



**Regulamin uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej
Samorządu Województwa Opolskiego pn.
„Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego
w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”**

§ 1

Informacje ogólne

1. Program realizowany jest przez:
 - 1) Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Reymonta 8, 45–066 Opole w zakresie koordynacji, diagnostyki i leczenia – zwane dalej „realizatorem”,
 - 2) PARENS Ośrodek Leczenia Niepłodności sp. z o.o. w zakresie świadczeń medycznych związanych z metodami wspomaganego rozrodu – zwanym dalej „podwykonawcą”.
2. Celem Programu są narodziny dzieci u 25% par objętych leczeniem niepłodności metodami wspomaganego rozrodu w trakcie realizacji Programu.
3. Program współfinansowany jest ze środków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego.
4. Program jest realizowany do 31 grudnia 2024 r.
5. Dokumentacja projektowa, w tym medyczna, jest przechowywana przez:
 - 1) Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Reymonta 8, 45–066 Opole w zakresie koordynacji, diagnostyki i leczenia,
 - 2) PARENS Ośrodek Leczenia Niepłodności sp. z o.o. w zakresie świadczeń medycznych związanych z metodami wspomaganego rozrodu.
6. Główny punkt informacyjny Programu znajduje się w siedzibie realizatora, przy ulicy ul. Reymonta 8, 45-066 Opole, tel. 77 45 45 401 wew. 701 lub 534 835 173.
7. Niniejszy regulamin określa zasady uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej pn. „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”, zwanego dalej „Programem” w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, prawa oraz obowiązków z tym związane.
8. Regulamin wraz ze wzorem wszystkich dokumentów, o których w nim mowa, jest dostępny do wglądu w Poradni Diagnostyki i Leczenia Niepłodności w Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, w siedzibie podwykonawcy PARENS Ośrodek Leczenia Niepłodności sp. z o.o. a także na stronie internetowej Programu: https://ginekologia.opole.pl/poradnie/szansa_na_rodzicielstwo.



§ 2

Definicje

Ileokroć w regulaminie jest mowa o:

- 1) świadczeniach – należy przez to rozumieć świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności, finansowane ze środków budżetu Województwa Opolskiego, realizowane w ramach Programu na rzecz osób w nim uczestniczących,
- 2) uczestniku – należy przez to rozumieć osobę, która wspólnie z partnerem korzysta ze świadczeń w Programie zgodnie z § 3 pkt 3,
- 3) 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 przez obu uczestników oświadczenia 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. Do Programu mogą zostać zakwalifikowane tylko pary, które łącznie spełniają poniższe kryteria:
 - 1) są mieszkańcami województwa opolskiego od minimum 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu,
 - 2) co najmniej jeden z uczestników posiada obywatelstwo polskie,
 - 3) co najmniej przez 12 miesięcy bezskutecznie starały się o ciążę (trwająca co najmniej rok, niezdolność do poczęcia i urodzenia dziecka, mimo regularnego współżycia, bez użycia środków antykoncepcyjnych w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie się do Programu). Istnieje możliwość uczestniczenia w programie par w tzw. wtórnej niepłodności, tj. posiadających 1 dziecko,
 - 4) wiek kobiety 20–42 lata (rocznik badany w dniu zgłoszenia do Programu).
4. Para samodzielnie zgłasza się do realizatora.
5. 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.
6. Rezygnacja z udziału w Programie jednego uczestnika oznacza rezygnację z udziału w nim pary.
7. Program jest dofinansowany przez Samorząd Województwa Opolskiego w zakresie:
 - 1) kwalifikacji uczestników i koordynacji programu - 100% dofinansowania,



- 2) diagnostyki i leczenia niepłodności - 100% dofinansowania,
- 3) metod wspomaganego rozrodu - 80% dofinansowania, nie więcej niż 10 000,00 zł na parę.

