

## PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

# Dzięki programowi refundacji *in vitro* urodzi się więcej dzieci

1 czerwca, po 8 latach przerwy, ponownie wprowadzono refundację *in vitro* z budżetu państwa. To długo wyczekiwana decyzja. O tym, na czym polega ten program, kto będzie mógł z niego skorzystać i czego w nim zabrakło, mówili paneliści podczas konferencji *Priorities and Challenges in Polish and European Drug Policy 2024*.

Nie pomógł ani program 500 plus, ani inne programy, które nie finansowały zapłodnienia pozaustrojowego. Jak się okazuje, najskuteczniejszym sposobem walki z niepłodnością jest *in vitro*. Podczas poprzedniej refundacji, za rządów PO-PSL, dzięki programowi „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016” urodziło się ponad 22 tys. dzieci. Mimo sukcesu program nie został przedłużony przez kolejny rząd, co tłumaczono – brakiem pieniędzy.

Nowy program „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreację, na lata 2024–2028” ma kosztować budżet państwa 500 mln zł rocznie. Dla tysięcy par w Polsce może być jedyną szansą na posiadanie własnego potomstwa. Szansą, z której przez ostatnie lata nie dane im było skorzystać.

### Niepłodność choroba cywilizacyjną XXI wieku

Niepłodność, która najczęściej występuje w krajach wysoko rozwiniętych, może dotyczyć 10–20 proc. par w wieku reprodukcyjnym. To na tyle dużo, by Światowa Organizacja Zdrowia uznała ją za chorobę cywilizacyjną XXI wieku. Według

przygotowanego przez Fertility Europe „Europejskiego atlasu polityki leczenia niepłodności” Polska razem z Irlandią, Albanią i Armenią znajduje się w Europie na szarym końcu, jeśli chodzi o leczenie niepłodności. Głównie z powodu ograniczonego dostępu do metody *in vitro* i braku edukacji zdrowotnej.

– Fakt, że coraz więcej ludzi ma problemy z niepłodnością, wynika z tego, że pary coraz później decydują się na dzieci. Średnia wieku rodzących w Polsce wynosi 30 lat, a wtedy już kobieta ma lub może mieć ograniczoną płodność. Do klinik leczenia niepłodności zgłaszają się pacjentki zdecydowanie po 35. roku życia, u których efekty leczenia są gorsze niż w młodszej grupie. Nawet do 18 proc. ludzi w wieku reprodukcyjnym ma problemy z płodnością i dlatego

tak ważne jest, by systemowe leczenie niepłodności było dla nich znaczącym wsparciem – mówił prof. dr hab. n. med. Rafał Kurzawa, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, dyrektor medyczny TFP Fertility Polska. – Można się spodziewać, że odsetek par borykających się z niepłodnością w Polsce będzie coraz większy. Procedura *in vitro* jest dla nich metodą ostatniej szansy, pozwalającą leczyć się na bardzo wysokim poziomie w ramach świadczeń gwarantowanych w klinikach rozmieszczonych w całej Polsce, które mają zapewnione bardzo wysokie budżetowanie – dodała dr n. o zdr. Aleksandra Saniewska-Kilim, naczelniczka Wydziału Zdrowia Rodziny w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia.

### Jeden z najbardziej kompleksowych programów w Europie

Unikatowość tego programu polega na szerokich kryteriach włączenia, które nie ograniczają w istotny sposób dostępu parom z problemem niepłodności. – U kobiet, które skończyły 42. rok życia, w ramach refundacji można wykonywać procedury z własnymi komórkami jajowymi. W większości krajów ta granica jest ustalona na poziomie ok. 40 lat, a to jest już wiek znacznego ograniczenia płodności. Celowo zrezygnowaliśmy z kryterium, jakim jest rezerwa jajnikowa określana na podstawie stężenia AMH (anti-Müllerian hormone), aby młode kobiety z niską rezerwą jajnikową również mogły się leczyć. Kryteria wykluczające nie są ekstremalnie



