



Federacja
na rzecz
Kobiet
i Planowania
Rodziny



ZESPÓŁ PRAWNY
Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny

martwe prawo

**KOMENTARZ DO
SPRAWOZDANIA RZĄDU
Z WYKONANIA W 2016
USTAWY O PLANOWANIU
RODZINY**



Fundacja
Rodzić po Ludzku



NASZ BOCIAN
Stowarzyszenie na Rzecz Leczenia
Niepłodności i Wspierania Adopcji

 **Ponton**

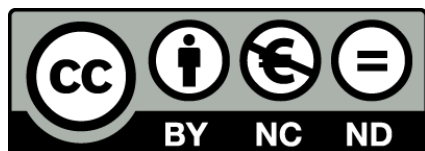
„Martwe prawo. Komentarz do sprawozdania rządu z wykonania w 2016 ustawy o planowaniu rodziny”

Komentarz powstał dzięki współpracy i merytorycznym wkładom [Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton](#), [Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny](#) oraz jej [Zespołu Prawnego](#), [Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”](#) oraz [Fundacji Rodzić po Ludzku](#).

Wydawca:

Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny
Nowolipie 13/15
00-150 Warszawa

Opublikowano na następujących warunkach Creative Commons: CC-BY-NC-ND: Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 3.0 Wyjaśnienie warunków licencji dostępne jest na stronie <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/pl/>.



Warszawa 2018

Spis treści

UWAGI WSTĘPNE	1
KOMENTARZ GRUPY EDUKATORÓW SEKSUALNYCH PONTON	3
Kształcenie i wychowanie młodzieży.....	3
Frekwencja uczniów na zajęciach WDŻ.....	3
Podręczniki do zajęć wychowania do życia w rodzinie	5
Kwalifikacje nauczycieli realizujących zajęcia.....	6
Dostęp do opieki ginekologicznej dla młodzieży.....	6
KOMENTARZ FEDERACJI NA RZECZ KOBIET I PLANOWANIA RODZINY	7
Środki zapobiegania ciąży.....	7
Antykoncepcja awaryjna	10
Rekomendacje międzynarodowe nt. antykoncepcji	11
Badania prenatalne	12
Zabiegi aborcji	13
Klauzula sumienia.....	17
Działania podejmowane w celu respektowania ustawy	19
Działania organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości.....	19
Działania Rzecznika Praw Pacjenta.....	20
Działania Naczelnego Sądu Lekarskiego i Okręgowych Sądów Lekarskich.....	22
KOMENTARZ STOWARZYSZENIA NA RZECZ LECZENIA NIEPŁODNOŚCI I WSPIERANIA ADOPCJI “NASZ BOCIAN”	23
Leczenie niepłodności	23
KOMENTARZ FUNDACJI RODZIĆ PO LUDZKU	24
Standardy Opieki Okołoporodowej.....	24
Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (koc)	25
Cesarskie cięcia.....	26
Znieczulenie zewnątrzoponowe	27

UWAGI WSTĘPNE

Pierwszą uwagę dotyczącą sprawozdania Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2016 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (dalej: „ustawa o planowaniu rodziny”) należy poczynić w odniesieniu do terminu przedkładania sprawozdania Sejmowi przez Radę Ministrów. Omawiane sprawozdanie za rok 2016 zostało przedstawione izbie niższej Parlamentu dnia 23 stycznia 2018 r. **Wciąż nie opublikowane zostały dane za rok 2017 r., a przygotowanie sprawozdania za rok 2016 r. odnotowało ponad roczne opóźnienie.** Ten sam zarzut dotyczy również poprzednich sprawozdań Rady Ministrów z wykonywania ustawy o planowaniu rodziny i pokazuje niski priorytet oraz poziom zainteresowania rządu materią regulowaną tą ustawą.

Federacja po raz kolejny wyraża zaniepokojenie takim stanem rzeczy i wzywa rząd do terminowego wypełniania zobowiązania. Fakt znacznych opóźnień wpływa na czas rozpatrzenia przez Sejm sprawozdań, także w związku z przyjętą praktyką rozpoznawania sprawozdania przez odpowiednie komisje sejmowe. **W praktyce kontrola parlamentarna realizacji ustawy o planowaniu rodziny staje się fikcją.** Najlepszym dowodem jest fakt, że **sprawozdania za lata 2012-2015 w ogóle nie zostały rozpatrzone przez Sejm.**

Rada Ministrów od lat ignoruje uwagi i komentarze dotyczące sprawozdań wystosowywane przez organizacje pozarządowe, w tym Federację na rzecz Kobiet Planowania Rodziny, oraz Rzecznika Praw Obywatelskich. Zarzuty stawiane sposobom (nie)wykonywania ustawy nie zmieniają się od lat, a to oznacza, że w kwestii wypełniania swoich obowiązków przez władze publiczne **nie odnotowano dotąd poprawy.** Należy podkreślić, że dotyczą one zagadnień fundamentalnych dla zdrowia, dobrostanu psychicznego i życia osobistego kobiet w Polsce, ich podstawowych praw.

