



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 1/2024 z dnia 9 stycznia 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego
dla mieszkańców województwa łódzkiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego dla mieszkańców województwa łódzkiego” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt dotyczy ważnego problemu zdrowotnego, jakim jest wspieranie zdrowia prokreacyjnego i leczenie niepłodności.

Należy zaznaczyć, że zaplanowane w projekcie programu interwencje mają odniesienie w aktualnych wytycznych klinicznych PTMRIE/PTG 2018 i są finansowane ze środków publicznych w ramach świadczeń gwarantowanych.

Niemniej, mając na względzie zapewnienie realizacji programu o możliwie najwyższej jakości, należałoby:

- uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, w szczególności dotyczące celu głównego i celów szczegółowych oraz mierników efektywności programu, bez których niemożliwa może się okazać poprawna ocena efektów programu. Należałoby również dokonać weryfikacji realizacji celów przez podmioty realizujące program dotychczas finansowany ze środków publicznych na podstawie raportu z ewaluacji całego programu lub wyłącznie podmiotów leczniczych z terenu województwa łódzkiego.
- Uszczegółowić opis planowanych działań, ponieważ dotychczasowe ogólne przedstawienie interwencji nie dostarcza informacji o organizacji i planowanym przebiegu realizacji programu, co wymaga korekty.
- sugeruje się uwzględnić w projekcie kwestię edukacji zdrowotnej, która wg rekomendacji wielu towarzystw i organizacji naukowych (ESHRE 2015, ACOG/ASRM 2014, SOGC 2014, NICE 2013) uzupełnia leczenie niepłodności w zakresie poszerzania wiedzy uczestników programu na temat stylu życia i innych czynników, które mogą negatywnie wpłynąć na zdrowie reprodukcyjne.

Ponadto należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W celu uniknięcia ww. ryzyka, planowane i podejmowane działania eliminujące ryzyko powinny być należycie opisane w projekcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący ochrony zdrowia prokreacyjnego dla mieszkańców województwa łódzkiego.

Całkowity koszt programu oszacowano na 2 400 000 zł.

Okres realizacji programu obejmuje lata 2024-2026.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest zjawisko niepłodności, jego diagnostyka i leczenie. Omówiono przyczyny niepłodności, ale nie opisano sposobów diagnostyki i leczenia.

Projekt zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowany został opis problemu zdrowotnego.

W zakresie sytuacji epidemiologicznej korespondującej z przedmiotowym problemem zdrowotnym, odniesiono się do danych światowych, ogólnopolskich oraz regionalnych. Wnioskodawca odniósł się do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026. Wskaźnik dzietności w województwie łódzkim w 2022 roku wynosił 1,282 (co stanowiło 5 miejsce wśród województw z najwyższym wskaźnikiem).

Zgodnie z danymi Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) za 2022 rok, wskaźnik płodności kobiet w wieku 15-49 lat wynosił w woj. łódzkim 34,61 (7 miejsce wśród województw).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest 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.

Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Cel główny został sformułowany nieprawidłowo, gdyż nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego. Należy pamiętać, że zwiększenie dostępności do świadczeń diagnostycznych i innych zaplanowanych w programie interwencji może nie przełożyć się na uzyskanie pozytywnego efektu (np. uzyskanie ciąży i urodzenie dziecka).

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 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.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego.

Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej.

Pierwszy cel szczegółowy został sformułowany nieprawidłowo, w postaci działania. Ponadto nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Cel nr 2 dotyczący poprawy stanu zdrowia uczestników w zakresie chorób utrudniających posiadanie potomstwa został sformułowany zbyt ogólnie. Dodatkowo poprawa stanu zdrowia nie będzie możliwa w wyniku prowadzonej diagnostyki, a dopiero w wyniku podjętych później działań terapeutycznych. Należy też mieć na względzie, że wpływ na osiągnięcie celu w takiej formie mogą mieć również inne czynniki, które nie będą zależały od działań prowadzonych w programie (odnotowanie proponowanego efektu lub jego braku może być zakłócone czynnikami zewnętrznymi). Cel nr 3 dotyczący poprawy jakości udzielonych świadczeń również został sformułowany błędnie, gdyż nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego. Należy przy okazji podkreślić, że wnioskowanie o jakości udzielanych świadczeń wyłącznie na podstawie ankiety satysfakcji czy uwag zgłaszanych przez uczestników (działania te zaplanowano w oceny jakości programu) nie pozwoli na obiektywną ocenę. Należy również podkreślić, że wnioskodawca wskazał uzasadnień wartości docelowych.