§ 4

Udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. Świadczenia udzielane w Programie oraz finansowane ze środków Programu mogą być realizowane wyłącznie przez realizatora - zakres świadczeń określa załącznik nr 1 do regulaminu lub na zlecenie realizatora, przez podwykonawcę w zakresie świadczeń związanych z metodami wspomaganego rozrodu, określonych w załączniku nr 2 do regulaminu.
2. W przypadku posiadania przez pacjentów aktualnych wyników danego parametru badanie nie może być wykonywane ponownie w ramach Programu. W kwestiach dotyczących wyników badań, każdorazowo decyzję podejmuje lekarz.
3. Kolejność udzielania świadczeń w Programie jest uzależniona od kolejności zgłoszenia się pary do realizatora od dnia uruchomienia przyjmowania zgłoszeń, tj. od 03.07.2023 r. oraz indywidualnych wskazań medycznych pacjentów.

§ 5

Udział w Programie

1. Przed rozpoczęciem etapu wstępnego do uczestnictwa w Programie każda z osób, które zgłosiły się do udziału w Programie podpisuje:
 - 1) oświadczenia pary dotyczące akceptacji regulaminu uczestnictwa w Programie oraz oświadczenie o miejscu zamieszkania, którego wzór określony został w załączniku nr 3 do regulaminu,
 - 2) oświadczenie uczestnika Programu – RODO, - którego wzór określony został w załączniku nr 4 do regulaminu,
 - 3) formularz świadomej zgody na udział w Programie, którego wzór został określony w załączniku nr 5 do regulaminu.
2. Kolejkę oczekiwania na świadczenia realizator prowadzi samodzielnie.
3. Informację o ewentualnym miejscu w kolejce oczekiwania, przewidywanym czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń w ramach Programu przekazuje personel realizatora.
4. Czas oczekiwania na świadczenia może być uzależniony od indywidualnych wskazań medycznych pacjentów, dostępności środków przyznanych na realizację zadania w ramach Programu oraz innych istotnych uzasadnionych powodów.



5. Decyzję o zakończeniu etapu diagnostyki i leczenia niepłodności, przejściu do etapu metod wspomaganego rozrodu oraz zakończeniu udziału pary w Programie z powodu wyczerpania dostępnych metod diagnostycznych podejmuje personel medyczny udzielający świadczeń.
6. Para, która aktualnie jest wpisana na listę oczekujących lub rozpoczęła procedurę związaną z metodami wspomaganego rozrodu decyzją o rezygnacji z uczestnictwa w Programie każdorazowo podejmuje po konsultacji z lekarzem. Rezygnacji z uczestnictwa w Programie, para może dokonać na każdym jego etapie.
7. Decyzję o rezygnacji z uczestnictwa w Programie para podejmuje na własną odpowiedzialność, zrzekając się jakichkolwiek roszczeń wynikłych z tej decyzji wobec realizatora, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego oraz osób związanych z wymienionymi. Decyzja o rezygnacji z uczestnictwa w Programie oznacza brak możliwości ponownego udziału pary w Programie.
8. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Programie informacja jest odnotowywana w 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 anonimową ankietę satysfakcji, stanowiącą załącznik nr 6 do regulaminu, którą uczestnik niezwłocznie uzupełnia. Wypełnienie ankiety jest obowiązkowe dla każdego z uczestników Programu.
4. Ankieta zostanie przekazana przez realizatora po zakończeniu przez parę udziału w Programie do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego, w terminie do 30 dni po zakończonym okresie sprawozdawczym.
5. Na ankiecie nie będą zamieszczone żadne dane osobowe lub inne informacje pozwalające na identyfikację uczestników Programu.
6. Uczestnik Programu jest zobowiązany do udziału w badaniu ewaluacyjnym dotyczącym Programu.



§7

Postanowienia końcowe

1. W przypadku zmiany regulaminu uczestnik podpisuje oświadczenie dotyczące akceptacji zmiany regulaminu uczestnictwa w Programie. 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.

§8

Lista załączników

1. Świadczenia związane z diagnostyką i leczeniem niepłodności, załącznik nr 1,
2. Świadczenia związane z metodami wspomaganego rozrodu – cennik, załącznik nr 2
3. Oświadczenia pary dotyczące akceptacji regulaminu uczestnictwa w Programie oraz oświadczenie o miejscu zamieszkania, załącznik nr 3
4. Oświadczenie uczestnika Programu – RODO, załącznik nr 4
5. Formularz świadomej zgody na udział w Programie, załącznik nr 5
6. Ankieta satysfakcji, załącznik nr 6.



