



Warszawa, 07-08-2023 r.

**RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH**

**Marcin Wiącek**

**VII.5002.4.2023.AMB**

**Pan  
Tomasz Grodzki  
Marszałek Senatu  
Rzeczypospolitej Polskiej  
Senat Rzeczypospolitej Polskiej  
ePUAP**

Szanowny Panie Marszałku!

W odpowiedzi na przesłany w dniu 20 lipca br. do konsultacji projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk senacki nr 1072), niniejszym przedstawiam opinię na temat tegoż projektu.

Opiniowany projekt zakłada nowelizację ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.; dalej jako: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej), poprzez dodanie w art. 48a tej ustawy ustępów 19-21, zgodnie z którymi Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, wdraża, realizuje i finansuje program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności obejmujący procedury medyczne wspomaganiej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodkach medycznie wspomaganiej prokreacji w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 18 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz. U. z 2020 r. poz. 442). Jednocześnie projektodawca przewidział w odniesieniu do tych programów wyłączenie stosowania art. 48a ust. 1 i 3-16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, tj. przepisów regulujących tryb

opracowywania i opiniowania programów polityki zdrowotnej<sup>1</sup>. Projektodawca przewidział również finansowanie ww. programu na poziomie nie niższym niż 500 mln złotych rocznie z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Minister, wedle projektowanych przepisów, byłby także zobowiązany w terminie do dnia 3 lipca przedkładać Sejmowi sprawozdanie z wykonania programu polityki zdrowotnej za rok poprzedni.

Projektodawca w uzasadnieniu zauważa, że niepłodność jest klasyfikowana przez Światową Organizację Zdrowia jako choroba cywilizacyjna (kod ICD N-97), którą dotkniętych może być na stałe lub okresowo co najmniej kilkadziesiąt milionów par na świecie, zaś w Rzeczypospolitej Polskiej szacuje się, że niepłodność może dotyczyć około 3 milionów osób. W jego ocenie, biorąc po uwagę „skalę problemu niepłodności, jest niezbędne wdrożenie strategii i programów zdrowotnych walki z niepłodnością o charakterze ogólnopaństwowym, aby umożliwić osobom dotkniętym tą chorobą posiadanie potomstwa. Konieczne jest zatem finansowanie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego ze środków publicznych – a dokładniej ze środków budżetu państwa”. Projektodawca zwrócił także uwagę na rezultaty realizowanego w latach 2013-2016 roku programu leczenia niepłodności metodą pozaustrojową, w wyniku którego do lipca 2020 r. urodziło się co najmniej 22.191 dzieci.

Jak słusznie wskazał projektodawca, niepłodność – zgodnie ze standardem międzynarodowym – jest chorobą<sup>2</sup>. Wynika z tego, że jej leczenie objęte jest konstytucyjnie gwarantowanym prawem do ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. W wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt K 14/03), wskazano w

---

<sup>1</sup> Podobne, a nawet szersze wyłączenie stosowania art. 48a ustawy o świadczeniach zdrowotnych przewidziano w odniesieniu do programu polityki zdrowotnej służącemu wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za życiem" przyjętego na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329 ze zm.).

<sup>2</sup> Zob. także rekomendacje dotyczące dostępu do zabiegów leczenia niepłodności jako elementu prawa do ochrony zdrowia: Program Działań Międzynarodowej Konferencji Populacji i Rozwoju, Kair, Egipt, 5 – 13 września 1994 r., U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995); United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, Office of the United Nations, High Commissioner for Human Rights, Supplementary Information on Costa Rica Scheduled for review by the CEDAW Committee in its 49th Session, 25 maja 2011 r.; CEDAW Committee, Concluding Observations: Argentina, U.N. Doc. CEDAW/C/ARG/CO/7 (2016); CEDAW Committee, Concluding Observations: Portugal, CEDAW/C/PRT/CO/8-9 (2015).

odniesieniu do organizacji systemu ochrony zdrowia, że „[n]orma art. 68 ust. 1 Konstytucji nie przesądza konstrukcji tego systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów: charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń czy też struktury własnościowej świadczeniodawców. (...) Zamieszczona w zd. 2 ust. 2 art. 68 ustawy zasadniczej wzmianka, iż nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa, otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej – dofinansowania) kosztów tych świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie). (...) Zakres świadczeń, do których obywatele (a więc nie tylko ubezpieczeni) mają prawo w ramach publicznego systemu finansowania (Konstytucja nie przesądza konkretnej postaci tego systemu) został więc zaliczony do materii ustawowej". W świetle standardów konstytucyjnych, **ustawodawca dysponuje więc szeroką swobodą regulacyjną w odniesieniu m.in. do zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych.**

**W konsekwencji decyzja o finansowaniu ze środków publicznych procedury medycznie wspomaganej prokreacji jest objęta swobodą regulacyjną ustawodawcy i w związku z tym jest to decyzja o charakterze politycznym. Niezależnie od tego podzielić należy stanowisko projektodawcy, że – skoro, jak wskazano wyżej, niepłodność jest chorobą – to finansowanie ze środków publicznych programu polityki zdrowotnej obejmującego procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe, sprzyjać będzie poszerzeniu zakresu prawa do ochrony zdrowia.** Jest to szczególnie ważne w odniesieniu do par, w przypadku których inne formy leczenia niepłodności niż zapłodnienie pozaustrojowe nie znajdują uzasadnienia z medycznego punktu widzenia. Zaznaczyć też warto, że z uwagi na wysokie koszty ww. metody, jej dostępność jest ograniczona do wąskiego kręgu osób zamożnych.

