

**Regulamin uczestnictwa w programie zdrowotnym pn. „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**

**§ 1.**

**Informacje ogólne**

Niniejszy regulamin określa zasady uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023”, zwanego dalej „Programem”, w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej kompleksowej diagnostyki niepłodności, prawa oraz obowiązki z tym związane.

**§ 2.**

**Definicje**

Ilekcć w regulaminie jest mowa o:

1. świadczeniach – należy przez to rozumieć świadczenia opieki zdrowotnej kompleksowej diagnostyki niepłodności finansowane ze środków publicznych realizowane w ramach Programu na rzecz osób w nim uczestniczących;
2. realizatorze – należy przez to rozumieć podmiot leczniczy będący referencyjnym ośrodkiem leczenia niepłodności, realizujący świadczenia w ramach Programu na rzecz uczestników;
3. uczestniku – należy przez to rozumieć osobę, która wspólnie z partnerem korzysta ze świadczeń w Programie;
4. parze – należy przez to rozumieć dwoje uczestników, którzy wspólnie uczestniczą w Programie.

**§ 3.**

**Postanowienia ogólne**

1. Warunkiem przystąpienia do Programu jest zgłoszenie się pary do realizatora oraz podpisanie oświadczeń i formularza, o których mowa w § 5 ust. 1.
2. Uczestnicy Programu przystępują do Programu jako para pozostająca w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu.
3. Para może zostać skierowana do udziału w Programie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie wywiadu, jak również samodzielnie zgłosić się do realizatora.
4. Decyzja dotycząca przystąpienia do Programu, rezygnacji z 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.
5. Rezygnacja z udziału w Programie jednego uczestnika oznacza rezygnację z udziału w nim pary.

**§ 4.**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych**

1. Świadczenia udzielane w programie oraz finansowane ze środków programu mogą być realizowane wyłącznie przez realizatora.
2. W przypadku posiadania przez pacjentów aktualnych wyników danego parametru badanie nie może być wykonywane ponownie w ramach programu.
3. Kolejność udzielania świadczeń w Programie jest uzależniona od kolejności zgłoszenia się pary do realizatora oraz indywidualnych wskazań medycznych pacjentów.

4. Wybór realizatora jest wyłączną decyzją pary.
5. Świadczenia udzielane w programie obejmują etap wstępny i etap poszerzonej diagnostyki, które są szczegółowo opisane w treści dokumentu programowego.
6. Etap terapeutyczny leczenia niepłodności dla pary nie jest objęty finansowaniem w ramach programu.

## **§ 5.**

### **Udział w programie**

1. Przed rozpoczęciem etapu wstępnego do uczestnictwa w Programie każda z osób, które zgłosiły się do udziału w Programie 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.
2. Para może korzystać ze świadczeń w ramach Programu wyłącznie u jednego z realizatorów.
3. Nie jest dopuszczalna zmiana realizatora w trakcie udziału w Programie.
4. Kolejkę oczekiwania na świadczenia prowadzi każdy realizator samodzielnie
5. Informację o ewentualnym miejscu w kolejce oczekiwania, przewidywanym czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń w ramach programu przekazują personel realizatora.
6. Czas oczekiwania na świadczenia może być uzależniony od indywidualnych wskazań medycznych pacjentów, wysokości środków przyznanych na realizację zadania w ramach programu oraz innych istotnych uzasadnionych powodów.
7. Decyzję o zakończeniu etapu wstępnego i etapu diagnostyki poszerzonej oraz zakończeniu udziału pary w Programie z powodu wyczerpania dostępnych metod diagnostycznych podejmuje personel medyczny udzielający świadczeń.
8. Para może zrezygnować z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie. Decyzję tę para podejmuje po konsultacji z lekarzem zatrudnionym u realizatora, w którym para aktualnie jest wpisana na listę oczekujących lub rozpoczęła procedurę zapłodnienia pozaustrojowego.
9. Decyzję o rezygnacji z uczestnictwa w Programie para podejmuje na własną odpowiedzialność, zrzekając się jakichkolwiek roszczeń wynikłych z tej decyzji wobec realizatorów, Narodowego Funduszu Zdrowia, Skarbu Państwa-Ministra Zdrowia oraz osób związanych z wymienionymi. Decyzja o rezygnacji z uczestnictwa w Programie oznacza niemożność ponownego udziału pary w Programie
10. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Programie informacja jest odnotowywana na dokumentacji medycznej pary.

