



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 241/2014 z dnia 27 października 2014 r.
o projekcie programu „Leczenie niepłodności metodą
NaproTechnology® w latach 2014-2017” Miasto Częstochowa

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu „Leczenie niepłodności metodą NaproTechnology® w latach 2014-2017” Miasta Częstochowa.

Uzasadnienie

W programie określono koszty całkowite i jednostkowe projektu programu zdrowotnego. Jednakże, ze względu na brak dokładnego opisu procedury leczenia, nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie, które świadczenia wybiegają poza zakres świadczeń gwarantowanych i tym samym oszacowanie, jaka jest możliwa skala obciążenia finansowego dla jednego uczestnika programu zdrowotnego.

Projekt zakłada przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji, jednakże mierniki efektywności nie odpowiadają w całości obranym celom. Nie uwzględnia przeprowadzenia oceny zgłaszalności oraz jakości udzielanych świadczeń.

Nie zawiera także informacji, ile par spośród populacji docelowej obecnie poddawanych jest leczeniu oraz jaki jest stopień zainteresowania taką metodą leczenia niepłodności w świetle dostępności Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016 realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

Ponadto, odnaleziona rekomendacja Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu jest negatywna.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny miasta Częstochowa z zakresu leczenia niepłodności metodą Naprotechnologii. Celem nadrzędnym programu jest poprawa zdrowia prokreacyjnego w populacji miasta oraz eliminowanie bądź ograniczenie skutków zdrowotnych, psychologicznych i społecznych niepłodności poprzez skuteczne diagnozowanie i leczenie jej przyczyn.

Adresatami programu są pary małżeńskie (przebywające co najmniej w dwuletnim związku) bezskutecznie starające się o potomstwo powyżej 12 lub 24 miesięcy w zależności od wieku kobiety. Program ma być realizowany od 1 października 2014 do 31 grudnia 2017 roku. Całkowity koszt realizacji został oszacowany na kwotę 74 000 złotych, z czego koszt jednostkowy dla jednej leczonej pary nie może przekroczyć kwoty 3000 zł. Pozostałe koszty związane z procedurami są pokrywane przez uczestnika programu.



Problem zdrowotny

Pragnienie posiadania potomstwa jest podstawowym instynktem, który umożliwia kontynuację naszego gatunku. Jednak ludzie cierpieli z powodu niepłodności od początku istnienia rodzaju ludzkiego. W trakcie trwania historii ludzkości zmieniły się aspekty socjalne, medyczne i ekonomiczne niepłodności. Postępy w medycynie i naukach podstawowych zrewolucjonizowały diagnostykę i leczenie niepłodności, a także umożliwiły stanie się rodzicami parom, które dwie dekady temu nie miały szans na potomstwo. Jednak terapia niepłodności ma swe ograniczenia i potencjalne niepożądane skutki, które należy przedstawić pacjentom przed rozpoczęciem leczenia.

Chociaż niepłodność nie stanowi poważnego problemu społecznego, ma istotne konsekwencje psychologiczne i ekonomiczne zarówno na poziomie osobistym, jak i socjalnym.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła niepłodność jako chorobę społeczną. Powszechnie przyjęto definicję niepłodności, jako braku ciąży pomimo regularnych stosunków płciowych (4-5 w tyg.), utrzymywanych powyżej 12 mies. Bez stosowania jakichkolwiek metod antykoncepcyjnych.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:

Odnaleziono informacje dotyczące Naprotechnologii w publikacji „Algorytmy diagnostyczno-lecznicze w zastosowaniu do niepłodności” pod redakcją prof. dr hab. n. med. Sławomira Wołczyńskiego, dr n. med. Michała Radwana wydane przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu: „Celem metody [Naprotechnologia] jest identyfikacja przyczyny niepłodności oraz jej leczenie z uwzględnieniem naturalnej gospodarki hormonalnej kobiety, przy użyciu powszechnie stosowanych metod diagnostycznych.

