

Program Kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego w Polsce – cele, planowane działania, prognozy kosztów

1. Wstęp

Artykuł jest próbą przedstawienia najważniejszych celów, planowanych działań, jak również prognoz kosztów Program Kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego w Polsce, przewidzianego na lata 2016–2020 (nazywanego dalej: Programem). Celem pomocniczym publikacji jest zaś popularyzacja wiedzy na temat aktualnych zmian w obszarze polityki zdrowotnej. Jedną ze sfer wymagającą omówienia jest w odczuciu autorki tekstu zdrowie prokreacyjne i pomoc osobom dążącym do prokreacji w Polsce. Wspomniany Program zastąpił rządowy Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2016–2019, co było związane ze zmianą obozu rządzącego po wyborach parlamentarnych w 2015 r.

Nowa władza w postaci Prawa i Sprawiedliwości, dysponując większością parlamentarną, postawiła na znaczącą redefinicję założeń polityki zdrowotnej w państwie¹. Nowy kompleksowy program od podstaw ustala założenia polityki w zakresie zdrowia prokreacyjnego społeczeństwa przy udziale środków z budżetu państwa. Uzasadnieniem dla potrzeby analizy jego głównych treści może być duże znaczenie Programu dla praktyki życia społecznego, a także realizacji założeń polityki zdrowotnej w Polsce. Jak zauważa się w literaturze, program nowego obozu rządzącego zakładał zapewnienie finansowania zabiegów *in vitro* dla osób wyłącznie w pierwszej połowie 2016 r. Spotkało się to z krytyką tych środowisk, które pokładały w kontynuacji programu wcześniejszego obozu rządzącego – Platformy Obywatelskiej oraz Polskiego Stronnictwa Ludowego – nadzieję na poprawę niekorzystnej sytuacji i trendów w dziedzinie demografii w kraju. Poważna zmiana w opisywanym obszarze polityki zdrowotnej w trudnym położeniu

¹ M. Bunda, *PiS zamyka program leczenia niepłodności metodą in vitro*, <http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/kraj/1642675,1,pis-zamyka-program-leczenia-nieplodnosci-metoda-in-vitro.read> [dostęp: 6.02.2017].

stawiała też pary, które już zainicjowały procedury medycznie wspomaganey prokreacji przy ich współfinansowaniu z budżetu państwa².

W ramach analizy w tym artykule kluczowym źródłem były treści samego Programu, a także treści jednego z rozporządzeń Rady Ministrów stanowiące nadrzędny kontekst dla narodowego programu zdrowia prokreacyjnego. Uwzględniono też dla celów porównawczych treści poprzedzającego programu leczenia niepłodności z lat 2013–2016. Z uwagi na aktualność wybranego tematu i jego nowość dla doktryny prawa medycznego w zasadzie nie funkcjonują publikowane źródła pisane, w których autorzy staraliby się poddać kompleksowej ocenie założenia Programu. Ten artykuł stara się wypełnić powstałą na tej podstawie lukę poznawczą, a autorska ocena została wzbogacona ponadto o komentarze na temat Programu pojawiające się w publicystyce.

2. Cele Programu

Program Kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020 został sformułowany w zgodzie z przepisami zawartymi w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016–2020³. W treści tego rozporządzenia jednym z operacyjnych celów NPZ określono poprawę zdrowia prokreacyjnego w Polsce. Realizatorami NPZ w tym obszarze stały się Ministerstwo Zdrowia wraz z krajowymi agendami (w zakresie wsparcia profilaktyczno-zdrowotnego), a także Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, jak również Ministerstwo Edukacji Narodowej (w zakresie wsparcia informacyjnego i społecznej promocji NPZ). Warto dodać, że włączenie postulatów na temat zdrowia prokreacyjnego do NPZ na lata 2016–2020 było rezultatem przede wszystkim konsultacji społecznych. Te ostatnie skutkowały przekazaniem Ministerstwu Zdrowia wielu uwag na temat potrzeby włączenia zdrowia prokreacyjnego do systemu kompleksowej opieki zdrowotnej w Polsce we wspomnianym okresie⁴. Należy pamiętać, że treści NPZ mają jednak w opisywanej dziedzinie polityki zdrowotnej charakter generalny oraz ogólny, z kolei szczegółowe doprecyzowanie założeń ochrony zdrowia prokreacyjnego stało się przedmiotem osobnego Programu.

