

Ministerstvo zdravotnictví  
Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním  
Ing. Helena Rögnerová  
Palackého nám. 4  
128 01 Praha

Praha, 13. prosince 2018

Vážená paní ředitelko,

v souvislosti s připravovanou změnou zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v oblasti asistované reprodukce si Vám dovoluujeme zaslat návrh změn reagujících na nepříjemný trend, kdy páry, které nemohou otěhotnět, jsou místo léčení automaticky posílány do reprodukčních klinik, přestože mimotělní oplodnění je až na výjimky méně účinné, mnohonásobně dražší a představuje pro organismus ženy extrémní zátěž.

Tento jev je zvláště patrný v případě léčby příčin mužské neplodnosti, kde příčiny neplodnosti nejsou podle statistik prakticky vůbec léčeny, a to v rozporu s doporučenými postupy České urologické společnosti i evropskými doporučeními a evropskou praxí. V případě léčby příčin ženské neplodnosti nebyly podle našich informací doporučené léčebné postupy pro gynekology zatím vydány.

Návrh na změnu zákona o zdravotním veřejném pojištění, který Vám v příloze posíláme, přinese podle našeho názoru řadu benefitů. Povede ke zlepšení zdravotní péče pro páry potýkající se s poruchami plodnosti, zvýší počet přirozeně počatých dětí na úkor dětí počatých mimotělním oplodněním a v oblasti asistované reprodukce zamezí neefektivnímu čerpání peněz ze zdravotního pojištění.

S pozdravem



Mgr. Radim Ucháč

Příloha: návrh změny zákona

Kopie: ČUS, ČGPS

# Příloha – návrh změny zákona upravující část týkající mimotělního oplodnění

Návrh znění § 15 zákona o zdravotním pojištění 48/1997Sb. s vyznačením změn:

## § 15

(3) Ze zdravotního pojištění se zdravotní služby poskytnuté na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, jde-li o formu mimotělního oplodnění (in vitro fertilizace), hradí do dne dosažení třicátého pátého roku věku:

a) ~~ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku,~~ ženám ve věku od 18 let, je-li ze zdravotního důvodu vyloučené, aby pár přirozeným způsobem otěhotněl,

b) ostatním ženám ve věku od 22 let, pokud léčba příčin neplodnosti páru po dobu dvou let nevedla k přirozenému početí dítěte a těhotenství do dne dosažení třicátého devátého roku věku, nejvíce třikrát za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy nejvýše 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život.

# Důvodová zpráva k navrženému návrhu novely zákona

Cílem navrhované změny zákona je zefektivnit vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění, zlepšit reprodukční zdraví populace a snížit rozsah, v jakém jsou dnes ženy usilující o otěhotnění vystavovány zdravotním rizikům souvisejícím s mimotělním oplodněním.

Podstatou návrhu je změna podmínek, za jakých je ze zdravotního pojištění propláceno mimotělní oplodnění. Návrh obsahuje celkem tři faktické změny.

## 1. Povinnost léčby příčin neplodnosti

Hlavní navrženou změnou je, že neplodné páry se musejí před zahájením procesu mimotělního oplodnění pokusit příčiny neplodnosti vyléčit. Tento návrh reaguje na nepříjemný trend, který se již stal standardem, kdy páry, které nemohou otěhotnět, jsou místo léčení automaticky posílány do reprodukčních klinik, přestože mimotělní oplodnění je až na výjimky méně účinné, mnohonásobně dražší a představuje pro organismus ženy extrémní zátěž.

Dostupné informace prokazují, že techniky asistované reprodukce jsou upřednostňovány před léčbou příčin neplodnosti jak u žen, tak zvláště u mužů, a to v situaci, kdy např. podle Sanatoria Helios "...je špatná kvalita spermií příčinou neplodnosti až u 90 % párů, které přicházejí do Sanatoria Helios."<sup>1</sup>

## Léčba příčin ženské neplodnosti

K upřednostňování mimotělního oplodnění před léčbou ženské neplodnosti dochází i z toho důvodu, že neexistují léčebné standardy a doporučené postupy<sup>2</sup> a záleží na subjektivní zodpovědnosti a angažovanosti gynekologa, jak se vyšetření a následné léčbě příčin neplodnosti u žen věnuje.

Podle rešerší dostupných údajů je však spíše vysoce nadstandardním přístupem, pokud gynekolog například analyzuje délku a průběh cyklů podle bazálních teplot, sleduje hormonální hladiny a v případě patologií nasadí léčbu, eventuálně odesílá pacientku do endokrinologické ambulance, přeléčuje záněty (STD, pochva), může provést postkoitální test a při patologiích odesílá na urologii, nechá ověřit situaci v malé pánvi (průchodnost vejcovodů, endometrióza, stavy po zánětech, tvar dělohy, hysteroskopie), odesílá pár ke genetickému vyšetření a na imunologii, nabízí fyzioterapii (podle Mojžíšové), může doporučit pacientku k lázeňskému léčení a samozřejmě při vyšetřování páru spolupracuje s andrologem.