Obecnie nierówności w dostępie do zapłodnienia pozaustrojowego wynikające z różnic w zasobności obywateli i obywaterek Polski, niwelowane są w pewnym stopniu przez programy polityki zdrowotnej realizowane przez niektóre jednostki samorządu terytorialnego w zakresie, w jakim pozwala na to ich budżet. Programy te opiniowane są przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, który w swoich stanowiskach podkreśla, że niepłodność zalicza się do grupy chorób szeroko rozpowszechnionych, przewlekłych, trudnych do wyleczenia, wymagających długiej i regularnej opieki lekarskiej, ograniczających możliwość wykonywania podstawowych

zadań życiowych i jednocześnie stanowi istotny problem zdrowia publicznego. Z kolei procedura zapłodnienia pozaustrojowego ma udowodnioną, najwyższą skuteczność spośród wszystkich metod wspomaganego rozrodu. Prezes AOTMiT podkreśla, że choć bezpłodność w sensie fizycznym nie powoduje bólu, nie prowadzi do kalectwa i nie zagraża życiu, to ma poważne konsekwencje psychologiczne i ekonomiczne, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym. W tym kontekście, w jego ocenie, programy polityki zdrowotnej mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych<sup>3</sup>.

Zaznaczenia wymaga, że projektodawca w żaden sposób nie uzasadnił przyczyny odstąpienia od stosowania w przypadku przedmiotowego programu art. 48a ust. 1 i 3–16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W szczególności wątpliwości może budzić wyłączenie stosowania wspomnianych regulacji w zakresie, w jakim przewidują obowiązek przekazania projektu polityki zdrowotnej do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu wydania przez Prezesa Agencji opinii. Tymczasem wspomniany warunek pozwala na weryfikację programu m.in. pod względem jego skuteczności, bezpieczeństwa i efektywności, a co za tym idzie jest rozwiązaniem projakościowym. Warto zauważyć, że taką pozytywną opinię uzyskał w przeszłości wspomniany już wyżej ministerialny program leczenia niepłodności realizowany w latach 2013-2016<sup>4</sup>, a obecnie do jej uzyskania zobowiązane są samorządy chcące wdrożyć lokalne programy leczenia niepłodności<sup>5</sup>. Jeśli więc w ocenie projektodawcy istnieją racje przemawiających za wyłączeniem stosowania art. 48a ust. 1 i 3–16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności obejmującego procedury medyczne wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe, winny one znaleźć odzwierciedlenie w uzasadnieniu

---

<sup>3</sup> Tak: opinia Prezesa AOTMiT nr 37/2022 z 8 lipca 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców miasta Tychy na lata 2022-2025”; zob. też. np. opinia Prezesa AOTMiT nr 64/2022 z dnia 28 listopada 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej wspierania zdrowia prokreacyjnego dedykowany dla mieszkańców Radomia”, opinia Prezesa AOTMiT nr 61/2022 z dnia 21 listopada 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Miejski Program In Vitro dla mieszkańców Gminy Miejskiej Świdnik w roku 2022”; opinia Prezesa AOTMiT nr 51/2022 z dnia 22 września 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie diagnozowania i leczenia niepłodności dla mieszkańców Powiatu Olkuskiego” czy opinia Prezesa AOTMiT nr 47/2022 z dnia 17 sierpnia 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Rzeszowa na lata 2022-2025”.

<sup>4</sup> [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia\\_mz/2012/108/OPZ/OP-001-2013.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2012/108/OPZ/OP-001-2013.pdf), dostęp: 1.08.2023 r.

<sup>5</sup> W tych przypadkach opinie bywają warunkowo pozytywne i wymagają uwzględnienia uwag Prezesa AOTMiT.

projektu. W mojej ocenie sam fakt, że program ten miałby nie mieć charakteru fakultatywnego, nie jest wystarczającym argumentem przemawiającym za całkowitym odstępniem od ogólnych zasad opracowywania i opiniowania programów polityki zdrowotnej.

Wyrażam nadzieję, że poniższe stanowisko zostanie wzięte pod uwagę podczas prac legislacyjnych nad tym ważnym projektem.

Z poważaniem

Marcin Wiącek

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-podpisano elektronicznie/