² E. Rumińska-Zimny, K. Przyborowska, *Polityka społeczna rządu PIS: możliwe skutki, szanse i wyzwania*, [w:] M. Środa, W. Nowicka (red.), *Prawa kobiet, prawa obywatelskie pod rządami PIS-u*, Kongres Kobiet-Stowarzyszenie Równość i Nowoczesność, Warszawa 2016, s. 44.

³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. z 2016 r., poz. 1492).

⁴ Polska Agencja Prasowa, *Zdrowie prokreacyjne jednym z celów Narodowego Programu Zdrowia*, <http://zdrowie.dziennik.pl/dziecko/artykuly/519908,zdrowia-prokreacyjne-jednym-z-celow-narodowego-programu-zdrowia.html> [dostęp: 6.02.2017].

Program Kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020 zakłada realizację głównego celu w postaci zwiększenia dostępu obywateli do wysokiej jakości świadczeń związanych z diagnostyką oraz leczeniem problemu niepłodności. Program skierowano głównie do osób zmagających się z niepłodnością, które pozostają w związkach małżeńskich albo związkach partnerskich, a wcześniej nie były poddawane badaniom diagnostycznym w związku ze swoim problemem. Ważnym założeniem Programu stały się także szkolenia personelu medycznego. Użycie przez Ministerstwo Zdrowia sformułowania „głównie” w odniesieniu do adresatów Programu może powodować trudność w zrozumieniu, czy z Programu mogą skorzystać choćby osoby samotne lub też osoby pozostające w ramach nierejestrowanych prawnie związków partnerskich. Znajomość dotychczasowego programu i polityki społecznej Prawa i Sprawiedliwości każe sformułować odpowiedź przeczącą, choć treść samego Programu nie rozwiewa powstałych na tym tle wątpliwości.

Wśród szczegółowych celów Programu sformułowano natomiast następujące założenia⁵:

- poprawa stanu zdrowia uczestników Programu w dziedzinie zidentyfikowanych chorób przyczyniających się do trudności w posiadaniu potomstwa;
- poprawa kwalifikacji oraz umiejętności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a także lekarzy specjalistów i położnych w sferze czynników oddziałujących na występowanie niepłodności i wczesne wykrywanie przyczyn tego problemu społecznego;
- określenie przyczyn niepłodności uczestników Programu;
- poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w sferze kompleksowej diagnostyki problemu niepłodności;
- zabezpieczenie płodności wśród kobiet poddanych leczeniu z powodów onkologicznych dzięki utworzeniu Banku Tkanek Germinalnych.

Jak widać na podstawie wyliczonych punktów, większość spośród nich odnosi się bezpośrednio do dobrostanu zdrowotnego osób, które zmagają się z problemem niepłodności. Jeden punkt dotyczy specjalistycznego przygotowania i szkolenia lekarzy i położnych w związku z wyzwaniami realizowanymi w ramach Programu. Jeden punkt dotyczy natomiast ogólnej poprawy jakości świadczeń opieki zdrowotnej, które są związane z diagnozowaniem niepłodności.

Dla pomiaru osiągniętych rezultatów zdecydowano się wybrać kilka mierników efektywności realizacji wymienionych celów Programu. Wśród mierników dla celu ogólnej poprawy stanu zdrowia uczestników Programu znalazły się takie czynniki jak:

⁵ Program Kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2016, s. 13.