---

1 <https://www.sanatoriumhelios.cz/vysetreni-muze/>

2 Viz <http://www.cgps.cz>

Pracoviště věnující se nadstandardně léčbě příčin neplodnosti u žen vykazují úspěšnost 70% až 80%<sup>3</sup>, a to při řádově nesrovnatelně nižších nárocích na systém zdravotního pojištění, než jaké mají techniky asistované reprodukce.

Nelze vyčítat specializovaným centrům asistované reprodukce, že se nevěnují léčení příčin neplodnosti svých klientek, neboť to není primární zaměření těchto specializovaných pracovišť.

Zákon či podzákonná norma samozřejmě nemohou určovat, jaká léčba má být provedena před uhrazením výkonu asistované reprodukce ze zdravotního pojištění. Toto by však měly pokrývat doporučené postupy dané odborné společností, zaručující nejlepší dostupnou péči pro pacienta, komfort pro lékaře a efektivnost veřejného zdravotnictví. Zákon by pak měl definovat časový horizont nezbytný pro efektivní léčbu příčin neplodnosti.

### **Léčba příčin mužské neplodnosti**

V případě léčby mužské neplodnosti existují doporučení České urologické společnosti. Ty navazují na doporučení Evropské urologické společnosti, kde je doporučení diagnostikovat a léčit muže s poruchami plodnosti kategorizováno dokonce jako „strong rating“<sup>4</sup>. Toto doporučení se v ČR nedodrhuje. V praxi se muži k vyšetření a léčbě na odborných pracovištích u andrologů zpravidla vůbec dostanou.

Podle předních českých andrologů<sup>5</sup> i zahraničních studií umožňuje správná cílená terapie mužské neplodnosti dosáhnout spontánního otěhotnění i u těžkých poruch tvorby spermií a azoospermie, která je v ČR považována za onemocnění vylučující přirozené početí.

Nejčastější příčinou mužské neplodnosti je varikokéla. Účinnost varikokélektomie (operace k léčbě varikokély) na spontánní plodnost u mužů je hodnocena přirozeným otěhotněním partnerky. K tomu dochází ve 35 – 40 % případů během 12 měsíců po terapii, v 60 – 75 % během 24 měsíců po terapii a při vyloučení ženského faktoru v 43 % první rok po léčbě, a v 69 % během dvou let po léčbě.<sup>6</sup>

Varikokélektomie umožňuje nejen úspěšné obnovení plodnosti mužů, ale v případě, že nedojde k přirozenému početí a pár podstoupí mimotělní oplodnění, snižuje předchozí léčba zdravotní zátěž ženy při asistované reprodukci, snižuje pravděpodobnost spontánního potratu a naopak zvyšuje šanci na porod živého dítěte.

Ve studii Esteveze byl zjištěn signifikantně vyšší počet živě narozených dětí po ICSI (injekce spermií do vajíčka) ve skupině mužů, kteří podstoupili mikrochirurgickou

---

3 Např. Studie NAPROHELP z roku 2012: „Z výsledku studie 102 klientek léčených metodou NAPROHELP je patrné, že celková úspěšnost přesahuje 80 %.“, <http://cenap.cz>

4 <http://uroweb.org/guideline/male-infertility/#3>

5 Neplodnost muže 2018, MUDr. Vladimír Kubíček, CSc. <http://muzska-neplodnost.info>

6 Comhaire F., Mahmoud A.: Cause: Varicocele (pp. 68 – 71) in: Andrology for the Clinician Wolf-Bernhard Schill (Editor), Frank H. Comhaire (Editor), Timothy B. Hargreave (Editor) Springer 2006. a Hamada A., Esteves S.C., Agarwal A.: Varicocele and Male Infertility: Current Concepts, Controversies and Consensus, Springer 2016.

varikokelektomii šetřící arterii a lymfatické cévy, oproti skupině mužů s klinickou varikokélou, kteří podstoupili ICSI bez léčby. Úspěšnost u léčených mužů dosáhla 46, 2 %, u mužů neléčených jen 31,4 %.

