



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2009 -07- 2 1

MZ-MD-070-120-1/KC/09

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu RP

Ewa Kopacz

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Senatora Rafała Muchackiego, złożone podczas 35 posiedzenia Senatu RP i przesłane przy piśmie (z dnia 8 lipca 2009 r., znak: BPS/DSK-043-1799/09) Pani Krystyny Bochenek, Wicemarszałka Senatu - *dotyczące stosowania w polskiej służbie zdrowia naprotechnologii*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W swoim Oświadczeniu, Pan Senator Rafał Muchacki zawarł 3 następujące pytania skierowane do Pani Ewy Kopacz - Ministra Zdrowia:

- *czy naprotechnologia jest dostępna dla polskich pacjentów, a jeżeli tak, to w jaki sposób i w jakim zakresie?*
- *czy Ministerstwo dysponuje analizą poziomu skuteczności jej stosowania oraz skutków finansowych, względnie innymi opracowaniami w tym przedmiocie?*
- *czy przeprowadzone zostały szkolenia lekarzy oraz czy zagwarantowano lub planuje się zabezpieczenie środków finansowych na takie szkolenia w przedmiotowej dziedzinie?*

Odpowiadając na powyższe pytania uprzejmie wyjaśniam, co następuje:

z definicji zdrowia reprodukcyjnego wynika prawo mężczyzn i kobiet do odpowiedniej informacji oraz możliwości korzystania z bezpiecznych i akceptowalnych metod planowania rodziny oraz wolnego wyboru niekolidujących z prawem metod regulacji płodności. W Polsce decyzje w sprawach reprodukcji podejmowane są przez pary w sposób całkowicie

EP. Irena Kowalczyk
Stara Kasa Sejmowa
wpłynęło dn. 28.07.09
5242 podpis: Mewid
4103 podpis:

GABINET MARSZAŁKA SENATU

dobrowolny. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.), organy administracji rządowej i samorządowej mają obowiązek zapewnienia obywatelom swobodnego dostępu do metod i środków służących świadomej prokreacji. Należy zaznaczyć, iż Minister Zdrowia nie podejmuje żadnych inicjatyw mogących mieć wpływ na ograniczenie prawa swobodnego dostępu do tych metod. Tym samym, nie wskazuje żadnej metody diagnostyczno - leczniczej jako najskuteczniej w leczeniu zaburzeń płodności.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie reprodukcyjne jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny związany ze spełnieniem oczekiwań rozrodczych. W odniesieniu do tej definicji, nieplodność i związana z nią bezdzietność jest chorobą. Według WHO, o chorobie tej można mówić, gdy do ciąży nie dochodzi po roku współżycia płciowego bez antykoncepcji. Specyfika nieplodności polega na tym, że choroba ta zawsze dotyczy dwojga ludzi (pary), a nie pojedynczej osoby,

W Polsce nie prowadzono badań epidemiologicznych na szeroką skalę, dlatego określenie stopnia nieplodności opiera się na danych szacunkowych. Przyjmując, że w Polsce żyje około 9 mln kobiet w wieku rozrodczym, a 15 % tworzonych przez nie związków ma kłopoty z rozrodem, skalę nieplodności w naszym kraju określa się na poziomie 1 mln 350 tys. par, które wymagają pomocy medycznej. Specjaliści położnictwa i ginekologii wskazują, że nieplodność może być uwarunkowana czynnikami dotyczącymi:

1. kobiety (35 %) – takimi, jak nieprawidłowości związane z funkcją generatywną jajnika, patologia macicy, jajowodów, endometrioza, zrosty w obrębie miednicy mniejszej, zaburzenia produkcji śluzu szyjkowego, przyczyny psychologiczne;
2. mężczyzny (35 %) – takimi, jak: obniżona liczba plemników w nasieniu, nieprawidłowa ruchliwość plemników, zaburzenia budowy gamet, przyczyny psychologiczne;
3. obojga partnerów (10%);
4. innymi przyczynami niewyjaśnionego pochodzenia (20%) - partnerzy uchodzą za zdrowych, a nie ma ciąży i dziecka.

Współczesna medycyna dysponuje różnorodnymi metodami diagnostycznymi, które pozwalają w większości przypadków rozpoznać przyczynę nieplodności. Postępowanie terapeutyczne - uzależnione od zdiagnozowanej przyczyny - winno uwzględniać takie

kryteria, jak: skuteczność metody, uzyskanie ciąży w jak najkrótszym czasie, jak najmniejszą inwazyjność oraz niskie koszty leczenia.

Wskazywana w wystąpieniu Pana Senatora naprotechnologia jest metodą służącą do diagnozowania stanu endokrynologiczno - ginekologicznego kobiety. W naprotechnologii stosuje się takie procedury medyczne, jak: badanie przedmiotowe, badania hormonalne, badanie nasienia, diagnostyczną laparoskopię, hysterosalpingografię (HSG), ultrasonograficzną ocenę jajczkowania. Wszystkie wymienione metody i techniki są znane i stosowane w Polsce od wielu lat w leczeniu przewlekłych chorób ginekologicznych takich, jak: niepłodność, zatrzymanie miesiączkowania, zespół napięcia przedmiesiączkowego, cysty jajników, nieregularne krwawienia miesięczne, choroba policyklicznych jajników, nawykowe poronienia, depresja poporodowa, prewencja przedwczesnej menopauzy.

W oparciu o stanowisko Dyrektora Agencji Oceny Technologii Medycznych – informuję, iż wszystkie procedury medyczne definiowane w naprotechnologii są w Polsce dostępne dla kobiet w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów. Procedury te są finansowane ze środków publicznych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027).

Według opinii ekspertów medycyny rozrodczej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, naprotechnologia (jako metoda leczenia bezpłodności) nie jest alternatywą dla metod zapłodnienia pozaustrojowego, w tym zapłodnienia metodą *in vitro*. Eksperci stoją bowiem na stanowisku, że naprotechnologia nie znajduje zastosowania w leczeniu niepłodności mężczyzn oraz w przypadku niektórych schorzeń kobiecych (np. niewydolność jajników, niedrożność jajowodów). Zatem, w części przypadków, metody proponowane w naprotechnologii są niewystarczające, by osiągnąć cel leczenia niepłodności, jakim jest posiadanie potomstwa. Tym samym, naprotechnologia nie może być alternatywą dla aktualnie dostępnych medycznych procedur wspomaganego rozrodu takich, jak:

1. leczenie farmakologiczne przy zaburzeniach funkcji układu: podwzgórze – przysadka – jajnik – endometrium;
2. leczenie zabiegowe (głównie laparoscopia operacyjna) do korygowania nieprawidłowości anatomicznych (między innymi, do likwidacji zmian pozapalnych w obrębie miednicy małej);

3. techniki rozrodu wspomaganego medycznie proponowane bądź jako jedyne z wyboru, które dają szansę na ciążę albo jako metody ostatniej szansy, gdy inne sposoby zawiodły (w tym metodę zapłodnienia pozaustrojowego).

Niezależnie od metody, techniki czy też trendów, wybór optymalnego dla niepłodnej pary sposobu leczenia uwarunkowany jest identyfikacją przyczyny niepłodności. Podjęcie decyzji o wyborze metody terapeutycznej, w oparciu o informację przekazaną przez lekarza, pozostaje uprawnieniem osób, których problem niepłodności dotyczy.

Odpowiadając na trzecie pytanie Pana Senatora uprzejmie informuję, że w świetle powyżej przedstawionych faktów - nie znajduje uzasadnienia przeprowadzanie szkoleń dla lekarzy, jak również zabezpieczanie dodatkowych środków finansowych na przedmiotowe szkolenia.

Z poważaniem

z. Apowaznienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Cezary Rzemek