liczba par przystępujących do Programu (docelowo 8 000 par), liczba par, którym uda się ukończyć całą diagnostykę (docelowo 4 000 par), liczba par skierowanych do dalszego leczenia problemu niepłodności (docelowo 6 000 par), jak również odsetek wszystkich par, u których uda się doprowadzić do klinicznej ciąży (docelowo 30% par, u których zdiagnozowano problem niepłodności). Przy realizacji drugiego celu, czyli szkolenia lekarzy i położnych, docelowo planuje się przeprowadzić 58 kursów szkoleniowych, w których udział weźmie co najmniej 60% lekarzy udzielających świadczeń medycznie wspomaganey prokreacji. Planuje się ponadto uzyskać wskaźnik docelowy w postaci 80% ankiet uczestników kursów z pozytywną oceną na temat ich udziału w tych kursach. Pomiar realizacji celu Programu w postaci określenia przyczyn niepłodności będzie zależny od osiągnięcia pojedynczego miernika w postaci odsetka par, u których zdiagnozowano niepłodność (wskaźnik docelowy określono na poziomie 80% par, które przystąpią do Programu). Czwartym celem Programu jest poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w sferze kompleksowej diagnostyki problemu niepłodności. Miernikami skuteczności w tym przypadku określono liczbę nowych ośrodków referencyjnych oferujących świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia niepłodności (docelowa liczba to 16 takich ośrodków) oraz liczbę usatysfakcjonowanych pacjentów (docelowo 70% ankiet z ocenami pozytywnymi). Pomiar efektywności realizacji ostatniego celu Programu, czyli zabezpieczenia płodności wśród kobiet poddanych leczeniu z powodów onkologicznych dzięki utworzeniu Banku Tkanek Germinalnych, ma przebiegać dzięki uzyskaniu docelowej liczby 75 tkanek w takim Banku⁶.

3. Działania planowane w Programie. Realizatorzy Programu

Działania planowane do realizacji w Programie skupiają się wokół kilku głównych priorytetów, podzielonych wewnętrznie na zadania szczegółowe. Wśród głównych priorytetów sformułowano następujące działania⁷:

- utworzenie sieci referencyjnych ośrodków wyspecjalizowanych w leczeniu niepłodności;
- realizowanie badań i procedur w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności;
- edukacja pracowników służby zdrowia na podstawie ustalonego ramowego programu kursów szkoleniowych, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz świadczenie opieki psychologicznej pacjentom;
- utworzenie Banku Tkanek Germinalnych.

⁶ *Ibidem*, s. 13-14.

⁷ *Ibidem*, s. 15-38.

Warto bliżej przyjrzeć się szczegółowym zadaniom realizowanym w ramach każdego z wymienionych głównych priorytetów działań. Jeśli chodzi o utworzenie sieci referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności, to będzie miało ono przebieg konkursowego wyboru placówek klinicznych, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych, realizując założenia ochrony zdrowia prokreacyjnego. Działalność tych ośrodków ma odznaczać się kompleksowym podejściem, co oznacza, że będą świadczyć nie tylko diagnostykę oraz zabiegi leczenia niepłodności, ale ponadto odpowiadać za edukacyjne działania w regionach, opiekę psychologiczną dla par, jak również monitorowanie postępów tego leczenia. Każdy ośrodek referencyjny musi gwarantować możliwość przeprowadzenia pełnej diagnostyki w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych, świadcząc zarówno badania inwazyjne, jak i nieinwazyjne, a także zabiegi operacyjne. Katalog takich ośrodków ograniczono wyłącznie do szpitali klinicznych oraz instytutów badawczych. Dla każdego sformułowano ponadto szczegółowy zakres wymagań w dziedzinie posiadanego sprzętu oraz udzielanych świadczeń medycznych⁸.

W publicystycznej ocenie przyjętych rozwiązań podkreśla się, że nowy Program zdrowia prokreacyjnego na lata 2016–2020 w ostatecznym kształcie dopuścił jako realizatorów tylko 12 spośród co najmniej 16 ośrodków leczenia niepłodności, które miały docelowo powstać od końca 2016 r.⁹ Dodaje się, że w porównaniu z Programem Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2016–2019 i jego poprzedniej wersji za lata 2013–2016 opisywany Program na lata 2016–2020 dopuścił do realizacji wcześniej wspomnianych działań wyłącznie placówki publiczne bądź spółki z publicznym właścicielem. Ograniczyło to możliwość wykorzystania potencjału płynącego ze współpracy państwa z prywatnymi klinikami, aby móc lepiej dotrzeć do osób zmagających się z problemem niepłodności¹⁰. Można ocenić, że w praktyce oznacza to również monopolizację roli państwa, jeśli chodzi o kompleksową ochronę zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020, współfinansowaną ze środków publicznych. Może to prowadzić do dwubiegunowego rozwoju świadczeń medycznie wspomaganej prokreacji w Polsce w najbliższym czasie: z jednej strony, poprzez ściśle zawężony katalog bezpłatnych świadczeń i podmiotów ich udzielających w ramach Programu, z drugiej strony z kolei poprzez prywatne świadczenia w pełni odpłatne, realizowane przez niepubliczne kliniki leczenia niepłodności. Wydaje się, że pewną alternatywą wobec tego dwubiegunowego rozwoju zdrowia prokreacyjnego w Polsce może być coraz aktywniejszy udział