Załącznik nr 1
do regulaminu uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej pn.
„Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego
w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”

Świadczenia związane z diagnostyką i leczeniem niepłodności

Dla pacjentów, którzy nie będą mogli być zakwalifikowani do realizacji świadczeń finansowanych z kontraktu z NFZ lub będą mieli wskazania do zastosowania świadczeń dodatkowych przewidziano finansowanie tych świadczeń w 100% z budżetu Województwa Opolskiego.

Lp.	usługa/świadczenie	Czy świadczenie podlega finansowaniu NFZ z referencyjnymi ośrodkami leczenia niepłodności
1.	Opieka lekarza prowadzącego (jednorazowe wynagrodzenie)	tak
2.	Opieka psychologiczna (jednorazowe wynagrodzenie)	tak
3.	USG ginekologiczne	tak
4.	Histerosalpinografia	tak
5.	Ultrasonograficzna histerosalpingosonografia kontrastowa	tak
6.	Laparoskopia	tak
7.	USG TRUS	tak
8.	Progesteron	tak
9.	Gonadotropiny	tak
10.	AMH	tak
11.	Androgeny	tak
12.	Prolaktyna	tak
13.	TSH	tak
14.	FSH	tak
15.	Estradiol	tak
16.	Badanie nasienia	tak
17.	Testosteron	tak
18.	Badanie ogólne moczu	tak
19.	Wirus różyczki- przeciwciała IgG	tak
20.	Wirus różyczki- przeciwciała IgM	tak
21.	Toksoplazmoza IgG (przeciwciała)	tak
22.	Toksoplazmoza IgM	tak
23.	Toxoplazmoza IgG – Awidność	tak
24.	HBs antygen - test potwierdzenia (WZW typu B)	tak
25.	Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)	tak



26.	Inhibitor aktywatora plazminogenu 1 (PAI1)	tak
27.	Chlamydia trachomatis przeciwciała IgG/IgM	tak
28.	Chlamydia trachomatis DNA	tak
29.	Helicobacter pylori przeciwciała	tak
30.	Żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)	tak
31.	Sód	tak
32.	Potas	tak
33.	Mocznik	tak
34.	Magnez	tak
35.	Fosfor	tak
36.	Kortyzol	tak
37.	Wolny kortyzol w moczu	tak
38.	Kreatynina w moczu	tak
39.	Mutacja genu protrombiny	tak
40.	Witamina 25-OH-D3	tak
41.	Witamina D – 1,25 OH	tak
42.	Limfocyty B	tak
43.	Limfocyty T	tak
44.	Morfologia krwi 8-parametrowa	tak
45.	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów	tak
46.	Oznaczenia grupy krwi układu ABO i Rh	tak
47.	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała	tak
48.	Wirus/przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) antygen (ilościowo)	tak
49.	Czas potrombinowy (PT)	tak
50.	Białko C	tak
51.	Białko C reaktywne (CRP)	tak
52.	Białko S	tak
53.	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	tak
54.	Białko wiążące hormony płciowe SHBG	tak
55.	Gonadotropina kosmówkowa - podjednostka beta (beta-HCG)	tak
56.	Antygen swoisty dla stercza (PSA) całkowity	tak
57.	Antygen swoisty dla stercza (PSA) wolny	tak
58.	Homocysteina	tak
59.	hemoglobina glikowana (HbA1c)	tak
60.	Hormon luteinizujący (LH)	tak
61.	Przeciwciała przeciw cytoplazmie (ANCA)	tak
62.	DHEA SO4	tak
63.	DHEA	tak
64.	Kariotyp	tak