### W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **Marta Górna**, przewodnicząca Stowarzyszenia na rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”
- **prof. dr hab. n. med. Rafał Kurzawa**, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, dyrektor medyczny TFP Fertility Polska
- **prof. dr hab. n. med. Krzysztof Łukaszuk**, Gdański Uniwersytet Medyczny
- **Dorota Minta**, Instytut Wsparcia Psychologicznego ESTARE, prezeska fundacji STOMALife
- **mec. Michał Modro**, Kancelaria Prawo Gospodarka Zdrowie Banaszewska Modro, wiceprzewodniczący Rady do spraw Polityki Senioralnej przy Ministrze do spraw Polityki Senioralnej, przewodniczący Komisji Zdrowia i Rynku Aptecznego BCC
- **dr n. o zdr. Aleksandra Saniewska-Kilim**, naczelniczka Wydziału Zdrowia Rodziny w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia
- **prof. dr hab. n. med. Robert Zygmunt Spaczyński**, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości; Uniwersytet Zielonogórski; Centrum Ginekologii, Położnictwa i Leczenia Niepłodności Pastelova w Poznaniu

konserwatywne, ponieważ trudno sobie wyobrazić leczenie kobiety, która nie ma macicy, w sytuacji gdy w Polsce surogacja jest niedozwolona – tłumaczył prof. Rafał Kurzawa.

– Kryteria zostały opracowane przez zespół znamiennych ekspertów z najważniejszych polskich towarzystw naukowych. Pojawiała się też strona społeczna reprezentowana przez fundację „Nasz Bocian”, która wie, jakie są oczekiwania pacjentów. Na straży finansów publicznych i zachowania procedur stali urzędnicy, a Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przeprowadziła wycenę. Kryteria zostały tak dobrane, żeby były bardzo dobre naukowo, uwzględniały potrzeby pacjentów i żebyśmy racjonalnie wydawali pieniądze komórkach jajowych, z wykorzystaniem publicznych – przekonywała dr Aleksandra Saniewska-Kilim.

Zdaniem Marty Górnej, przewodniczącej Stowarzyszenia na rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”, obecny program niemal w pełni zaspokaja potrzeby pacjentów. – Wnioskowieliśmy co prawda o wyższą niż 45 lat granicę wieku dla kobiet przy korzystaniu z dawstwa oocytów i zarodków. Wprawdzie w większości państw europejskich te kryteria są ustawione niżej, ale ich programy były opracowywane 10–15 lat temu. Programy, które powstają dzisiaj, zakładają zwykle wyższy maksymalny wiek kobiet – wyjaśniła. – Dużą zmianą w stosunku do programu z lat 2013–2016 jest możliwość skorzystania aż z sześciu procedur *in vitro*. Mogą to być procedury na własnych komórkach jajowych, z wykorzystaniem komórki dawczyni czy adopcji zarodka – dodała.

### Czy ośrodki są gotowe, by ruszyć do pracy?

Krótko przed wdrożeniem refundacji Ministerstwo Zdrowia ogłosiło wyniki konkursu na realizatorów programu. Wybranych placówkom przyznano finansowanie w wysokości 2–10 mln zł rocznie. Czy te ośrodki są gotowe, aby ruszyć do pracy pełną parą? – Moim zdaniem tak – odpowiedział prof. Rafał Kurzawa. – Należymy do państw z największą liczbą embriologów klinicznych certyfikowanych przez Europejskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu Człowieka i Embriologii (ESHRE), mamy 105 specjalistów z endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości oraz ponad 50 klinik, w których będzie realizowany program. Mam wgląd w dane dotyczące skuteczności leczenia w Polsce i wiem, że te placówki dobrze leczą – zapewnił.

– Placówki są rozmieszczone na terenie całego kraju. Oczywiście największe ich skupiska znajdują się w aglomeracji śląskiej i w dużych miastach, takich jak Warszawa czy Kraków. Praktycznie w każdym województwie jest jakaś klinika, co zapewni pacjentom łatwiejszy dostęp do leczenia. Ośrodki zostały wybrane na podstawie bardzo wymagających kryteriów, takich jak wysokiej klasy sprzęt i doświadczenie w przeprowadzaniu zabiegów *in vitro*. Lekarze z kolei musieli mieć specjalizację, a w przypadku embriologów dodatkowo punktowane było posiadanie certyfikatów ESHRE albo Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRiE) – mówiła dr Aleksandra Saniewska-Kilim. Na pytanie, które ośrodki są najlepsze, odpowiedział konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości prof. dr hab. n. med. Robert Zygmunt Spaczyński z Uniwersytetu Zielonogórskiego oraz Centrum Ginekologii, Położnictwa i Leczenia Niepłodności Pastelova w Poznaniu: – Jak to się mówi – „po wynikach ich poznacie”. Kiedy wprowadzimy rejestr, przyjdzie czas na obiektywną ewaluację, która pozwoli zweryfikować dane dotyczące skuteczności leczniczej ośrodków. Warto jednak podkreślić, że system opieki w zakresie medycyny rozrodu opiera się w większości na jednostkach niepublicznych, które mogły się doskonale doposażyć, szkolić i zabiegać o wysoką jakość i skuteczność oferowanych usług. Przekłada się to na skuteczność zabiegów, która jest powyżej poziomu europejskiego. Według danych PTMRiE z 2020 r. sięga ona nawet 40 proc.