Biorąc pod uwagę powyższe, opis celów głównego i szczegółowych wymaga odpowiednich zmian i uzupełnień.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) odsetek par ze zdiagnozowaną niepłodnością – wskaźnik docelowy 80% par, które przystąpią do programu,
- 2) liczba par, które przystąpiły do programu – wskaźnik docelowy 250 par w skali roku,
- 3) liczba par, które ukończą etap diagnostyczny – wskaźnik docelowy 80% par, które przystąpiły do programu,
- 4) liczba par, które zostaną skierowane do dalszego leczenia niepłodności w ramach programu – wskaźnik docelowy 50% par, które zgłosiły się do programu,
- 5) liczbę ciąż potwierdzonych biochemicznie – wskaźnik docelowy ok. 15% par, u których zakończono leczenie niepłodności w ramach programu (na podstawie doświadczeń z realizacji programu o tej tematyce),
- 6) określenie zmian w jakości opieki zdrowotnej przy użyciu ankiety satysfakcji pacjentów – wskaźnik docelowy 70% ankiet z oceną pozytywną.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Wskaźniki nr 2 oraz 3 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Wskaźnik nr 6 został sformułowany nieprawidłowo.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dorosłe osoby zamieszkujące woj. łódzkie - pary pozostające w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu, z wcześniej niezdiagnozowaną niepłodnością, bezskutecznie starające się o ciążę przez okres co najmniej 12 miesięcy.

Wnioskodawca wskazał, że ze względu na złożoność kompleksowej diagnostyki trudne jest dokładne oszacowanie populacji docelowej, która może skorzystać z programu. Oszacowano, że uczestnictwo w programie możliwe będzie dla ok. 200 par rocznie.

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia, natomiast nie określono kryteriów wyłączenia z programu, co wymaga uzupełnienia.

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu interwencje zaplanowane w programie obejmują: prowadzenie specjalistycznej, kompleksowej diagnostyki niepłodności oraz dalszego leczenia chirurgicznego u par zgłaszających się do programu, a także zachowawcze leczenie farmakologiczne niepłodności.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie, realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu obejmie analizę: liczby par, które zgłosiły się do programu, liczby par, które nie zostały zakwalifikowane do udziału w programie, liczby par, które rozpoczęły diagnostykę w programie, liczby par, które zakończyły diagnostykę w programie (tj. w ramach programu została zdiagnozowana przyczyna niepłodności), liczby par, które zrezygnowały z udziału w programie oraz liczby par, które zostały skierowane do postępowania terapeutycznego w ramach programu.

W zakresie oceny jakości świadczeń, wnioskodawca zaplanował przeprowadzenie ankiety satysfakcji. Do projektu nie załączono wzoru ww. ankiety, nie była zatem możliwa jej weryfikacja. W projekcie wskazano również na możliwość zgłaszania uwag w formie pisemnej.

Wnioskodawca wskazał, że ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie mierników efektywności. Należy jednak zaznaczyć, że nie wszystkie wskaźniki zostały prawidłowo sformułowane, wobec czego przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności może okazać się utrudnione.

Należy podkreślić, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało częściowo uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Program zawiera zdawkowy opis etapów i działań. Pierwszym etapem będzie akcja informacyjno-promocyjna. Po zarejestrowaniu uczestników nastąpi przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki i leczenia niepłodności. Program zakończy jego ewaluacja.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Całkowity budżet programu oszacowano na 2 400 000 zł (800 000 zł/rok). W ramach kosztów jednostkowych uwzględniono 158 procedur diagnostycznych, 7 porad specjalistycznych oraz koszty opieki lekarza koordynatora, lekarza prowadzącego i psychologa.