⁸ *Ibidem*, s. 16-23.

⁹ J. Gajos, *Wybrano 12 ośrodków zajmujących się leczeniem niepłodności*, „Newsletter Bioetyczny” 2016, nr 30, s. 1.

¹⁰ A. Kurowska, *Zamiast in vitro: Wiemy, gdzie będą leczyć niepłodność*, <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/985890,rzad-in-vitro-leczenie-nieplodnosci.html> [dostęp: 6.02.2017].

niektórych jednostek samorządu terytorialnego w tworzeniu własnych programów leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego (*in vitro*)¹¹.

W Polsce wyłoniono 12 referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności jako realizatorów Programu. Każdemu przyznano pomoc finansową w określonej wysokości na realizację programowych zadań. Należy nadmienić, że wśród zakwalifikowanych ośrodków tylko 3 realizowały zadania przewidziane w nieprzedłużonym przez Prawo i Sprawiedliwość rządowym programie leczenia niepłodności na lata 2013–2016¹². W tabeli 1 odniesiono się do podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do Programu i wysokości przyznanej im pomocy finansowej z budżetu państwa.

Tabela 1. Realizatorzy Programu wraz z wysokością przyznanej im pomocy finansowej z budżetu państwa.

Nazwa podmiotu	Wysokość pomocy
1. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	3,76 mln zł
2. Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi	2,29 mln zł
3. Instytut Matki i Dziecka w Warszawie	1,37 mln zł
4. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 we Wrocławiu	0,82 mln zł
5. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	0,77 mln zł
6. Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny w Poznaniu	0,76 mln zł
7. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	0,73 mln zł
8. Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie	0,56 mln zł
9. Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	0,55 mln zł
10. Szpital Uniwersytecki w Krakowie	0,48 mln zł
11. Szpital Uniwersytecki Nr 2 w Bydgoszczy	0,34 mln zł
12. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu	0,14 mln zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: B. Józwiak, *Interpelacja nr 8758 do Ministra Zdrowia w sprawie wsparcia referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności* <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=64C7607C&view=1> [dostęp: 6.02.2017].

¹¹ Problematyka udziału i dobrych praktyk poszczególnych samorządów terytorialnych w finansowaniu leczenia niepłodności metodą *in vitro* została szerzej omówiona w innym artykule autorki. Por. M. Debita, *Refundacja zapłodnienia pozaustrojowego metodą *in vitro* w Polsce – regulacje prawne*, [w:] J. Bielski (red.), *Wielowymiarowy obraz współczesnej rodziny*, Pułtusk 2015.

¹² Były to ośrodki wyszczególnione w punktach 5, 6 oraz 9 w ramach tabeli 1. Por. B. Józwiak, *Interpelacja nr 8758 do Ministra Zdrowia w sprawie wsparcia referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności*, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=64C7607C&view=1> [dostęp: 6.02.2017].

