

# RAPORT: IN VITRO – DAR RODZICIELSTWA. WYZWANIA KLINICZNE I SYSTEMOWE



ptmrie

Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii



Medyczna  
Racja Stanu

Warszawa  
27 listopada 2025 r.

Raport Medycznej Racji Stanu pt. In vitro – dar rodzicielstwa. Wyzwania kliniczne i systemowe. Listopad 2025 r.

*Raport powstał w wyniku obrad Okrągłego Stołu Ekspertów pt. „In vitro – dar rodzicielstwa. Wyzwania kliniczne i systemowe”, który odbył się w dniu 27 listopada 2025 roku w Warszawie*

ISBN: 978-83-979096-0-1

Redakcja naukowa: prof. Rafał Kurzawa, dr Jakub Gierczyński, MBA

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Ewa Daros, prezes Fundacji Edukacji Obywatelskiej OliEdu
2. dr Jakub Gierczyński, MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia
3. Marta Górna, prezes Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”
4. Anna Jasińska, założyciel i rzecznik Medycznej Racji Stanu
5. mec. Paulina Kieszowska, Kancelaria KRK, współzałożyciel Fundacji Lege Pharmaciae
6. dr Mariola Kosowicz, kierownik Poradni Psychoonkologii NIO-PIB
7. prof. Irena E. Kotowska, Rządowa Rada Ludnościowa
8. dr Katarzyna Koziół, współzałożyciel i dyrektor ds. Medycznych Kliniki „nOvum”, Rada ds. Leczenia Niepłodności przy MZ
9. prof. Rafał Kurzawa, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRiE), Rada ds. Leczenia Niepłodności przy MZ
10. dr Janusz Meder, przewodniczący Komisji Bioetycznej NIO-PIB, prezes Polskiej Unii Onkologii
11. Grażyna Mierzejewska, założyciel i ekspert Medycznej Racji Stanu
12. mec. Piotr Mierzejewski, dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich
13. dr Katarzyna Pogoda, klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB
14. prof. Robert Spaczyński, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, Rada ds. Leczenia Niepłodności przy MZ
15. mgr Leszek Stabrawa, specjalista w dziedzinie ekonomiki ochrony zdrowia, Alphamed
16. prof. Mariusz Wyleźół, kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w szpitalu Czerniakowskim w Warszawie, prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Organizacja Debaty i koordynacja ze strony Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Medycznej Racji Stanu.

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Medycznej Racji Stanu pt. In vitro – dar rodzicielstwa. Wyzwania kliniczne i systemowe Listopad 2025 r.*

## Spis treści

Wprowadzenie do tematu: In vitro – dar rodzicielstwa. Wyzwania kliniczne i systemowe .....	3
prof. Rafał Kurzawa, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE), Rada ds. Leczenia Niepłodności przy MZ.....	5
prof. Robert Spaczyński, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, Rada ds. Leczenia Niepłodności przy MZ.....	7
mgr Anna Jasińska, założyciel i rzecznik Medycznej Racji Stanu .....	10
mgr Grażyna Mierzejewska, założyciel i ekspert Medycznej Racji Stanu.....	10
dr Janusz Meder, założyciel Medycznej Racji Stanu, prezes Polskiej Unii Onkologii, przewodniczący Komisji Bioetycznej NIO-PIB .....	11
prof. Irena E. Kotowska, Rządowa Rada Ludnościowa .....	11
Leszek Stabrawa, specjalista w dziedzinie ekonomiki ochrony zdrowia, Alphamed .....	15
dr Jakub Gierczyński, MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia, European Health Network.....	17
dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB .....	19
dr Katarzyna Kozioł, współzałożyciel i dyrektor ds. Medycznych Kliniki „nOvum”, Rada ds. Leczenia Niepłodności przy MZ.....	20
mec. Piotr Mierzejewski, dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich.....	21
mec. Paulina Kieszowska, Kancelaria KRK, współzałożyciel Fundacji Lege Pharmaciae.....	24
dr Mariola Kosowicz, kierownik Poradni Psychoonkologii NIO-PIB .....	25
dr Joanna Kot, psychoterapeuta, psycholog, psychoonkolog w Klinice „nOvum” .....	26
Ewa Daros, prezes Fundacji Edukacji Obywatelskiej OliEdu .....	28
Marta Górna, prezes Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian” .....	29
prof. Mariusz Wyleźół, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, kierownik Warszawskiego Centrum Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej Szpitala Czerniakowskiego .....	31
Wnioski.....	32
Rekomendacje.....	32

## Wprowadzenie do tematu: In vitro – dar rodzicielstwa. Wyzwania kliniczne i systemowe

Według GUS w końcu września 2025 r. liczba ludności Polski wyniosła ok. 37,4 mln osób, tj. o ok. 158 tys. mniej niż rok wcześniej oraz o ok. 113 tys. mniej niż w końcu ub. roku<sup>1</sup>. Tempo ubytku rzeczywistego w okresie trzech kwartałów br. wyniosło około -0,30%, co oznacza, że na każde 10 tys. mieszkańców ubyło 30 osób (wobec 27 osób przed rokiem). Liczba zgonów osiągnęła 303 tys. (1 tys. więcej, w porównaniu z analogicznym okresem w 2024 roku), a liczba urodzeń żywych wyniosła 181 tys. (11 tys. mniej, w porównaniu z analogicznym okresem w 2024 roku)<sup>2</sup>. Prognozy GUS dotyczące ludności rezydującej wskazują, że w 2060 r. liczba ludności rezydującej Polski wyniesie 32,9 miliona osób<sup>3</sup>. W porównaniu ze stanem w 2022 r. oznacza to zmniejszenie liczby ludności o 4,8 mln tj. o 12,7%. Oprócz ujemnego przyrostu naturalnego będziemy obserwować dalsze niekorzystne zmiany w strukturze ludności według wieku oraz zmniejszanie się liczebności kobiet w wieku rozrodczym. Osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły około 30% populacji, a ich liczba wzrośnie o 2,5 miliona w porównaniu z 2022 r., natomiast znacząco zmniejszy się liczba osób w wieku produkcyjnym (18-59/64) – przewiduje się, że do 2060 r. ich liczba spadnie do 16,8 mln (o 5,1 mln osób), czyli o ponad 23%. Pogorszą się proporcje między populacją w wieku nieprodukcyjnym i populacją w wieku produkcyjnym – liczba osób w wieku nieprodukcyjnym przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym zwiększy się z 72 osób w 2022 r. do 96 osób w 2060 r.

Z kolei liczba kobiet w wieku prokreacyjnym (15-49) zmniejszy się do 6,1 mln w 2060 r., co stanowi jedynie 71% stanu z 2022 r. Współczynnik dzietności w Polsce w 2024 r. spadł do rekordowo niskiego poziomu 1,099, kontynuując trend spadkowy z poprzednich lat (1,158). Oznacza to, że na jedną kobietę przypada nieco ponad jedno dziecko, co plasuje Polskę wśród krajów o najniższej dzietności w Europie

---

<sup>1</sup> Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1260/2013 z 20 listopada 2013 r. w sprawie statystyk europejskich w dziedzinie demografii wyróżnia się dwie kategorie ludności: ludność zamieszkałą – ludność według krajowej definicji miejsca zamieszkania oraz ludność rezydującą (rezydenci) – ludność według międzynarodowej definicji miejsca zamieszkania. Ludność zamieszkałą stanowią osoby zamieszkujące w kraju przez okres co najmniej trzech miesięcy, łącznie ze stałymi mieszkańcami przebywającymi czasowo za granicą bez względu na okres ich nieobecności w kraju. Ludność rezydująca są to osoby zamieszkujące (przebywające) lub zamierzające przebywać w kraju przez okres co najmniej 12 miesięcy. Do obliczenia wskaźników demograficznych GUS stosuje kategorię ludności zamieszkałej, natomiast Eurostat korzysta z kategorii ludności rezydującej.

<sup>2</sup> Sytuacja demograficzna Polski. Dane za okres styczeń–wrzesień 2025 r. (szacunki wstępne). GUS Dostępne: <https://ssgk.stat.gov.pl/Ludnosc.html>

<sup>3</sup> Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2023-2060. GUS Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-rezydujacej-dla-polski-na-lata-2023-2060-poziom-powiaty,12,1.html>

i na świecie. W 2024 roku liczba urodzeń spadła do najniższego od II wojny światowej poziomu około 252 tysięcy urodzeń, co potwierdza głęboki kryzys demograficzny<sup>4</sup>.

Według Ministerstwa Zdrowia w Polsce z niepłodnością mierzy się 1,2-1,5 mln par, z których około 4% może wymagać zapłodnienia pozaustrojowego. W czerwcu 2024 roku wszedł w życie program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028” (zwany dalej Programem). Celem głównym Programu jest zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego dostępu do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji oraz umożliwienie osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenia materiału rozrodczego (oocytów lub nasienia) na przyszłość. Realizacji powyższego celu głównego służyć będą następujące cele szczegółowe: zapewnienie równego dostępu do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, zwiększenie skuteczności leczenia niepłodności, osiągnięcie poprawy trendów demograficznych oraz zapewnienie możliwości zabezpieczenia płodności na przyszłość u osób przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność. Program skierowany jest do par pozostających w związku małżeńskim lub pozostających we wspólnym pożyciu, ze wskazaniami do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, a także do pacjentów przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność<sup>5</sup>. Z bezpłatnego in vitro będą mogły skorzystać: kobiety do 42. roku życia – jeśli korzystają z własnych komórek jajowych lub dawstwa nasienia, kobiety do 45. roku życia – jeśli korzystają z dawstwa oocytów lub zarodka, mężczyźni do 55. roku życia<sup>6</sup>. Program realizuje obecnie 58 ośrodków w Polsce<sup>7</sup>. Na realizację Programu przeznaczono 500 mln zł w każdym roku, ale potrzeby pacjentów przewyższają te estymacje, o czym świadczą kolejki do większości ośrodków.

Przyjęcie przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) pozytywnego stanowiska wobec obywatelskiego projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach dla par z niepłodnością stało się kamieniem węgielnym dla Programu na lata 2024–2028. Program został wprowadzony po ośmiu latach od Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016, w wyniku realizacji którego urodziło się 22 365 dzieci. W listopadzie 2025 roku zostały opublikowane nowe standardy Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników pt. Diagnostyka i Leczenie Niepłodności<sup>8</sup>. Rekomendacje te, na

<sup>4</sup> GUS 2025, Sytuacja demograficzna Polski do 2024 r. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2024-r-,40,5.html>

<sup>5</sup> Program Polityki Zdrowotnej. Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/leczenie-nieplodnosci-obejmujace-procedury-medycznie-wspomaganej-prokreacji-w-tym-zaplodnienie-pozaustrajowe-prowadzone-w-osrodku-medycznie-wspomaganej-prokreacji-na-lata-2024-2028>

<sup>6</sup> Program wsparcia in vitro. Ministerstwo Zdrowia Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/in-vitro>

<sup>7</sup> <https://pacjent.gov.pl/artukul/program-wsparcia-vitro#mapa>

<sup>8</sup> Standardy Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników pt. Diagnostyka i Leczenie Niepłodności. Redakcja Rafał Kurzawa. Robert Spaczyński. 2025 <https://rekomendacje-ptmrie.pl/publikacja/>

podstawie współczesnej wiedzy medycznej, systematycznie i praktycznie przedstawiają zasady diagnostyki i leczenia niepłodności, podkreślając bardzo istotną rolę zapłodnienia pozaustrojowego w tym procesie. Pierwsze, opublikowane estymacje dotyczące długoterminowych efektów Programu pozwalają na stwierdzenie, że zwiększenie finansowania Programu do ok. 800 mln zł rocznie pozwoliłoby na wykonanie ok. 80 tys. procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie, w wyniku których rodziłoby się co najmniej 15 tys. dzieci rocznie<sup>9</sup>.

Według Ministerstwa Zdrowia na koniec listopada 2025 r. w ramach Rządowego programu leczenia niepłodności metodą in vitro wynika, że: potwierdzono 22 135 ciąż klinicznych, urodziło się 8 095 dzieci (4 060 dziewczynek, 4 035 chłopców), 41 333 par zakwalifikowało się do programu, przeprowadzono 10 235 kriotransferów zarodków (z zarodków utworzonych przed wejściem w życie programu, 1 522 osób zgłosiło się do zabezpieczenia płodności w ramach programu, a 1 367 osób zamroziło gamety w ramach zabezpieczenia płodności<sup>10</sup>.

## prof. Rafał Kurzawa, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRiE), Rada ds. Leczenia Niepłodności przy MZ



Leczenie niepłodności to pomoc w narodzinach nowego życia, dar rodzicielstwa oraz olbrzymia satysfakcja z pracy zawodowej kadr, które pracują w ośrodkach klinicznych. Wszyscy, którzy pracują przy leczeniu niepłodności wiedzą, jakie to jest satysfakcjonujące. Teraz mamy do rozwiązania mnóstwo problemów. Znakomicie, że działa program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreację na lata 2024-2028”. Długo staraliśmy się o niego, ale Program nie rozwiązuje wszystkich problemów.

Wiemy, że bezdzietność może być zamierzona i niezamierzona, ale ta niezamierzona bezdzietność jest również konsekwencją bezdzietności czasowo zamierzonej. Pary odkładające czasowo prokreację z powodu okoliczności życia w określonych warunkach, w określonym środowisku, czy określonej społeczności, mogą stać się w późniejszym czasie ofiarami bezdzietności niezamierzonej ...

Główny problem sprowadza się do tego, abyśmy znaleźli odpowiedź na pytanie, dlaczego kobiety decydują się na dziecko tak późno. Wiek jest bowiem głównym czynnikiem, mogącym wpływać na dzietność kobiety. Bezdzietność staje się również problemem obyczajowym. Widzę to z perspektywy człowieka, który obserwuje kryzys klasycznej rodziny. Widzę również, jaki wpływ na płodność ma styl życia. To kwestia otyłości, środowiska, czy zalewających nas różnego rodzaju używek, nad którymi nie ma żadnej kontroli, na przykład e-papierosy.