### Onkopłodność – czy pacjenci wiedzą, na czym polega?

Jednym z elementów programu jest onkopłodność. To nowość, która nie funkcjonowała w programie ministerialnym na lata 2013–2016. Finansowane mają być m.in. zabiegi pobrania, mrożenia oraz przechowywania komórek rozrodczych. – To program dla chorych narażonych na potencjalne leczenie gonadotoksyczne stosowane w chorobach onkologicznych. Obejmuje pacjentów od momentu dojrzenia do 40. roku życia w przypadku kobiet i 45. roku życia w przypadku mężczyzn. Aby wszystko prawidłowo zadziałało, konieczna jest współpraca specjalistów medycyny rozrodu, lekarzy onkologów, hematologów, a także wielu innych specjalizacji, którzy wiedzą, że istnieje możliwość zabezpieczenia potencjału rozrodczego – jest ona łatwo dostępna i całkowicie

## PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

bezpłatna. Chciałbym podkreślić, że zabezpieczenie płodności to znacznie szersze pojęcie i powinno dotyczyć także pacjentów poddanych leczeniu gonadotoksycznemu z powodu chorób reumatologicznych, chorych na endometriozę lub zespół Turnera – tłumaczył prof. Robert Zygmunt Spaczyński.

Czy wielu pacjentów decydowało się do tej pory na zabezpieczenie swojej płodności? Zdaniem Marty Górnej – nie. Głównie z powodu bariery finansowej.

### Czy potrzebna jest pomoc psychologiczna?

W ramach programu pacjentom zostanie zapewniona nielimitowana liczba konsultacji psychologicznych, które mają być obowiązkowe w przypadku dawstwa. To ważne, bo osoby po procedurze *in vitro* często mają podniesiony poziom lęku i borykają się ze stanami depresyjnymi. Lekarze pracujący z pacjentami powinni im uświadamiać, jakie znaczenie ma wsparcie psychologiczne w czasie całego procesu *in vitro*.

– Wiele leków stosowanych w procedurze *in vitro* może mieć skutki uboczne, takie jak zaburzenia związane z kondycją psychiczną. A dobrostan psychiczny jest niezwykle ważny w powodzeniu zabiegu *in vitro*. Badania naukowe ze Skandynawii, Niemiec, Francji czy ze Stanów Zjednoczonych pokazują, że zła kondycja psychiczna o 20 proc. zmniejsza skuteczność procedury *in vitro*, o 30 proc. zwiększa ryzyko depresji okolicyrodowej i wpływa na przebieg ciąży. Są badania, według których między 2. a 3. rokiem po porodzie dziecka poczętego metodą *in vitro* rozpada się trzykrotnie więcej par niż w przypadku naturalnego zajścia w ciążę. Dlatego bez kompleksowego działania trudno będzie wpłynąć na dzietność Polaków – zauważyła Dorota Minta, psycholożka, psychoterapeutka z Instytutu Wsparcia Psychologicznego ESTARE, prezesa fundacji STOMALife.

### Problem stygmatyzacji

Jednym z problemów, z którymi mierzą się pacjenci, jest stygmatyzacja. Niestety dotyczy ona nie tylko par, które zdecydowały się na zabieg *in vitro*, lecz także dzieci poczętych tą metodą. W takiej sytuacji także niezbędna jest pomoc psychologiczna. A może potrzebne są również odpowiednie rozwiązania prawne?

– Stygmatyzacja jest związana wyłącznie z kulturą, w jakiej żyjemy, a jedynym sposobem, by się przed nią bronić, jest edukacja. I to nie tylko szkolna, lecz także społeczna. Konieczne jest otwarte przekazywanie wiedzy, którą przynosi współczesna nauka, na przykład o tym, że nie ma żadnej „bruzdy” u dzieci urodzonych dzięki *in vitro*. Ważne jest też, by komunikacja społeczna w większym stopniu była budowana na medycynie opartej na faktach – przekonywała Dorota Minta.