Nie uwzględniono kosztów monitorowania i ewaluacji oraz akcji informacyjnej. Zaplanowano, że działania o charakterze informacyjno-promocyjnym będzie prowadził Urząd Marszałkowski Województwa łódzkiego w ramach swojej działalności bez angażowania dodatkowych środków

finansowych. Ponadto zaznaczono, że monitorowanie i ewaluacja będą wykonywane w ramach obowiązków sprawozdawczych wynikających z zapisów umowy na realizację programu.

Program ma być finansowany ze środków budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) niepłodność to choroba, której efektem jest brak możliwości zajścia w ciążę mimo podejmowania przez co najmniej rok regularnego współżycia seksualnego bez stosowania środków antykoncepcyjnych. Niepłodność jest nie tylko problemem medycznym, ale również społecznym, zarówno dla jednostki, jak i populacji oraz stanowi istotny problem zdrowia publicznego.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.), w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego finansowane są badania diagnostyczne kwalifikujące do leczenia niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego.

W Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2021-2025 nie został uwzględniony cel dotyczący wspierania prokreacji, natomiast w ramach celu operacyjnego nr 5: „Wyzwania demograficzne” wpisano dwa zadania związane ze zdrowiem prokreacyjnym, tj. kreowanie postaw prozdrowotnych oddziałujących na zdrowie prokreacyjne oraz podnoszenie kompetencji kadr medycznych w zakresie zdrowia prokreacyjnego oraz upowszechnianie rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej.

Wytyczne w zakresie zaburzeń płodności u kobiet

- Rozpoczęcie diagnostyki w kierunku niepłodności u kobiet poniżej 35 roku życia, bez obciążeń w wywiadzie, wskazane jest po roku regularnego współżycia, u kobiet po 35 roku życia – po 6 miesiącach, zaś u pacjentek po 40 roku życia – jeszcze wcześniej, nawet bezpośrednio po zadeklarowaniu planów prokreacyjnych (PTMRiE/PTG 2018),
- W diagnostyce niepłodności żeńskiej zasadniczym badaniem jest badanie podmiotowe, przedmiotowe wraz z badaniem ginekologicznym, wybrane badania dodatkowe, w tym hormonalne i obrazowe, diagnostyka powinna obejmować wywiad, ze szczególnym uwzględnieniem regularności krwawień miesięcznych i jajczkowania (PTMRiE/PTG 2018),
- U kobiet niemiesiączkujących lub miesiączkujących nieregularnie rekomendowane są badania hormonalne: oznaczenie stężenia FSH, LH, estradiolu i prolaktyny, a w klinicznie uzasadnionych sytuacjach, w celu wykluczenia niskiej rezerwy jajnikowej, należy dodatkowo wykonać badanie stężenia AMH (PTMRiE/PTG 2018),
- Badaniami obrazowymi o ustalonym znaczeniu w ocenie stanu anatomicznego narządu rodowego są: ultrasonografia, ultrasonografia 3D, histerosalpingografia i kontrastowa/żelowa histerosalpingosonografia (PTMRiE/PTG 2018),
- W celu potwierdzenia braku owulacji stosowana jest ocena ultrasonograficzna cyklu, owulacja jest prawdopodobna przy stwierdzeniu stężenia progesteronu w surowicy krwi powyżej 5 ng/ml na 7 dni przed spodziewaną miesiączką (PTMRiE/PTG 2018),
- W przypadku niepłodności niewyjaśnionej pochodzenia (nieokreślonej) postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne powinno być uzależnione od rezerwy jajnikowej, wieku pacjentki i czasu trwania niepłodności, a przede wszystkim od woli pacjentki (PTMRiE/PTG 2018),
- U kobiet >45 r. ż. przed rozważeniem wdrożenia leczenia niepłodności należy dokonać dokładnej oceny zdrowia. Ocena ta powinna obejmować pomiar ciśnienia krwi, badania

biochemiczne krwi, ocenę funkcji nerek, badania w kierunku cukrzycy oraz funkcjonowania tarczycy (IFFS 2015B).