Rada Ministrów jest także w swoim sprawozdaniu bardzo **lakoniczna**: prócz obszernych cytatów z ustawy o planowaniu rodziny i innych aktów prawnych oraz danych statystycznych nie sposób w nim odnaleźć komentarza tudzież stanowiska Rady Ministrów na temat prezentowanych zagadnień. Oznacza to, że **polski rząd ignoruje fakt nieprzestrzegania w Polsce prawa oraz brak skutecznych gwarancji ochrony praw seksualnych i reprodukcyjnych**, na co dowodów sam dostarcza.

Lektura sprawozdania Rady Ministrów, które podsumowuje efekty wykonania w 2016 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, w omówionych przez nas aspektach nie napawa optymizmem. **Nie zawiera żadnych danych dotyczących faktycznej dostępności i jakości usług, do których ustawa zobowiązuje władze centralne i samorządowe, jak edukacja seksualna, opieka okołoporodowa, środki antykoncepcyjne, zabiegi przerywania ciąży, wsparcie państwa dla kobiet w ciąży, matek i rodzin.**

Podsumowując, można stwierdzić, że najnowsze sprawozdanie Rady Ministrów, tak jak wszystkie poprzednie, nie spełnia swoich funkcji, podobnie jak organy administracji rządowej i samorządowej nie spełniają swoich zobowiązań. Apele i sugestie dobrych zmian organizacji pozarządowych i instytucji państwowych pozostają bez odzewu. W efekcie **podstawowe prawa człowieka nie są**

w pełni szanowane, co też podkreśla w swoim komentarzu RPO.¹ Tym samym władze – poprzez swoje zaniechania w zakresie (nie)podejmowanych działań – uniemożliwiają osobom mieszkającym w Polsce korzystanie z pełni konstytucyjnych wartości takich jak **prawa do ochrony zdrowia, do prywatności i do świadomego decydowania o posiadaniu dzieci**.

Mamy głęboką nadzieję, że przypadająca na 2018 rok okrągła 25. rocznica uchwalenia ustawy o planowaniu rodziny sprawi, że wieloletnie rzecznictwo wpłynie systemowo na sposób ewaluacji tych przepisów. Rzetelne i pogłębione monitorowanie zjawisk wynikających z przepisów oraz zapewnienie sprawiedliwej i powszechnej dostępności usług z zakresu świadomego rodzicielstwa, edukacji seksualnej i opieki okołoporodowej etc. oraz są kwestiami cywilizacyjnymi, determinującymi stan zdrowia, satysfakcji i dobrobyt obecnych i przyszłych pokoleń.

Komentarz powstał dzięki współpracy i merytorycznym wkładom Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton, Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny oraz jej Zespołu Prawnego, Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian” oraz Fundacji Rodzić po Ludzku.

Bardzo dziękujemy za ich bezcenne uwagi oraz przedstawione perspektywy zmian, zarówno w zakresie sprawozdawczości, lecz także realizacji samej ustawy.

¹ <https://oko.press/images/2018/03/realizacja-ustawy-antyaborcyjnej-21.03.2018.pdf>