W terapii nie dopuszcza się stosowania inseminacji i zapłodnienia pozaustrojowego, tym samym metoda ta nie jest w stanie pomóc m. in. kobietom z niewydolnością jajników, niedrożnością jajowodów oraz w męskim czynniku niepłodności. Naprotechnologia nie ma dowodów literaturowych o celowości i skuteczności takiego sposobu postępowania.

Z tych powodów Naprotechnologia nie może być postępowaniem rekomendowanym w leczeniu niepłodności.”

Do przeprowadzonego przeglądu literatury medycznej kwalifikowano opracowania opublikowane wyłącznie w języku angielskim i polskim w ostatnich 10 latach. Nie uwzględniono przeszukania słownikowego ze względu na brak hasła związanego z naturalną metodą rozrodu. Uwzględniono wszystkie typy publikacji, zarówno wtórne jak i pierwotne. Z zakresu badań obserwacyjnych pierwotnych zidentyfikowano dwa opracowania (Stanford i wsp. 2008, Tham i wsp. 2012), nie odnaleziono badań randomizowanych.

W badaniu Stanford i wsp. (2008) w analizie z wykorzystaniem tabeli przeżywalności skumulowany odsetek urodzeń po odbyciu 24 miesięcy leczenia wynosił 52,8%, odsetek surowy wynosił 25,5%. Zaobserwowano wyższy odsetek żywych urodzeń wśród par młodszy oraz tych, które nie podejmowały się wcześniej leczenia metodami wspomaganymi. Spośród żywych urodzeń zaobserwowano 4,6% urodzeń z ciąż mnogich. Autorzy wnioskują, że metoda Naprotechnologii ma porównywalną skuteczność do metod bardziej inwazyjnych włączając metody wspomagające poczęcie. Badanie obarczone jest błędem selekcji oraz

zjawiskiem zakłócenia (confounding). Badanie nie uwzględnia dodatkowych zmiennych w oszacowaniu odsetka skorygowanego. Wykorzystanie tabeli przeżywalności jest poważną usterką, gdyż ta metoda statystycznie nie jest polecana w procesie analizowania skuteczności leczenia niepłodności. Pierwotnie metoda uwzględnia zmniejszający się odsetek osób przeżywających, gdzie w przypadku leczenia niepłodności mamy do czynienia ze wzrostem odsetka ciąż, bądź żywych urodzeń (Daya 2003, Daya 2005, Dolińska 2011) stąd też stanowisko, że w przypadku analizowania badań nad leczeniem niepłodności metoda ta daje fałszywie optymistyczne wyniki, szczególnie przez pryzmat wysokiego odsetka pacjentów odstępujących od leczenia — po okresie 2 lat 62,7%. Autorzy wskazują na fakt, że realna wartość odsetka żywych urodzeń jest pomiędzy wartością 25,5% a 52,8%. Ponadto, metodyka uwzględnia jednostkę obserwacyjną jako parę, a nie cykl leczenia (wiąże się to jednak z koniecznością wykorzystania technik uwzględniających korelację między obserwacjami), szczególnie w przypadku pacjentów leczonych na niepłodność powyżej 2 lat oraz wysokiego odsetka pacjentów odstępujących od leczenia (Skills, 2009).