V případech nonobstrukční azoospermie se při 13 měsíčním sledování po varikokélektomii objevily motilní (pohyblivé) spermie v ejakulátu u 39 % mužů, těhotenství partnerek bylo dosaženo u 26 % mužů se spermii v ejakulátu; z toho u 60 % bez asistované reprodukce a u 40 % technikami in vitro fertilizace. Průměrná denzita spermií byla po operaci varikokély 1,6 milionu /ml, motilita 20 %.<sup>7</sup>

Přestože kvalita andrologie v České republice je na velmi vysoké úrovni a výsledky ukazují na výrazně vyšší účinnost léčebných postupů než asistovaná reprodukce při řádově nižších nákladech na veřejné zdravotní pojištění, není léčba příčin neplodnosti u mužů, mimo jiné i vlivem stávající legislativy, využívána.

### **Shrnutí přínosů léčby příčin neplodnosti**

Ze statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vyplývá, že v roce 2016 se prostřednictvím technik asistované reprodukce narodilo 4 504 dětí a průměrná úspěšnost porodit dítě z jednoho cyklu umělého oplodnění činila 11 %. Tento údaj ukazuje, že upřednostňováno by mělo být především léčení příčin neplodnosti, jehož úspěšnost se pohybuje mezi 70 až 80 procenty. Paradoxně je dnes špatný spermioqram vnímán jako legitimní důvod pro podstoupení mimotělního oplodnění.

Data uvedená v předchozí kapitole dokládají, že nejefektivnější variantou je hradit mimotělní oplodnění ze zdravotního pojištění až v případě neúspěšné dvouleté léčby příčin neplodnosti páru. I v případě neúspěšné léčby příčin neplodnosti se léčebný efekt odrazí pozitivně na úspěšnosti případných následných metod asistované reprodukce.

Navržené předřazení léčby příčin neplodnosti mimotělnímu oplodnění přinese další pozitivní zdravotní a s nimi spojené ekonomické efekty. Děti počaté bez metod asistované reprodukce podle řady aktuálních studií vykazují statisticky nižší míru výskytu některých onemocnění, například neurologických, onemocnění srdce nebo trávicího traktu. Ještě významnější pozitivní efekty by přineslo léčení příčin neplodnosti pro muže a ženu, protože neplodnost je zpravidla pouze důsledkem jiných onemocnění, která se mohou bez včasné léčby stát příčinou zásadních zdravotních problémů a předčasných úmrtí. Například u mužů je neplodnost jedním z rizikových faktorů rakoviny prostaty.

## **2. Mimetělní oplodnění v případě vyloučení možnosti přirozeného početí**

Současná právní úprava omezuje hrazení mimotělního oplodnění pouze na diagnózu neprůchodnosti obou vejcovodů. Vzhledem k návrhu dvouleté léčby příčin neplodnosti u

---

<sup>7</sup> Weedin JW, Khara M, Lipshulz LI: Varicocele repair in patients with nonobstructive azoospermia: a meta-analysis. J Urol. 2010; 183(6):2309-15.(PubMed PMID: 20400156)

páru usilujícího o početí dítěte, je nutné ošetřit případy, kdy je ze zdravotních důvodů přirozené početí dítěte vyloučeno.

Navržená změna proto zobecňuje, že nárok na hrazené umělé oplodnění mají všechny ženy od 18 let věku, je-li ze zdravotních důvodů vyloučené, aby pár přirozeným způsobem otěhotněl. Návrh současně odstraňuje diskriminační potenciál návrhu aktuálního.

### **3. Věková hranice mimotělního oplodnění hrazeného ze zdravotního pojištění**

Třetí navržená změna snižuje věkovou hranici ženy, do které má nárok na mimotělní oplodnění hrazené ze zdravotního pojištění, z 39 na 35 let. Tato změna by se přijetím tohoto návrhu promítla i do výše uvedených dvou změn.

Cílem této změny je sladit legislativu s přirozenou schopností ženy otěhotnět, která se významně snižuje právě po dosažení 35 let věku, a omezit tak případy, kdy jsou ze zdravotního pojištění hrazena mimotělní oplodnění u žen, kde příčinou neplodnosti nejsou zdravotní potíže, ale přirozené omezení plodnosti věkem.

Úkolem státu a jeho institucí je zajistit z prostředků veřejného zdravotního pojištění co nejefektivnější léčbu. Vzhledem k tomu, že žena je v nejplodnějším období do 35 let, je nejefektivnější směřovat veřejné prostředky maximálně do tohoto věku.

I když se návrh může zdát jako omezující, ve skutečnosti bude ženy motivovat, aby neodkládaly řešení problémů s plodností do doby, kdy je už objektivně obtížně řešitelná a kdy zdravotní rizika spojená s těhotenstvím prvorodiček významně rostou. Tento návrh v konečném efektu přispěje k eliminaci nejdůležitějšího faktoru příčiny neplodnosti, kterým je věk ženy.

V případě odkládání těhotenství za 35. rok na základě volby životního stylu má samozřejmě stát tuto volbu respektovat, ale není povinen negativní důsledky této volby hradit z prostředků veřejného zdravotnictví.