<sup>9</sup> Kurzawa, Rafał MD, PhDa,b; Stabrawa, Leszek MSc. Recent changes in public funding of in vitro fertilization in Poland and their expected implications. *Global Reproductive Health* 10(4):e0116, Winter 2025. | DOI: 10.1097/GRH.000000000000116 Dostępne:

[https://journals.lww.com/grh/fulltext/2025/09010/recent\\_changes\\_in\\_public\\_funding\\_of\\_in\\_vitro.3.aspx](https://journals.lww.com/grh/fulltext/2025/09010/recent_changes_in_public_funding_of_in_vitro.3.aspx)

<sup>10</sup> <https://www.facebook.com/MZGOVPL>

Konsekwencje bezdzietności nie są tylko i wyłącznie indywidualne, dla kobiety i dla mężczyzny, ale mają swój efekt społeczny. Myślę oczywiście o demografii, a z niekorzystną demografią wiąże się kwestia stanu ekonomicznego państwa i prawdopodobieństwo, że w przyszłości nie będzie miał kto płacić podatków albo zarabiać na starzejące się społeczeństwo. Pozytywnym trendem dla każdego z nas jest przyrost długości życia, ale nie może on być oderwany od znaczenia liczby nowych urodzeń. Inwestycja w leczenie niepłodności, to inwestycja, która zwraca się nawet 160-krotnie. Jeżeli program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreację na lata 2024-2028” będzie finansowany na poziomie 800 mln zł rocznie, to przyniesie nam rocznie co najmniej 15-20 tysięcy porodów więcej, w stosunku do chwili obecnej. To przełoży się na 3,5 mld zł rocznie korzyści dla społeczeństwa, liczonych wartością bieżącą netto (NPV).

Aby prowadzić analizy i aby mieć możliwość oceny efektywności kosztowej Programu, (bo jest to pieniądź publiczny), potrzebny jest rejestr procedur leczenia niepłodności (w szczególności rejestr procedur zapłodnienia pozaustrojowego). Powstanie rejestru jest w interesie pacjenta, wszystkich ośrodków i płatników. Polska przystąpi do Europejskiego Rejestru Procedur Rozrodu Wspomaganego Medycznie (The European Monitoring of Medically Assisted Reproduction (EuMAR) w 2026 roku. Problemem jest niestety fakt, że uczestnictwo w nim nie będzie obowiązkowe. W tej chwili ośrodki Rozrodu Wspomaganego Medycznie raportują dobrowolnie, a rejestr prowadzony jest metodą papierową i w tej formie przekazywany do Brukseli. Mam nadzieję, że oficjalny rejestr EuMAR usystematyzuje i poprawi jakość raportowanych danych.

Wiele osób boi się utworzenia rejestru, bo w ich opinii łączy się on z pojęciem kontroli i rejestrowania zabiegów, w tym potencjalnych przerwania ciąży. Będzie nam bardzo trudno przywrócić znaczenie rejestru, po tym jak w przeszłości został on bezrefleksyjnie, publicznie skrytykowany – przez polityków i pacjentów.

Musimy sobie zadać także pytanie, jakie twarde dane przekonają nas o tym, czy dany ośrodek leczy skutecznie? Który ośrodek jest lepszy? Kto z większą efektywnością kosztową pieniądze wydaje? Czy na przykład brak pieniędzy w systemie nie jest wynikiem tego, że jakiś ośrodek wykorzystał je lecząc nieskutecznie? Nie znajdziemy metody parametryzacji ośrodków innej niż dobry rejestr, który pozwoli na ocenę wszystkich danych, które powinny się w nim znajdować. Być może warto, do czasu uruchomienia rejestru ogólnoeuropejskiego, wypracować jakiś model tymczasowego, zastępczego, raportowania wyników polskich ośrodków na podstawie parametrów pośrednich. Po roku realizacji programu, mamy już własne dane dotyczące porodów, wiemy, jakie pieniądze trafiły do poszczególnych ośrodków i możemy spróbować policzyć jaki był koszt zyskania ciąży w przeliczeniu na parę. Tutaj można tworzyć bardzo różne parametry.

W zakresie programów onkopłodności widziałem ostatnio dane dotyczące ich funkcjonowania w poszczególnych województwach. Jeden tylko Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie ma wyniki zadowolające. W pozostałych ośrodkach wyniki są bardzo złe. Moim zdaniem procedur z zakresu onkopłodności powinno być wykonywanych co najmniej pięć do dziesięciu razy więcej w stosunku do tych, które są wykonywane obecnie.

W programie leczenia niepłodności ujęty jest także problem wsparcia psychologicznego w trakcie leczenia. Powinna być to wiedza powszechna i dostępna dla pacjentów. Taką informację i wsparcie każdy pacjent powinien otrzymać w ośrodku, w którym jest leczony. Ze wsparciem psychologicznym leczenia niepłodności wiąże się aspekt seksualny życia człowieka. Lekarz powinien zapytać pacjenta,

jak wygląda jego życie płciowe. Potrzebna jest tu edukacja lekarzy. Osobiście jestem zdania, że niestety wielu polskich lekarzy jest bardzo konserwatywnych i trudno będzie oczekiwać ich współdziałania.

Podsumowując, bardzo mnie cieszy, że mówimy jednym głosem o konieczności leczenia niepłodności w Polsce. Nasze działania wymagają jednak wsparcia i koordynacji. Gdybyśmy spojrzeli na świadczenia, gwarantowane w chwili obecnej przez NFZ, to znajdziemy tam diagnostykę hormonalną, laparoskopię, histeroskopię, czyli wszystko to, co związane jest z diagnostyką niepłodności. Jest to jednak kompletnie nieskoordynowane i finansowane w różny sposób. Na przykład, żeby zdiagnozować zaburzenie jajeczkowania pacjentka bardzo często musi być przyjęta do szpitala, tylko po to, by wykonać badania hormonalne. A to bardzo się opłaca klinikom endokrynologii i klinikom ginekologicznym. Jest to bowiem zarobek doskonały, bo przy takiej hospitalizacji koszty są niewielkie. W Polsce nie ma specjalistycznych centrów diagnostyki i leczenia niepłodności poza ośrodkami, które de facto są realizatorami programu Ministerstwa Zdrowia. Poza nimi pacjenci nie mają dostępu do prostych procedur terapeutycznych. Kto się zdecyduje na inseminację, za którą będzie musiał zapłacić kilka tysięcy złotych z własnej kieszeni, przy ich skuteczności 10%? Przecież mógłby od razu skorzystać z darmowego programu zapłodnienia pozaustrojowego.

Leczenie niepłodności jest problemem społecznym. Spojrzenie na niego powinno być kompleksowe, odideologizowane oraz propacjenckie. Każdy obywatel powinien mieć prawo i szanse na posiadanie potomstwa i darmowy dostęp do leczenia niepłodności.

## prof. Robert Spaczyński, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, Rada ds. Leczenia Niepłodności przy MZ



Wg Światowej Organizacji Zdrowia niepłodność została zaklasyfikowana jako choroba. W międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 niepłodność ma różne kody, głównie N97 (Niepłodność kobieca) z podkategoriami (np. N97.1 niedrożność jajowodów, N97.4 z czynników męskich) oraz N46 (Niepłodność męska), a także bardziej ogólne kody dla problemów prokreacyjnych (np. Z3A, jeśli potrzebne do określenia czasu ciąży). Te kody pomagają lekarzom diagnozować i klasyfikować problemy z płodnością, rozróżniając niepłodność u kobiet i mężczyzn oraz jej przyczyny. Więc nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia z problemem zdrowotnym. Wspomagany rozród, w tym in vitro, to jest standardowa metoda leczenia niepłodności, która ma swoją udokumentowaną skuteczność i udokumentowane bezpieczeństwo. Oczywiście ona jest stosowana, jako końcowy etap leczenia, gdy wszystkie inne prostsze i wstępne metody zawiodły.

Leczenie niepłodności, w tym wspomagany rozród, nie rozwiąże problemu demograficznego Polski w całości. Potrzebujemy rozsądnej, kompleksowej i systemowej polityki prorodzinnej. Ale finansowanie programu wspomaganego rozrodu jest jednym z kluczowych elementów polityki prorodzinnej, który daje dostęp kilkudziesięciu tysiącom par chętnych do posiadania dzieci do uzyskania wymarzonego potomka. Współczynnik dzietności ogólnej (total fertility ratio, TFR) to średnia liczba dzieci, które urodziłaby kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15-49 lat), przy założeniu stałego poziomu płodności z danego roku, a poziom 2,1 jest uznawany za gwarantujący zastępowalność pokoleń (bez uwzględnienia imigrantów). W Polsce ten wskaźnik systematycznie spadał, osiągając w 2023 r. wartość 1,16, a w 2024 r. ok. 1,09-1,1, co oznacza alarmujący spadek i problemy demograficzne. Musimy sobie

zdawać sprawę, że współczynnik dzietności w Polsce w roku 2025 będzie krytycznie niski. To będzie wartość pomiędzy 1 a 1,1. Będziemy wtedy w ogonie Europy. Ten wskaźnik może być jednym z trzech najniższych w Europie. A musimy zdawać sobie sprawę, że wskaźnik zastępowalności pokoleń na poziomie 2,1 nie jest nigdzie w Europie praktycznie uzyskiwany. Ale są kraje, które zdecydowanie lepiej dają sobie radę z tym problemem.

Problem finansowy jest nierozłącznym problemem opieki medycznej nie tylko w Polsce, ale na całym świecie. Dlatego poszukiwanie dobrych rozwiązań i zabezpieczenie z racjonalnym wykorzystaniem środków finansowych jest tym, o co powinniśmy naprawdę walczyć. Trzeba sobie zdawać sprawę, że jeżeli my mamy celowy program, mamy jego finansowanie, to działamy jak najbardziej w interesie publicznym. Każda złotówka wydana i skutkująca narodzeniem zdrowego dziecka, to jest de facto przychód milionów złotych w przyszłości. Bo mamy nowego obywatela, podatnika, który będzie zasilał naszą gospodarkę i ekonomię.

Polski program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028” jest nowoczesnym standardem postępowania, zgodnym ze standardami europejskimi. Możemy być z niego dumni, ale zawsze pozostaje pewne „ale”. Od 1 czerwca 2024 roku program ten funkcjonował idealnie, wręcz nawet utopijnie, bo każda para zgłaszająca się z problemem niepłodności, była kwalifikowana i procedury medyczne były realizowane. Jako, że w 2024 roku program zaczęliśmy w czerwcu, to tych środków starczyło, nie było żadnego problemu. W 2025 roku, w większości ośrodków dotacje celowe w ramach programu rządowego zostały wyczerpane. Niestety rodzi to pewne zaniepokojenie, zwątpienie, inne negatywne emocje, które mogą się wystąpić, gdy pacjentowi przerywamy leczenie. Potrzebujemy stabilności i przewidywalności w finansowaniu tego programu w całym okresie jego funkcjonowania, czyli latach 2024-2028. Brak adekwatnego finansowania nie daje poczucia stabilności i możliwości planowania realizatorom tego programu. W przeszłości mieliśmy już program 2013-2016, nie tak dobry, nie tak hojny, ale również pomagający wielu pacjentom, który został wygaszony na osiem lat. Obawy pacjentów polegają na tym, że nie mogą planować swojego życia reprodukcyjnego.

Zespół do spraw opracowania kryteriów programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności obejmującego procedury medycznie wspomaganej prokreacji, planując ten program i wypracowując jego kształt miał na względzie wysokie, jednolite standardy jakości. Działaliśmy według zasad medycyny opartej na dowodach (EBM). Udało nam się wypracować program, z którego naprawdę możemy być dumni.

Bardzo ważny aspekt realizacji programu, na który należałoby zwrócić uwagę i który jest w większości realizowany, to równość i dostępność do świadczeń. Ośrodki leczenia niepłodności znajdują się we wszystkich województwach. Jedyna biała plama to województwo lubuskie. Mamy siatkę ok. 60 ośrodków, które zapewniają szybkie rozpoznawanie i proponują odpowiednie leczenie z zastosowaniem wspomaganego rozrodu.

Kluczowa w tym procesie jest edukacja medyczna. Edukacja medyczna powinna objąć lekarzy, kadry medyczne oraz pacjentów w zakresie wszystkiego, co dotyczy rozpoznawania i leczenia niepłodności. Ale ta edukacja zdrowotna może sięgać jeszcze dalej. Możemy wrócić do problemu edukacji zdrowotnej z udziałem uczniów ze szkół podstawowych, czy w szkół ponadpodstawowych. Ale to jest temat na oddzielną dyskusję.

W zakresie onkopłodności, komunikacja na linii onkolog - specjalista nie jest idealna. Wierzę, że tutaj jest duża rola dla tych, którzy mają pierwszy kontakt z pacjentem, żeby rozpowszechnić program. Pomimo zmiany nastawienia do chęci posiadania potomstwa nadal liczba chorych, dotyczy to zarówno mężczyzn i kobiet, jest zbyt mała w programie onkopłodności. Znam przynajmniej kilka przypadków, gdzie ośrodki po wyczerpaniu dotacji celowej na rok 2025 podejmowały decyzję, że będą finansować zabezpieczenie płodności z własnych środków. Więc to tak nie jest jednak idealnie na ten moment. Nie chciałbym dalej komentować tego, ale są pewne ograniczenia w końcu roku.

Potrzebny jest rejestr wspomaganego rozrodu, czyli rejestr procedur in vitro oraz procedur inseminacji domacicznej. Rejestr powinien zbierać dane, najlepiej w czasie rzeczywistym, od wszystkich ośrodków rozpoczynających stymulację i przeprowadzających procedurę in vitro i procedury inseminacji domacicznej. Takie rejestry służą do monitorowania skuteczności leczenia, abyśmy mogli zobaczyć, jak kształtuje się skuteczność, czy mieści się ona we wszystkich ośrodkach w przedziałach, które określają kluczowe parametry efektywności (KPI). Rejestr umożliwia wykrywanie niebezpieczeństw i nieprawidłowości, czyli pozwala określać, czy nie mamy zbyt wysokiego odsetka ciąż mnogich i mnogich porodów, czy nie mamy zbyt wysokiego odsetka hiperstymulacji, zespołów hiperstymulacji, czy nie mamy zbyt wysokiego odsetka w danym ośrodku zawodności tej procedury, czyli niskiej skuteczności. Znając te dane, jesteśmy w stanie zareagować i optymalizować opiekę nad pacjentem. Wnioski z rejestru powinny prowadzić do optymalizacji protokołu leczenia, bo gdy zbieramy dane, to jesteśmy w stanie ocenić, jaka jest skuteczność leczenia. Czy to leczenie np. w populacji w przedziale wieku 40-42 rok życia, ma efektywność, czy ten wiek należy podwyższyć, czy ten wiek należy obniżyć. Bez rejestru nie jesteśmy w stanie tego zrobić. Rejestr też służy kontroli jakości pracy laboratoriów embriologicznych i klinicystów zaangażowanych w proces leczenia niepłodności. Rejestry generalnie wpływają na to, że mamy pewne poczucie bezpieczeństwa tej procedury, pewnej kontroli i dają możliwość dobrej kontroli wydatkowania i planowania tego, jakie środki są potrzebne oraz jakie moduły stymulacji się sprawdzają. Dzięki rejestrowi można pewne ruchy systemowe wykonywać, które de facto służą racjonalizacji i optymalizacji wydatkowania środków finansowych. Dzięki rejestrowi planowanie budżetu ośrodków mogło by być bardziej efektywne. Należy podkreślić, że funkcjonujemy w Unii Europejskiej i jako Polska raportujemy nasze dane do rejestru europejskiego. Jest to dobrowolne raportowanie na podstawie nieobligatoryjnych danych, które nie do końca są też weryfikowane. Dlatego lepsza współpraca międzynarodowa i nasza wiarygodność niewątpliwie by zyskała w momencie, kiedy mielibyśmy taki polski rejestr. Więc myślę, że rejestr w medycynie rozrodu, funkcjonujący w wielu krajach europejskich jest kluczowy oraz zwiększa efektywność leczenia i efektywność wydatkowania środków. Tworzenie rejestru jest procedurą bardzo kosztoclonną i też czasochlonną.