KOMENTARZ GRUPY EDUKATORÓW SEKSUALNYCH PONTON

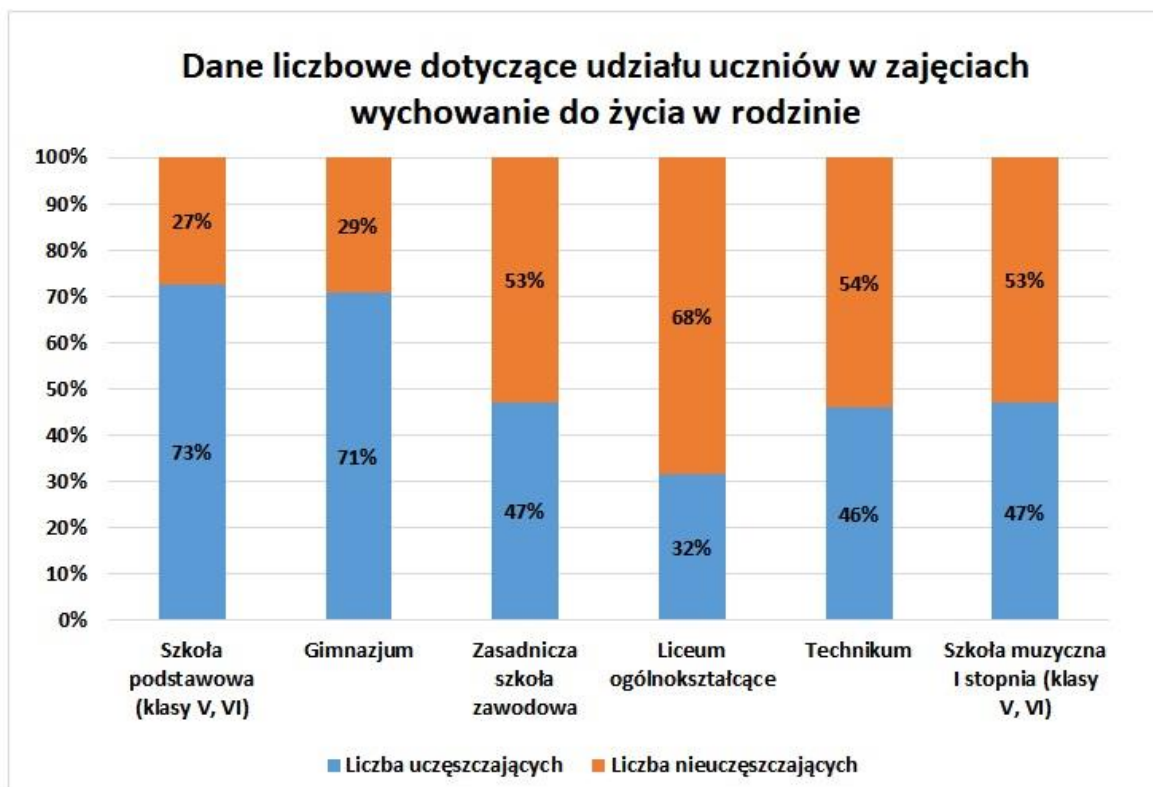
Kształcenie i wychowanie młodzieży

Zobowiązanie sformułowane w ustawie: „Wprowadzenie do programów nauczania szkolnego wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji”

Dane dotyczące udziału uczniów i uczennic w zajęciach wychowania do życia w rodzinie są niepokojące. Sama nazwa przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie budzi zastrzeżenia. Grupa Ponton od lat apeluje o wprowadzenie neutralnej nazwy przedmiotu „edukacja seksualna”. Wychowanie do życia w rodzinie kieruje uwagę na jeden wymiar społecznego funkcjonowania w dorosłym życiu tj. w ramach tradycyjnej, heteroseksualnej rodziny i prezentuje go jako jedyny właściwy. Od dawna zwracamy do Ministerstwa Edukacji Narodowej o zapewnienie młodzieży edukacji seksualnej, która będzie niewykluczająca i skupiona na przekazaniu wiedzy z zakresu rozwoju psychoseksualnego, antykoncepcji, zdrowia reprodukcyjnego, infekcji przenoszonych drogą płciową, asertywności, przemocy itd. Ministerstwo zdaje się zapominać, że rodzina to nie jedyny możliwy model funkcjonowania w dorosłym życiu i młody człowiek powinien zdobyć w szkole wiedzę o swojej seksualności i zdrowiu niezależnie od tego, czy będzie w przyszłości chciał założyć rodzinę czy nie.

Frekwencja uczniów na zajęciach WDŻ

Najwyższy udział procentowy (75,07%) na zajęciach wychowania do życia w rodzinie odnotowano w szkołach podstawowych. W pierwszej i drugiej klasie gimnazjum liczba obecnych jest jeszcze dość wysoka (ponad 70%), ale już w szkołach zawodowych i liceach spada ona gwałtownie do nawet 27%.



Źródło danych: Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2014 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Warto podkreślić, że udział w zajęciach jest dobrowolny, nie są wystawiane oceny, rodzic albo pełnoletni uczeń może zgłosić pisemną odmowę udziału w zajęciach. W sprawozdaniu nie wyjaśniono przyczyn zmniejszającego się odsetka osób uczestniczących w zajęciach. Także Rzecznik Praw Obywatelskich w swoim komentarzu² do sprawozdania podkreśla potrzebę analizy przyczyn tego zjawiska.

Z publikacji Pontonu m. in. z projektu „Kontrola realizacji prawa młodzieży do edukacji seksualnej”, „Sprawdzian (z) WDŻ. Jak wygląda edukacja seksualna w polskich szkołach 2014”, czy raportu Instytutu Badań Edukacyjnych „Opinie i oczekiwania młodych dorosłych (osiemnastolatków) oraz rodziców dzieci w wieku szkolnym wobec edukacji dotyczącej rozwoju psychoseksualnego i seksualności” wiemy, że wychowanie do życia w rodzinie jest często traktowane przez dyrekcję szkół po macoszemu i planowane w godzinach bardzo wczesnych albo bardzo późnych. W szkołach średnich takie lekcje zwyczajnie „przegrywają” z innymi przedmiotami, ważniejszymi z punktu widzenia wyników na świadectwie. Oferta tych zajęć również pozostawia wiele do życzenia. Z raportu „Sprawdzian (z) WDŻ” można dowiedzieć się, że głównymi powodami absencji były nuda panująca na zajęciach oraz niespełnienie oczekiwań w stosunku do sposobu prowadzenia zajęć i przekazywanej wiedzy („w dzisiejszych czasach więcej dowiem się z Internetu niż z lekcji WDŻ”). Sygnalizowano

² <https://oko.press/images/2018/03/realizacja-ustawy-antyaborcyjnej-21.03.2018.pdf>

problem kolidowania WDŹ z innymi zajęciami, np. etyką („Miałem do wyboru WDŹ lub etykę/filozofię”) oraz pozostawiania uczniów i uczennic samym sobie („zazwyczaj był to czas, aby odrabiać prace domowe z innych przedmiotów”).