65.	Badania genetyczne - MTHFR	tak
66.	Badania genetyczne - MTHFR (677T)	tak
67.	Badania genetyczne - MTHFR (1298C)	tak
68.	Czynnik krzepnięcia V (FV)(Czynnik V Leiden)	tak
69.	Cholesterol całkowity	tak
70.	Chlorek (Cl)	tak
71.	Ureaplasma urealyticum	tak
72.	Tyroksyna wolna (FT4)	tak
73.	Trijodotyronina wolna (FT3)	tak
74.	Przeciwciała przeciwko beta2-glikoproteinie IgG i IgM	tak
75.	Glukoza z krwi żyłnej	tak
76.	Test obciążenia glukozą (OGTT)	tak
77.	Przeciwciała przeciw receptorowi tyreotropiny (TRaB)	tak
78.	Mycoplasma hominis (antygen)	tak
79.	17-OH Progesteron (17-Hydroksyprogesteron)	tak
80.	Hormon antymullerowski AMH	tak
81.	Hormon adrenokortykotropowy (ACTH)	tak
82.	Alfa-fetoproteina (AFP)	tak
83.	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA 1)	tak
84.	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA 2)	tak
85.	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA 3)	tak
86.	Androstendion	tak
87.	Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	tak
88.	Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (anty-TPO)	tak
89.	Antygen CA 125 (CA125)	tak
90.	Przeciwciała antykardiolipinowe IgG/IgM	tak
91.	Przeciwciała antykardiolipinowe IgG+ IgM	tak
92.	Antykoagulant toczniowy	tak
93.	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	tak
94.	Treponema pallidum Przeciwciała IgG/ IgM (anty-T. pallidum IgG/ IgM) (VDRL)	tak
95.	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	tak
96.	Test HBA (test fragmentacji DNA)	tak
97.	Fragmentacja DNA plemników	tak
98.	Badanie MAR IgG/IgA (ocena przeciwciał przeciwplemnikowych)	tak
99.	Alfa-glukozydaza obojętna	tak
100.	Cytologia szyjki macicy	tak
101.	Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni	tak
102.	Badanie mikroskopowe materiału z pochwy - posiew i antybiogram	tak



103.	Wymazy z pochwy i szyjki macicy na bakterie i grzyby (posiew bakteriologiczno-mykologiczny)	tak
104.	Posiew moczu z antybiogramem	tak
105.	Posiew nasienia z antybiogramem	tak
106.	Komputerowe badanie nasienia	tak
107.	Porada specjalistyczna - urologia (jednorazowe wynagrodzenie)	tak
108.	Porada specjalistyczna - endokrynologia (jednorazowe wynagrodzenie)	tak
109.	Porada specjalistyczna - genetyka kliniczna (jednorazowe wynagrodzenie)	tak
110.	Porada specjalistyczna - immunologia kliniczna (jednorazowe wynagrodzenie)	tak
111.	Porada lekarska, POZ - (jednorazowe wynagrodzenie)	tak
112.	Porada specjalistyczna - andrologia (jednorazowe wynagrodzenie)	tak
113.	Laparotomia zwiadowcza	tak
114.	Laparotomia	tak
115.	Laparoskopia diagnostyczna	tak
116.	Biopsja jajnika - inna	tak
117.	Laparoskopowa biopsja jajnika	tak
118.	Endoskopowa (laparoskopowa) (histeroskopowa) biopsja macicy	tak
119.	Laparoskopowe usunięcie zrostów	tak
120.	Zabiegi powrózka nasiennego	tak
121.	Zabiegi laparoskopowe	tak
122.	Plastyka jajowodu i jajnika	tak
123.	Usunięcie mięśniaka macicy	tak
124.	Histeroskopia diagnostyczna	tak
125.	Histerolaparoskopia	tak
126.	Histeroskopia operacyjna	tak
127.	Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy	tak
128.	MRI głowy	tak
129.	CT głowy	tak
130.	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	tak
131.	USG tarczycy i przytarczyc	tak
132.	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	tak
133.	USG moszny w tym jąder i najądrzy	tak
134.	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	tak
135.	HyFoSy (Hystero-Foam-Salpinography)	tak
136.	Sonohisterografia	tak
137.	ROS (badanie potencjału oksydacyjno-redukcyjnego ORP)	nie