W badaniu Tham i wsp. (2012) oceniono naturalne wsparcie prokreacji w niepłodności oraz nawracających poronień. Populacją badaną jest grupa kanadyjskich kobiet leczonych w przez lekarzy rodzinnych mających doświadczenie w zakresie stosowania NPT. Interwencja polegała na przeprowadzeniu szkolenia w celu nabycia umiejętności rozpoznawania dni płodnych i niepłodnych w cyklu menstruacyjnym na podstawie metody Creighton Model FertilityCare System (CrMS). Skorygowany skumulowany odsetek żywych urodzeń wynosi 66%, surowy odsetek 38%. Skorygowany skumulowany odsetek zapłodnień wynosił 73%, surowy 43%. Spośród grupy 51 par u których zaobserwowano zapłodnienie, 12 (24%) odniosło sukces wyłącznie na podstawie CrMS, 35 par (69%) poczęło z pomocą CrMS oraz interwencji medycznej NPT, 4 pary (8%) po interwencji chirurgicznej. NPT została uznana jako skuteczna technika dostępna w zakresie medycyny rodzinnej, a jej wyniki są porównywalne z badaniem przeprowadzonym w Irlandii. Badanie to, obarczone jest błędem metodologicznym podobnie jak publikacja Stanforda i wsp. (2008). Do analizy wykorzystano tabele przeżywalności (wg Kaplana-Meiera), które w przypadku badań nad niepłodnością, oraz charakterystycznym zjawiskiem wzrostu liczby skumulowanych zdarzeń są niewłaściwe. Ponadto, nie oszacowano wielkości próby oraz nie określono statystycznej istotności osiągniętych wyników.

Wybrani eksperci jednogłośnie określają problem niepłodności jako istotny w wymiarze społecznym, demograficznym i ekonomicznym. Większość (4/7) udzielonych opinii podkreśla brak podstaw merytorycznych przemawiających za finansowaniem programu zdrowotnego. Program powinien mieć racjonalne uzasadnione dowody skuteczności, opiniodawcy podkreślają eksperymentalny charakter metody, która nie jest potwierdzona wiarygodnymi badaniami naukowymi w odpowiedniej liczbie. Opisana metoda postępowania nie ma uzasadnienia, jeden z ekspertów podkreśla, że metoda może przyczynić się do opóźnienia podjęcia odpowiedniego postępowania medycznego.

Konsultant Wojewódzki (woj. łódzkie) wskazuje, że leczenie niepłodności jest źle finansowane przez NFZ, dlatego też wymagany jest udział finansowy niepłodnej pary w procesie leczenia. Jedną z metod jest Naprotechnologia, która po odsunięciu czynników światopoglądowych, jest po prostu dobrym, dokładnym leczeniem niepłodności partnerskiej. Metodą zastępczą posiadania dziecka w przypadkach niepłodności jest metod in-vitro. Jest to metoda posiadania dziecka, a nie leczenia niepłodności.

W zakresie lecznictwa zamkniętego oraz wskazań związanych z niepłodnością zarówno żeńską jak i męską Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje świadczenia wchodzące w skład jednorodnych grup pacjentów: autoimmunologiczne zespoły wielogruzołowe (K54), duże,

średnie i małe zabiegi górnej części układu rozrodczego (M13, M14, M15), leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego (M26), leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej (M27), leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego (M30), choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy) – P10.

Czas oczekiwania na świadczenia zarówno w zakresie świadczeń specjalistycznych ambulatoryjnych jak i szpitalnych jest dość zróżnicowany, szczególnie regionalnie. W okresie od 1 stycznia 2013 do 30 czerwca 2014 roku średni czas oczekiwania na świadczenia udzielane w oddziałach położniczo-ginekologicznych w trybie przypadków stabilnych wynosi 14 dni (maksymalny zaobserwowany 246 dni – woj. mazowieckie), w oddziałach urologicznych 41 dni (maks. 883 dni – woj. śląskie), w poradniach andrologicznych 24 dni (tylko woj. łódzkie i mazowieckie, maks. 42 dni – woj. mazowieckie), w poradniach endokrynologicznych 111 dni (maks. 785 dni – woj. pomorskie), w poradniach leczenia niepłodności 53 dni (maks. 375 dni – woj. świętokrzyskie) w poradniach położniczo-ginekologicznych 12 dni (maks. 731 dni – woj. lubelskie), w poradniach urologicznych 50 dni (maks. 5687 dni – woj. świętokrzyskie). Największe zróżnicowanie w dostępności do świadczeń zaobserwowano w przypadku oddziałów i poradni położniczo-ginekologicznych.