Podsumowując, przewidywalność programu, zabezpieczenie finansowe i ustawowe zabezpieczenie funkcjonowania takiego programu nie tylko na okres kadencji parlamentu, ale zdecydowanie dłuższy, daje bezpieczeństwo chorym pacjentom, a ośrodkom pozwala czynić pewne planowanie. To jest pierwsza rzecz. Druga rzecz, to konieczność wprowadzenia rejestru procedur wspomaganego rozrodu. Jeżeli byłbym płatnikiem i wydatkował te środki, to naprawdę chciałbym wiedzieć, jaka jest efektywność tych działań. Polski system ochrony zdrowia ma duży problem z oceną efektywności terapii. Natomiast we wspomaganym rozrodzie dzięki zdefiniowanym wskaźnikom efektywności jesteśmy w stanie porównać ośrodki, ocenić bezpieczeństwo i poczynić pewne zmiany, które mogą być zmianami skutkującymi lepszym finansowaniem.

## mgr Anna Jasińska, założyciel i rzecznik Medycznej Racji Stanu



Witamy Państwa Bardzo serdecznie. Po pierwsze cieszymy, że jesteście z nami. Think Tank Medyczna Rada Stanu powstał dziewięć lat temu z inicjatywy Polskiej Akademii Nauk. Jest to inicjatywa społeczna. Inicjatywa, w której staramy się łączyć wszystkich ponad podziałami. Wszystkie możliwe problemy kliniczne poruszamy, ale też zapraszamy ekspertów, ekonomistów, prawników, psychologów. Współpracujemy z biurami Rzeczników Praw Dziecka, Praw Pacjenta oraz Praw Obywatelskich. I staramy się robić taką systematycznie, nie raz na jakiś czas, ale systematycznie co miesiąc działającą platformę, która jednoczy wszystkich ekspertów. Leczenie niepłodności nadal budzi emocje, ale przede wszystkim jest darem rodzicielstwa, tak jak to zamieściliśmy w naszym tytule. Dzisiaj partnerem Medycznej Rady Stanu jest Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii. Cieszę się też bardzo, że są z nami przedstawiciele pacjentek i pacjentów. Są też onkolodzy, specjaliści leczenia otyłości, demografowie, ekonomiści i eksperci systemowi. Poprosimy Państwa o sformułowaniu wniosków i rekomendacji, które przedstawimy na debacie Medycznej Racji Stanu w dniu 18 grudnia 2025 roku.

## mgr Grażyna Mierzejewska, założyciel i ekspert Medycznej Racji Stanu



Witam Państwa bardzo serdecznie w imieniu wszystkich założycieli Medycznej Rady Stanu: Profesora Leszka Czupryniaka, Profesora Pawła Kowala, Doktora Michała Sutkowskiego. Zaburzenia płodności WHO nazwało chorobą cywilizacyjną. Dlatego Medyczna Rada Stanu, która zajmuje się problemami aktualnymi, ważnymi, wszystkimi dotyczącym zdrowia, a tym samym pacjentów, podjęła również pracę na rzecz leczenia niepłodności. Widzimy i cieszymy się z tych sukcesów, jakie metoda in vitro przyniosła Polsce. To gratulacje dla Państwa. Ale również widzimy te wszystkie rzeczy, które się dzieją dookoła. Słyszymy o tym, mówią o tym media, że jest coraz więcej pacjentek i pacjentów, które walczą o in vitro. I co się dzieje? Pacjentka, która przechodzi już cały cykl przygotowania farmakologicznego, dowiaduje się, że nie będzie wykonanego procesu implementacji zarodka, bo po prostu ośrodek realizujący Program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji na lata 2024-2028” nie ma pieniędzy. Leczenie niepłodności związane jest również ze strefą psychiczną.

## dr Janusz Meder, założyciel Medycznej Racji Stanu, prezes Polskiej Unii Onkologii, przewodniczący Komisji Bioetycznej NIO-PIB



Mija 30 lat odkąd zaczęliśmy leczyć chore w ciąży z chłoniakami. Wtedy jeszcze nikt w Polsce nie przypuszczał, albo nawet nie chciał dopuszczać do siebie takiej myśli, że można leczyć chorych w ciąży czy przy pomocy chemioterapii, czy radioterapii z odpowiednim przystosowaniem tych metod do określonej pojedynczej osoby, która by tego wymagała. Właściwie założyliśmy taki zespół interdyscyplinarny, do którego wchodził nie tylko onkolog i radioterapeuci, lecz także ginekolodzy położnicy. Wszystkim, którzy mają jakiegokolwiek wątpliwości, co do finansowania onkopłodności, to chcę powiedzieć, że mamy już dobrze ponad 100 kobiet, które mogły skorzystać z możliwości zapłodnienia in vitro wtedy, kiedy były przechowywane komórki rozrodcze, jako krioprezerwacja, a później były spożytkowane. Wystarczy spojrzeć na urodzone dzieci po takim leczeniu oraz jak te kobiety są szczęśliwymi matkami. Myślę, że wystarczy wskazać te osoby, że żyją dzięki temu, że taka metoda istnieje. Jestem bardzo szczęśliwy, że dożyłem tego momentu, w którym mamy wreszcie program in vitro na lata 2024-2028 z prawdziwego zdarzenia. Mamy ustawę o leczeniu niepłodności, która nie tylko gwarantuje prowadzenie tego programu, lecz także zabezpiecza środki finansowe na poziomie 500 milionów złotych rocznie. Mam nadzieję, że program będzie się dalej rozwijał, będzie jeszcze wyżej finansowany i że nie skończy się tylko na tych czterech latach. Na pewno jest to bardzo ważne z punktu widzenia onkologa i kraju, w którym żyjemy.

## prof. Irena E. Kotowska, Rządowa Rada Ludnościowa



W najnowszym raporcie Rządowej Rady Ludnościowej dotyczącym sytuacji demograficznej Polski omawiamy głębokie zmiany demograficzne obserwowane od 35 lat, które już przekształciły wielkość populacji i jej struktury<sup>11</sup>. Zmiany te będą postępować także w przyszłości. Od lat płodność utrzymuje się poniżej prostej zastępowalności pokoleń, zmienia się praktyka tworzenia oraz rozpadu rodzin, wydłuża się czas trwania życia, spada umieralność i rośnie znaczenie migracji wewnętrznych i zagranicznych. Procesy te spowodowały starzenie się populacji, spadek wielkości zasobów pracy tworzonych przez osoby w wieku produkcyjnym i ich starzenie się oraz znaczące przekształcenia struktur rodzin i gospodarstw domowych. Choć są to zjawiska ogólnopolskie, to ich natężenie jest silnie zróżnicowane terytorialnie. Procesy demograficzne są złożone i powiązane, a ich przebieg i skutki tworzą nowe uwarunkowania rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju.

<sup>11</sup> <https://rrl.stat.gov.pl/wydarzenia/nowy-raport-RRL>

Od początku XXI w. odnotowujemy w Polsce niewielki przyrost naturalny, a od 2012 r. liczba ludności zmniejsza się. W 2024 r. urodziło się 157 tys. osób mniej niż zmarło, a współczynnik przyrostu naturalnego (na 1000 osób) uległ dalszemu obniżeniu do -4,2. Liczba urodzeń żywych wyniosła 252 tys., to jest o około 21 tys. mniej niż rok wcześniej i o prawie 53 tys. mniej niż dwa lata wcześniej. Zgodnie z przewidywaniami zmian ludności spadek liczby urodzeń będzie widoczny również w kolejnych latach.

Polska zмага się z kryzysem niskiej dzietności - współczynnik dzietności nie przekracza 1,5 urodzeń na kobietę) od ponad dwóch dekad, a w ostatnich latach obserwujemy jego wartości należące do najniższych w Europie i na świecie. Utrzymywanie się niskiej dzietności w Polsce wynika przede wszystkim ze zmniejszania się liczby dzieci, choć także przyczynia się do tego opóźnianie decyzji kobiet o urodzeniu dziecka. Rezygnacja z rodzenia dzieci w młodszym wieku rozrodczym nie jest przy tym rekompensowana przez wzrost współczynników płodności kobiet w wieku 30 lat i więcej, co obserwowano w innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Znaczenie kompensacji urodzeń dla powstrzymania spadku dzietności wiąże się dodatkowo ze zmianami populacji kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat). Chodzi przy tym nie tylko o przewidywany spadek wielkości tej populacji, ale także o zmiany jej struktury wieku. Roczники młodsze są coraz mniej liczne, a w malejącej populacji coraz większe znaczenie prokreacyjne mają kobiety w wieku powyżej 30 lat. Jeżeli zmniejszymy bariery prokreacji dla tych kobiet, zwłaszcza bariery zdrowotne, to jest szansa na zahamowanie spadku czy nawet podniesienie wskaźnika dzietności. Polska cechuje się także stosunkowo wysokim poziomem bezdzietności. Dane zebrane w Human Fertility Database (na podstawie danych wejściowych GUS) wskazują, że wśród kobiet urodzonych w 1979 r. 25% nie urodziło dziecka przed ukończeniem 40. roku życia.

Zmiany płodności współwystępują z przemianami rodzin, które wynikają ze spadku skłonności do zawierania małżeństw i opóźniania decyzji o małżeństwie, intensyfikacji ich rozpadu i wzrastającej popularności związków kohabitacyjnych (niezarejestrowanych). Są to zmiany obserwowane współcześnie w innych krajach rozwiniętych. Gdy dyskutowaliśmy o przyczynach tych zmian, obserwowanych najpierw w krajach skandynawskich od końca lat 1960tych, a potem kolejno w krajach Europy Zachodniej i Południowej, wskazywaliśmy na zmianę systemu wartości i norm dotyczących reprodukcji, wprowadzenie pigułki antykoncepcyjnej, oddzielenie seksu od prokreacji, czy zmianę zachowań dotyczących rodziny. Od lat 1990tych obserwuje się analogiczne trendy w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Co więcej, występują one także w innych krajach rozwiniętych<sup>12</sup>. Proponuję nie używać w naszej dyskusji określenia „kryzys rodziny”, tylko „zmiany form rodziny”, które niekoniecznie nie sprzyjają prokreacji. W krajach o mocno zaawansowanych przemianach rodziny dzietność długo

---

<sup>12</sup> Przemiany zachowań dotyczących rodziny, zapoczątkowane w Europie w końcu lat 1960tych, stanowią istotę drugiego przejścia demograficznego - koncepcji zaproponowanej w 1986 r. przez Rona Lesthaegha i Dirka van de Kaa. Ich upowszechnienie się wraz ze zróżnicowanym przebiegiem w różnych regionach świata zostały podsumowane w artykule: R.Lesthaeghe, The second demographic transition, 1986–2020: sub-replacement fertility and rising cohabitation—a global update. *Genus* 76, 10 (2020). <https://doi.org/10.1186/s41118-020-00077-4>

pozostawała powyżej 1,5 (np. Belgia i Niderlandy dopiero w ostatnich latach odnotowały współczynnik dzietności poniżej 1,5, Finlandia od 2017 r., a Szwecja od 2023 r.). Nową fazę spadku płodności po 2010 r. wiąże się przede wszystkim z nasilającym się poczuciem niepewności obywateli co do przyszłości. Niepewność dotycząca zatrudnienia, czy obawy o stabilność dochodów były już wcześniej rozpoznane jako ważne czynniki tworzenia i rozwoju rodzin, szczególnie przy określonych zmianach na rynku pracy czy szerzej zmianach w gospodarce. Wzrost aktywności zawodowej kobiet jest także elementem tej ewolucji społecznej, w tym przemian rodziny. Początkowo dane wskazywały, że praca zarobkowa kobiet może ograniczać decyzje o posiadaniu dziecka, ale potem się okazało, że w tych krajach, w których pracuje więcej kobiet, dzietność jest wyższa. I to też wynikało z percepcji bezpieczeństwa rodziny, to znaczy uzyskiwanie własnych dochodów przez kobiety i mężczyzn stało się ważnym narzędziem ograniczania tej niepewności.

Utrwalanie się niskiej dzietności, które jest procesem globalnym, budzi niepokój demografów. Zastanawiamy się, jaka jest skala tego zjawiska i poszukujemy wyjaśnień. Na początku 2025 roku został opublikowany bardzo ciekawy raport UNFPA dotyczący płodności na świecie<sup>13</sup>. Zebrano dane z 55 krajów i regionów, w których żyje więcej niż dwie trzecie ludności świata, by zidentyfikować skalę zmian płodności i czynniki je kształtujące. Niska płodność dotyczy coraz większej liczby krajów świata, osiągając przy tym poziomy, o których wcześniej nie myślano, że mogą być wystąpić. Ponadto decyzje o dzieciach są podejmowane coraz później. Według mnie opóźnianie prokreacji jest trendem nieodwracalnym. Natomiast istotne jest spowolnienie, czy zahamowanie tego trendu. W 1994 roku w krajach, gdzie nie dzietność nie gwarantowała zastępowalności pokoleń, średni wiek macierzyństwa nie przekraczał 30 lat. Trzy dekady później, w 2024 roku, dwie trzecie krajów doświadczających braku zastępowalności pokoleń, odnotowało średni wiek macierzyństwa powyżej 30 lat. Podsumowując, mniej dzieci i rodzenie dzieci później to jest trend globalny. Jednak poszczególne kraje są wyraźnie zróżnicowane pod względem spadku dzietności i opóźnienia macierzyństwa. W Europie niską dzietność od lat mają Włochy i matki są tam najstarsze – średni wiek rodzenia pierwszego dziecka wynosi 32,9 lat, a w Polsce doświadczającej też niskiej dzietności kobiety rodzą pierwsze dziecko, mając średnio 28,4 lat. Z kolei we Francji, która dotąd utrzymuje współczynnik dzietności powyżej 1,5, kobiety zostają matkami średnio w wieku 29,1 lat.