138.	Porada dietetyka (pierwsza wizyta / wizyta kontrolna/ plan żywieniowy) max 4 wiz	nie
139.	Porada specjalistyczna lekarska - konsultacja w sprawie zaburzeń odżywiania - maksymalnie 3 wizyty)	nie
140.	MSOME Morfologia plemników / badanie stresu oksydacyjnego nasienia	nie
141.	Kolejne wizyty specjalistów	nie
142.	CMV – cytomegalia IgG, igM	nie
143.	Anty-HBC (total)	nie
144.	Przeciwciała przeciwplemnikowe	nie
145.	Test insulinowy 3 punktowy	nie
146.	Wolna kwota na badania diagnostyczne obecnie trudne do przewidzenia, a które zgodnie z ciągle poszerzającą się wiedzą medyczną mogą być istotne dla konkretnego przypadku	nie
147.	Analiza p/p z surowicy krwi	tak
148.	Analiza p/p z śluzu szyjkowego	tak
149.	Analiza p/p z nasienia	tak
150.	Test mikrocytotoksyczny (cross - match)	tak
151.	Pakiet KIR + HLA-C	tak
152.	Monitorowanie cyklu naturalnego	tak
153.	Posiew nasienia na tlenowce, beztlenowce i grzyby	tak
154.	Badanie koproskopowe	tak
155.	Badanie stresu oksydacyjnego	tak
156.	Badanie żywotność plemników	tak
157.	Indukcja owulacji	tak
158.	Monitorowanie cyklu ze stymulacją	tak
159.	Badanie przeżywalności po kapacytacji	tak
160.	Badanie regionu AZF i badanie genu CFTR	tak



Załącznik nr 2
do regulaminu uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej pn.
„Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego
w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”

Świadczenia związane z metodami wspomaganego rozrodu – cennik

Uczestnicy są zobowiązani przy realizacji procedur metod wspomaganego rozrodu do pokrycia kosztów rzeczywistych ponad limit dofinansowania. Płatność nastąpi na podstawie wystawionego przez PARENS Ośrodek Leczenia Niepłodności sp. z o.o. sporządzonego rozliczenia /faktury / paragonu.

Świadczenia z zakresu metod wspomaganego rozrodu są w 80% finansowane z budżetu Samorządu Województwa Opolskiego, jednakże w wysokości nie przekraczającej 10 000,00 zł dla jednej pary.

lp.	Usługa / świadczenie	cena (PLN)	dofinansowanie Samorządu Województwa Opolskiego maksymalnie 80% ceny	minimalny udział własny uczestnika 20% ceny
1.	Opieka ginekologiczna z USG w ramach metod wspomaganego rozrodu (szacuje się 3-5 wizyt)	600,00	480,00	120,00
2.	Seminogram (badanie nasienia) / CASA (komputerowa analiza nasienia)	150,00	120,00	30,00
3.	Posiew z nasienia (możliwe posiewy: bakterie tlenowe, bakterie beztlenowe, mykologiczny)	80,00	64,00	16,00
4.	Ocena chromatyny plemnikowej	300,00	240,00	60,00
5.	Kriokonserwacja nasienia z przechowywaniem przez rok	500,00	400,00	100,00
6.	Biopsja jąder z kriokonserwacją pobranego materiału	2 000,00	1 600,00	400,00
7.	Inseminacja domaciczna nasieniem partnera	800,00	640,00	160,00
8.	Inseminacja domaciczna nasieniem dawcy // koszt zakupu nasienia dawcy nie jest wliczony w cenę zabiegu //	800,00	640,00	160,00
9.	IVF (In Vitro Fertilization) - zapłodnienie pozaustrojowe (klasyczne IVF lub IVF z ICSI)	5 700,00	4 560,00	1 140,00
	– znieczulenie ogólne do zabiegu punkcji jajników - (500 zł) punkcja jajników	500,00	400,00	100,00
	– pobranie komórek jajowych do procedury zapłodnienia pozaustrojowego - (1500 zł)	1 500,00	1 200,00	300,00
	– zapłodnienie pozaustrojowe (cIVF/ICSI) wraz z hodowlą zarodków (procedury laboratoryjne) (3700 zł)	3 700,00	2 960,00	740,00