„Program Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016” realizowany przez Ministerstwo Zdrowia od 1 lipca 2013 r. do 30 czerwca 2016 r. umożliwi dostęp do świadczeń zarówno lekowych (Leki stosowane w procedurze in vitro objęte są refundacją od 1 lipca 2014 r. Refundowanych jest 13 preparatów najczęściej stosowanych w leczeniu niepłodności metodą in vitro.) jak i nielekowych w zakresie wspomaganie zapłodnienia. Realizator szacuje udział około 15 tys. par. Celem programu jest zapewnienie równego dostępu i możliwości korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego niepłodnym parom. Ponadto, celem Programu jest: obniżenie odsetka liczby par bezdzietnych, zwiększenie skuteczności leczenia niepłodności oraz osiągnięcie poprawy trendów demograficznych. Należy jednak podkreślić, że metoda ta stosowana jest w sytuacji, gdy wyczerpano już inne możliwości leczenia lub jeśli nie istnieją inne metody leczenia niepłodności. Warunkiem przystąpienia do Programu jest rozpoznanie niepłodności przez lekarza oraz udokumentowane nieskuteczne leczenie w czasie nie krótszym niż 12 miesięcy. Decyzję o włączeniu pary do Programu mogą podjąć wyłącznie lekarze z ośrodków będących realizatorami Programu na podstawie kryteriów określonych w treści Programu. Z Programu będą mogły skorzystać również pary, które nie pozostają w związku małżeńskim.

Wnioski z oceny projektu programu Miasta Częstochowy:

Projekt programu dotyczy istotnego problemu z perspektywy zdrowia publicznego oraz sytuacji demograficznej Polski. Projekt zawiera główne elementy schematu programu zdrowotnego zaproponowanego przez AOTM.

Populacja docelowa została określona. Autorzy oszacowali, że na terenie miasta Częstochowy przy liczebności populacji ogólnej wynoszącej 234 tys. mieszkańców, przebywa 7-10 tys. par borykających się z problemem niepłodności (w domyśle łącznie uwzględniając zarówno czynnik żeński jak i męski). Treść projektu nie zawiera informacji źródłowych oraz metodyki przeprowadzenia oszacowania. Jednak zgodnie z oszacowaniem WHO, w Polsce najwyższy zaobserwowany odsetek niepłodności może sięgać 25%, w grupie kobiet starających się ponownie o potomstwo. W odrębnej grupie kobiet starających się o potomstwo pierwszy raz, odsetek ten jest w granicach 1%. Uwzględniając najmniej optymistyczny scenariusz, oraz wielkość populacji kobiet w wieku 20-44 lata zamieszkujących Częstochowę oszacowano potencjalną grupę mieszkanki miasta dotkniętych problemem

niepłodności liczącą ok 10 000 kobiet. Zakładając przewidywaną możliwą liczbę uczestników określoną przez autorów programu i wynoszącą 23 pary, w obecnej formie program ten będzie w stanie objąć od 0,1% do 0,2% (7 000-10 000 par). Projekt nie zawiera także informacji, ile par spośród populacji docelowej obecnie poddawanych jest leczeniu oraz jaki jest stopień zainteresowania taką metodą leczenia niepłodności w świetle dostępności Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016 realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

Autorzy przewidują przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej w celu zakwalifikowania małżeństw do programu. Autorzy deklarują, że informacje o programie zostaną umieszczone na stronie internetowej, tablicy ogłoszeń i BIP UM Częstochowy, oraz akcydensach informacyjnych, co nie budzi wątpliwości o skuteczności kampanii informacyjnej.