Czynniki kształtujące spadek płodności wiążą się z sytuacją ekonomiczną, przekształceniami na rynku pracy, stabilnością zatrudnienia. Stabilność staje się terminem, który coraz mniej pasuje do tego, co się dzieje obecnie na rynku pracy. Generalnie, inne były zmiany na rynku pracy w sensie wymagań od pracowników, jeżeli chodzi o kwalifikacje, intensywność pracy czy dyspozycyjność w latach osiemdziesiątych lub dziewięćdziesiątych. Wtedy mówiliśmy, że trzeba wprowadzać np. rozwiązania dotyczące elastycznej organizacji czasu pracy i jej wymiaru, które umożliwiają potencjalnym rodzicom rozwój zawodowy i jednocześnie zajmowanie się dziećmi. Teraz hasło łączenia pracy zawodowej ze zobowiązaniami rodzicielskimi jest także ważne, ale zmiany zachodzące na rynku pracy są inne. Narzędzia, o których mówiliśmy, muszą być zatem bardziej dostosowane do tego, co się współcześnie dzieje. Na przykład, z jednej strony praca zdalna jest elementem uelastycznienia organizacji pracy, ale

<sup>13</sup> UNFPA 2025, The real fertility crisis. The pursuit of reproductive agency in a changing world.

<https://www.unfpa.org/swp2025>

jak wskazują badania, nie jest dla matek przekonująca, jeżeli chodzi o decydowanie się na kolejne dziecko. Dla kontynuacji prokreacji kluczowy jest element równości płci – partnerstwo w dzieleniu się obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi rodziców. To wymaga rozwiązań, które sprawiają, że dążymy do równości płci na rynku pracy. Jednak równolegle trzeba zmniejszyć nierówności płci na poziomie gospodarstwa domowego. Z badań budżetów gospodarstw domowych w 2023 r. wynika, że decyzja o dziecku wymaga nie tylko partnera w sensie emocjonalnym, ale także partnera w organizacji życia rodzinnego, czyli zwiększania zaangażowania mężczyzn w tym obszarze. I to jest ten ważny element, o którym ciągle będziemy mówić - gdy pytamy się o bariery prokreacji, to bardzo wyraźnie jest wskazywana rola partnerstwa jako czynnika sprzyjającego decyzji o prokreacji. Nowe trendy kulturowe, związane z wpływem informatyzacji i sposobów komunikacji na system wartości i postrzeganie rodziny oraz dzieci przez kolejne generacje Polaków, są wskazywane jako czynnik o rosnącym znaczeniu dla prokreacji. Nowe generacje Polaków są bardziej świadome tego, co chcą w życiu robić i dążą do autonomii. Trend indywidualizacji, której ważnym elementem był i jest własny rozwój i oczekiwania wobec życia, obejmuje także oczekiwania wobec partnera. Znalazienie odpowiedniego partnera jest stale wskazywane jako ważny czynnik decyzji o dziecku. Jednak w kontekście dokonujących się zmian kulturowych oczekiwania wobec partnera zmieniają się, a zatem istotne jest rozpoznanie, kto obecnie jest uznawany za odpowiedniego partnera.

Kolejna kwestia dotyczy postrzegania niepewności. To jest związane także z większą świadomością różnych zagrożeń. Należy zwrócić uwagę, że rosnąca wiedza społeczna dotycząca zdrowia, w tym zdrowia reprodukcyjnego, przejawia się też w kategoriach poczucia zagrożenia. Badania wskazują, że większe poczucie zagrożenia dotyczącego zdrowia reprodukcyjnego mają kobiety<sup>14</sup>.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, występuje luka płodności – liczba dzieci w rodzinach jest mniejsza od deklarowanej pożądanej liczby dzieci. Z jednej strony ubolewamy, że coraz więcej osób wybiera życie bez dzieci. Z drugiej strony - i to powinno mocno wybrzmieć w naszej dyskusji – luka płodności wskazuje, że część osób, które chcą mieć dzieci, nie może ich mieć. I ten dar rodzicielstwa to jest dla mnie słowo klucz dla uzasadnienia, dlaczego się musimy zająć problemem reprodukcyjnym. Eksperci wskazują, iż mówiąc o politykach planowania rodziny, konieczne jest odejście od koncepcji, która głosi, że planowanie rodziny polega na unikaniu niepożądanych poczęć, czyli na antykoncepcji<sup>15</sup>. Współcześnie planowanie rodziny polega zarówno na unikaniu niechcianej ciąży, jak i na wspieraniu poczęcia wśród tych osób, które mają kłopoty. Taka zmiana koncepcji wymaga myślenia o kondycji zdrowotnej całej populacji w kontekście możliwości zostania rodzicem w przyszłości. Konieczna jest zatem nie tylko odpowiednia promocja wiedzy dla osób dorosłych, ale także przygotowanie kolejnych generacji do ryzyka niespełnienia aspiracji rodzicielskich. Generalnie mówimy o tym, że te aspiracje

---

<sup>14</sup> A.Kurowska, A. Matysiak, M. Grabowska, (2025). Beyond Usual Suspects: Revisiting Barriers to Childbearing Decisions in a Low Fertility Setting. WNE Working Paper No 15

<sup>15</sup> Fauser, B. C. J. M. i inni, 2024, Declining Global Fertility Rates and the Implications for Family Planning and Family Building: An IFFS Consensus Document Based on a Narrative Review of the Literature, Human Reproduction Update 30 (2): 153–173.

się zmniejszają, to znaczy mniej osób w populacji decyduje się na to, żeby być rodzicem. Jednak dla tych, którzy by chcieli doświadczyć daru rodzicielstwa, musimy zrobić wszystko, tak się stało.

Kończąc, chcę zwrócić uwagę na to, iż często słyszymy, że starzenie populacji czyli rosnący trend liczby osób starszych to zmiana negatywna, która jest rozpatrywana głównie w kategoriach obciążenia. Ponadto na ogół cała dyskusja jest skupiona na tym, że ludność Polski będzie o kilka milionów mniejsza. Staram się temu sprzeciwić, nie przynosi to jednak efektów. Starzenie populacji wynika przede wszystkim z tego, że rosnąca liczba osób ma szansę dożyć coraz starszego wieku. W wymiarze indywidualnym uznajemy to za sukces cywilizacyjny. Znaczenie tej coraz większej grupy starszych w całej populacji, czyli udział osób starszych w populacji, zależy też od zmian płodności. Zamiast eksponować aspekt ilościowy zmiany demograficznej, zastanówmy się, co zrobić, by te malejące zasoby ludnościowe Polski, w tym rosnąca grupa osób starszych, były w dobrym stanie zdrowia, by poprawiała się ich długość życia i warunki życia, jak rozwijać kompetencje ludzi. Eksponujemy aspekt ilościowy zmiany demograficznej, natomiast generalnie dyskusja dotyczy głównie tego, jak się dostosować do tej zmiany, co niedostatecznie wybrzmiewa w Polsce. Rozmawiamy więcej o tym, że jak wzmacniać jakość zasobów ludnościowych w Polsce. Natomiast reagując na utrzymującą się niską dzietność, wspieramy przede wszystkim tych, którzy chcą mieć dzieci, poprzez zmniejszanie rozpoznanych i nowych barier prokreacji. Dotychczasowe obszerne badania wskazują, że wpływ tych działań jest ograniczony, co jednak nie znaczy, że nie trzeba próbować.

## Leszek Stabrawa, specjalista w dziedzinie ekonomiki ochrony zdrowia, Alphamed



Celem prowadzonych badań jest określenie kierunku, w jakim powinien pójść program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreację na lata 2024-2028” nie tylko z punktu widzenia medycznego, lecz także demograficznego i ekonomicznego. Pamiętać należy bowiem, że dzieci urodzone w ramach programu to przyszły zasób zarówno demograficzny, jak i dodatkowy zasób z punktu widzenia ekonomii i gospodarki.

Program został oceniony po siedmiu miesiącach funkcjonowania, na bazie danych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia. Jest to bardzo krótki okres obserwacji, stąd do przygotowania modelu ekonomicznego konieczne było posłużenie się doświadczeniem innych krajów w zakresie rozwoju programów leczenia niepłodności. Przyjęty został benchmark systemu, który można uznać za najbardziej odpowiadający warunkom programu tworzonego w Polsce. Jako wzorcowy w zakresie przewidywań przyjęty został model hiszpański, zarówno z uwagi na podobieństwo systemowe, sytuacji demograficznej, jak i w odniesieniu do kwestii światopoglądowych. Zaznaczyć należy, że istotną różnicą pomiędzy oboma programami jest dojrzałość, zdecydowanie przemawiająca na korzyść systemu hiszpańskiego. Hiszpański program leczenia niepłodności jest programem prowadzonym od wielu lat, dobrze skonstruowanym, systematycznie usprawnianym i ulepszanym w oparciu o doświadczenia. Porównanie do bardzo dojrzałego, sprawnie działającego, uważanego za jeden z najlepiej w Europie działającego systemu leczenia niepłodności, zostało wykonane celowo. Baza medyczna i doświadczenie

specjalistów w Polsce w zakresie leczenia niepłodności jest na najwyższym poziomie, stąd wydaje się, że istnieją warunki do zbudowania programu na najwyższym europejskim poziomie.

Na podstawie trendów ilościowych zaobserwowanych w ramach programu hiszpańskiego, oszacowano potencjalne ilości w zakresie rozpoczynanych cykli, liczby ciąż i liczby urodzeń dzieci w perspektywie do 2030 roku w programie polskim. Prognozowane dane dotyczące liczby urodzeń posłużyły do wyliczenia potencjalnego wpływu ekonomicznego programu leczenia niepłodności na gospodarkę narodową. Zastrzec jednak należy, że to oszacowanie, z uwagi na bardzo krótki okres obserwacji, jest obciążone niepewnością adekwatną do okresu obserwacji.

Dane pierwotne wskazują, że w okresie pierwszych siedmiu miesięcy programu leczenia niepłodności (czerwiec 2024–grudzień 2024) wykonano 39 682 procedur sztucznego zapłodnienia (ART, Assisted Reproductive Technology) co skutkowało wystąpieniem 7 755 ciąż. Ekstrapolowane szacunki sugerują, że do 2030 r. zostanie przeprowadzonych około 499 060 procedur ART. Szacuje się, że może to doprowadzić do 97 533 ciąż skutkujących wystąpieniem 85 829 żywych urodzeń. To wskazuje, że procedury sztucznego zapłodnienia mogą odpowiadać średnio za 5,3% wszystkich żywych porodów w Polsce.

Prognoza ekonomiczna została skonstruowana przy użyciu modelowania epidemiologicznego, przy uwzględnieniu konserwatywnych założeń dotyczących wyników urodzeń. Wybrano trzy miary wyceny dla życia ludzkiego, stosowane w analizach demograficzno-ekonomicznych i farmakoekonomicznych. Za scenariusz bazowy przyjęto skorygowany model wykorzystujący wartość PKB na mieszkańca i oczekiwaną długość życia w Polsce. Zwrot ekonomiczny związany z urodzeniami będącymi efektem procedury ART w oparciu o wariant bazowy szacuje się na 69,2 mld PLN rocznie, wobec średniej inwestycji publicznej w wysokości 0,75 mld PLN rocznie. Należy uznać, iż finansowanie programu leczenia niepłodności ze środków publicznych w ramach programu polityki zdrowotnej stanowi wysoce opłacalną inwestycję demograficzną i gospodarczą. Jednak, by utrzymać wysoki poziom korzyści program wymaga zwiększenia nakładów finansowych na jego funkcjonowanie. Różnica pomiędzy możliwościami systemowymi w zakresie wykonywania procedur ART a obecnym poziomem uniemożliwi wykonanie 170 tys. procedur. Odpowiada to szacunkowemu rocznemu deficytowi w wysokości ok. 249 mln PLN.

Aby program mógł być usprawniany w zakresie funkcjonowania, a alokowane środki były wykorzystywane efektywnie, niezbędne jest jego monitorowanie w oparciu o możliwie dokładne dane pierwotne. Stąd wydaje się, iż podstawową koniecznością systemową jest przygotowanie i uruchomienie rejestru, który będzie zbierał dane pierwotne w oparciu o standardy GRP i EBHC. Rejestr ma za zadanie umożliwić zarówno walidację i ocenę funkcjonowania programu, jak i przygotowywanie prognoz z możliwie wielu perspektyw (płatnika publicznego, świadczeniodawcy, społecznej, finansów publicznych, demograficznej, in.).

Wraz z powstaniem rejestru wykonanych procedur konieczne jest prowadzenie w czasie rzeczywistym monitorowania i analizy potrzeb popytowo-podażowych w tym zakresie, zarówno jeśli chodzi o pacjentów, jak i świadczeniodawców - ośrodki kliniczne. Sprowadza się to do najczęściej do pomiaru czasu oczekiwania na świadczenie i monitorowania kolejek. Kolejka do świadczenia zdrowotnego to jest technologia medyczna o udowodnionej szkodliwości. Jeżeli decydent będzie miał pełną informację odnośnie do zasobów systemu w zakresie rozdysponowania środków finansowych oraz poziomu niezaspokojonego popytu (kolejki) to będzie w stanie dynamicznie alokować środki dla zabezpieczenia finansowania i funkcjonowania programu. A pamiętać należy, że chodzi o program kluczowy z punktu

widzenia obecnej sytuacji demograficznej w Polsce, z niezwykle wysoką stopą zwrotu z dokonanej inwestycji.

## dr Jakub Gierczyński, MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia, European Health Network



Polski system ochrony zdrowia nie mierzy efektów zdrowotnych i ekonomicznych poszczególnych technologii medycznych. I to jest wielki problem. Narodowy Fundusz Zdrowia głównie koncentruje się na funkcjach kontrolnych, a nie na pomiarze efektów. Jednocześnie apelujemy, że finansowanie publiczne zdrowia musi ulec zwiększeniu, przynajmniej do średniej unijnej. Wg. najnowszych danych Eurostatu za 2023 rok, średnia unijna publicznych i prywatnych wydatków na zdrowie wynosi 3 835 euro na obywatela, natomiast Polska wydaje 1 463 euro. W 2024 roku wydatki publiczne w ochronie zdrowia wyniosły 229 miliardów złotych, a NFZ odnotował deficyt na poziomie 18 mld zł. W 2025 r. ten deficyt wynosi już ok. 40 mld zł. Mając w swoich ośrodkach publicznie finansowane, zwykle macie limity kontraktów oraz limity w programach polityki zdrowotnej, jakim jest program leczenia niepłodności. Program polityki zdrowotnej to zaplanowane, szerokie działania z zakresu opieki zdrowotnej, które są skuteczne, bezpieczne i uzasadnione. Zawiera on konkretne cele i określa termin, w jakim mają zostać osiągnięte. Są to przede wszystkim: wykrywanie i zrealizowanie określonych potrzeb zdrowotnych i poprawa stanu zdrowia określonej grupy docelowej chorych. Programy polityki zdrowotnej dotyczą ważnych zjawisk epidemiologicznych, ważnych problemów zdrowotnych (innych niż epidemiologiczne) dotyczących całej lub określonej grupy docelowej chorych – przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów oraz wdrażania nowych procedur medycznych i profilaktyki. Od 1 stycznia 2015 r. programy polityki zdrowotnej opracowują, wdrażają, realizują i finansują ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Programy wieloletnie (np. Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych oraz Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej) ustanawia Rada Ministrów. Realizują one strategie przyjęte przez rząd – dotyczą ważnych zjawisk i problemów, które wymagają decyzji i działań na poziomie Rady Ministrów. Programy polityki zdrowotnej i programy wieloletnie są finansowane ze środków publicznych.<sup>16</sup> Wg. Ministerstwa Zdrowia obecnie realizowane programy polityki zdrowotnej to:

1. Rządowy program kompleksowej terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dziecka nienarodzonego - jako element poprawy stanu zdrowia dzieci nienarodzonych i noworodków na lata 2018-2026
2. Narodowy Program Leczenia Chorych Na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2024-2028
3. Rządowy program badań przesiewowych noworodków na lata 2019-2026

<sup>16</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.](#) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych [Dz. U. z 2017 r. poz. 2077](#)

4. Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021 - 2026
5. Rządowy Program Polityki Zdrowotnej leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026
6. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w 2021-2026 r.
7. Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2022-2026
8. Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028
9. Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025

Programy wieloletnie, to:

1. Narodowy Program Zdrowia 2021-2025
2. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032
3. Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) na lata 2020-2030
4. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.