10.	pICSI (selekcja plemnika do ICSI na podstawie zdolności wiązania z kwasem hialuronowym)	500,00	400,00	100,00
11.	EmbryoGen + BlastGen	1 500,00	1 200,00	300,00
12.	Transfer świeżych zarodków	1 000,00	800,00	200,00
13.	Transfer zarodków po rozmrożeniu	1 600,00	1 280,00	320,00
14.	Transfer zarodków z wykorzystaniem Embryo Glue	500,00	400,00	100,00
15.	Assisted hatching (AH)	600,00	480,00	120,00
16.	Kriokonserwacja komórek jajowych z przechowywaniem przez rok / pierwsza słołka	1 000,00	800,00	200,00
17.	Kriokonserwacja komórek jajowych z przechowywaniem przez rok / każda kolejna słołka	500,00	400,00	100,00
18.	Kriokonserwacja zarodków z przechowywaniem przez rok / pierwsza słołka	1 000,00	800,00	200,00
19.	Kriokonserwacja zarodków z przechowywaniem przez rok / każda kolejna słołka	500,00	400,00	100,00
20.	Scetching	400,00	320,00	80,00
21.	Opieka psychologiczna przy niepowodzeniu	520,00	520,00	-
22.	Konsultacja genetyczna przy niepowodzeniu	200,00	200,00	-



Załącznik nr 3

**do regulaminu uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej pn.
„Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego
w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”**

OŚWIADCZENIA – PARA

Zgodnie oświadczamy, że zgłaszamy się do Programu jako para

w związku małżeńskim / we wspólnym pożyciu

W przypadku realizacji procedur metod wspomaganego rozrodu zobowiązujemy się do pokrycia kosztów rzeczywistych ponad limit dofinansowania.

A. KOBIETA

Ja, niżej podpisana oświadczam,
imię i nazwisko

że zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej pn.: „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności” i zaakceptowałam jego postanowienia.

Oświadczam, że posiadam obywatelstwo, od minimum 12 miesięcy jestem mieszkańcem województwa opolskiego i obecnie zamieszkuję pod adresem:

.....
miejsowość, ulica, nr domu/mieszkania *kod pocztowy, poczta*

.....
gmina, powiat

.....
miejsowość data

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

B. MĘŻCZYŻNA

Ja, niżej podpisany oświadczam,
imię i nazwisko

że zapoznałem się z Regulaminem uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej pn.: „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności” i zaakceptowałem jego postanowienia.

Oświadczam, że posiadam obywatelstwo, od minimum 12 miesięcy jestem mieszkańcem województwa opolskiego i obecnie zamieszkuję pod adresem:

.....
miejsowość, ulica, nr domu/mieszkania *kod pocztowy, poczta*

.....
gmina, powiat

.....
miejsowość data

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



Załącznik nr 4

**do regulaminu uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej pn.
„Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego
w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”**

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU - RODO

W związku z przystąpieniem do Programu polityki zdrowotnej pn.: „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”, zwanego w dalszej części Programem, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych (imię, nazwisko, numer ewidencyjny PESEL, obywatelstwo, adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail, informacja o pozostawaniu w związku małżeńskim/partnerskim, dane dotyczące zdrowia, informacja o rodzaju i wysokości dofinansowania) w odniesieniu do:
 - a) zbioru ewidencji uczestników i rozliczania Programu jest Marszałek Województwa Opolskiego z siedzibą w Opolu 45-082, ul. Piastowska 14, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego,
 - b) zbioru ewidencji uczestników, realizacji świadczeń medycznych i rozliczania Programu jest Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Władysława Reymonta 8, 45-066 Opole,
 - c) zbioru ewidencji uczestników, realizacji świadczeń medycznych, w tym świadczeń związanych z metodami wspomaganego rozrodu i rozliczania Programu jest PARENS Ośrodek Leczenia Niepłodności Sp. z o.o. ul. J. Tuwima 1, 45-551 Opole.
- 2) Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g 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 (Dz. U. UE. L. 2016.119.1).
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Programu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości.
- 4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Zarząd Województwa Opolskiego z siedzibą w Opolu 45-082, ul. Piastowska 14, beneficjentowi realizującemu PROGRAM: Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, 45-066 Opole, ul. Reymonta 8, Podwykonawcy - PARENS Ośrodek Leczenia Niepłodności Sp. z o.o. ul. J. Tuwima 1, 45-551 Opole. oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta lub podwykonawcy uczestniczą w realizacji Programu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym badanie ewaluacyjne



na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej lub innego podmiotu który zawarł porozumienie z Powierzającym lub Instytucją Zarządzającą na realizację ewaluacji. Moje dane osobowe mogą zostać również udostępnione specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego lub Instytucji Zarządzającej kontrole w ramach Programu.