Niepokoi niska frekwencja młodzieży licealnej na lekcjach wychowania do życia w rodzinie. Może ona być wyrazem krytycznego spojrzenia uczniów na jakość nauczanego przedmiotu. Grupa Edukatorów Seksualnych Ponton stoi na stanowisku, że gdyby edukacja seksualna prowadzona w szkole przystawała do rzeczywistości, odpowiadała na faktyczne potrzeby młodych ludzi, a przede wszystkim była oparta na rzetelnej wiedzy medycznej, młodzież chętnie uczestniczyłaby w zajęciach. Z ich doświadczenia wynika, że młodzi ludzie mocno odczuwają brak takiej wiedzy i bardzo jej potrzebują.

Podręczniki do zajęć wychowania do życia w rodzinie

Ze sprawozdania wynika, że Ministerstwo dopuściło do użytku szkolnego tylko cztery podręczniki, z których aż trzy zostały opracowane przez jedną autorkę (seria „Wędrując ku dorosłości” pod redakcją Teresy Król i podręcznik „Wychowanie do życia w rodzinie” dla gimnazjów autorstwa Felicji Kalinowskiej). Nauczycielki i nauczyciele nie mają więc praktycznie wyboru odpowiadającego im podręcznika. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny wraz z Grupą Edukatorów Seksualnych Ponton przeprowadziła analizę ekspercką podstawy programowej i podręczników, wykazując, że **podręczniki do WDŹ cechuje daleko posunięta nierzetelność³. Autorki zaprzeczają faktom, szerzą mity i stereotypy, przedstawiają koncepcje teologiczne jako wiedzę seksuologiczną i często cytują przywódców religijnych.** Co gorsza, podręczniki bagatelizują rolę profilaktyki zdrowotnej. W jednym z podręczników możemy przeczytać skandaliczne fragmenty – „jeżeli dziewczyna czuje się zdrowo/.../, wizyta nie jest konieczna”, „ginekolog to nie dentysta – regularne kontrole w Waszym wieku nie są konieczne”. Biorąc pod uwagę bardzo wysoki wskaźnik umieralności kobiet na raka szyjki macicy w Polsce, takie podejście jest zupełnie niezrozumiałe i oburzające. W żadnym z podręczników nie jest poruszany temat profilaktyki raka piersi, a chłopcy nie są zachęceni do wizyt kontrolnych u urologa ani nie dostają nawet podstawowych informacji na temat raka jądra, który najczęściej występuje u młodych mężczyzn.

Treść zatwierdzonych podręczników nie dziwi, zważywszy na to, jakich ekspertów wyznaczyło Ministerstwo Edukacji Narodowej do opracowania podstawy programowej przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie. W [stanowisku](#) Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton ze stycznia 2017 r., wyrażaliśmy zaniepokojenie powołaniem na stanowisko ekspertki prof. Urszuli Dudziak, której publiczne wypowiedzi są niezgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej, np.: „Stosowanie prezerwatywy i stosunek przerywany powoduje raka piersi, a kobieta pozbawiona dobroczynnego wpływu nasienia choruje”⁴. Ponadto stwierdzenia pani profesor takie jak „Kto nie dojrzał do przyjęcia potomstwa, nie dojrzał też do życia płciowego” albo „Współżycie przed ślubem grozi bowiem poważnymi konsekwencjami, np. wyrzutami sumienia gnębiącymi człowieka do śmierci” wskazują na

³ [Wyniki monitoringu podstawy programowej i podręczników do przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie – streszczenie, Grupa Edukatorów Seksualnych Ponton](#) 2015.

⁴ Cytaty pochodzą z dostępnych w Internecie wykładów i wywiadów prof. Dudziak, m.in. „Antykoncepcja czy naturalne planowanie rodziny”: (<https://www.youtube.com/watch?v=odRS1I-kXNM>).

traktowanie seksu wyłącznie w kategoriach prokreacji i na ideologiczne podejście do seksualności człowieka, która może być realizowana jedynie w ramach małżeństwa.