– Już samo określenie „dziecko z próbówki” stygmatyzuje. Tak jak mówienie, że nie ma



”

prof. Rafał Kurzawa: Trzeba stanąć na głowie, żeby rejestr nie był postrzegany jako działanie polityczne służące do kontroli czyjejś reprodukcji. W innych krajach takie rejestry funkcjonują i służą poprawie opieki perinatalnej, a nie śledzeniu kobiet, które potencjalnie chciałyby przerwać ciążę

duszy, że jest produktem. Niestety polskie prawo nie chroni przed stygmatyzacją dzieci poczętych metodą *in vitro* – zauważył mec. Michał Modro, radca prawny specjalizujący się w ustawach z obszaru systemu ochrony zdrowia, wiceprzewodniczący Rady do spraw Polityki Senioralnej przy Ministrze do spraw Polityki Senioralnej, przewodniczący Komisji Zdrowia i Rynku Aptecznego BCC. – Jeżeli przyjrzymy się definicjom, które funkcjonują w Radzie Europy czy w prawie unijnym, to każdy przejaw nietolerancji, nie tylko na tle płci, lecz także na tle pochodzenia, jest mową nienawiści. Gdybyśmy taką definicję przyjęli, to musieliśmybyśmy każdy przejaw nietolerancji, w szczególności wobec dzieci poczętych dzięki metodzie *in vitro*, uznać za mowę nienawiści. Wówczas konieczna byłaby nowelizacja art. 256 k.k., który dzisiaj ogranicza zakres mowy nienawiści tylko do kwestii związanych z narodowością i pochodzeniem – dodał.

### Czy wachlarz leków objętych refundacją jest wystarczający?

– Refundacja wprowadzona w 2014 r. dotyczyła głównie gonadotropin, które są refundowane całkowicie. Na liście refundacyjnej z 50-procentową odpłatnością znalazły się również leki z grupy antagonistów gonadoliberyny. Każdy nowy preparat, który się pojawiał, również był uwzględniany po krótszych lub dłuższych negocjacjach. Polityka refundacyjna stawała się wymaganiem mini-



”

dr Aleksandra Saniewska-Kilim: Dla par borykających się z niepłodnością procedura *in vitro* jest metodą ostatniej szansy, pozwalającą leczyć się na bardzo wysokim poziomie w ramach świadczeń gwarantowanych w klinikach rozmieszczonych w całej Polsce

malnego stężenia AMH i zakładała refundację tylko trzech cykli. Dzisiaj w programie refundowane są cztery cykle i nie obowiązuje kryterium AMH, czyli mamy dualizm refundacyjny. Pojawily się informacje, że od 1 lipca, kiedy zostanie ogłoszona nowa lista, zmienią się również warunki refundacji gonadotropin. Liczymy na jednoznaczne określenie, czy licznik cykli leczenia z refundacją gonadotropin zostanie wyzerowany, a liczba cykli zwiększona do czterech oraz czy będą obowiązywać takie kryteria, jak wiek 40, a nie 42 lata i minimalne stężenie AMH – komentował prof. Robert Zygmunt Spaczyński.

– Eksperti już na samym początku pracy nad kryteriami wskazywali, że obecna lista refundacyjna jest niekompatybilna z tym, co zostanie zapewnione pacjentom w ramach świadczeń gwarantowanych. Kiedy pani minister zdrowia podpisała program, został wysłany wniosek z urzędu mający na celu zmianę zasad refundacji. W tej chwili procedura trwa i jest na końcowym etapie. Założenie było takie, żeby pacjenci mogli mieć refundowane leki zgodnie z nowymi założeniami programowymi, ale co dokładnie znajdzie się w projekcie, dowiemy się w połowie czerwca, po jego opublikowaniu – relacjonowała dr Aleksandra Saniewska-Kilim.

### Czego zabrakło w programie?

Program „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspoma-



”

Marta Górna: Dużą zmianą w stosunku do programu z lat 2013–2016 jest możliwość skorzystania aż z sześciu procedur *in vitro*. Mogą to być procedury na własnych komórkach jajowych, z wykorzystaniem komórki dawczyni czy adopcji zarodka

nej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024–2028” jest wielkim sukcesem, ale jak zauważają eksperci, ma pewne niedociągnięcia.