„Program leczenia niepłodności obejmujący procedury medyczno-wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie poza ustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028”, to jest jeden z dwóch programów polityki zdrowotnej, który ma w swojej nazwie leczenie (drugi, to hemofilia). Efekt mierzalny tego programu to urodzenie nowego obywatela Polski. Pozostałe programy doprowadzają, albo do uniknięcia zgonów, albo poprawy funkcjonowania pacjentów, którzy już są chorzy. I to jest ewenement. W przedstawionej analizie wykazano, że te pieniądze, które inwestujemy, przekładają się na ekstraordynarny efekt nie tylko zdrowotny, ale również ekonomiczny. Efekt, w postaci 80 lat życia obywatela Polski.

Ludzkie życie jest najwyższą wartością wykraczającą poza wszelkie skale. Mówimy, że życie ludzkie jest bezcenne. Jednak przeliczanie wartości życia na pieniądze jest potrzebne dla wypłacania odszkodowań przez firmy ubezpieczeniowe lub uzasadniania inwestycji. Wg. różnych estymacji wartość statystycznego życia (VSL - Value of Statistical Life), która określa, ile społeczeństwo jest skłonne zapłacić za zmniejszenie ryzyka śmierci, wynosi w Stanach Zjednoczonych ok. 10 mln dolarów, w Niemczech – ok. 8 mln USD. W Polsce nie ma oficjalnej wartości VSL, ale według szacunków wartość życia statystycznego Polaka to ok. 2 miliona dolarów (czyli ok. 8 mln zł). To suma wypracowanego przez całe życie obywatela dochodu i kontrybucji dla społeczeństwa. Dlatego, dane Ministerstwa Zdrowia, na koniec listopada 2025 r. mówiące o tym, że w ramach rządowego programu leczenia niepłodności metodą in vitro urodziło się 8 095 dzieci musimy traktować jako znakomitą wiadomość również dla gospodarki Polski. Polski system ochrony zdrowia koncentruje się głównie na działalności naprawczej. Chcemy zredukować liczbę zgonów, chcemy zredukować liczbę powikłań. W 2024 r. odnotowano jednak aż 410 tysięcy zgonów vs. 252 tysiące urodzeń żywych. Jednocześnie priorytety Ministerstwo koncentrują się na zdrowym sercu i zdrowym mózgu oraz wzrost liczby urodzeń, dlatego rządowy program leczenia niepłodności metodą in vitro powinien być finansowany adekwatnie do potrzeb oraz powinny być wdrażane wszelkie projekty chroniące i wzmacniające zdrowie prokreacyjne Polaków.

Medyczna Racja Stanu podkreśla od wielu lat, że finansowanie publiczne systemu ochrony zdrowia w Polsce musi ulec zwiększeniu, co najmniej do średniej unijnej 10% PKB, czyli ok. 4 tys. euro na głowę mieszkańca (obecnie w Polsce wydajemy 7% PKB i 2 tys. euro). Kluczowe jest obecnie dofinansowanie

Narodowego Funduszu Zdrowia z budżetu państwa, ponieważ wpływy z tytułu składki zdrowotnej już nie wystarczają na finansowanie potrzeb zdrowotnych obywateli Polski. Finansowanie publiczne zabezpieczy nam egalitarny (powszechny i sprawiedliwy) dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych w ramach systemu publicznego. Należy zaznaczyć, że równolegle system prywatny się niesamowicie rozwija. Współpłacenie Polaków niestety dynamicznie rośnie – z ok. 52 mld zł w 2022 roku do ok. 66 mld zł. Innymi słowy Polacy „płaczą i płacą”. Płacą również prywatnie za leczenie niepłodności. Nam chodzi jednak o solidaryzm i egalitaryzm, czyli w tym przypadku na wyrównanie szans obywateli na dostęp do leczenia niepłodności. Jeżeli nie będziemy finansować ochrony zdrowia adekwatnie do potrzeb medycznych Polaków, to będziemy mieli kolejki, limity, nadmiarowe zgony i powikłania. W programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności powinno być wydawane rocznie ok. 800 mln zł, zamiast obecnie wydawanych ok. 600 mln zł rocznie. Dzięki temu, że Ministerstwo Zdrowia dołoży te 300 mln zł rocznie do tych zaplanowanych 500 ml zł, ośrodki realizujące program przeprowadzą ok. 80 tys. procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie, w wyniku których urodzi się ok. 15 tys. dzieci rocznie. Wyliczenia Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii są bardzo przekonujące. Jeżeli byśmy tak robili z każdym programem polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia, czy programem lekowym NFZ, to doskonale wiedzielibyśmy, w jakie programy i jak alokować ograniczone środki publiczne w polskim systemie zdrowia, aby osiągnąć najwyższy efekt zdrowotny i ekonomiczny. Wzorcowym programem, który spełnia te kryteria jest program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreację na lata 2024-2028”.

## dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB



Zabezpieczenie płodności u naszych pacjentek dzięki ministerialnemu programowi, to działanie, na które czekaliśmy jako onkolodzy. Natomiast to, co zauważyłam, porównując te zachowania, pewnie kilka jeszcze lat temu, mam wrażenie, że ogólnie całe społeczeństwo się zmieniło. Kobiety nie są zdecydowane na wykonywanie tych procedur w takim stopniu, jak kiedyś. Prowadzę analizy u nas w Klinice. Wyniki wskazują, że coraz więcej młodych pacjentek, które przychodzą na rozpoczęcie leczenia i nie mają jeszcze dzieci, nie jest zainteresowana ich posiadaniem w przyszłości. Natomiast inna grupa kobiet, które planowały macierzyństwo, a niestety zdiagnozowano u nich chorobę nowotworową, to jest rzeczywiście grupa, która jest bardzo zmotywowana i chce korzystać z metod zabezpieczenia płodności. Podejście młodych kobiet do macierzyństwa zmieniło się w ciągu ostatnich lat. Dlatego musimy brać pod uwagę, jakie jest nasze społeczeństwo. Statystyki GUS mówią jasno, że coraz mniej dzieci się rodzi, ale to nie jest tylko wynik opóźniania macierzyństwa, ale też właśnie zmiany mentalności. Bardzo chcemy, żeby program rządowy zabezpieczenia onkopłodności cały czas się rozwijał i był dostępny dla naszych pacjentek. Ja bym nawet rozwinęła ten program, bo w raku piersi często stosujemy dodatkowo metody, żeby jajniki „uśpić”. Zastrzyki, które stosujemy w ramach hormonoterapii, a mają właśnie takie dodatkowe zastosowanie, nie są obecnie refundowane w ramach ochrony płodności w trakcie chemioterapii.

Podsumowując, moją rekomendacją dla decydentów jest utrzymanie dotychczasowych wskazań do objęcia pacjentów onkopłodnością, z elementem poszerzenia o dodatkowe leki u pacjentek

chorujących na raka piersi w trakcie chemioterapii, żeby jeszcze bardziej zwiększyć szanse na posiadanie potomstwa.

## dr Katarzyna Kozioł, współzałożyciel i dyrektor ds. Medycznych Kliniki „nOvum”, Rada ds. Leczenia Niepłodności przy MZ



Program polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028” (dalej Program) jest ogromną pomocą dla niepłodnych pacjentów, dla których zapłodnienie pozaustrojowe jest jedyną szansą na posiadanie potomstwa. Jednak należy zwrócić uwagę na pewne problemy związane z jego realizacją. Na realizację Programu przeznaczono zbyt mało środków finansowych. To powoduje, że pacjenci muszą czekać w kolejkach, a jest to szczególnie niekorzystne dla pacjentek, które są w zaawansowanym wieku reprodukcyjnym, ponieważ każdy miesiąc oczekiwania może zmniejszać szansę na skuteczną terapię. Pacjentki nie mogą czekać, tylko powinny być od razu przyjmowane zgodnie z kolejnością zgłoszeń i - jak tylko są gotowe oraz mają wskazania medyczne - być kwalifikowane do zapłodnienia pozaustrojowego, które powinno być wykonywane bez zbędnej zwłoki. Niestety nie możemy tego zapewnić każdej potrzebującej parze w związku z limitami finansowymi.

Drugim problemem związanym z realizacją Programu to brak racjonalnego klucza rozdziału środków finansowych w ramach Programu pomiędzy realizatorami. Pierwszy podział środków finansowych podzielił pieniądze w miarę po równo, niezależnie od tego, czy ośrodek był doświadczony, czy mniej doświadczony oraz czy był duży, czy mały i jakie miał możliwości wykorzystania środków, czyli możliwości przyjmowania i leczenia pacjentów (liczba lekarzy, embriologów, wielkość ośrodka, wyposażenie, czy liczba cykli, które dotychczas były w ośrodku wykonane - to wszystko były parametry, które trzeba było podać przystępując do konkursu, a potem przy rozdzielaniu środków finansowych nie były już brane pod uwagę).

Z upływem czasu i w trakcie realizacji Programu ta sytuacja się trochę zmieniła na korzyść. Ministerstwo biorąc pod uwagę opinie realizatorów, przyjęło zasadę, że środki finansowe są przydzielane w transzach i kto pierwszy je zużyje, ten może wystąpić o kolejne. Natomiast niezależnie od sposobu rozdziału w pewnym momencie limity finansowe niestety przedwcześnie się kończą, bo całkowity budżet programu jest zbyt mały, a dodatkowo realizatorzy są zobligowani blokować środki finansowe na wszystkie cztery cykle zapłodnienia, jakie przysługują danej parze pacjentów. Wydaje się, że pieniądze powinny być w inny sposób rozdzielane, powinny „iść za pacjentem”. To pacjent powinien decydować, gdzie chce się leczyć i w związku z tym ten realizator powinien dostawać środki finansowe na leczenie pacjentów, którzy się do leczenia zgłaszają. Kluczowe jest również, żebyśmy jako realizatorzy mieli możliwość planowania leczenia oczekujących pacjentów w dłuższej perspektywie czasowej. Nie możemy do ostatniej chwili wraz z pacjentami czekać w niepewności czy pieniądze będą, czy nie. A niekiedy trwa to kilka miesięcy. Nie ma racjonalnej gospodarki finansowej, przez co nie można zapewnić pacjentom ciągłości leczenia. To jest bardzo uciążliwe dla nas realizatorów, a w konsekwencji dla pacjentów, bo nie mogą być pewni, kiedy ich świadczenie może zostać zrealizowane. Blokowanie środków na wszystkie cykle leczenia dla jednej pary ogranicza możliwości leczenia kolejnych pacjentów i powoduje, że środki te mogą nie zostać wykorzystane.

Po trzecie, potrzebny jest rejestr, który umożliwi nadzór nad leczeniem i nadzór nad wydawaniem publicznych pieniędzy. W tej chwili te pieniądze są wydawane bez żadnego nadzoru. Wszystko opiera się na oświadczeniu pacjentów. Pacjenci mają prawo do czterech prób zapłodnienia pozaustrojowego i nie wiadomo, czy w innym ośrodku już tych czterech prób nie wykorzystali. Obecnie nie ma żadnej możliwości skontrolowania tego. W związku z tym pieniądze, których jak już wspomniano jest za mało, mogą być wydawane nieracjonalnie przez to, że nie ma rejestru pacjentów i procedur, z których skorzystali. Dzięki rejestrowi byłaby również możliwość wiarygodnej oceny skuteczności leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego.

Podsumowując:

1. Potrzebne jest zwiększenie finansowania do ok. 800 mln złotych, co powinno być wystarczające, aby zabezpieczyć potrzeby pacjentów w zakresie dostępu do procedur zapłodnienia pozaustrojowego.
2. Pieniądze powinny „iść za pacjentem” i być przydzielane ośrodkom realizującym zgodnie z zapotrzebowaniem, należy usunąć bariery w postaci konieczności blokowania środków finansowych.
3. Konieczne jest pilne stworzenie Rejestru procedur zapłodnienia pozaustrojowego zarówno refundowanych jak, i komercyjnych. Co pozwoli na oszacowanie skali problemu, efektywności leczenia i nadzoru nad wydatkowaniem publicznych pieniędzy.