Kwalifikacje nauczycieli realizujących zajęcia

W sprawozdaniu przytoczono wymagania, które powinna spełniać osoba prowadząca przedmiot WDŻ zgodnie z Kartą Nauczyciela i rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 12 marca 2009 r. Sprawozdanie zawiera jedynie liczbę etatów nauczycieli uczących przedmiotu. **Brak jest dokładniejszej analizy kompetencji osób prowadzących zajęcia. Nie ma również informacji o tym na jakich uczelniach są kształcone osoby, które uczą wychowania do życia w rodzinie.** Z badań i doświadczeń Grupy Ponton wynika, że przedmiotu często uczą nauczycielki i nauczyciele prowadzący jednocześnie inne przedmioty, nie są odpowiednio przeszkoleni lub przekazują treści nieoparte na badaniach naukowych. Raport Pontonu „Sprawdzian (z) WDŻ, czyli jak wygląda edukacja seksualna w polskich szkołach?” zawiera niektóre wypowiedzi uczniów, np. „nie widzę sensu uczestniczenia w zajęciach, które prowadzi pani bibliotekarka” czy: „lekcje prowadził katecheta i rodzice powiedzieli, żebym trzymał się od WDŻ z daleka”⁵. Brak odpowiednich kwalifikacji to poważna przeszkoda w prawidłowej realizacji zajęć. Nauczyciel/-ka nieposiadający/-a właściwej wiedzy ani umiejętności jej przekazywania, nie może dobrze przygotować młodzieży do wyzwań, jakie stawia dorosłe życie, partnerstwo i rodzicielstwo.

Dostęp do opieki ginekologicznej dla młodzieży

Raport rządowy nie wspomina o utrudnionym dostępie do konsultacji ginekologicznych dla młodzieży poniżej 18 r.ż. Młodzi ludzie, którzy zgodnie z prawem mogą uprawiać seks, nie mogą bez zgody rodziców udać się do ginekologa i zwrócić się o przepisanie antykoncepcji. Grupa Ponton od lat głośno mówi o tym paradoksie i upomina się o zmianę prawa w tym zakresie.

O niskim dostępie do środków zapobiegania ciąży świadczy liczba nastoletnich ciąż. Jak podaje tabela nr 11 w 2016 r. łącznie 4 999 dziewcząt poniżej 18. roku życia objętych zostało opieką w związku ze stwierdzoną ciążą. Nie jest to stan zadowalający, ponieważ cięższe nastoletnie związane są z **podwyższonym ryzykiem wystąpienia powikłań w okresie ciąży oraz podczas porodu, jak również z większym zagrożeniem dla płodu i noworodka**⁶.

Z doświadczenia Federacji wynika, że nie wszystkie dziewczęta w ciąży pozostają pod opieką lekarza. Wynika to z obawy przed ujawnieniem rodzicom lub opiekunom prawnym stanu ciąży oraz faktu rozpoczęcia współżycia seksualnego. Zgodnie bowiem z obowiązującym ustawodawstwem (art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry) udzielanie świadczeń zdrowotnym małoletnim poniżej 18. roku życia może odbywać się wyłącznie za zgodą przedstawiciela ustawowego. Zniechęca to młodzież do korzystania z porad ginekologicznych,

⁵ [Sprawdzian \(z\) WDŻ, czyli jak wygląda edukacja seksualna w polskich szkołach? Raport Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton 2014 r.](#)

⁶ <http://www.forumginekologiczne.pl/artukul/ciaze-u-nastolatek-i-zwiazane-z-nimi-ryzyko-kwestia-nie-tylko-wieku-matki/5112>

urologicznych czy nawet dermatologicznych. Dane Państwowego Zakładu Higieny potwierdzają wzrost liczby zachorowań na infekcje przenoszone drogą płciową. Polska jest także krajem w Unii Europejskiej o najwyższym odsetku osób nieświadomych swojego zakażenia wirusem HIV (według szacunków – 50%). Wpływ na ten stan rzeczy ma także brak prowadzenia w szkołach rzetelnej edukacji seksualnej – problem ten został omówiony w innej części niniejszego komentarza.

Federacja konsultowała w ubiegłym roku projekt zmian legislacyjnych mających na celu ułatwienie małoletnim pomiędzy 15. a 18. rokiem życia dostępu do świadczeń zdrowotnych bez obowiązkowej zgody rodziców – w szczególności dotyczących tych sfer zdrowia, które są najbardziej intymne i wrażliwe. Sejm jednakże odrzucił ten projekt w pierwszym czytaniu. Efektu nie przyniosły także apele innych instytucji - Rzecznika Praw Dziecka, Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Ginekologii.