Interwencja programu dzieli się na dwa niewykluczające siebie warianty w zakresie leczenia zachowawczego oraz leczenia chirurgicznego według protokołu Naprotechnologii. Ponadto, autorzy przewidują przeprowadzenie działań edukacyjnych związanych z nauką stosowania Modelu Creighton (osiem spotkań na przestrzeni pierwszego roku). W ramach procesu diagnostyczno-terapeutycznego interwencje obejmują: selektywną histerosalpingografię, laparoskopię bliskiego kontaktu, bezrostowe techniki chirurgiczne z zastosowaniem reaktywnych szwów prolenowych (usuwanie zrostów), resekcję klinową jajników w zespole policystycznych jajników. Ponadto ewaluację ciąży i suplementację niedoborów hormonalnych w ciąży. Projekt zakłada przeprowadzenie wyłącznie wybranych procedur. Przynajmniej opisy nie zostały opatrzone przypisami literatury naukowej wskazującej na skuteczność kliniczną. Dodatkowo, opis realizacji programu wskazuje na szereg procedur, które będą realizowane w ramach programu – mianowicie: badania biochemiczne (profile hormonalne skorelowane z obserwacjami cyklu), badanie ultrasonograficzne, badanie nasienia, diagnostyka immunologiczna, diagnostyka metaboliczna i genetyczna, bez precyzyjnego opisu zakresu oferowanego świadczenia. Wymienione badania diagnostyczne, opierając się o ogólny opis zawarty w projekcie programu, są dostępne w zakresie świadczeń gwarantowanych, nadto eksperci wskazują, że szereg procedur stosowanych w procesie leczenia niepłodności jest finansowany przez NFZ: ocena owulacji, HSG, laparoscopia. Należy jednak podkreślić, że część oferowanych procedur wiąże się z wydłużonym czasem oczekiwania na świadczenie, co w przypadku leczenia niepłodności jest istotnym współczynnikiem. W województwie śląskim średni czas oczekiwania przypadków stabilnych na świadczenia finansowane przez NFZ i udzielane w poradni leczenia niepłodności wynosi 59 dni (maksymalnie 166 dni), w poradni endokrynologicznej 136 dni (maks. 675 dni), w poradni położniczo-ginekologicznej 17 dni (maksimum 811), a w poradni urologicznej 69 dni (maks. 972 dni).

Procedura badania nasienia nie figuruje w koszyku świadczeń gwarantowanych zgodnie z treścią Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W przypadku interwencji terapeutycznych nie wymieniono żadnych ukierunkowanych na leczenie niepłodności męskiej. Jak autorzy wskazują w projekcie kryteria kwalifikacji dotyczą „uczestniczek” programu.

Wątpliwość budzi kryterium „par pozostających w małżeństwie minimum dwa lata”, co nie zostało poparte jakimikolwiek przesłankami klinicznymi.

Wybór realizatora zostanie dokonany w drodze konkursu. Należy jednak zwrócić uwagę, że kryteria wyboru realizatora oraz wymagania nie uwzględniają zakresu oferowanych

świadczeń w ramach interwencji. Stąd też istnieje ryzyko, że zakres oferowanych świadczeń w rzeczywistości będzie rażąco ograniczony względem planowanych działań. Autorzy projektu wymagają dostępności gabinetu lekarskiego, gabinetu ginekologicznego, pracowni USG, co automatycznie ogranicza zakres możliwych do udzielenia świadczeń, zwłaszcza dotyczących procedur chirurgicznych.

Ponadto, w części opisującej koszty, autorzy uwzględniają podanie leków przeciwzrostowych, które w opisie interwencji nie zostały wymienione. Podanie leków wiąże się także z koniecznością opisu ich profilu bezpieczeństwa.

Autorzy przedstawiają dowody kliniczne za stanowiskiem American Academy of Fertility Care Professionals, zarówno w zakresie opinii eksperckich oraz zaleceń i wytycznych postępowania klinicznego. Projekt nie zawiera dokładnej informacji nt. źródła i przypisów pozwalających na zweryfikowanie stanowiska.

Jako dowody skuteczności i efektywności klinicznej i kosztowej przytoczona została publikacja wykonana na zlecenie Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu RP (2009). Niniejsza publikacja opiera się głównie na publikacjach niedostępnych w powszechnych bazach medycznych. Przytoczono badanie Stanford i wsp. (2008), którego metodologia analizy danych jest obciążona błędem metodologicznym.