## mec. Piotr Mierzejewski, dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich



W Polsce brak jest odpowiednich przepisów przejściowych w ustawie o leczeniu niepłodności i konieczność stworzenia procedury, w ramach której samotne kobiety, które zdeponowały zarodki przed wejściem w życie ULN, będą mogły je implantować. RPO interweniował w sprawie braku odpowiednich przepisów przejściowych w ULN. W konsekwencji tego braku kobiety niepozostające w związku małżeńskim albo we wspólnym pożyciu z mężczyzną, które dotychczas zdeponowały w klinikach zarodki powstałe z ich komórki rozrodczej i komórki anonimowego dawcy nie będą mogły ich wykorzystać, o ile nie będą mieć partnerów deklarujących gotowość do ojcostwa. Zdaniem RPO taka sytuacja narusza zasadę zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa oraz zasadę ochrony praw nabytych, które wynikają z Konstytucji RP. Postępowania zainicjowane przez RPO w tej sprawie przed TK zostało umorzono (K 50/16).<sup>17</sup> Trybunał Konstytucyjny, umarzając postępowanie, wydał postanowienie sygnalizacyjne (S 2/18, 18.04.2018 r.), w którym:

- dostrzegł istotny problem, którym jest sytuacja niektórych zarodków powstałych przed wejściem w życie ULN i przechowywanych w bankach komórek rozrodczych i zarodków. Problem ten sprowadza się do istnienia w ULN luki, polegającej na nieunormowaniu postępowania z zarodkami powstałymi przed jej wejściem w życie z komórek rozrodczych samotnych kobiet i anonimowych dawców;

<sup>17</sup> Wniosek do TK ws. procedury in vitro. RPO <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wniosek-do-tk-ws-procedury-vitro>

- co do zasady, jak wynika z art. 97 pkt 1 ULN, wszystkie zarodki utworzone i przechowywane w bankach przed dniem jej wejścia w życie zostaną przekazane do dawstwa zarodka po upływie 20 lat (od dnia wejścia w życie ustawy), chyba że wcześniej zostaną przekazane do adopcji przez ich dawców;
- problemem dostrzeżonym przez Trybunał Konstytucyjny jest nierówne traktowanie zarodków w kontekście art. 21 ust. 2 ULN. Przepis ten, dotyczący dawstwa partnerskiego, przewiduje, że w razie braku zgody męża (konkubenta) na przeniesienie zarodka, zezwolenie na przeniesienie wydaje sąd opiekuńczy;
- można wskazać, że sytuacja samotnych kobiet, które zdeponowały zarodki, jest - w zakresie skutku - podobna do sytuacji mężatek (konkubin), których mężowie (konkubenci) nie wyrażają obecnie zgody na przeniesienie zarodków do ich organizmów (bez omówionej wyżej regulacji zawartej w art. 21 ust. 2 ULN). Te ostatnie nie miałyby możliwości „dokończenia” procedury in vitro. Tymczasem ULN nie zawiera analogicznej regulacji w odniesieniu do zarodków powstałych z komórek rozrodczych samotnych kobiet i anonimowych dawców;
- wykonanie postanowienia sygnalizacyjnego powinno zmierzać do wprowadzenia procedury pozwalającej na rozstrzygnięcie przez sąd w przedmiocie zezwolenia na transfer do organizmu kobiety, która nie pozostaje w związku, utworzonych uprzednio zarodków.

Co istotne Trybunał Konstytucyjny odwołał się w postanowieniu sygnalizacyjnym do procedury z art. 21 ust. 2 ULN. Tymczasem można zgłosić zastrzeżenia także i do tego przepisu, który stanowi jedynie, że „W przypadku braku zgody męża lub dawcy komórek rozrodczych pobranych w celu dawstwa partnerskiego, z których utworzono zarodek, na przeniesienie zarodka, zezwolenie na przeniesienie wydaje sąd opiekuńczy”. Brak jest jakichkolwiek wytycznych dla sądów, jakimi winny się kierować wydając rozstrzygnięcie w sprawie, co w praktyce może rodzić duże trudności. Konkurujących wartości jest bowiem wiele, w tym w szczególności: godność zarodka, autonomia prokreacyjna kobiety, autonomia prokreacyjna mężczyzny. Ponadto, z jednej strony ustawodawca przewiduje istotną ochronę zarodka (ograniczenie liczby tworzonych w ramach jednej procedury zarodków [art. 9 ust. 2 UZL], zakaz [co do zasady] niszczenia zarodków [art. 23 ust. 3 UZL], możliwość donacji zarodka [art. 36, ale przede wszystkim art. 97 UZL]), z drugiej wskazuje, że z procedury mogą korzystać jedynie pary. W takiej sytuacji sąd może mieć poważne trudności przy ustaleniu, co winno być brane pod uwagę przy rozstrzygnięciu sprawy.

Problem nie jest czysto teoretyczny i musiał się z nim mierzyć np. Sąd Okręgowy w Toruniu (postanowienie z 29 grudnia 2021 r., VIII C a 793/21), rozstrzygając sprawę dotyczącą zezwolenia na implantację zarodka w sytuacji, gdy toczy się sprawa rozwodowa, a mąż nie zgadza się na implantację. Sąd zaakceptował stanowisko sądu niższej instancji, który uznał za celowe zbadanie trzech kwestii: (1) wad oświadczeń woli; (2) kwestii etycznych i religijnych; (3) obecnych relacji między wnioskodawczynią i uczestnikiem – w kontekście przysługujących im konstytucyjnych praw związanych z rodzicielstwem. Ostatecznie sąd, biorąc pod uwagę to, że:

- faktycznie to wnioskodawczyni była poddana większej liczbie zabiegów medycznych w związku z korzystaniem z procedury in vitro;
- skorzystanie z procedury wiązało się z koniecznością poniesienia wysokich kosztów;

- uczestnik nawet już po poinformowaniu wnioskodawczyni o myślach dotyczących rozrodu, podtrzymywał zgodę na transfer zarodka – w ocenie Sądu dopiero spór na tle finansowym doprowadził do zmiany zdania przez uczestnika;
- nawet przyjmując, że erozja związku pojawiła się wcześniej, działania które podejmowali (m.in. związane z zakupem nieruchomości), nie wskazywały na nadciągające problemy;
- gdyby do transferu doszło tylko kilka miesięcy wcześniej, ewentualne dalsze spory nie miałyby znaczenia dla możliwości przyjścia na świat dziecka.

– uznał, że od momentu zapłodnienia komórki jajowej, prawo do bycia matką przeważa nad prawem do niebycia ojcem i wydał zezwolenie na transfer<sup>18</sup>.

Warto zaznaczyć przy tym, że TK w powołanym postanowieniu sygnalizacyjnym wskazał, jakie wartości winien uwzględnić ustawodawca, projektując przepisy dot. zezwolenia:

*Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, takie postępowanie mogłoby, a nawet powinno, toczyć się z udziałem curatoris ventris, a sąd - rozstrzygając - powinien mieć na uwadze zasady systemu prawnego Rzeczypospolitej, wyrażone w Konstytucji i ustawodawstwie krajowym (nie tylko w u.l.n.) oraz w wiążących Rzeczpospolitą Polską umowach międzynarodowych, między innymi takie, jak:*

- *prawo zarodka do życia (procedura in vitro nie może prowadzić do zniszczenia zarodka albo do "rozmrzania" kilku zarodków, ich selekcji i ponownego "zamrażania" zarodków niewykorzystanych),*
- *zakaz przedmiotowego traktowania jakiegokolwiek zarodka,*
- *życie, zdrowie, dobro i prawa dziecka, w tym jego prawo do życia rodzinnego,*
- *dopuszczalność adopcji dzieci - w uzasadnionych wypadkach - przez osoby samotne (niezależnie od tego, że - z powodu dużej liczby chętnych par - do takiej adopcji dochodzi bardzo rzadko),*
- *niedopuszczalność adopcji dzieci przez osoby/pary homoseksualne.*

*Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, ustawodawca - uchwalając poszczególne regulacje u.l.n. - dokonał wyborów o charakterze aksjologicznym, podyktowanych dobrem dziecka. Ustawa ta nakazuje szczególnie chronić jego życie, zdrowie, dobro i prawa (art. 4). Wypełnienie sygnalizowanej luki byłoby w najwyższym stopniu uzasadnione pełniejszą realizacją tych wartości.*

RPO interweniował także w sprawie finansowania IVF z budżetu państwa<sup>19</sup>. Obecnie te uwagi są o tyle nieaktualne, że istnieje rządowy program in vitro. Co jakiś czas wpływają do BRPO skargi dotyczące niemożności skorzystania z samorządowych programów leczenia niepłodności z uwagi na miejsce zamieszkania pary, ale Rzecznik nie dostrzega w tych sprawach naruszenia praw i wolności.

Do RPO wpływają skargi, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, dotyczące ograniczeń wiekowych w dostępie do rządowego programu leczenia niepłodności. Jedna z tych spraw skłoniła RPO do skierowania

<sup>18</sup> Sąd odniósł się także do wyroku ETPC w sprawie Evans p. Wielkiej Brytanii, <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22001-80046%22%5D%7D>

<sup>19</sup> <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-senat-in-vitro-projekt-opinia>

wystąpień do MZ z prośbą o podanie medycznego uzasadnienia przyjętych ograniczeń. Ostatecznie RPO nie stwierdził naruszenia praw i wolności jednostki.

## mec. Paulina Kieszowska, Kancelaria KRK, współzałożyciel Fundacji Lege Pharmaciae



Moja prawnicza "przygoda" z Ustawą o leczeniu niepłodności trwa bardzo długo i już z niektórymi z Państwem współpracowałam, kiedy ona była tworzona. Wtedy wydawało się, że Ustawa ma dużo wad i krytykowaliśmy różne postanowienia. Każde słowo było w niej ważne, bo tak naprawdę in vitro to jedyna dziedzina medycyny, której uprawianie jest uregulowane wprost ustawowo. Ale Ustawa, jak się później okazało, uratowała procedurę i wszystkich, którzy chcieli się jej poddać w czasach rządów PiS, gdy zaczęła się nagonka na tę procedurę. Przez sam fakt, że Ustawa istniała, prawica nie mogła skutecznie argumentować, że wprowadzenie tej procedury, transfer czy mrożenie zarodków, to jest ich zabijanie, czy inne „przestępstwa” z kodeksu karnego, skoro działania te posiadały jasne ramy prawne. Pamiętam taki dramatyczny moment, gdy rozważano nowelizację Ustawy, kiedy lekarze zastanawiali się, jak ratować pacjentki i pacjentów i ich prawa do korzystania z dobrodziejstw procedury in vitro, w sytuacji, gdy planowana nowelizacja właściwie uniemożliwiłaby skuteczne leczenie niepłodności penalizując wiele jego elementów. Potem miał miejsce etap, kiedy to przy refundacji leków były ruchy pozorne, trzeba było wymieniać stwierdzenie "in vitro" w opisie wskazań refundacyjnych, zamieniać na inne postanowienia, żeby nikogo „nie kłuło w oczy”. Potem z kolei próbowano wyrzucić priorytet leczenia niepłodności z priorytetów polityki zdrowotnej, co zablokowałoby samorządowe programy zdrowotne leczenia in vitro. Na szczęście jednak udało się te turbulencje przejść. Obecnie nagonka się skończyła. Jest finansowanie publiczne programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028”. To finansowanie ma co prawda swoje wady, ponieważ zostało wprowadzone na szybko i dość też populistycznie, ale jest!

Problematyczne w obecnym programie jest to, że wyboru wykonawców i podziału środków pomiędzy nimi, Ministerstwo Zdrowia dokonuje w nieprzejrzystej procedurze. Nie ma w zasadzie regulacji kryteriów, które wskazują, jak te pieniądze powinny być rozdzielone, które kliniki powinny dostawać najwięcej punktów za efektywność. Oczywiście, my byśmy chcieli jako obywatele, żeby to było adekwatnie finansowane, żeby była dobra medyczna ocena tego, ile cykli, u kogo oraz dlaczego Państwo sfinansuje. Poprawa zapisów programu i sposobu jego wdrażania nie wymaga jednak zmian ustawowych. Postulować należy więc do samego Ministerstwa Zdrowia, aby nabywszy już doświadczeń w realizacji programu, po prostu odpowiednio go poprawiło. Ja wiem, że jest duża frustracja u wszystkich Państwa, niezależnie od strony, w której jesteście, czy pacjenckiej, lekarskiej, podmiotów leczniczych, czy firm. Mówimy dużo rzeczy sensownych, a później nie są one brane pod uwagę przez decydenta i płatnika. Trzeba jednak przyjąć politykę powtarzania tego samego i „pukania do wszystkich drzwi”. W wyniku tych działań, w którymś momencie może obecni decydenci zobaczą, że ten program może być lepiej zorganizowany. Można też interpretować wszystkie te zapisy, jakie wypracowaliśmy z Rzecznikiem Praw Obywatelskich oraz interpretację w sądach administracyjnych „in dubio pro vita humana”, czyli "w razie wątpliwości, na korzyść życia/ludzkiego życia".

Jest jeszcze jeden problem, z którym też się mierzymy, mianowicie rzekomy zakaz współpłacenia przez pacjentów wybranej przez nich procedury. To jest odwieczny problem hipokryzji systemu, który mówi, jak Państwo płaci za dane świadczenie, to obywatel nie może już nic innego sam do tej procedury dokupić. To jest wymyślone przez NFZ i MZ i ścigani są za to okuliści, ginekolodzy, dentyści i ortopedzi. To jest kompletnie niezgodne z Konstytucją, bo pacjent ma prawo wybrać metodę leczenia i może wziąć to, co państwo mu daje za jego składkę, natomiast jest jego podmiotowym prawem wybór standardu procedury. I to dotyczy zarówno stomatologii, jak i ortopedii, czy leczenia niepłodności. NFZ od lat ma interpretację, że nie ma żadnego współpłacenia, bo to jest niezgodne, nie wiadomo z czym, bo nigdy nie powiedziano, z czym to jest niezgodne, bo nie ma takiego przepisu. Istnieje jedynie zakaz podwójnego finansowania tego samego świadczenia, co oczywiste. Jeżeli jednak NFZ czy MZ płaci za dany element procedury inny jej element niefinansowany publicznie pacjent ma prawo wybrać za dopłatą. I tak samo jest z in vitro. W momencie, kiedy przez wady programu następują pewne zastoje, przestoje, a w międzyczasie można byłoby wykonać pewne zabiegi u tych pacjentów, żeby przyspieszyć ich szanse albo je zwiększyć, pacjenci mają podmiotowe prawo do dopłaty do takiego elementu procedury. W procedurze in vitro superważny jest czas i rozłożenie tych działań w życiu pacjentki taka możliwość jest zatem szczególnie istotna. W art 68 Konstytucji ustęp pierwszy mówi, że " Każdy ma prawo do ochrony zdrowia". Kropka. Własnego zdrowia. Dopiero ustęp 2 tego artykułu mówi o tym jak Państwo ma to prawo wspierać, a nie ograniczać.

Podsumowując, przetrwaliście Państwo wiele turbulencji z Ustawą i programem leczenia niepłodności. Miejmy nadzieję, że przynajmniej to doświadczenie już pokazuje, że jednak "dotykanie się" tego nawet przez prawnicę nie jest w stanie przerwać tych działań. Przez to, że program jest rządowy, jesteście Państwo w dużo lepszej sytuacji. Rekomendacja dla Ministerstwa Zdrowia przede wszystkim jest taka, żeby wsłuchać się w głos specjalistów i wykonawców tego programu, w aspekcie tego, co w nim nie działa. Należy przestać traktować te podmioty, jak jakieś zło konieczne, bo to są praktycznie w większości podmioty prywatne. Należy na te ośrodki patrzeć w kategorii pracy ludzi-pasjonatów, którzy po prostu są „solą tej ziemi”, bo oni organizują narodziny obywateli i to jest bardzo ważne. Odnosicie Państwo razem wielki polski sukces.