KOMENTARZ FEDERACJI NA RZECZ Kobiet I PLANOWANIA RODZINY

Środki zapobiegania ciąży⁷

W tej części sprawozdania Rada Ministrów cytuje art. 2 ust. 2 ustawy o planowaniu rodziny, zgodnie z którym organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są zobowiązane zapewnić obywatelom swobodny dostęp do metod i środków służących dla świadomej prokreacji. Sama Rada Ministrów podaje, że w sprawozdawczym okresie nie oceniono dostępności do metod i środków służących świadomej prokreacji, szczególnie pod kątem ceny jako potencjalnej bariery. **Przedstawione przez nią dane dowodzą jednak, że cel w postaci zagwarantowania swobodnego dostępu nie został osiągnięty.** Potwierdza to także ranking Europejskiego Parlamentarnego Forum ds. Populacji i Rozwoju dotyczący dostępności środków antykoncepcyjnych i poradnictwa planowania rodziny. Polska ma jedną z najniższych wskaźników w Europie. Utrzymuje się on na poziomie 42,7%. Niższy wskaźnik znajduje się tylko w Rosji, Bułgarii, Grecji, Azerbejdżanie i Ukrainie. Dane dotyczące trendów stosowania antykoncepcji prezentuje m.in. Organizacja Narodów Zjednoczonych⁸. Grupa Ponton od lat zabiega o łatwiejszy dostęp do antykoncepcji dla młodzieży.

Podstawową barierą jest wysoka, dla niektórych kobiet zaporowa, **cena środków antykoncepcyjnych**, zwłaszcza nowoczesnych środków hormonalnych. Rozwiązaniem tego problemu mogłaby być refundacja tych środków. Rada Ministrów raportuje, że „w 2016 r. w okresie sprawozdawczym refundacją objętych było 9 leków o działaniu antykoncepcyjnym. Zostały one umieszczone w grupie limitowej „72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron”. Preparaty te dostępne są przy poziomie odpłatności 30%, we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji. Najtańsze z ww. leków są dostępne za zapłatą pacjenta odpowiednio: 2,47 zł, 2,46 zł, 2,49 zł”.

⁷ Część dot. antykoncepcji powstała we współpracy z Grupą Edukatorów Seksualnych Ponton

⁸ [Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015. Department of Economic and Social Affairs Population Division. United Nations New York, 2015](#)

Warto podkreślić, że była to mniejsza liczba produktów leczniczych, gdyż w sprawozdaniu wzięto pod uwagę każdy lek dwukrotnie – 21 szt. i 63 szt. (ryc. 1). W ostatnim obwieszczeniu (DZ. URZ. Min. Zdr. 2016.133) znalazły się: Cyprest, Cyprodiol, Diane-35, OC-35 oraz Syndi-35. Wszystkie wymienione leki mają dokładnie taki sam skład 0,035 mg etynyloestradiol + 2 mg octan cyproteronu. Można stwierdzić, że jest to jeden lek, ale pod różnymi nazwami.

Leki refundowane dostępne na receptę:

959	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Cyprest, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	21 szt. (bl. po 21 szt.)	5909990613311	2016-01-01 – dla kolumny 12, 2015-09-01 – dla kolumny 13	3 lata – dla kolumny 12, 2 lata – dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	10,26	12,58	6,23
960	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Cyprest, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	63 szt. (bl. po 21 szt.)	5909990613328	2016-01-01 – dla kolumny 12, 2015-09-01 – dla kolumny 13	3 lata – dla kolumny 12, 2 lata – dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	30,78	36,52	18,64
961	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powł., 2+0,035 mg	21 szt.	5909991039486	2015-07-01 – dla kolumny 12, 2015-09-01 – dla kolumny 13	3 lata – dla kolumny 12, 2 lata – dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	8,64	10,88	6,23
962	Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powł., 2+0,035 mg	63 szt.	5909991039509	2015-07-01 – dla kolumny 12, 2015-09-01 – dla kolumny 13	3 lata – dla kolumny 12, 2 lata – dla kolumny 13	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	24,30	29,72	18,64

Źródło: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2016.133)

Refundacja (częściowa) dotyczy zatem tylko niektórych pigułek antykoncepcyjnych z **hormonami starej generacji**, które powodują więcej skutków ubocznych dla kobiet. Część z tych środków przepisywanych jest z innych wskazań medycznych niż działanie antykoncepcyjne. Sprawozdanie rządu pomija to rozróżnienie w swoim opisie sytuacji.

Warto zaznaczyć, że tzw. **minipigułki**, czyli środki jednoskładnikowe (zawierające wyłącznie hormony z grupy progestagenów), możliwe do zażywania np. przez kobiety karmiące piersią, nie są w ogóle refundowane.

W sprawozdaniu można również przeczytać, że „Dodatkowo bez recepty są dostępne, m.in. środki plemnikobójcze w postaci globulek dopochwowych oraz prezerwatywy”. Zgadząmy się, że prezerwatywy dostępne są powszechnie, natomiast ich cena może stanowić barierę ekonomiczną dla młodzieży. Z doświadczeń i wiedzy Grupy Ponton wynika, że aktualnie w Polsce nie ma żadnych środków plemnikobójczych. W 2016 roku pojawiły się informacje o tym, że ostatni dostępny na polskim rynku chemiczny preparat antykoncepcyjny Patentex oval jest niedostępny. Powodem miała być decyzja producenta, by wycofać preparat z dystrybucji.