– Nie powinno się na przykład wymagać od pacjentek, które mają 40 lat, żeby dokumentowały 12 miesięcy leczenia przed przystąpieniem do *in vitro*, bo zgodnie z rekomendacjami medycznymi to jest za późno. Nie możemy też odmawiać dostępu do *in vitro* singielkom, parom jedнопłciowym czy z problemami genetycznymi, które nie mają stwierdzonej niepłodności. Tej diagnostyki preimplantacyjnej niestety w programie zabrakło – oceniła Marta Górna. Do kwestii braku diagnostyki preimplantacyjnej odniósł się także prof. dr hab. n. med. Krzysztof Łukaszuk. – To co proponowaliśmy, nie jest do końca tożsame z zakresem programu. W rekomendacjach znalazła się m.in. diagnostyka preimplantacyjna. Dla osób obciążonych chorobami jednogennymi jest to optymalne rozwiązanie, kiedy planują potomstwo. Pomaga zapobiegać wystąpieniu nieprawidłowości u dziecka. Mówimy o tzw. chorobach rzadkich, które całkowicie zmieniają życie całej rodziny. Wszyscy musimy też widzieć, jak młody człowiek umiera. W konsekwencji odstąpienia od finansowania *in vitro* z diagnostyką chorób



”

prof. Robert Spaczyński: System opiera się w większości na jednostkach niepublicznych, które mogły się doskonale doposażać, szkolić i zabiegać o wysoką jakość oferowanych usług. Przekłada się to na skuteczność zabiegów, która jest powyżej poziomu europejskiego. Według danych PTMRiE z 2020 r. sięga ona nawet 40 proc.

jednogennych ryzykujemy, że będą się rodziły dzieci wymagające bardzo kosztownego leczenia, które jest nie do końca skuteczne i trudne dla ich bliskich. Warto podkreślić, że na terapię 50 chorych dzieci rocznie wydajemy więcej niż na cały program *in vitro*, którym obejmujemy 24 tys. osób. Tymczasem niewielkim relatywnie kosztem moglibyśmy zapobiec nieszczęściu i umożliwić narodziny zdrowych maluchów. Patrząc na tragedię ludzi obciążonych chorobami jednogennymi, nie jestem w stanie zrozumieć, dlaczego dział prawny Ministerstwa Zdrowia podjął taką decyzję – stwierdził.

Jak dodał prof. Krzysztof Łukaszuk, nie jest w pełni zrozumiałe, na jakich zasadach nastąpił podział finansowania między poszczególne podmioty lecznicze. – Duże ośrodki, które wykonywały po kilka tysięcy zabiegów, dostały pieniądze na 400 procedur, a jednostki, które nie przewodziły nawet 100 zabiegów – na 300. Taka alokacja może spowodować, że pacjent nie będzie mógł wybrać ośrodka, ale będzie musiał się leczyć tam, gdzie będą jeszcze pieniądze na procedury. Moim zdaniem to rozwiązanie nie odpowiada na potrzeby pacjentów i nie daje im poczucia wolności i decydowania o własnym losie, co jest bardzo ważne dla komfortu leczenia – ocenił ekspert.

Zdaniem Doroty Minty wadą programu jest brak możliwości przystąpienia do procedury *in vitro* osób samotnych.



”

Dorota Minta: Stygmatyzacja jest związana wyłącznie z kulturą, w jakiej żyjemy, a jedynym sposobem, by się przed nią bronić, jest edukacja. Konieczne jest otwarte przekazywanie wiedzy, którą przynosi współczesna nauka, na przykład o tym, że nie ma żadnej „bruzdy” u dzieci urodzonych dzięki *in vitro*

– Myślę, że jest wiele kobiet, które chciałyby mieć dzieci, ale nie spotykają odpowiedniego partnera. Bez możliwości skorzystania z refundacji *in vitro*, będą one musiały oszczędzać pieniądze i wyjeżdżać za granicę, na przykład do Czech, żeby mieć własne dziecko – tłumaczyła.

### Dlaczego potrzebny jest rejestr *in vitro*?

Kolejny problem to brak rejestru *in vitro*. W związku z rejestrem mogą się pojawić obawy, że płodność lub niepłodność pacjentów będą kontrolowane, podobnie jak w przypadku rejestru ciąż. Czy te obawy są słuszne i czy rzeczywiście rejestr jest potrzebny i bezpieczny z punktu widzenia ochrony danych osobowych?