## **§ 6.**

### **Obowiązki i prawa uczestników**

1. Uczestnicy mają prawo do pełnej, przystępnej i zgodnej z aktualnym stanem wiedzy medycznej informacji na temat świadczeń udzielanych w ramach Programu.
2. Uczestnicy na każdym etapie udziału w Programie są zobowiązani przekazywać realizatorowi istotne informacje o swoim stanie zdrowia, mogące wpłynąć na decyzje dotyczące postępowania diagnostycznego.
3. Po zakończonym udziale w programie każdy z uczestników otrzymuje ankietę satysfakcji, którą uczestnik niezwłocznie uzupełnia.
4. Ankieta zostanie przekazana do Ministerstwa Zdrowia przez realizatora po zakończeniu przez parę udziału w programie. Zasady przekazywania ankiet określają umowy zawarte pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministrem Zdrowia oraz realizatorami.
5. Na ankiecie nie będą zamieszczone żadne dane osobowe, lub inne informacje pozwalające na identyfikację żadnego z uczestników programu.

**§7.**  
**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 Kodeksu cywilnego, przepisy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Załącznik nr 1

**do regulaminu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**  
**Oświadczenie**  
**(dla pary pacjentów)**

Ja niżej podpisany/podpisana\* oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: **Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**, przeczytałem/przeczytałam\* go, zrozumiałem/zrozumiałam\* i zaakceptowałem/zaakceptowałam\* jego postanowienia.

**PAN**.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*adres miejsca zamieszkania*

.....  
*miejsowość*

.....  
*data*

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

Ja niżej podpisany/podpisana\* oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: **Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**, przeczytałem/przeczytałam\* go, zrozumiałem/zrozumiałam\* i zaakceptowałem/zaakceptowałam\* jego postanowienia.

**PANI**.....  
*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 regulaminu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**

**Formularz świadomej zgody na udział w programie polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**

Ja niżej podpisany

**PAN**.....

oświadczam, że zostałem/zostałam\* poinformowany/poinformowana\* przez

.....

o celach i charakterze programu polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021 (zwanego dalej Programem), o czasie jego trwania, sposobie przeprowadzania udzielanych świadczeń zdrowotnych, oczekiwanych korzyściach, ewentualnym ryzyku i zagrożeniach, wszelkich niedogodnościach związanych z uczestnictwem w tym Programie oraz o moich prawach i obowiązkach.

Zapoznałem/zapoznałam\* się też z treścią **regulaminu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023** zrozumiałem/zrozumiałam\* i zaakceptowałem/zaakceptowałam\* jego postanowienia. Poinformowano mnie, że dodatkowe pytania dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych mogą kierować bezpośrednio do osoby personelu zatrudnionego w podmiocie realizującym 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.

Jestem świadomy/świadoma\* przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w **programie polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021- 2023**

Otrzymałem/otrzymałam\* do rąk własnych formularz świadomej zgody na udział w **programie polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2023**. 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.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**

.....  
*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 polityki zdrowotnej pn.: **Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023** szczegóły tego programu, regulaminu uczestnictwa w programie zdrowotnym pn.: **Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**.. 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 **regulaminu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023** oraz formularz świadomej zgody na udział w tym programie.

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

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

.....  
*data*

**do regulaminu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**

**Formularz świadomej zgody na udział w programie polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**

Ja niżej podpisana

**PANI**.....

oświadczam, że zostałem/zostałam\* poinformowany/poinformowana\* przez

.....  
.....  
o celach i charakterze programu polityki zdrowotnej pn.: **Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021- 2023** (zwanego dalej Programem), o czasie jego trwania, sposobie przeprowadzania udzielanych świadczeń zdrowotnych, oczekiwanych korzyściach, ewentualnym ryzyku i zagrożeniach, wszelkich niedogodnościach związanych z uczestnictwem w tym Programie oraz o moich prawach i obowiązkach.

Zapoznałem/zapoznałam\* się też z treścią **regulaminu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023** zrozumiałem/zrozumiałam\* i zaakceptowałem/zaakceptowałam\* jego postanowienia. Poinformowano mnie, że dodatkowe pytania dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych mogę kierować bezpośrednio do osoby personelu zatrudnionego w podmiocie realizującym 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.

Jestem świadomy/świadoma\* przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w **programie polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**.

Otrzymałem/otrzymałam\* do rąk własnych formularz świadomej zgody na udział w **programie polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**. 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.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w 2021-2023**

.....  
*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 polityki zdrowotnej pn.: **Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023** szczegóły tego programu, regulaminu uczestnictwa w programie zdrowotnym pn.: **Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023**.. 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 **regulaminu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn.: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021-2023** oraz formularz świadomej zgody na udział w tym programie.

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

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

.....  
*data*

\* *Niepotrzebnie skreślić*