Podobnie **refundacją nie jest objęta wewnątrzmaciczna wkładka antykoncepcyjna**, którą kobieta musi kupić sama. W sprawozdaniu rządu zabrakło informacji o cenie wkładki i o tym, że jej koszt nie

jest refundowany. Niestety jednorazowy koszt samej wkładki zawierającej hormony, która uznawana jest za jedną z najskuteczniejszych metod antykoncepcji, jest znaczny i stanowi barierę dla wielu kobiet, szczególnie młodych. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami WHO, nastolatki i młode kobiety powinny stosować formę podwójnego zabezpieczenia (*dual protection and dual method use*), w postaci wysoce skutecznej metody antykoncepcyjnej w połączeniu z prezerwatywą, w celu równoczesnej ochrony przed nieplanowaną ciążą i infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Należy zaznaczyć, że procedury wprowadzenia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej (kod ICD-9: 69.7) i jej usunięcia (kod ICD-9: 97.71) są świadczeniami gwarantowanymi w całości finansowanymi ze środków publicznych⁹. **W praktyce jednak pobiera się opłaty albo nie wykonuje świadczeń w publicznych placówkach, w prywatnych zaś cena za tę usługę (400-1000 złotych) znacznie wykracza poza możliwości finansowe większości kobiet,** które w ten sposób chcą się zabezpieczyć przed niechcianą ciążą. W ostatnim czasie nasiliły się skargi przekazywane Federacji o odmowach wykonywania tego świadczenia w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego, w związku z czym Federacja skierowała list do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „NFZ”) z prośbą o interwencję¹⁰. Sprawozdanie nie wskazuje, ile procedur wprowadzenia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej zostało zrefundowanych przez NFZ, co pomogłoby wykazać, jak naprawdę wygląda dostęp do tego środka antykoncepcji.

Nowoczesnymi środkami antykoncepcji hormonalnej są też **plastry antykoncepcyjne oraz krążki dopochwowe**. Ich nowoczesność polega na składzie chemicznym oraz fakcie, że ich zażywanie nie angażuje układu pokarmowego, gdyż hormony przenikają do organizmu przez odpowiednio skórę lub błonę śluzową. Są zatem odpowiednie dla tych kobiet, które nie mogą zażywać środków doustnych. Żaden z tych środków **nie jest jednak refundowany**.

Z doświadczenia Federacji wynika, że pacjentki mają problem z dostępem do zabiegów podwiązania jajowodów oraz sterylizacji w sytuacjach, gdy ewentualna (kolejna) ciąża mogłaby poważnie zagrozić ich zdrowiu, a w konsekwencji życiu. Przyczyną jest karalność czynu polegającego na „pozbawieniu możliwości płodzenia”, która jest jednak uchylona w sytuacji konieczności ratowania życia kobiety. W praktyce lekarze za taką konieczność uznają wyłącznie bezpośrednie zagrożenie życia mające miejsce w danej chwili i w związku z tym ignorują wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań w późniejszym czasie oraz odmawiają wykonania zabiegu, mimo jednoznacznej woli pacjentki. Z drugiej strony media od czasu do czasu donoszą o przypadkach sterylizacji kobiet dokonywanych bez ich zgody (lekarze decydują za kobiety) oraz pełnej dostępności zabiegu wazektomii (stosowanego u mężczyzn), który przecież także niesie ze sobą ryzyko trwałego pozbawienia zdolności płodzenia.

⁹ zgodnie z Załącznikiem nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz Załącznikiem nr 7 do Zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowotnego z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

¹⁰ Informacje o tym, co robić w sytuacji odmowy założenia lub usunięcia wkładki w ramach NFZ: <http://federa.org.pl/odmowa-swiadczenia-gwarantowanego-poradnik-postepowania/>

Antykoncepcja awaryjna

Warto też zauważyć, że również **środki antykoncepcji awaryjnej (inaczej postkoitalnej), czyli tak zwane pigułki „po stosunku”, nie są w żaden sposób refundowane**. Co więcej dostęp do nich był (i nadal jest) ograniczony z powodu konieczności uzyskania recepty oraz niechęci lekarzy do ich wystawiania. Lekarze powołują się na **klauzulę sumienia** bezprawnie - art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który reguluje tę kwestię, nie obejmuje swym zakresem świadczeń takich jak wypisanie recepty czy udzielenie porady - lub odmawiają wystawienia recepty bez podania przyczyny. Z doświadczeń Federacji wynika, że dzieje się tak w związku z niezamierzonym bądź celowym myleniem antykoncepcji poskoitalnej ze środkami poronnymi, które jednak nie są w Polsce dopuszczone do obrotu. Może to wynikać z niedostatecznej wiedzy przekazywanej w trakcie studiów medycznych, bądź na specjalizacji, jak również ze względów ideologicznych. Jednocześnie warto zauważyć, że w tym kontekście czas odgrywa kluczową rolę, a każda chwila oczekiwania lub poszukiwań lekarza, który wystawi receptę drastycznie, zmniejsza ochronę przed niechcianą ciążą. W związku z tym, jednoznacznie negatywnie należy ocenić zmiany legislacyjne poczynione w maju 2017 r.¹¹, polegające na **przywróceniu obowiązkowych recept na środek antykoncepcji awaryjnej ellaOne**, który do połowy zeszłego roku był ostatnim środkiem sprzedawanym bez recepty. Zarówno Grupa Ponton, jak i Federacja wystosowały swoje krytyczne stanowisko¹².