Jak wynika z danych zebranych w tabeli 1, nie każde województwo mogło liczyć na obecność referencyjnego ośrodka leczenia niepłodności zakwalifikowanego do Programu. Realizatorzy Programu reprezentowali tylko nieco ponad połowę województw (9 z 16). Już sam ten fakt może powodować pewne trudności dla osób zmagających się z problemem niepłodności, aby móc nieskrępowanie korzystać z długotrwałych niekiedy procedur diagnostyki, a także leczenia opisywanego problemu zdrowia prokreacyjnego. Wśród 12 podmiotów leczniczych najwięcej, bo 3, działało w Warszawie, a 2 funkcjonowało we Wrocławiu. W sposób bardzo zróżnicowany przedstawiała się także skala przyznanej wymienionym podmiotom leczniczym pomocy z budżetu państwa. Tylko 3 spośród nich mogły liczyć na pomoc przekraczającą 1 mln zł, z kolei – jak stwierdził przedstawiciel Ministerstwa Finansów – głównym kryterium różnicowania przyznanych kwot były przede wszystkim „doświadczenia w realizacji leczenia niepłodności w zakresie, jaki będzie obowiązywał w programie, a więc z wyłączeniem technik medycznie wspomaganej prokreacji”¹³.

Drugie z głównych działań w ramach Programu zakłada realizowanie badań i procedur w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności. Chodzi tu o 4 typy takich badań i procedur, tj.¹⁴:

- badania laboratoryjne – tj.: ogólnoustrojowe, histopatologiczne, andrologiczne, hormonalne, genetyczne, immunologiczne i wykrywanie zakażeń;
- badania nieinwazyjne – w tym badania USG, jak również tomografia komputerowa albo rezonans magnetyczny głowy;
- badania inwazyjne – w tej grupie znalazły się badania HSG i HSSG (rentgen macicy i jajowodów), a także diagnostyczna histeroskopia oraz laparoscopia;
- zabiegi operacyjne – w tej grupie znalazły się histeroskopia (na przykład usuwanie mięśniaków i zrostów), a także laparoscopia (na przykład wyluszczenie torbieli jajników).

Trzecie główne działanie w ramach Programu miało skupiać się na edukacji pracowników służby zdrowia na podstawie ustalonego ramowego programu kursów szkoleniowych. Działania towarzyszące miały dotyczyć także prowadzenia edukacji zdrowotnej oraz świadczenia opieki psychologicznej pacjentom. We wcześniejszym rządowym programie leczenia niepłodności na lata 2016–2019 problematyce tej w zasadzie nie poświęcono większej uwagi. Jednym z proponowanych zadań było promowanie współpracy

¹³ Szczegółowe kryteria dotyczyły z kolei: liczby zatrudnionego personelu i jego kwalifikacji, kompleksowości świadczeń zdrowotnych w ośrodku, doświadczenia w związku z udzielaniem świadczeń w przedmiocie diagnostyki i leczenia niepłodności w latach 2014–2015, oceny dostępności geograficznej ośrodków, jak również oceny ich planów rzeczowo-finansowych. J. Pinkas, *Odpowiedź na interpelację nr 8758 w sprawie wsparcia referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności*, <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=6DD41201> [dostęp: 6.02.2017].

¹⁴ Program Kompleksowej Ochrony Zdrowia..., *op. cit.*, s. 17-18.

pomiędzy różnymi instytucjami i organizacjami, głównie między podmiotami leczniczymi, instytucjami państwa i towarzystwami naukowymi¹⁵. Mocno rozbudowany postulat szkolenia personelu medycznego, społecznej edukacji zdrowotnej, a także kompleksowej opieki psychologicznej dla pacjentów, pojawił się jednak dopiero w opisywanym Programie na lata 2016–2020. Sformułowano w nim między innymi takie szczegółowe zadania, jak¹⁶:

- opracowanie ramowego programu kursów szkoleniowych, który obejmowałby takie zagadnienia, jak leczenie niepłodności u kobiet i mężczyzn, postępowanie diagnostyczne, opiekę psychologiczną nad pacjentem, jak również organizację kompleksowej opieki nad parą dotkniętą problemem niepłodności;
- realizowanie 16 kursów rocznie w każdym województwie dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy specjalistów w zakresie ginekologii i położnictwa, jak również dla położnych;
- prowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia przy współpracy z referencyjnymi ośrodkami leczenia niepłodności i Polskim Towarzystwem Ginekologicznym polityki edukacyjnej w społeczeństwie w zakresie zdrowia prokreacyjnego oraz prewencji i leczenia niepłodności;
- zagwarantowanie udziału psychologa zarówno na etapie diagnostyki leczenia niepłodności, jak i na etapie terapii w przypadku poszczególnych par.