Projekt uwzględnia monitorowanie i ewaluację programu. W ramach oceny efektywności programu autorzy przewidują monitorowanie liczby i odsetek ciąż oraz urodzeń żywych, co jest głównym rekomendowanym przez ekspertów miernikiem. Przedstawione jednak mierniki nie odpowiadają wszystkim obranym celom, zwłaszcza obniżenie odsetka par bezdzietnych i osiągnięcie korzystnych wskaźników demograficznych. Uwzględniając skalę problemu oraz liczbę osób mogących brać udział w projekcie, a także publikowaną skuteczność leczenia (określoną przez autorów na poziomie 40%, w literaturze ok 20%), osiągnięcie korzystnej zmiany demograficznej, będzie zadaniem niezwykle trudnym, szczególnie z poprzez wykorzystanie powszechnie dostępnych wskaźników demograficznych stosowanych w statystyce populacyjnej. Projekt przewiduje także poprawę jakości życia dużej grupy mieszkańców, jednak odnośnie tego celu nie uwzględniono żadnych narzędzi pozwalających na dokonanie ewaluacji. Przedłożony projekt nie uwzględnia przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń, oraz nie uwzględnia oceny zgłaszalności do programu.

Określono koszty całkowite i jednostkowe projektu programu zdrowotnego. Autorzy deklarują, że program finansuje świadczenia do kwoty 3000 zł od jednej pary. Zestawienie kosztów jednostkowych uwzględnia wyłącznie procedury związane z diagnostyką nasienia, nauczaniem modelu Creightona, spotkania z dietetykiem i psychologiem, a także koszty leków: przeciwzrostowych oraz stymulujących jajeczkowanie. Nie uwzględniono kosztów terapii chirurgicznych, co automatycznie wiąże się z koniecznością pokrycia części wydatków przez uczestników programu, szczególnie w zakresie procedur, które nie są finansowane przez płatnika publicznego, a są w protokole Naprotechnologii. Ze względu na brak dokładnego opisu procedury leczenia, nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie, które świadczenia wybiegają poza zakres świadczeń gwarantowanych i tym samym oszacowanie, jaka jest możliwa skala obciążenia finansowego dla jednego uczestnika programu zdrowotnego. Należy jednak zaznaczyć, że koszty procedur chirurgicznych w znakomitej większości przekraczają gwarantowany przez program próg 3000 zł. Budżet przewiduje koszty związane z kampanią informacyjną. Nie uwzględniono kosztów obsługi programu.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

- I. Program odnosi się do problemu zdrowotnego istotnego w skali całego kraju jakim jest niepłodność.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - projekt zakłada przeprowadzenia interwencji edukacyjno-informacyjnej oraz umożliwić dostęp do szeregu procedur z zakresu medycyny zachowawczej oraz chirurgii zgodnie z protokołem Naprotechnologii. Tryb zgłaszania do programu ma charakter spontaniczny. Określono precyzyjnie kryteria włączenia do programu.
- III. Skuteczność działań – w programie omówiono skuteczność Naprotechnologii, która nie może zostać potwierdzona wynikami badań o wątpliwej metodyce analitycznej. Odnaleziona rekomendacja Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu jest negatywna. W odniesieniu do planowanej interwencji nie wskazano skuteczności klinicznej samych działań edukacyjnych.
- IV. Projekt określa kosztów całkowite na poziomie 74 000 złotych. Autorzy deklarują, że program finansuje świadczenia do kwoty 3000 zł od jednej pary. Koszty procedur chirurgicznych w znakomitej większości przekraczają gwarantowany przez program próg 3000 zł.
- V. Monitorowanie i ewaluacja programu – Projekt zakłada przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji. Mierniki efektywności nie odpowiadają w całości obranym celom. Projekt nie uwzględnia przeprowadzenia oceny zgłaszalności oraz jakości udzielanych świadczeń.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-167/2014 „Leczenie niepłodności metodą NaproTechnology® w latach 2014-2017” realizowany przez: Miasto Częstochowa, Warszawa, październik 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy leczenia niepłodności metodą Naprotechnologii – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, październik 2014.