- 5) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji medycznej.
- 6) Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Programu.
- 7) Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 8) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@opolskie.pl lub iod@ginekologia.opole.pl, lub gmw@invitrogmw.pl.

Dodatkowo w zakresie przetwarzania danych osobowych na podstawie 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 (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) mam prawo do:

- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych;
- żądania od administratora dostępu do danych osobowych w zakresie danych dotyczących składającego niniejsze oświadczenie w tym ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
- do przeniesienia danych osobowych.

Powyższe prawo nie może kolidować z zasadami przetwarzania danych wszelkich usług powiązanych ze świadczeniem opieki zdrowotnej.

.....
data

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



SAMORZĄD
Województwa Opolskiego



Kliniczne Centrum
Ginekologii, Położnictwa
i Neonatologii w Opolu®



JEDNOSTKA SAMORZĄDU
Województwa Opolskiego

Załącznik nr 5
do regulaminu uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej pn.
„Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego
w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”

Formularz świadomej zgody na udział w Programie

Ja, niżej podpisany/podpisana* oświadczam,
imię i nazwisko

że zostałem/zostałam* poinformowany/poinformowana* przez

..... o celach i charakterze Programu polityki zdrowotnej pn.: Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności” (zwanego dalej Programem), o czasie jego trwania, sposobie przeprowadzania udzielanych świadczeń zdrowotnych, 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.: „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”** 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. Otrzymałem/otrzymałam* do rąk własnych formularz świadomej zgody na udział w Programie. Zapoznałem/zapoznałam* się z nim, i zaakceptowałem/zaakceptowałam* jego treść oraz miałem/miałam* możliwość zadania pytań.

Niniejszym wyrażam świadomą i nieprzymuszoną zgodę na udział w **Programie polityki zdrowotnej pn.: „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”**

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

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

.....
data



SAMORZĄD
Województwa Opolskiego



Kliniczne Centrum
Ginekologii, Położnictwa
i Neonatologii w Opolu®



JEDNOSTKA SAMORZĄDU
Województwa Opolskiego

Oświadczenie osoby odbierającej Formularz świadomej zgody na udział w Programie

Ja niżej podpisana/podpisany* wyjaśniłam/wyjaśniłem* osobie zgłaszającej się do udziału w Programie polityki zdrowotnej pn.: „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności” szczegóły niniejszego Programu, regulaminu uczestnictwa w Programie zdrowotnym pn.: „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”. Zanim podjęte zostały jakiegokolwiek procedury omówiłam/omówiłem* z osobą jej udział w całym Programie, informując o celu i charakterze Programu oraz o korzyściach i zagrożeniach wynikających z udziału w Programie. Przekazałam/przekazałem* informację, że w przypadku realizacji procedur metod wspomaganego rozrodu para jest zobowiązana do pokrycia kosztów rzeczywistych ponad limit dofinansowania. Przekazałam/przekazałem* do rąk własnych **regulamin uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej pn. Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności**” 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



Załącznik nr 6

**do regulaminu uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej
pn. „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego
w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”**

Szanowni Państwo,

Ankieta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag na temat udziału w Programie polityki zdrowotnej pn.: „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki będą wykorzystywane wyłącznie do analizy jakości usług świadczonych w ramach Programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. W pytaniach 1–5 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1–5, gdzie: 1 – oznacza ocenę najniższą, a 5 – oznacza ocenę najwyższą.

Kobieta

Mężczyzna

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/poleciliby Pani/Pan udział w Programie innym osobom?				
1	2	3	4	5
6. Skąd dowiedziała/dowiedział 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/wprowadziłby Pani/Pan jakieś zmiany w organizacji Programu?				
● tak (jakie?)				
● nie				
9. Inne uwagi				

Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety