

Magdalena Ochońska¹

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
<https://orcid.org/0000-0001-7148-4928>

*Polityka państwa polskiego wobec
niepłodnych par –
przegląd oferowanego systemu wsparcia*

*The Polish state policy towards
infertile couples –
an overview of the developed support system*

Abstrakt

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie form pomocy niepłodnym parom w Polsce, a także przedłożenie propozycji ich wsparcia w sektorze pomocy społecznej. Artykuł omawia zagadnienie związane z niepłodnością, przedstawia

¹ Dr Magdalena Ochońska – adiunkt w Katedrze Polityki Społecznej Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II, kierownik kierunku: pedagogika, zainteresowania naukowe: polityka rodzinna, niepłodność, genealogia.

aktualne dane dotyczące niepłodności oraz system wsparcia realizowanego w Polsce. Prezentowane informacje zmierzają do stworzenia propozycji rozszerzenia oferty wsparcia poprzez realizowanie jej w systemie pomocy społecznej.

Słowa kluczowe: niepłodność, zdrowie prokreacyjne, pomoc społeczna

Abstract

This article aims to present the forms of assistance available to infertile couples in Poland and to propose ways of supporting them within the social welfare sector. It discusses issues related to infertility, presents current data on infertility, and describes the support system in place in Poland. The information provided serves to develop a proposal for expanding the range of support by integrating it into the social assistance system.

Keywords: infertility, reproductive health, social assistance

Spadek dzietności w Polsce następuje bardzo wyraźnie od lat, a kolejne wyniki GUS-u wskazują, że wprowadzone systemy świadczeń (m.in. świadczenie *Rodzina 500+*) nie przyniosły spodziewanego demograficznego efektu. W 2023 r. urodzeń żywych było 273 369, w 2020 – 356 540, w 2010 – 415 030, co w porównaniu z rokiem 1980 i 701 553 urodzeń (!) stanowi zatrważającą rzeczywistość². Przyczyn małej liczby narodzin jest bardzo dużo. Można je podzielić na takie kategorie jak: „przyczyny ekonomiczne, biologiczne / medyczne / psychiczne, społeczne / środowiskowe, kulturowe”³. Państwo poprzez swoją politykę może na część z nich reagować czy to w działaniach na poziomie administracji centralnej i samorządowej, czy w obszarze fiskalnym i socjalnym, czy w ramach polityki zdrowotnej i edukacyjnej. Zakres działania państwa zależy również od przyjętej przez dany rząd aksjologii oraz od czynników zewnętrznych i wewnętrznych.

Niezależnie od wyżej wymienionych czynników, „jakaś” polityka rodzinna jest realizowana. W dzisiejszej sytuacji demograficznej Polski war-

² GUS, *Rocznik Demograficzny*, Warszawa 2024, s. 250.

³ M. Ochońska, *Miejsce i wartość rodziny w polityce rodzinnej państwa polskiego w latach 2007–2020*, Wyd. „Scriptum”, Kraków 2022, s. 55–56.

to jednak, by była ona realizowana w paradygmacie polityki pronatalistycznej. Zanim jednak opracuje się plan pomocowy, warto wziąć pod uwagę kwestię zdrowia reprodukcyjnego Polaków, gdyż ono właśnie jest podstawą nie tyle decyzji, ile możliwości zrodzenia potomstwa.

Nieplodność problemem Polaków?

Nieplodność jest chorobą cywilizacyjną, choć jej status może się niebawem rozszerzyć na chorobę społeczną. Światowa Organizacja Zdrowia postuluje, aby:

[...] zaliczać ją do chorób społecznych, czyli do grupy chorób szeroko rozpowszechnionych; przewlekłych; trudnych do wyleczenia; wymagających długiej, regularnej opieki lekarskiej; ograniczających człowiekowi możliwość wykonywania podstawowych zadań życiowych; stanowiących duży problem nie tylko dla jednostki, lecz dla całego społeczeństwa⁴.

Potwierdzają to także dane:

[...] całkowity wskaźnik dzietności na świecie spadał o prawie 1 procent rocznie od 1960 do 2018 roku. [...] To daje ponad 10% na dekadę i ponad 50% w ciągu 50 lat. Kiedy weźmie się pod uwagę, że liczba plemników spadła o 50% w ciągu zaledwie 40 lat, [...] trudno zaprzeczyć problemowi lub zbagatelizować alarm⁵ (tłum. własne).

W Polsce nieplodność dotyka od 10% do 15% par. Blisko 1,5 mln par boryka się z niemożnością poczęcia dziecka przez co najmniej rok współżycia bez zabezpieczenia (ok. 2–3 razy w tygodniu). Tak definio-

⁴ C. Łepecka-Klusek, A.B. Pilewska-Kozak, G. Jakiel, *Nieplodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO*, w: *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, Tom 18, Nr 2, s. 164.

⁵ S.H. Swan, S. Colino, *Reproductive Problems in Both Men and Women Are Rising at an Alarming Rate*, <https://www.scientificamerican.com/article/reproductive-problems-in-both-men-and-women-are-rising-at-an-alarming-rate/> [dostęp: 09.12.2024].

wana jest niepłodność, którą niekiedy myli się z bezpłodnością, która jednak jest stanem całkowitej niepłodności, w której nie ma żadnej szansy na poczęcie dziecka (także przy użyciu metod sztucznego zapłodnienia). Sama niepłodność jest pojęciem szerokim i coraz bardziej skomplikowanym. W kwalifikacji chorób można ją znaleźć pod numerem N97 („niepłodność kobieca”) i kolejnymi numerami wskazującymi na klasyfikację jej przyczyn⁶, w przypadku zaś mężczyzn znajduje się jedynie pod numerem N46 – bez podziałów na poszczególne kategorie (co dowodzi, że męska niepłodność wciąż nie jest obszarem dostatecznie zbadanym). W rzeczywistości w literaturze spotyka się już dużo szersze kategorie, które lepiej opisują problem. Dzieli się bowiem niepłodność na takie kategorie jak: pierwotna (niemożność zajścia w ciążę po raz pierwszy) lub wtórna (niepłodność pojawia się u kobiety będącej już w ciąży), kobieca i/lub męska, małżeńska, względna (gdy pojawiają się czasowe przeszkody możliwe do wyleczenia), wrodzona lub nabyta oraz idiopatyczna (o nieznannej etiologii)⁷.

Przyczyny niepłodności nie sposób tutaj przedstawić w sposób wyczerpujący (przykładowe schorzenia to np.: PCOS, endometrioza, nieprawidłowa spermatogeneza, niedrożność nasieniowodów, jajowodów i wiele innych). Warto natomiast spojrzeć na nie dużo szerzej, wychodząc poza same diagnozy czy jednostki chorobowe. Troska o zdrowie prokreacyjne występować powinna już – i to nie przesada – od samego poczęcia dziecka. Negatywny wpływ na zdolności prokreacyjne w dorosłym życiu mogą mieć już warunki w życiu płodowym, w tzw. „programowaniu płodowym”, które oznacza sytuacje, „gdy środowisko optymalne dla rozwijającego się płodu zostaje zakłócone przez szkodliwe czynniki, szczególnie w krytycznych okresach rozwoju narządów priorytetowych dla organi-

⁶ WHO, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, Tom I, wydanie 2008, s. 474.

⁷ Por. R. Krysiak, *Problemy seksualne w endokrynologii*, w: *Seksuologia*, red. M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta, PZWL, Warszawa 2017, s. 376.

zmu”⁸. Zjawiska zagrażające zdrowiu prokreacyjnemu w dorosłości mogą się pojawić również w czasie:

- dzieciństwa – poprzez np. choroby wieku dziecięcego, zarażenie świnką czy odrą, narażenie na niekorzystne działanie plastików (np. ftalyn, BPA, BPS i wiele innych);
- dojrzewania – przez np. nieprawidłową higienę (np. powracające stany zapalne), urazy, np. mechaniczne;
- dorosłości – poprzez np. uzależnienia, nieprawidłowy styl życia, złą dietę, stres, ogólny zły stan zdrowia, warunki pracy.

Wszystkie etapy ludzkiego życia mają realny wpływ na zdrowie prokreacyjne i możliwości realizacji funkcji prokreacyjnej, jaką pełni rodzina. Wobec powyższego na wsparcie rodziny w decyzjach prokreacyjnych należy patrzeć dużo szerzej, ponad kwestie finansowe czy mieszkaniowe. Jak zostanie przedstawione poniżej, podejmowane są różne próby rozwiązania problemu nieplodności w Polsce, najpierw jednak warto przedstawić istotne dane dotyczące par nieplodnych oraz systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Podstawowe dane dotyczące ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce

Ministerstwo Zdrowia w Programie Leczenia nieplodności na lata 2024–2028 podaje, że: ok. 1–1,5 mln par zмага się z nieplodnością, ok. 50% z nich korzysta z POZ (w 2021 r. z powodu nieplodności odbyło się 3757 porad), z tego co najmniej 60% wymaga specjalistycznej pomocy medycznej (w tym ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 43 tys. porad)⁹;

⁸ Ż. Kimber-Trojnar, A. Marciniak, J. Patro-Małysha, B. Marciniak, G. Mielnik-Niedzielska, B. Leszczyńska-Gorzelał, *Programowanie płodowe*, w: *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2018*, tom 3, nr 2, s. 59.

⁹ Minister Zdrowia Program Polityki Zdrowotnej, *Leczenie nieplodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024–2028*, Warszawa 2024, s. 8.

ok. 50% niepełnych par podejmuje leczenie, ok. 2% może zaś wymagać procedury zapłodnienia pozaustrojowego¹⁰.

Aby powyższe dane były pełniejsze, należy zobaczyć je w szerszym kontekście – dostępu do opieki medycznej w obszarze okołoprokreacyjnym. I tak: liczba porad z zakresu „Chorób układu moczowo-płciowego (N00-N99)” wynosi średnio 7–8 mln rocznie (z wyjątkiem lat 2020–2022, gdzie nastąpił spadek do 5–6 mln) i jest to trzecie miejsce pod względem częstotliwości porad lekarskich. Dla porównania – „ciąża, poród i okres połogu (O00–O99)” jest na 15. Miejscu, z liczbą ok. 1 mln rocznie (liczba ta od 2016 r. zmalała już o 600 tys.)¹¹. Ile z tych wizyt dotyczy *stricto* niepłodności, trudno powiedzieć, gdyż nie prowadzi się aż tak szczegółowych statystyk.

Mówiąc o realnym dostępie do służby zdrowia (w zakresie świadczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia) w leczeniu niepłodności, należy zwrócić uwagę na kilka kluczowych faktów. W ramach dostępu do publicznej opieki zdrowotnej niepłodne pary mogą zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie uzyskają skierowanie na badania, które mogą pomóc w diagnostyce niepłodności jedynie na podstawowym poziomie¹². Lekarz POZ może wysłać parę do właściwego specjalisty na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (skierowania nie potrzebujemy do ginekologa i położnika, ale do androloga, urologa, endokrynologa i wielu innych lekarzy – już tak). Wśród gwarantowanej opieki AOS dostępne mają być m.in.: porady specjalistyczne, badania diagnostyczne, procedury zabiegowe ambulatoryjne (np. badanie drożności jajowodów czy seminogram, którego finansowanie wzrosło od stycznia 2024 r.¹³, dzięki cze-

¹⁰ Minister Zdrowia Program Polityki Zdrowotnej, *Leczenie niepłodności...*, op. cit., s. 8.

¹¹ Basis, *Mapy potrzeb zdrowotnych*, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/> [dostęp: 02.04.2025].

¹² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/badania-diagnostyczne> [dostęp: 2.04.2025].

¹³ NFZ, *Aktualności Centrali*, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/wazne-badanie-dla-mezczyzn-finansowane-przez-nfz,8543.html> [dostęp: 02.04.2025].

mu większa ilość mężczyzn będzie mogła skorzystać z badania w ramach NFZ). To, co jednak jest kluczowym problemem, a w sytuacji walki z niepłodnością okazuje się szczególnie ważne, to czas. Podobnie jak w przypadku innych specjalistów, tak i tutaj należy się spodziewać długiego czasu oczekiwania (szczególnie lekarzy z wąską specjalizacją, jak np. w endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości). Czas oczekiwania na poradę endokrynologa to ok. 12,1 miesiąca, urologa – 4 miesiące. Wyjątkiem są ginekolog-położnicy (0,4 miesiąca). Na USG tarczycy finansowane przez Fundusz Zdrowia czeka się 8,1 miesiąca¹⁴ – informacji o innych badaniach nie odnaleziono. Szansą dla osób chcących przyspieszyć procedury diagnostyki niepłodności mogą być programy profilaktyczne. Na przykład w ramach profilaktyki raka szyjki macicy kobiety mogą skorzystać z refundowanego badania cytologicznego, które także wykonuje się w ramach ochrony zdrowia prokreacyjnego¹⁵, tak samo w przypadku profilaktyki raka piersi¹⁶. Inne trudności, z jakimi mogą się spotkać niepełne pary, to np. konieczność korzystania z prywatnej służby zdrowia i ponoszenie dodatkowych kosztów oraz utrudniony dostęp do publicznej ochrony zdrowia na terenach wiejskich. Dostępność do opieki zdrowia prokreacyjnego jest zależna od dostępności specjalistów w tym zakresie. Na podstawie danych „Map potrzeb zdrowotnych” w 2023 r. można zaprezentować, jaka w praktyce jest dostępność specjalistów z zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce:

¹⁴ Watch Health Care, *Barometr WHC, Polacy w kolejkach*, 2022, s. 28–31.

¹⁵ Ministerstwo Zdrowia, *Program profilaktyki raka szyjki macicy*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-raka-szyjki-macicy> [dostęp: 2.04.2025].

¹⁶ Ministerstwo Zdrowia, *Program profilaktyki raka piersi*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-raka-piersi> [dostęp: 02.04.2025].

Zawód medyczny	Liczba bezwzględna	Ilość kobiet	Ilość mężczyzn	Ilość osób w wieku emerytalnym (wartości %)	Liczba specjalistów na 100 tys. ludności	Województwo z największą ilością specjalistów	Województwo z najmniejszą ilością specjalistów
Położna/y	30 304	30 230	74	19%	80,5	mazowieckie, małopolskie, podkarpackie	warmińsko-mazurskie, pomorskie i opolskie
Lekarz ginekolog-położnik	7 202	3088	4085	41%	19,1	mazowieckie, łódzkie i zachodniopomorskie	kujawsko-pomorskie, podkarpackie i warmińsko-mazurskie
Urolog	1348	103	1238	31%	3,6	mazowieckie, łódzkie, kujawsko-pomorskie	warmińsko-mazurskie, opolskie, podkarpackie
Endokrynolog ginekologiczny	102	33	69	13%	0,3	podlaskie, świętokrzyskie i mazowieckie	dolnośląskie, opolskie, podkarpackie
Seksuolog	208	103	103	37%	0,6	mazowieckie, łódzkie, śląskie	kujawsko-pomorskie, opolskie, świętokrzyskie

Opracowanie własne na podstawie: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/> [dostęp: 31.03.2025]

Brak jest natomiast danych na temat tego, ilu jest specjalistów w zakresie andrologii, która to specjalność w ostatnich latach wyraźnie zyskuje na popularności. Trudno też wykazać statystyki dotyczące innych specjalistów wspierających nieplodne pary, a mogą to być np.: immunolodzy, dietetycy kliniczni, genetycy, embriolodzy lub embriopatolodzy.

Powyżej przedstawione dane obrazują niektóre tylko trudności w leczeniu nieplodności, z jakimi borykają się pacjenci. Jak można zauważyć, polityka państwa jest w stanie mieć realny wpływ na poprawę opisanej sytuacji medycznej.

Aktualny system wsparcia dla nieplodnych par realizowany przez państwo i samorząd

Od lat 90. prowadzony jest polityczny i społeczny spór na temat zasadności refundacji metod sztucznego zapłodnienia i wprowadzenia krajowego programu leczenia nieplodności, jednak brakowało ponadpartyjnego porozumienia dotyczącego zdrowia prokreacyjnego. Dobrze obrazuje to podsumowanie działań kolejnych Ministrów Zdrowia: Marek Balicki chciał refundacji procedur sztucznego zapłodnienia, Zbigniew Religa wycofał się z tego postulatu, Ewa Kopacz wróciła do tego zagadnienia, Bartosz Arłukowicz wprowadził zmiany, Konstanty Radziwiłł je zablokował, Izabela Leszczyńska ponownie je przywróciła. Wskutek takich przemian do roku 2015 w zasadzie nie istniała w Polsce żadna regulacja prawna dotycząca bezpośrednio nieplodności. Ten stan prawny zmienił się po podpisaniu przez Prezydenta Komorowskiego Ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu nieplodności, w której ustawodawca wskazał, że leczenie nieplodności obejmuje:

- 1) poradnictwo medyczne;
- 2) diagnozowanie przyczyn nieplodności;
- 3) zachowawcze leczenie farmakologiczne;
- 4) leczenie chirurgiczne;

- 5) procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji;
- 6) zabezpieczenie płodności na przyszłość¹⁷.

Gdy na szczeblu ogólnopolskim trwały dyskusje, szereg samorządów podjęło się działań związanych z wprowadzaniem własnych programów leczenia niepłodności (w zasadzie sprowadzały się one jedynie do dofinansowania procedur sztucznego zapłodnienia)¹⁸. Część z nich została zakończona wraz z przywróceniem finansowania metod sztucznego zapłodnienia w ramach programu rządowego w 2024 roku.

W tym momencie kluczowe są dwa równoległe funkcjonujące programy: „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w 2021–2026 r.” (stworzony przez rząd Mateusza Morawieckiego) oraz „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024–2028” (za rządu Donalda Tuska). Programy zostaną porównane w poniższej tabeli:

¹⁷ Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, art. 5.

¹⁸ Por: Bydgoszcz, *Rozwijamy miejski program in vitro*, <https://www.bydgoszcz.pl/aktualnosci/tresc/rozwijamy-miejski-program-in-vitro/> [dostęp: 02.04.2025]. Portal Miasta Gdańska, *Dwa moduły wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska*, <https://www.gdansk.pl/urząd-miejski/wiadomosci/dwa-moduly-wsparcia-prokreacji-dla-mieszkanow-gdanska,a,199367> [dostęp: 02.04.2025]. <https://lublin.eu/mieszkanicy/uslugi-spoleczne/ezdrowie/program-leczenia-nieplodnosci/> [dostęp: 02.04.2025]. Województwo Śląskie, *Rusza program wsparcia leczenia niepłodności metodą in-vitro*, <https://www.slaskie.pl/content/rusza-program-wsparcia-leczenia-nieplodnosci-metoda-in-vitro> [dostęp: 02.04.2025].

Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w latach 2021–2026	Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024–2028
<i>Cel główny</i>	
„zwiększenie dostępności do wysokiej jakości kompleksowej opieki w szeroko pojętym obszarze zdrowia prokreacyjnego, z uwzględnieniem wszystkich jego aspektów, w szczególności świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności. Jednocześnie powstanie Centrów Zdrowia Prokreacyjnego skupiających w jednym miejscu kompleksową opiekę zarówno prekoncepcyjną, perinatalną, poporodową oraz opiekę nad noworodkiem powinno sprzyjać w podjęciu decyzji przez rodziców objętych tą opieką o staraniu się o kolejne dziecko”	„zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego dostępu do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji oraz umożliwienie osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenia materiału rozrodczego (ocytów lub nasienia) na przyszłość”
<i>Cele szczegółowe</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. „określenie przyczyn niepłodności wśród uczestników; 2. poprawa stanu zdrowia uczestników w zakresie zidentyfikowanych chorób utrudniających posiadanie potomstwa; 3. wzrost jakości udzielanych świadczeń w zakresie zdrowia prokreacyjnego, z uwzględnieniem wszystkich jego aspektów, w szczególności kompleksowej diagnostyki i leczenia niepłodności” 	<ol style="list-style-type: none"> 1. „zapewnienie równego dostępu do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego; 2. zwiększenie skuteczności leczenia niepłodności; 3. osiągnięcie poprawy trendów demograficznych; 4. zapewnienie możliwości zabezpieczenia płodności na przyszłość u osób przed lub w trakcie 5. leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność”

Opracowanie własne na podstawie: Ministerstwo Zdrowia, *Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w 2021–2026 r.*, Warszawa, aktualizacja 2024, Ministerstwo Zdrowia, *Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024–2028*, Warszawa 2024.

W opinii publicznej może pojawić się trudność w zrozumieniu, że równoległe funkcjonują dwa programy. W ramach programu na lata 2021–2026 powstały (lub mają powstać) tzw. poradnie lub ośrodki leczenia niepłodności – to instytucje o charakterze diagnostycznym, powołane wskutek wdrożenia pierwszego programu. Zazwyczaj są one tworzone w ramach szpitali na szczeblu wojewódzkim (w poprzedniej edycji było ich 16), w aktualnym programie jest ich 15¹⁹. Dostęp do informacji o tych działaniach i ich promocja są jednak nieduże. Z trudem można odnaleźć notki na temat tych programów na stronach internetowych szpitali – wyjątki to np. Kraków²⁰, Katowice²¹ czy Warszawa²². Co ważne, są to instytucje prowadzone przez szpitale wojewódzkie, przez co dostęp do świadczeń dla par mieszkający poza miastami wojewódzkimi jest ograniczony. Należy dodać również niemal nieistniejącą reklamę tych ośrodków i niewielką wiedzę pacjentów czy lekarzy (szczególnie POZ) na ich temat.

Drugi program natomiast jest dużo bardziej powszechny, gdyż obejmuje aż 58 ośrodków²³. Prowadzony jest przez ośrodki prywatne oraz publiczne, co powoduje, że jakość usług, czas ich realizacji (w tym przypadku poczęcia dziecka), ale również ekspozycja medialna tych działań są dużo większe.

Trudno porównać oba programy, ponieważ nie dość, że bardzo się różnią, to porównywanie ich wyników (czyli np. liczby narodzonych dzieci) jest w zasadzie niemożliwe. Zakres działań w obu programach jest

¹⁹ Minister Zdrowia, *Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w 2021–2026 r.*, Warszawa 2024, s. 37–38.

²⁰ Szpital Uniwersyteckich w Krakowie, *Zapraszamy do Ośrodka Leczenia Niepłodności w Szpitalu Uniwersyteckim* <https://www.su.krakow.pl/nasz-szpital/aktualnosc/zapraszamy-do-osrodka-leczenia-nieplodnosci-w-szpitalu-uniwersyteckim> [dostęp: 02.04.2025].

²¹ Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, *Poradnia Leczenia Niepłodności*, <https://www.uck.katowice.pl/poradnia-leczenia-nieplodnosci> [dostęp: 02.04.2025].

²² Szpital Karowa, *Poradnia leczenia niepłodności*, <https://www.szpitalkarowa.pl/poliklinika/poradnia-leczenia-nieplodnosci> [dostęp: 2.04.2025].

²³ Pacjent.gov.pl, *Program wsparcia in vitro*, <https://pacjent.gov.pl/artukul/program-wsparcia-vitro> [dostęp: 02.04.2025].

zupełnie inny, co widać choćby w opisie powyżej przedstawionych celów oraz sposobów działania.

W programie 2021–2026 przewidziano stworzenie ścieżki leczenia nieplodnych z udziałem grupy lekarzy (m.in.: urologa, genetyka, androloga i psychologa), w połączeniu z diagnostyką hormonalną, USG, radiologiczną genetyczną, immunologiczną, histeroskopową, andrologiczną, realizowaną w jednym ośrodku, który mógłby zapewnić dostępność wszystkich niezbędnych badań, zabiegów nieinwazyjnych, badań inwazyjnych oraz zabiegów operacyjnych²⁴ (szczegóły dostępne są w dokumencie ministerialnym). Jest to program, który nie obejmuje metod sztucznego zapłodnienia, lecz dotyczy pogłębionej diagnostyki przyczyn nieplodności oraz jej eliminacji. Para kończy swój udział w programie po przeprowadzonej diagnostyce i/lub przeprowadzonych zabiegach, operacjach itp. Po wyczerpaniu wszystkich możliwości i badań przewidzianych w programie pacjenci mogą być skierowani do dalszego leczenia poza nim lub skierowani do udziału w programie 2024–2028.

Program z lat 2024–2028 ma cztery części: *kwalifikacyjną; kliniczną; biotechnologiczną* oraz *kriotransfer* (szczegóły w programie). Tutaj udział kończy się, gdy wykorzystane zostaną wszystkie stworzone w ramach programu zarodki lub gdy nie uda się ich wykorzystać, gdy zostaną wykonane wszystkie przewidziane zabiegi lub pojawi się kryterium wyłączające. Co ciekawe, refundacja w tym programie kończy się w momencie potwierdzenia ciąży u kobiety, na co przewidziane jest jedno spotkanie z lekarzem i wykonanie USG²⁵.

²⁴ Ministerstwo Zdrowia, *Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w 2021–2026 r.*, Warszawa 2024, s. 27–31.

²⁵ Ministerstwo Zdrowia, *Leczenie nieplodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024–2028*, s. 15–22; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczynie komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji.

Po tym krótkim porównaniu widać, że oba programy działają na zupełnie innych etapach leczenia niepłodności. Co istotne, Ministerstwo Zdrowia nie prowadzi statystyk dotyczących ilości potwierdzonych ciąż, zdrowych urodzeń czy rodzajów postawionych diagnoz niepłodności. A co ważniejsze, jak podaje Ministerstwo, „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego” w grudniu 2024 r. został przedłużony na kolejne lata, czyli do 2026 r. Obecnie nie są prowadzone prace nad przedłużeniem programu po 2026 r.²⁶ Jeśli więc program nie zostanie przedłużony, to pary, które chciałyby przejść szybszą i kompleksową ścieżkę diagnostyki i interwencji medycznej, nie miałyby na to szansy po 2026 r.

Podsumowanie

Przedstawione programy stanowią element polityki zdrowotnej państwa, jednak zamysłem tego artykułu jest propozycja wprowadzenia problemu płodności również do działań pomocy społecznej. W świetle ustawowej definicji:

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości (art. 2.1.)²⁷.

Zgodnie ze wskazaniem ustawodawcy, pomoc społeczna powinna wspierać osoby i rodziny w trudnych sytuacjach życiowych. Samej pomocy udziela się „w szczególności z powodu: [...] 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby” – zdaniem autorki niepłodność może być bezpośrednio przyporządkowana do obu tych kategorii, jest również sytuacją trudną, w której najczęściej nie można sobie pora-

²⁶ Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia, RZP.0164.2.2025.ES (2) z dnia 23.02.2025 na pytanie autora.

²⁷ Ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593

dzić samodzielnie. Jednocześnie bezdzietność jest problemem społecznym i demograficznym wyzwaniem dla aparatu państwa. Winno być zatem przedmiotem troski i zaangażowania jego organów na tyle, na ile to możliwe, z zachowaniem prawa do indywidualnych decyzji obywateli i z poszanowaniem prawa do ich własnej wolności. Można więc zaproponować, aby realizatorzy pomocy społecznej – tj. „organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi”²⁸ (art. 2.2.) – zaangażowały się w promocję zdrowia prokreacyjnego i wsparcie par nieplodnych. W jaki sposób można to zrealizować?

Można zaproponować wdrożenie do usług poradnictwa specjalistycznego świadczeń w obszarze poradnictwa ds. płodności. Udzielanie porad jest szczególnie ważne zwłaszcza na początku leczenia nieplodności, gdy diagnoza taka jest dla pary niespodziewana i trudna. Szczególnie cenne byłoby stworzenie takiego miejsca, w którym informacje udzielane byłyby w sposób rzeczowy, holistyczny i pozbawiony wartościowania metod leczenia. Poradnictwo to mogłoby być prowadzone w Ośrodkach Pomocy Społecznej lub Centrum Usług Społecznych – ze względu na szeroką dostępność także w najmniejszych miejscowościach. Zakres tematów, który, zdaniem autorki, winien być poruszany to: proces leczenia, dostępność do świadczeń w ramach NFZ, informacja o najbliższych placówkach, wskazanie specjalistów, do których warto się udać (prócz lekarzy mogą być to także dietetycy czy fizjoterapeuci), a gdy trzeba będzie – przeprowadzenie podstawowych szkoleń z zakresu wiedzy o zdrowiu prokreacyjnym (czyli np. o cyklach płodności, elementach szkodliwych dla zdrowia itd.). Tego typu system poradniczy nie tylko odciążałby lekarzy POZ lub ginekologów, ale być może wprowadziłby nieco spokoju i porządku w rozpoczynający się lub prowadzony proces leczenia.

²⁸ Ustawa o pomocy społecznej Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593.

Innym sposobem wsparcia nieplodnych par w ramach pomocy społecznej jest interwencja kryzysowa. Uzyskana informacja o nieplodności nierzadko spełnia kryteria sytuacji kryzysowej, tak więc zadaniem OIK-ów byłoby „przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej” (art. 47). Nieocenione byłoby także wsparcie merytoryczne interwentów, którzy mogliby zostać przeszkoleni w zakresie działania instytucji wspierających nieplodne pary.

Na koniec warto wspomnieć także o możliwości uzupełnienia Ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” o ten okres, w którym ciąża jeszcze nie wystąpiła – czyli o profilaktykę zdrowia prokreacyjnego, które umożliwi uniknięcie wad rozwojowych w przyszłości czy trudności w ciąży.

Powyższe propozycje wykorzystania istniejących już instrumentów w walce o płodność Polaków wydają się właściwym uzupełnieniem systemu opieki zdrowia, polityki rodzinnej czy mieszkaniowej. Żadne środki finansowe nie pomogą, jeśli nie nastąpi poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Bibliografia

- Basis, *Mapy potrzeb zdrowotnych*, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>
- Bydgoszcz, *Rozwijamy miejski program in vitro*, <https://www.bydgoszcz.pl/aktualnosci/tresc/rozwijamy-miejski-program-in-vitro/>
- Gov.pl, *Badania diagnostyczne*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/badania-diaagnostyczne>.
- GUS, *Rocznik Demograficzny*, Warszawa 2024.
- Kimber-Trojnar Ż., Marciniak A., Patro-Małysza J., Marciniak B., Mielnik-Niedzielska G., Leszczyńska-Gorzelak B., *Programowanie płodowe*, w: *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 2018, tom 3, nr 2.
- Krysiak R., *Problemy seksualne w endokrynologii*, w: *Seksuologia*, red. M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta, PZWL, Warszawa 2017.
- Lublin, <https://lublin.eu/mieszkanicy/uslugi-spoleczne/ezdrowie/program-leczenia-nieplodnosci/>
- Łepecka-Klusek C., Pilewska-Kozak A. B., Jakiel G., *Nieplodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO*, w: *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, Tom 18, Nr 2.
- Minister Zdrowia, *Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w 2021–2026 r.*, Warszawa 2024.
- Minister Zdrowia, *Program Polityki Zdrowotnej, Leczenie nieplodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024–2028*, Warszawa 2024.
- Ministerstwo Zdrowia, *Program profilaktyki raka piersi*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-raka-piersi>
- Ministerstwo Zdrowia, *Program profilaktyki raka szyjki macicy*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-raka-szyjki-macicy>
- NFZ, *Aktualności Centrali*, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/wazne-badanie-dla-mezczyzn-finansowane-przez-nfz,8543.html>
- Ochońska M., *Miejsce i wartość rodziny w polityce rodzinnej państwa polskiego w latach 2007–2020*, Wyd. „Scriptum”, Kraków 2022.

- Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia, RZP.0164.2.2025.ES (2) z dnia 23.02.2025 na pytanie autora.
- Pacjent.gov.pl, *Program wsparcia in vitro*, <https://pacjent.gov.pl/arttykul/program-wsparcia-vitro>
- Portal Miasta Gdańska, *Dwa moduły wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska*, <https://www.gdansk.pl/urząd-miejski/wiadomosci/dwa-moduly-wsparcia-prokreacji-dla-mieszkanow-gdanska,a,199367>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczynie komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji.
- Swan S.H., Colino S., *Reproductive Problems in Both Men and Women Are Rising at an Alarming Rate*, <https://www.scientificamerican.com/article/reproductive-problems-in-both-men-and-women-are-rising-at-an-alarming-rate/>
- Szpital Karowa, *Poradnia leczenia niepłodności*, <https://www.szpitalkarowa.pl/poliklinika/poradnia-leczenia-nieplodnosci>,
- Szpital Uniwersyteckich w Krakowie, *Zapraszamy do Ośrodka Leczenia Niepłodności w Szpitalu Uniwersyteckim*, <https://www.su.krakow.pl/nasz-szpital/aktualnosci/zapraszamy-do-osrodka-leczenia-nieplodnosci-w-szpitalu-universyteckim>,
- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, *Poradnia Leczenia Niepłodności*, <https://www.uick.katowice.pl/poradnia-leczenia-nieplodnosci>,
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej. Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593.
- Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności. Dz.U. 2015 poz. 1087.
- Watch Health Care, Barometr WHC, Polacy w kolejkach, 2022.
- WHO, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, Tom I, wydanie 2008.