3. W kwestiach nieuregulowanych regulaminem stosuje się przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz.U. z 2020 r. poz. 442), przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. -Kodeks Cywilny (Dz.U. z 2025 r. poz. 1071), przepisy ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461) oraz przepisy ustawy z dnia z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581).

**Załącznik nr 1**  
**do regulamin uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności**  
**obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie**  
**pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata**  
**2024-2028”**

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/podpisana\* oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028” przeczytałem/przeczytałam\* go, zrozumiałem/zrozumiałam\* i zaakceptowałem/zaakceptowałam\* jego postanowienia.

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*adres miejsca zamieszkania*

.....  
*miejsowość*

.....  
*data*

.....  
*czytelny podpis osoby zgłaszającej się*  
*do udziału w Programie lub opiekuna*

*\* Niepotrzebne skreślić*

## **Załącznik nr 2**

**do regulamin uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”**

### **Formularz świadomej zgody na udział w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”**

Ja niżej podpisany/podpisana\* .....  
oświadczam, że zostałem/zostałam\* poinformowany/poinformowana\* przez .....

..... o celach i charakterze programu polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028” (zwanego dalej „Programem”), o czasie jego trwania, sposobie przeprowadzania udzielanych świadczeń, oczekiwanych korzyściach, ewentualnym ryzyku i zagrożeniach, wszelkich niedogodnościach związanych z uczestniczeniem w tym Programie oraz o moich prawach i obowiązkach.

Zapoznałem/zapoznałam\* się też z treścią regulaminu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”, zrozumiałem/zrozumiałam\* i zaakceptowałem/zaakceptowałam\* jego postanowienia. Poinformowano mnie, że dodatkowe pytania dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych mogą kierować bezpośrednio do personelu ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji realizującego Program.

Oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i zapewniam, że będę informował/informowałam\* realizatora Programu na bieżąco o wszelkich zmianach w stanie mojego zdrowia, o przebiegu ciąży, porodu oraz o stanie zdrowia dziecka do ukończenia przez dziecko okresu noworodkowego.

Jestem świadomy/świadoma\* przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w **programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”**.

Otrzymałem/otrzymałam\* do rąk własnych formularz świadomej zgody na udział w **programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”**. Zapoznałem/zapoznałam\* się z nim, zrozumiałem/zrozumiałam\* i zaakceptowałem/zaakceptowałam\* jego treść oraz miałem/miałam\* możliwość zadania pytań.

Niniejszym wyrażam świadomą i swobodną zgodę na udział w **programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”**.

.....  
*imię i nazwisko osoby zgłaszającej się  
do udziału w Programie (drukowanymi literami)*

.....  
*podpis osoby zgłaszającej się  
do udziału w Programie*

.....  
*data*

**Oświadczenie osoby odbierającej Formularz świadomej zgody na udział w Programie**

Ja niżej podpisany/podpisana wyjaśniłem/wyjaśniłam\* osobie zgłaszającej się do udziału w programie zdrowotnym pn.: „**Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028**” szczegóły tego programu, regulaminu uczestnictwa w polityki zdrowotnej pn.: „**Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028**” zgodnie z opisem w Formularzu Informacyjnym dla Pacjenta. Zanim podjęte zostały jakiegokolwiek procedury omówiłem/omówiłam\* z osobą jej udział w całym programie informując o celu i charakterze programu oraz o korzyściach i zagrożeniach wynikających z udziału w programie. Przekazałem/przekazałam\* do rąk własnych **regulamin uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”** oraz formularz świadomej zgody na udział w tym programie.

.....  
*imię i nazwisko osoby zgłaszającej się  
do udziału w Programie (drukowanymi literami)*

.....  
*podpis i pieczęć przedstawiciela realizatora  
przyjmującego oświadczenie*

.....  
*data*

*\* Niepotrzebnie skreślić*

miejsowość: ..... dnia..... r.

nazwa i adres podmiotu leczniczego

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*uprawniające do kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej pn. Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028*

Nazwisko i imię Pacjenta/ki: .....

Data urodzenia: .....

Numer PESEL Pacienta (o ile został nadany): .....

jest przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność.

Rozpoznanie: .....

Planowane leczenie:

- ☐ chemioterapia
- ☐ immunoterapia
- ☐ hormonoterapia
- ☐ leczenie celowane
- ☐ radioterapia
- ☐ leczenie chirurgiczne w obrębie narządu rodne
- ☐ przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych
- ☐ inne

Planowany czas rozpoczęcia terapii onkologicznej: .....

Planowany czas zakończenia terapii onkologicznej: .....

Telefon kontaktowy do lekarza prowadzącego: .....

Uwagi:

Pieczętka i podpis lekarza