Wytyczne w zakresie zaburzeń płodności u mężczyzn

- Minimum diagnostyczne u pacjenta obejmuje zebranie wywiadu lekarskiego ukierunkowanego na zaburzenia rozrodu oraz co najmniej jedno badanie seminologiczne (AUA/ASRM 2020, PTMRIE/PTG 2018, SOGC 2014),
- Badanie nasienia jest podstawowym badaniem diagnostycznym i wykonywane jest ono po 2-7 dniowym okresie abstynencji seksualnej (AUA/ASRM 2020, PTMRIE/PTG 2018, SOGC 2014),
- Rekomenduje się przeprowadzenie oceny nasienia metodą komputerową (CASA) lub manualną przez diagnostów z odpowiednim przygotowaniem do wykonywania tego rodzaju badań, a w badaniu tym należy odnosić się do aktualnych standardów dotyczących jakości nasienia, ustalonych przez WHO (AUA/ASRM 2020, PTMRIE/PTG 2018, SOGC 2014),
- Przeprowadzenie oceny endokrynologicznej pacjenta oraz badanie USG rekomendowane są po stwierdzeniu nieprawidłowości w badaniu podmiotowym, przedmiotowym i/lub badaniu nasienia (PTMRIE/PTG 2018),
- Posiew bakteriologiczny nasienia nie jest zalecanym rutynowym badaniem, natomiast badanie autoprzeciwiał w nasieniu, w którym stwierdza się aglutynację plemników powinno być wykonywane (PTMRIE/PTG 2018, BFS 2013),
- Badanie fragmentacji DNA plemników nie jest rekomendowane w rutynowym, podstawowym postępowaniu diagnostycznym (AUA/ASRM 2020, PTMRIE/PTG 2018, ASRM 2013, BFS 2013),
- Pacjentom z obustronnym lub jednostronnym brakiem lub niedrożnością nasieniowodów należy zlecić badania w kierunku obecności mutacji genu CFTR, a badanie kariotypu oraz testy w kierunku mikrodelecji w regionie AZF są zalecane u pacjentów z azoospermią, lub u których koncentracja plemników w nasieniu nie przekracza 5 mln/ml (AUA/ASRM 2020, PTMRIE/PTG 2018, IFFS 2017, SOGC 2014),
- Badanie pod kątem mikrodelecji chromosomu Y nie powinno być stosowane jako rutynowe badanie przed zastosowaniem ICSI, niemniej jednak, u znaczącej większości mężczyzn niepłodność jest spowodowana nieprawidłowościami w obrębie chromosomu Y, w miejscach odpowiedzialnych za regulację spermatogenezy (NICE 2013),
- Test integralności DNA plemników można wykonać u mężczyzn z oligo-astenoteratozoospermią (OAT) jako uzupełnienie standardowej analizy nasienia, m.in. gdy rozważa się inseminację domaciczną plemnikami partnera, standardowe zapłodnienie in vitro (IVF) lub docytoplazmatyczne wstrzyknięcie plemnika (ICSI) (EAA 2018),
- Biopsja jądra (mikroekstrakcja tkanek jądra) stanowi najbardziej dokładną metodę ustalenia podłoża zaburzeń spermatogenezy. Powinna zostać przeprowadzana jako biopsja diagnostyczno-terapeutyczna i wykonywana tylko wtedy, gdy możliwa jest jednoczesna kriokonserwacja bioptatu (PTMRIE/PTG 2018),
- U mężczyzn z azoospermią nieobstrukcyjną (NOA), poddawanych pobieraniu nasienia, należy pobrać plemniki z jądra drogą mikrosekcji (TESE). U mężczyzn z azoospermią spowodowaną niedrożnością, poddawanych chirurgicznemu pobraniu nasienia, nasienie może zostać pobrane z jądra albo z najądrza (AUA/ASRM 2020, IFFS 2017).