## dr Mariola Kosowicz, kierownik Poradni Psychoonkologii NIO-PIB

Choroba onkologiczna nie powinna wykluczać możliwości realizacji swoich potrzeb, również w obszarze rodzicielstwa. Międzynarodowe wytyczne ASCO, ESMO zalecają, aby przy rozpoznaniu choroby onkologicznej informować pacjentów w wieku rozrodczym, o możliwościach zabezpieczenia płodności, optymalnego czasu na staranie się o dziecko oraz wpływu leczenia onkologicznego na przyszłe potomstwo. Niestety, w dalszym ciągu wielu pacjentów nie otrzymuje takiej informacji. Wynika to z wielu powodów, m.in. z przekonania, że jeżeli pacjent nie pyta, to nie jest to dla niego ważna kwestia, pomijając fakt, że diagnoza choroby onkologicznej, szczególnie w początkowym okresie po diagnozie, to poważny stres zawężający pole percepcji do myślenia jedynie o przeżyciu. Ponadto, wielu pacjentów, którzy mogliby zadbać o zabezpieczenie płodności obawia się, że nie ma czasu i chce jak najszybciej rozpocząć leczenie, pomijając inne ważne potrzeby życiowe. Wiele badań wskazuje, że otrzymanie informacji i/lub wykonanie procedury zabezpieczenia płodności zmniejsza długoterminowy żal związany z utratą możliwości posiadania potomstwa, poprawia jakość życia i daje pacjentom większe poczucie kontroli nad przyszłością rodzinną — nawet jeśli ostatecznie nie skorzystają z materiału rozrodczego. Brak



możliwości wyboru/poradnictwa wiąże się ze zwiększonym stresem i poczuciem straty, która może istotnie wpłynąć na życie pacjenta po chorobie. Dlatego też dostęp do rzetelnej wiedzy, w odpowiednim czasie, daje człowiekowi możliwości dokonania wyboru zgodnie z jego planami życiowymi, światopoglądem i osobistymi przekonaniem.

## dr Joanna Kot, psychoterapeuta, psycholog, psychoonkolog w Klinice „nOvum”



Obserwujemy dziś wyraźnie, że istnieje grupa kobiet, dla których - jako naturalna konsekwencja emancypacji - realny wybór oznacza świadomą decyzję o nieposiadaniu dzieci. Nie jest to decyzja chwilowa ani etap przejściowy, po którym „coś się odmieni”. To kobiety, które autentycznie nie chcą macierzyństwa. Jeszcze dziesięć czy dwadzieścia lat temu dominowała społeczna narracja, zgodnie z którą kobieta znajduje partnera, wchodzi w stały związek, a następnie zakłada rodzinę i rodzi dzieci. Ten model przestał być oczywistym i powszechnym scenariuszem życiowym. Dla wielu młodych kobiet macierzyństwo nie jest już domyślnym celem, lecz jedną z opcji i coraz częściej opcją świadomie odrzucaną.

Wszelkie działania adresowane do tej grupy kobiet, które ignorują ich wybór i próbują je przekonywać do macierzyństwa, są nieuzasadnione i nierzadko prowadzą do utrwalania tzw. reżimu reprodukcyjnego. Decyzja o nieposiadaniu dzieci wynika z głębokiej świadomości, refleksji nad własnymi wartościami oraz odpowiedzialności długoterminowej. Kobiety często odwołują się również do argumentów geopolitycznych czy społecznych - nie jako wygodnej wymówki, lecz jako spójnego elementu ich systemu wartości i osobistej motywacji. W tym kontekście próby perswazji są nie tylko nieskuteczne, ale także pozbawione sensu.

Jednocześnie istnieje inna, wyraźnie odrębna grupa kobiet, a mianowicie tych, które pragną zostać matkami i podejmują starania o rodzicielstwo, lecz z powodu niepłodności napotykają na trudności w założeniu rodziny. W ich przypadku motywacja i zaangażowanie są realne, dlatego to właśnie te kobiety wymagają adekwatnego wsparcia systemowego, medycznego i psychologicznego.

Minęło już półtora roku od uruchomienia programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe, prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreację na lata 2024–2028”. Mimo to wiele kobiet i mężczyzn wciąż nie ma świadomości, że w ramach programu przysługuje im nieodpłatne wsparcie psychologiczne.

Tymczasem w standardach międzynarodowych opieka psychologiczna stanowi integralny element leczenia niepłodności, ponieważ jest ona chorobą o długotrwałym przebiegu i niepewnym zakończeniu. Towarzyszy jej ciągłe napięcie, poczucie braku kontroli i nieustanna niepewność, a także reorganizacja życia społecznego, relacyjnego i zawodowego. Pacjenci w procedurze in vitro funkcjonują w stanie przewlekłego, bardzo silnego stresu psychologicznego i w sytuacji życiowego kryzysu.

Kobiety kierują wobec partnerów wysokie oczekiwania dotyczące wsparcia emocjonalnego, którego mężczyźni często nie są w stanie zapewnić. Wynika to z faktu, że proces leczenia niepłodności jest w dużej mierze „kobietocentryczny” - koncentruje się na ciele kobiety i jej doświadczeniu. Nawet najbardziej empatyczny partner nie jest w stanie w pełni utożsamić się z sytuacją kobiety poddawanej procedurom in vitro. W konsekwencji kobiety naturalnie poszukują wsparcia poza relacją, wśród innych kobiet. Ale rzadko otrzymują je w adekwatnej formie. Przez brak zrozumienia dla ich

doświadczenia izolują się społecznie z powodu emocjonalnego bólu, wstydu i poczucia gorszości tracąc stopniowo relacje z przyjaciółmi i rodziną.

Dlatego grupy wsparcia dla kobiet mają ogromną wartość terapeutyczną - obniżają poziom lęku i stresu, leczą poczucie izolacji społecznej i niepewności co do własnej wartości jako kobiety, kiedy nie udaje się zajść w ciążę i urodzić dziecka. Pomagają przywrócić poczucie godności, podmiotowości i własnej wartości i zbudować przynależność do wspólnoty, która jest źródłem wsparcia i siły w trakcie leczenia niepłodności.

Jakiś czas temu, razem z inną psychoterapeutką, stworzyłyśmy oddolny ruch wsparcia dla kobiet mierzących się z niepłodnością. Zainicjowałyśmy pierwsze w Polsce niepłodnościowe kręgi, w których każda uczestniczka może poczuć, że nie jest sama i znaleźć przestrzeń, w której jej doświadczenie jest rozumiane i szanowane.

Nasz projekt powstał na wzór onkologicznych grup wsparcia i opiera się na tym, co najcenniejsze - doświadczeniu samych kobiet. Kobiety, które przeszły przez trudną drogę niepłodności, zostały przeszkolone przez nas w kilkumiesięcznym kursie na facylitatorki, otrzymały potrzebną wiedzę i wypracowały niezbędne umiejętności. Po szkoleniu każda z nich zorganizowała własne kręgi, zapraszając kobiety z diagnozą niepłodności, które szukają zrozumienia i wsparcia. Dzielą się swoim doświadczeniem, ale przede wszystkim tworzą bezpieczną, pełną empatii przestrzeń dla innych. To miejsce, gdzie opowieści o trudach i nadziejach spotykają się w kręgu siły i wspólnoty.

Z uwagi na to, że jest to projekt komercyjny, jego rozwój na większą - a tak potrzebną skalę - jest ograniczony, ponieważ koszty leczenia niepłodności pochłaniają większość domowych budżetów, a na wsparcie siebie w kryzysie współistniejącym z tą chorobą pozostaje niewiele. Finansowanie tego typu działań sprawiłoby, że znacznie więcej kobiet mogłoby skorzystać z ogromnej mocy wsparcia, jaką niesie przynależność do wspólnoty i poczuć, że w swojej drodze nie są same.

Wsparcie psychologiczne powinno obejmować nie tylko kobietę, ale również jej partnera. Para, która pragnie dziecka i przechodzi przez procedury medyczne, często na ich skutek doświadcza zaniku spontaniczności i intymności w relacji. Wiele par przechodzi w tym czasie poważny relacyjny kryzys i kwestionują sens istnienia ich jako pary, jeśli nie pojawiają się dzieci.

W takich sytuacjach zdecydowanie rekomendowane jest specjalistyczne wsparcie dla pary. Może ono obejmować terapię par, konsultacje psychologiczne lub uczestnictwo w warsztatach, podczas których partnerzy uczą się komunikować swoje emocje, radzić sobie ze stresem i odbudowywać bliskość w związku. Takie wsparcie pozwala nie tylko lepiej przejść przez trudności związane z niepłodnością, ale też chroni relację przed kryzysem i wzmacnia wzajemne zrozumienie.

Należy również pamiętać, że w procesie leczenia niepłodności lekarz ingeruje w dużej mierze w życie seksualne pary nadając mu rytm i zasady zgodne z procesem leczenia. To sprawia, że traci ono swój tak ważny dla relacji więziotwórczy charakter i jest kolejnym obszarem, który jest zmedykalizowany i podporządkowany leczeniu niepłodności. To ogromne obciążenie dla każdej pary, a odbudowa życia seksualnego to proces długotrwały. Z tego powodu jako wsparcie w trakcie starań o ciążę metodą in vitro niezbędna jest obecność seksuologa lub innych specjalistów od seksualności, którzy obejmą parę profesjonalnym wsparciem i pomogą chronić ich relację intymną przed dalszą degradacją.

Podsumowując, zdecydowanie rekomenduję, aby pary uczestniczące w programie były jasno i konsekwentnie informowane o przysługujących im świadczeniach w zakresie wsparcia

psychologicznego. Powinno to stanowić standardowy, integralny element leczenia niepłodności, a nie dodatek, o którym pacjenci dowiadują się przypadkowo lub wcale.

## Ewa Daros, prezes Fundacji Edukacji Obywatelskiej OliEdu



Jesteśmy społecznością współdziałającą z doświadczonymi zespołami medycznymi, klinikami, szpitalami i wolontariuszami w celu ochrony i promocji zdrowia oraz podejmowania działań propacjenckich. Działamy aktywnie w zakresie ochrony i promocji zdrowia, propagując wiedzę medyczną w obszarze: leczenia niepłodności metodą in vitro, szerzenia świadomości na temat oncofertylity (onkopłodność), chorób genetycznych w kontekście in vitro, świadomości na temat trudności zdrowotnych wcześniaków, zdrowia i potrzeb dzieci hospitalizowanych oraz profilaktyki zdrowotnej noworodków. Działania, jakie realizujemy w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia obejmują, m.in.: akcje społeczne na rzecz ochrony zdrowia, zbiórki na sprzęt i badania medyczne, kampanie edukacyjne, badania naukowe, konsultacje lekarskie, warsztaty i szkolenia, publikacje medyczne i konferencje medyczne. Naszym celem jest także wspieranie osób z niepełnosprawnościami i zapewnienie im możliwie najlepszych warunków życia w społeczeństwie. Pomagamy w promocji i profilaktyce zdrowia, a także edukacji i działaniach zwiększających świadomość w tym zakresie, wspieramy i współorganizujemy zbiórki i badania medyczne<sup>20</sup>.

Oferujemy rodzinom wsparcie edukacyjne w zakresie macierzyństwa, rodzicielstwa oraz zagadnień związanych z płodnością i procedurą in vitro. Aspekt braku adekwatnego do potrzeb pacjentów finansowania rządowego programu leczenia niepłodności metodą in vitro, to jest sytuacja niedopuszczalna. Ten problem był sygnalizowany przez ośrodki realizujące program i organizacje pacjenckie już od końca wakacji w 2025 roku. Pacjent, który przeszedł tę procedurę, niestety niekiedy musi czekać, co wywołuje stres i poczucie niepewności. Takiej sytuacji nie powinno być i wszyscy powinniśmy podjąć działania, aby to się już nie powtórzyło. To jest nieakceptowalne. Mamy mnóstwo sygnałów, że te fundusze skończyły się najszybciej w dużych miastach, tam, gdzie wiedza i świadomość pacjentów i doświadczenia ośrodków są wyższe. A w tych miejscach w Polsce, gdzie są mniejsze ośrodki realizujące program, gdzie są mniejsze skupiska osób, są jeszcze gdzieś dostępne środki. To wskazuje bardzo mocno na potrzebę edukacji, komunikacji i koordynacji tych działań.

Wyzwania w zakresie zmiany wiedzy i świadomości społeczeństwa w zakresie leczenia niepłodności są olbrzymie. Nie powtórzę tych negatywnych określeń, które wyszły w ankietach na temat dzieci urodzonych dzięki procedurze in vitro. To nastawienie trzeba zmienić poprzez długoletnie kampanie edukacyjne i społeczne. My, w Fundacji OliEdu staramy się to robić realizując konferencje i działania edukacyjne, jednak robimy to *pro bono*. Na to powinny być rządowe środki. Nie może tak dalej być, że trzeba sobie zrobić przelew typu zasilenie działań Fundacji z własnej pensji, żeby móc organizować takie działania. Z naszej perspektywy należy kompleksowo edukować lekarzy, bo pacjenci dalej słyszą, że niepłodność to nie jest choroba. Należy edukować pacjentów, bo dalej niektórzy z nich wstydzą się podejmowanego leczenia niepłodności. Należy edukować lokalne społeczności, bo pacjenci i dzieci urodzone z in vitro są stygmatyzowani w swoim środowisku zamieszkania, pracy i nauki. To są pacjenci,

<sup>20</sup> <https://oliedu.pl/pl/o-nas/dzialania>

którzy nas pytają, czy będzie można ukryć twarz i zmienić głos w trakcie nagrywania ich historii. To są pacjenci, którzy nie chcą stygmatyzować siebie oraz swoich dzieci. Bo nawet jeżeli rodzice są asertywni, to dziecko urodzone z in vitro, jak każde inne dziecko, jest delikatnym tworem i będzie dopiero budowało tę swoją odporność emocjonalną i psychiczną.

W zakresie onkopłodności zalecamy większą edukację lekarzy i personelu medycznego. Pacjenci, którzy przychodzą do nas, mówią, że o możliwościach zabezpieczenia płodności dowiadują się w trakcie leczenia onkologicznego z Internetu albo od znajomych. Lekarz jest niestety na trzecim miejscu, jako źródło tej informacji.

Wnioskujemy również o poszerzenie programu o pacjentów dotkniętych chorobami genetycznymi. Zadajemy pytanie, dlaczego oni nie są objęci rządowym programem in vitro? Dla wielu z nich jedyną ścieżką zdrowego, szczęśliwego rodzicielstwa jest skorzystanie z procedury in vitro. Nie możemy dyskryminować tych pacjentów. Oni często sprzedają domy, żeby poddać się prywatnie procedurze in vitro i móc założyć rodzinę w przypadku choroby genetycznej. To jest nasze zadanie, żeby dodać pacjentów dotkniętych chorobami genetycznymi do rządowego programu leczenia niepłodności, bo ci pacjenci są pominięci i czują się dyskryminowani.