Ostatnim głównym działaniem w ramach opisywanego Programu miało być utworzenie Banku Tkanek Germinalnych. Chodzi tu o możliwość przechowywania tkanek jajnikowych w warunkach ich kriokonserwacji celem późniejszego przeszczepu autosomalnego. Dotyczy to leczenia niepłodności w warunkach zmagania się kobiety z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia tej choroby. Bank Tkanek Germinalnych ma być jednostką powołaną w drugim roku obowiązywania Programu, czyli w 2017 r. Jego działanie ma służyć nie tylko przechowywaniu tkanek, ale też późniejszemu przeprowadzaniu procedur z zakresu autotransplantacji. Bank taki zostanie utworzony w wybranym ośrodku referencyjnym leczenia niepłodności, przy maksymalnym finansowaniu utrzymania tej jednostki na poziomie 80% środków z budżetu państwa oraz co najmniej 20% środków z budżetu ośrodka referencyjnego. Zaplanowano ponadto możliwość pobierania około 25 nowych tkanek każdego roku oraz zobowiązano opisywaną jednostkę do ich przechowywania przez okres 10 lat¹⁷.

¹⁵ Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2016-2019, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2016, s. 8.

¹⁶ Program Kompleksowej Ochrony Zdrowia..., *op. cit.*, s. 25-36.

¹⁷ *Ibidem*, s. 36-39.

4. Przegląd kosztów Programu

Zlikwidowany rządowy program leczenia niepłodności na lata 2016–2019 zakładał łączną kwotę na jego realizację na poziomie 304 480 980 zł. Natomiast w przypadku opisywanego w artykule Programu na lata 2016–2020 na jego realizację ustalono łączną kwotę na poziomie 100 665 580 zł, z czego środki bieżące będą wynosić 30 365 580 zł, a środki majątkowe – 70 300 000 zł¹⁸. Takie dane oznaczają ponad trzykrotne zmniejszenie środków finansowych z budżetu państwa w związku z realizacją narodowego programu leczenia problemu niepłodności u obywateli. Na podstawie tych danych można sądzić, że opisywany aspekt polityki zdrowotnej państwa stracił w ocenie Ministerstwa Zdrowia na znaczeniu w porównaniu z polityką zdrowotną realizowaną przez poprzedni obóz rządzący w Polsce.

Szczegółowy przegląd kosztów w podziale na wcześniej wymienione główne działania zaprezentowano dzięki danym zebranych w tabeli 2.

Tabela 2. Prezentacja kategorii kosztów przy realizacji Programu w latach 2016-2020.

Rodzaj zadań	Wysokość kosztów
1. Powstanie referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności	70 000 000,00 zł
a) Zakup sprzętu	50 000 000,00 zł
b) Realizacja inwestycji	20 000 000,00 zł
2. Realizowanie badań i procedur w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności (tzw. kompleksowa diagnostyka)	28 000 000,00 zł
3. Edukacja i szkolenie pracowników służby zdrowia	965 000,00 zł
4. Bank Komórek Germinalnych	1 700 580,00 zł
a) Zakup urządzeń do krioprezerwacji	300 000,00 zł
b) Koordynacja zadań w Banku	500 580,00 zł
c) Transport, kriokonserwacja, a także koszty przechowywania komórek	900 000,00 zł
RAZEM	100 665 580,00 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Program Kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2016, s. 43-47.