Podsumowanie dowodów naukowych

Niepłodność męska

Obecne dowody naukowe są niewystarczające, aby stwierdzić czy istnieje różnica statystyczna w skuteczności między dostępnymi metodami technik wspomaganego rozrodu mierzonej wskaźnikiem LBR, w leczeniu niepłodności męskiej. Nie wykazano różnic istotnych statystycznie (IS) w zakresie

wskaźnika żywych urodzeń (OR 1,34 [95% CI (0,77-2,33)]), jak również w zakresie wskaźnika ciąży (OR 1,68 [95% CI (1,00-2,82)]). Nie stwierdzono też różnic IS w zakresie wskaźnika żywych urodzeń między metodą IVF a IUI w cyklu naturalnym (OR 0,77 [95% CI (0,25-2,35)]) oraz w cyklu stymulowanym (OR 1,03 [95% CI (0,43-2,45)]) (Cissen 2016). Niemniej jednak odnalezione badania pozwalają stwierdzić, iż stosowanie metody docytoplazmatycznej iniekcji plemnika (IMSI) zwiększa szansę na implantację zarodka o 50% oraz ciążę o 60% u par, u których stwierdzono męski czynnik niepłodności. W porównaniu z śródplazmatyczną iniekcją plemnika (ICSI) metoda docytoplazmatycznej iniekcji plemnika (IMSI) przyczyniła się do istotnego wzrostu częstości implantacji (OR 2,88 [95% CI (2,13-3,89)]), wskaźnika ciąży (RR 2,07 [95% CI (1,22-3,50)]), jak również znacznego spadku częstości poronień (RR 0,31 [95% CI (0,14-0,00)] wśród par, u których nie powiodła się wcześniejsza próba ICSI (Setti 2014).

Niepłodność żeńska

Obecnie nie odnajduje się dowodów naukowych, które jednoznacznie wskazałyby na jakąkolwiek różnicę w skuteczności klinicznej między metodami IUI, a dojazdową perfuzją plemników (FSP) w leczeniu niepłodności innej, niż jajowodowa. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy metodą IUI a FSP w zakresie urodzeń żywych (OR 0.94 [95% CI (0.59-1.49)]) lub potwierdzonych klinicznie ciąży (OR 0.75 [95% CI (0.49-1.12)]). Nie wykazano także istotnej statystycznie różnicy między metodą IUI a FSP w zakresie ciąży mnogich (OR 0.96 [95% CI (0.44-2.07)]), poronień (OR 1,23 [95% CI (0,60-2.53)] lub ciąży pozamacicznych (OR 1,71 [95% CI (0.42-6,88)]). (Cantineau 2013)

Podsumowanie opinii ekspertów

Eksperci kliniczni opowiadają się za finansowaniem programów polityki zdrowotnej z zakresu diagnostyki lub leczenia niepłodności ze środków publicznych. Podkreślają, że program leczenia niepłodności powinien być skierowany do niepłodnych par, u których zdiagnozowano wcześniej przyczynę niepłodności, a wśród metod leczenia niepłodności wymieniają m.in. zachowawcze leczenie farmakologiczne, leczenie chirurgiczne, procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe. W przypadku badań diagnostycznych, jakie powinny być przeprowadzone przed przystąpieniem do leczenia niepłodności eksperci wskazali wywiad + badanie ginekologiczne, badanie ultrasonograficzne, ocenę jajeczkowania, badania USG, badania progesteronu w II fazie cyklu, badanie drożności jajowodów, badanie nasienia partnera.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu OT.431.84.2023 polityki zdrowotnej pn. „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego dla mieszkańców województwa łódzkiego” oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 1/2024 z dnia 8 stycznia 2024 roku o projekcie programu „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego dla mieszkańców województwa łódzkiego” realizowany przez Województwo Łódzkie.