## Marta Górna, prezes Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”



Przykładem wykluczenia są kobiety samotne oraz pary, które nie mogą skorzystać z programu z powodu chorób genetycznych. To wyłączenie nie wynika z założeń samego programu, ale z zapisów ustawy, w której nie zostały one uwzględnione. Pary obciążone chorobami genetycznymi nie mają prawa przystąpić do procedury in vitro. Co więcej, aby w ogóle móc skorzystać z programu, konieczne jest wcześniejsze stwierdzenie niepłodności. Jeśli para nie ma takiej diagnozy, nie może zostać objęta programem. Wiemy, że w praktyce często wygląda to tak, że lekarz, chcąc pomóc w tej trudnej sytuacji, rozpoznaje niepłodność i para rozpoczyna leczenie. Jeśli jednak chcemy, aby odbywało się to w sposób zgodny z prawem, bez konieczności szukania „furtki” potrzebujemy zmiany ustawy.

Oczywiście można i trzeba mówić o tym, jak wiele dobrego wniosła ustawa o leczeniu niepłodności, bo tych pozytywnych rozwiązań było bardzo dużo. Jednocześnie nie da się pominąć faktu, że ustawa wymaga zmian – i to zmian istotnych.

Wiele miejsca poświęcamy dziś rozmowom o kobietach, które nie decydują się na macierzyństwo, bo nie potrafią znaleźć partnera. Jest jednak także grupa kobiet, które partnera nie mają i go nie szukają, a mimo to chcą zostać matkami. I właśnie w tym miejscu pojawia się kolejna luka w obowiązujących przepisach. Mówimy o kobietach, które chciałyby mieć dzieci i które mogłyby realnie przyczynić się do poprawy sytuacji demograficznej, a którym prawo wprost mówi: jeśli nie masz partnera, nie możesz zostać zakwalifikowana do leczenia. Szczególnie dotkliwie widać to na przykładzie singielek, które rozpoczęły leczenie niepłodności jeszcze przed wejściem w życie ustawy o leczeniu niepłodności. Były to kobiety, które zgodnie z ówczesnymi przepisami mogły się leczyć, doprowadziły do powstania zarodków i miały realną szansę na macierzyństwo. Po wejściu w życie ustawy, która dopuściła leczenie wyłącznie pary, kobiety te straciły możliwość transferu własnych zarodków. W praktyce oznaczało to

odebranie im szansy na macierzyństwo, mimo że leczenie rozpoczęły zgodnie z prawem obowiązującym w tamtym czasie. Ta sytuacja pokazuje, jak daleko potrafimy posunąć się w narzucaniu jednego modelu rodziny i jednego sposobu myślenia o reprodukcji, bez uwzględnienia realnych historii konkretnych ludzi.

Wraz z wiekiem płodność kobiet spada, co jest obiektywnym, medycznym powodem do rozważenia zabezpieczenia płodności. Tymczasem obowiązująca ustawa dopuszcza zabezpieczenie płodności wyłącznie w przypadku choroby, która bezpośrednio jej zagraża – na przykład w trakcie leczenia onkologicznego czy przy zaawansowanej endometriozie. Nie uwzględnia natomiast sytuacji społecznej jako przesłanki do takiego zabezpieczenia. Temat ten nie został w ustawie uregulowany, co w praktyce oznacza, że uznaje się go za niedozwolony. Jednocześnie, dzięki rekomendacjom towarzystw naukowych, wiemy, że takie procedury mimo wszystko są w Polsce realizowane.

Jako pacjenci popieramy zarówno powstanie rejestru, jak i zwiększenie finansowania programu. Zarówno rejestr, jak i zasada, że pieniądze powinien iść za pacjentem – i że tych środków powinno być więcej – są kluczowe z punktu widzenia transparentności całego systemu. Nasze stowarzyszenie trzy tygodnie temu sprawdziło, ile ośrodków wciąż dysponuje środkami w ramach programu. Okazało się, że było ich dwadzieścia. To rodzi pytanie: dlaczego w jednych miejscach pacjentki czekają w długich kolejkach, a w innych pieniądze nadal są dostępne? Czy oznacza to, że środki są niewłaściwie dystrybuowane? Ten proces powinien być koordynowany centralnie. Obecnie możliwości przenoszenia środków pomiędzy ośrodkami są bardzo ograniczone, co prowadzi do nierówności w dostępie do leczenia.

Kolejną kwestią związaną z brakiem transparentności są same kolejki. Nawet, jeżeli nie są one bardzo długie, w praktyce pacjentki nie otrzymują żadnej konkretnej informacji. Nie dowiadujemy się, że procedura odbędzie się na przykład w marcu 2026 roku – co pozwoliłoby zaplanować życie, pracę czy urlop – tylko słyszymy, że „nie ma pieniędzy”. Ze strony ośrodków często pada informacja: „zadzwońmy do pani za trzy miesiące i wtedy być może powiemy, kiedy to będzie”.

Niektóre kliniki podają numer w kolejce, na przykład 125. Dla pacjentki taka informacja nic nie znaczy, zwłaszcza, gdy po miesiącu okazuje się, że jest już na miejscu 147. Staramy się to pacjentom tłumaczyć, bo można założyć, że do kolejki trafiają także kobiety, które już są w programie i wobec których ośrodek – zgodnie z regulaminem – ma obowiązek zorganizowania kolejnego etapu leczenia w określonym czasie. Problem w tym, że te zasady nie są jasno komunikowane.

I tu wracamy do punktu wyjścia. Jeśli zwiększymy finansowanie programu, a pieniądze faktycznie pójdą za pacjentem, kolejki mogą się skrócić albo zniknąć. Jeśli dodatkowo lepiej rozdystrybuujemy dostępne środki, może się okazać, że wcale nie potrzebujemy ich aż tak wiele, jak mogłoby się wydawać.

To są najważniejsze postulaty. Jest jednak jeszcze jeden obszar, o którym rzadko się mówi i który nie dotyczy bezpośrednio samego programu in vitro, choć jest z nim ściśle powiązany – diagnostyka. To element, o którym systemowo zapominamy. Można to ująć w prostym porównaniu: rząd zaproponował nam „bezpłatne loty samolotem, ale zabrał nam autobusy miejskie”. Mamy dostęp do najbardziej zaawansowanego leczenia, ale nie zapewniono nam diagnostyki i leczenia niższego rzędu. Pacjenci zwykle diagnozują się za własne pieniądze, ponieważ diagnostyka niepłodności w ramach NFZ jest niedostępna lub dostępna w bardzo ograniczonym zakresie. To, czego potrzebujemy, to aby obok programu refundacji in vitro istniał odrębny, realnie działający program diagnostyczny. Taki, który pozwoliłby nie tylko na postawienie wstępnej diagnozy, ale również uzupełniał działający program

refundacji in vitro. Wówczas wszystkie elementy, które pojawiają się w trakcie leczenia – takie jak pogłębiona diagnostyka czy badania niezwiązane bezpośrednio z samą procedurą in vitro, ale konieczne do zrozumienia przyczyn niepłodności – mogłyby być realizowane właśnie w ramach tego programu.

Dziś do programu in vitro trafiają pacjentki, które przy dobrej organizacji diagnostyki i leczenia niepłodności mogłyby w ogóle nie potrzebować tej procedury. Na etapie diagnostyki lub leczenia niższego rzędu mogłyby zajść w ciążę. Problem polega na tym, że w praktyce nie mamy realnego dostępu do takich świadczeń. Inseminacja w ramach NFZ istnieje głównie na papierze – znalezienie ośrodka, który faktycznie ją realizuje, graniczy z cudem. Brakuje zaawansowanej diagnostyki, brakuje opieki na etapie rozpoznawania przyczyn niepłodności i leczenia niższego rzędu. W efekcie pacjenci trafiają do programu in vitro późno, często po wielu latach starań, choć w wielu przypadkach wcale nie musieliby z niego korzystać.

**prof. Mariusz Wyleżoł, prezes elekt Polskiego  
Towarzystwa Leczenia Otyłości, kierownik  
Warszawskiego Centrum Leczenia Otyłości i  
Chirurgii Bariatrycznej Szpitala Czerniakowskiego**



Otyłość istotnie obniża płodność zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, wpływając negatywnie na funkcje hormonalne, owulację, jakość komórek jajowych i zarodków, a także na wyniki leczenia niepłodności, w tym IVF. U kobiet chorujących na otyłość częściej występują zaburzenia owulacji, wydłużony czas do zajścia w ciążę oraz zwiększone ryzyko niepowodzenia leczenia niepłodności. Otyłość prowadzi do przewlekłego stanu zapalnego, insulinooporności i zaburzeń osi podwzgórze-przysadka-jajnik, co skutkuje obniżeniem jakości oocytów i zarodków oraz zwiększa ryzyko poronień. Leczenie otyłości może poprawić płodność naturalną – zwiększa częstość owulacji, szanse na ciążę i urodzenie żywego dziecka, szczególnie u kobiet z PCOS. Jednak, jak podkreśla American Society for Reproductive Medicine, nie ma jednoznacznych dowodów na poprawę wyników IVF po redukcji masy ciała, choć korzyści dla zdrowia ogólnego i przebiegu ciąży są istotne. Podsumowując, otyłość obniża płodność i pogarsza wyniki leczenia niepłodności, a redukcja masy ciała poprawia naturalną płodność, choć jej wpływ na skuteczność IVF pozostaje niejednoznaczny.

## Wnioski

1. Przeciwdziałanie i leczenie niepłodności, która jest chorobą, a nie stygmatem, jest istotnym elementem Polskiej Racji Stanu, a niezamierzona bezdzietność stanowi poważny problem nie tylko medyczny, lecz także społeczny i demograficzny.
2. Program Polityki Zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028” zapewnia parom dotkniętym niepłodnością równy dostęp do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji oraz umożliwi osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenie materiału rozrodczego na przyszłość. Jako jedyny z Programów Polityki Zdrowotnej ma w tytule leczenie i w przeciwieństwie do innych Programów, zawiera pomiar efektów, którym jest przyjście na świat zdrowego dziecka.
3. W oparciu o dostępne dane dotyczące realizacji Programu i długoterminowe estymacje jego efektów ekonomicznych i demograficznych, można stwierdzić, że każda obecnie zainwestowana złotówka to kilkaset zł zwrotu w przyszłości, a liczba rodzących się dzieci wzrośnie o ok 15.000 rocznie.
4. Z punktu widzenia ekspertów mamy w Polsce niewykorzystany potencjał udzielenia pomocy znacznie większej liczbie par, ponieważ istnieje niewystarczająca liczba ośrodków kompleksowej diagnostyki i leczenia niepłodności od chwili jej rozpoznania do zastosowania metod najbardziej specjalistycznych z zastosowaniem zapłodnienia pozaustrojowego włącznie.
5. Uzyskanie dokładnych danych dotyczących problemu niezamierzonej bezdzietności utrudnia brak narodowych rejestrów umożliwiających zbieranie danych na ten temat.
6. Podstawowa wiedza społeczna na tematy związane z seksualnością, płodnością i niepłodnością człowieka jest w Polsce niewystarczająca.

## Rekomendacje

1. Zbudowanie społecznej i politycznej świadomości, że poprawa dzietności w Polsce, do czego istotnie przyczynia się kompleksowe leczenie niepłodności jest istotnym elementem Polskiej Racji Stanu. Planowanie rodziny, to nie tylko zapobieganie ciąży, ale planowanie płodności i liczby posiadanych dzieci. Z uwagi na interdyscyplinarność wymaga zatem ścisłej współpracy między resortami: zdrowia, rodziny, edukacji. Szczególnie ważne wydaje się zwiększenie wiedzy i świadomości społecznej na temat płodności człowieka, co powinno być realizowane od lat szkolnych. Niezależnie od tego, istnieje potrzeba uwrażliwienia wszystkich lekarzy na temat czynników ryzyka zaburzeń płodności i możliwości, jakimi dysponuje współczesna medycyna, w tym wspomagania rozrodu.
2. Ze względu na strategiczny charakter problematyki bezdzietności i jej związku z demografią oraz finansami państwa, wszelkie działania zmierzające do poprawy trendów demograficznych, w tym zwiększające dostępność do leczenia niepłodności powinny uzyskać

gwarancje ustawowe pozwalające na uniezależnienie ich treści od kontekstu politycznego i ideologicznego.

3. Zwiększenie dostępności do ośrodków kompleksowej diagnostyki i leczenia niepłodności na każdym jej etapie od chwili jej rozpoznania do zastosowania metod najbardziej specjalistycznych będzie miało korzystny efekt medyczny, demograficzny i finansowy. Wszystkie elementy diagnostyki i leczenia niepłodności powinny być finansowane ze środków publicznych. Procedury takie powinny być prowadzone w dedykowanych ośrodkach specjalistycznych.
4. Metoda zapłodnienia pozaustrojowego jest najbardziej skuteczna w leczeniu niepłodności. Pokazują to zarówno opublikowane dane naukowe, jak i te przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia dotyczące efektywności realizacji Programu Polityki Zdrowotnej. Wydaje się jednak, że środki finansowe obecnie przyznawane na jego realizację są niewystarczające, dlatego zwiększenie ich do kwoty ok. 800 mln zł rocznie, sprostąoby zapotrzebowaniu społecznemu, w wyniku czego rodziłoby się kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt tysięcy dzieci rocznie więcej niż dotychczas.
5. Problem bezdzietności, diagnostyki i leczenia niepłodności musi być monitorowany za pomocą rejestrów. Pozwalają one na ocenę zjawiska skali bezdzietności oraz skuteczności bezpieczeństwa leczenia, w tym Programu Polityki Zdrowotnej. Wydaje się niezbędne umocowanie rejestru w ustawodawstwie polskim. Co więcej, ośrodki prowadzące diagnostykę i leczenie niepłodności, w tym w ramach Programu powinny być oceniane za pomocą wskaźników efektywności. Rejestr zapewni analizę wskaźników efektywności terapii. Umożliwi ocenę ośrodków i racjonalne budżetowanie programu. Przyznane środki finansowe powinny iść za pacjentem jedynie do ośrodków, które zapewnią skuteczne prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego.
6. Współpraca ekspertów oraz decydentów z mediami i szeroko rozumianymi środowiskami twórczym pozwoli by w przestrzeni publicznej częściej wybrzmiewała narracja odnosząca się do daru rodzicielstwa, akcentująca postrzeganie posiadania dziecka jako spełnienie marzeń, a nie przeszkodę w ich realizacji. Powinno to pozwolić na poszerzenia kryteriów włączenia do Programu (np. o nosicieli recesywnych chorób jednogenowych) i (lub) rozpoczęcie debaty publicznej, prowadzącej do zmian ustawowych umożliwiających szerszy dostęp do leczenia niepłodności dla osób obecnie wykluczonych (np. samotnych kobiet).