– Rejestr to trzecia noga, obok ustawy o leczeniu niepłodności i ustawy o refundacji, na której powinien stać ten program. On nie zabiera pacjentowi praw, ale daje mu prawo do jakości i bezpieczeństwa leczenia. Uważam, że nie możemy się ograniczyć tylko do rejestru procedur medycznych realizowanych w ramach programu. Powinno być rejestr dotyczący wszystkich procedur związanych z rozrodem wspomaganym medycznie. Trzeba stanąć na głowie, żeby nie był on postrzegany jako działanie polityczne służące do kontroli czyjejś reprodukcji. Niestety żyjemy w kraju, w którym sprawy związane z rozrodem są trudne. Pamiętajmy, jakie były konsekwencje nieudolnego



”

Michał Modro: Przepisy prawa nie nadążają za leczeniem niepłodności. Rzeczywiście ustawa o leczeniu niepłodności z 2015 r. wymaga zmian. Wiemy, że taka nowelizacja przepisów będzie przygotowywana

wprowadzenia rejestru ciąż. W innych krajach takie rejestry funkcjonują i służą poprawie opieki perinatalnej, a nie śledzeniu kobiet, które potencjalnie chciałyby przerwać ciążę – podkreślił prof. Rafał Kurzawa.

– Zgadzą się z prof. Kurzawą, że musimy stworzyć jak najwięcej rejestrów, bo one dają nam dane zgodne z evidence based medicine. To nie będzie rejestr dostępny jawnie, do którego każdy będzie mógł zajrzeć. Cały czas obowiązują nas przeciw zasady RODO. Nie zmienią tego również przepisy, które wchodzi jesienią, a dotyczą wspólnej przestrzeni danych medycznych. Jak zwykle natomiast mamy problemy z praktyką. Znamy przecież przypadki, również w Ministerstwie Zdrowia, kiedy dane osobowe ujrzały światło dzienne. Dlatego istotne jest, aby były one zabezpieczone technicznie. Przepisy mamy dobre, tylko praktyka ich stosowania była różna – stwierdził mec. Michał Modro.

### Czy refundacja *in vitro* rozwiąże problem leczenia niepłodności w Polsce?

Jak podkreślają eksperci, aby leczenie niepłodności przyniosło efekt, potrzebne są też inne rozwiązania. Należałoby zacząć od nowelizacji ustawy o leczeniu niepłodności z 2015 r., która nie reguluje m.in. kwestii leczenia samotnych kobiet, par jedнопłciowych, zabezpieczenia płodno-



”

prof. Krzysztof Łukaszuk: Duże ośrodki, które wykonywały po kilka tysięcy zabiegów, dostały pieniądze na 400 procedur, a jednostki, które nie przewodziły nawet 100 zabiegów – na 300. Taka alokacja może spowodować, że pacjent nie będzie mógł wybrać ośrodka

ści z przyczyn socjalnych, dawstwa między członkami rodziny, rejestru, stygmatyzacji. – Przepisy prawa nie nadążają za leczeniem niepłodności. We wspomnianej ustawie jest wiele definicji, np. czym jest niepłodność, jednak z punktu widzenia formalnoprawnego przydałoby się ujęcie w niej wszystkich praw związanych z reprodukcją i leczeniem niepłodności. Rzeczywiście dokument ten wymaga zmian. Wiemy też, że taka nowelizacja przepisów będzie przygotowywana – mówił mec. Michał Modro.

Zdaniem Marty Górnej bardzo istotna jest edukacja zdrowotna, której u nas de facto nie ma.

– Jeżeli społeczeństwo będzie wyedukowane, to nie będziemy się zastanawiać, jak powiedzieć rodzinie, że lecimy niepłodność czy że mamy dziecko poczęte metodą *in vitro*. Tak jak cukrzyca nie zastanawiają się, w jaki sposób rozmawiać o swojej chorobie z rodziną – przekonywała. Profesor Krzysztof Łukaszuk zwrócił uwagę, że dzięki nowemu programowi urodzi się rocznie o ok. 8 tys. więcej dzieci. W Polsce dramatycznie spada płodność i każdego roku na świat przychodzi ich mniej o ok. 30 tys. – Obecnie kobiety nie są zainteresowane posiadaniem dziecka. Dlatego dla mnie znacznie ważniejsza od zapłodnienia pozaustrojowego jest edukacja zdrowotna i zmiana sposobu myślenia – zakończył.

Agata Misiurewicz-Gabi