Interpretując dane przedstawione w tabeli 2, zauważyć należy, że prawie 70% wszystkich kosztów przewidzianych w Programie to koszty utworzenia całej sieci referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności i dofinansowania ich działalności w dziedzinie ochrony zdrowia prokreacyjnego potrzebujących par. Zdecydowanie przeważają w tej kategorii koszty zakupu sprzętu i odpowiedniego wyposażenia podmiotów leczniczych uczestniczących w Programie (prawie 3/4 wszystkich kosztów powstania sieci podmiotów

¹⁸ Program Leczenia Niepłodności Metodą..., *op. cit.*, s. 19.

lecznicych). Z kolei ponad 27% wszystkich kosztów Programu stanowią koszty realizacji kompleksowej diagnostyki oraz przygotowania par do leczenia niepłodności. Pozostały odsetek kosztów podzielono między przygotowanie Banku Komórek Germinalnych (prawie 1,7% wszystkich kosztów) oraz edukację i szkolenie pracowników służby zdrowia (mniej niż 1% opisywanych kosztów). Przedstawione dane pozwalają lepiej zrozumieć, jak wygląda układ wydatków budżetu państwa na realizację opisywanego Programu na lata 2016–2020.

5. Zakończenie

Ocena nowego Programu nie może być jednoznaczna. Trudno nie uwzględnić stanowiska, że realizacja narodowego programu prokreacyjnego spełnia warunki zaangażowania państwa w próbę pomocy osobom zmagającym się z problemem niepłodności. Finansowanie ze środków publicznych leczenia takiego problemu jest wymogiem wysoko rozwiniętych demokratycznych państw. Wpisuje się również w politykę zdrowotną takich państw i jest ważnym elementem prowadzonej przez nie polityki. Ponadto, w publicystyce podkreśla się istotną zaletę nowego Programu na lata 2016–2020, tj. wskazuje się, że przyczyni się on do stworzenia rozbudowanej infrastruktury dobrze wyposażonych placówek dostępnych publicznie, z fachowo wykwalifikowanym oraz jednolicie przeszkolonym personelem służby medycznej. Prognozuje się w związku z tym większy dostęp do publicznego leczenia problemu niepłodności w przypadku osób, które mają trudności, aby móc skorzystać z pomocy w tym zakresie w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁹. Wydaje się jednak, że będzie to odgrywać rolę głównie w przypadku stosunkowo słabiej sytuowanych ekonomicznie par. Jeśli chodzi o osoby o większych dochodach, to mogą być one zainteresowane konkurencyjną ofertą wyspecjalizowanych i profesjonalnych klinik leczących niepłodność metodą *in vitro*.

Nie można pominąć także pojawiającej się w publicystyce opinii, zgodnie z którą w Programie na lata 2016–2020 dopuszczono do leczenia jedynie te pary, które nie diagnozowały wcześniej niepłodności, co może budzić poważne wątpliwości na temat zasadności tego zapisu Programu. Trudno w praktyce zmagać się z problemem niepłodności bez uzyskania specjalistycznej medycznej diagnozy, poprzedzającej stwierdzenie takiego problemu. W realizacji Programu istnieje ryzyko wystąpienia sytuacji, w której osoby zdrowe, które nie mogły zająć przez 12 miesięcy, będą ubiegać się o pomoc finansowaną z budżetu państwa, mimo że nie musi ich dotyczyć problem samej bezpłodności

¹⁹ M. Skołożyńska, *Ministerstwo będzie leczyć z niepłodności ludzi płodnych*, www.tokfm.pl/Tokfm/7,103454,20924768,ministerstwo-bedzie-leczyc-z-niepłodności-ludzi-płodnych-fenomenalne.html [dostęp: 6.02.2017].

i mogłyby w taką ciążę zajść po ponad 12-miesięcznych próbach. Równie poważny zarzut jest kierowany pod adresem zabiegów bankowania tkanki jajnikowej w przypadku pacjentek zmagających się z nowotworami. Według danych do listopada 2016 r. na całym świecie w wyniku tej metody leczenia niepłodności doszło do zaledwie 10 ciąż, co każe stwierdzić, że jest ona nieskuteczna, a przy tym nie posiada dostatecznie mocno udokumentowanych medycznie podstaw potwierdzających, że jest bezpieczna dla zdrowia pacjentki²⁰. Można dodać, że w Programie zabrakło odniesień do naprotechnologii jako alternatywy wobec *in vitro*, którą popiera wielu polityków partii rządzącej w Polsce po 2015 r. W treści Programu nie pada ani razu odniesienie do tej metody, ani do możliwości uzyskania na początku 2017 r. refundowanej pomocy w ramach jej stosowania.

²⁰ *Ibidem.*