W czasie prac legislacyjnych nad przywróceniem recept na środek ellaOne (i jednocześnie ustaleniem zasady, że odtąd każdy środek o działaniu antykoncepcyjnym, bez względu na to, jak bardzo byłby bezpieczny, będzie wydawany tylko na receptę) projektodawca ignorował argumenty merytoryczne przemawiające przeciwko takiej zmianie oraz uciekał się do manipulacji. Twierdził na przykład, że produkt ellaOne jest nadużywany przez nastolatki. Tymczasem z badania zrealizowanego przez Millward Brown w 2016 r. wśród farmaceutów wynika, że w Polsce największą grupę klientów aptek decydujących się na zakup ellaOne stanowią osoby w wieku 25-30 lat (45%). Na kolejnych miejscach w zestawieniu znalazły się klientki w wieku 18-24 lata (21%) oraz 31-35 lat (18%). Osoby w wieku poniżej 18 lat stanowią niespełna 2% kupujących. Ograniczenie w dostępie dla nastolatek stanowi stosunkowo wysoka cena produktu. Ponadto, producent ellaOne wskazuje, że Polska jest krajem o jednym z najniższych w Europie stopniu penetracji rynku - określanym przez odsetek kupujących ellaOne w całej populacji kobiet w wieku 15-49 lat. W przypadku Polski w 2015 r. wyniósł on 2,9%, co plasuje ją na 22. miejscu w zestawieniu obejmującym 24 państwa, przy średnim stopniu penetracji wynoszącym 6,4%. Minister Zdrowia próbował także przekonać opinię publiczną o szkodliwości dla zdrowia zażywania ellaOne. Zlekceważył tym samym fakt, że produkt ten został przebadany przez Europejską Agencję Leków, której pozytywna opinia z dnia 21 listopada 2014 r. (sygn.

¹¹ ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wprowadzająca zmiany w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne została uchwalona 25 maja 2017 r., weszła w życie 23 lipca 2017 r.

¹² <http://ponton.org.pl/pl/blog/stanowisko-pontonu-w-sprawie-ograniczenia-dostepnosci-antykoncepcji-awaryjnej-ellaone>

<http://federa.org.pl/stanowisko-federacji-ws-ograniczenia-dostepu-do-ellaone/>

EMA/710568/2014) stała się podstawą decyzji C(2015)51 Komisji Europejskiej o dopuszczeniu do obrotu antykoncepcji doraźnej ellaOne bez konieczności uzyskania recepty lekarskiej. Poprzez zmiany legislacyjne z maja ubiegłego roku, Polska dołączyła do trzech krajów, które jako ostatnie w Europie dopuszczają sprzedaż antykoncepcji awaryjnej wyłącznie na receptę. Należą do nich: Rosja, Węgry, Albania. Zmiana ta uderza szczególnie w osoby młode – odebrano im ratunek w sytuacji awaryjnej.

O niskim dostępie do środków zapobiegania ciąży świadczy liczba nastoletnich ciąży. Jak podaje tabela nr 11 w 2016 r. łącznie 4 999 dziewcząt poniżej 18. roku życia objętych zostało opieką związką ze stwierdzoną ciążą. Nie jest to stan zadowalający, ponieważ ciąży nastoletnie związane są z **podwyższonym ryzykiem wystąpienia powikłań u nastolatki w okresie ciąży oraz podczas porodu, jak również z większym zagrożeniem dla płodu i noworodka**¹³.

Rekomendacje międzynarodowe nt. antykoncepcji

Zgodnie z zaleceniami Komitetu ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet (CEDAW/C/POL/CO/7-8), działania państwa polskiego ukierunkowane winny być na zapewnienie kobietom i małoletnim dziewczętom, w tym kobietom z obszarów wiejskich, dostępu do przystępnej cenowo antykoncepcji poprzez „wprowadzenie refundowania nowoczesnych i skutecznych metod w publicznym systemie opieki zdrowotnej”.

Podobne rekomendacje w zakresie dostępu do antykoncepcji dla nastolatek przedstawił Komitet Praw Dziecka. Zauważył on, że wiek inicjacji seksualnej jest coraz niższy, zaś wczesne ciąży stanowią czynnik wpływający na problemy zdrowotne młodych matek, stąd pożądanym jest zagwarantowanie także małoletnim pacjentkom dostępu do środków antykoncepcyjnych.

Komisarz ds. Praw Człowieka Rady Europy Nils Muižnieks w swoim raporcie z dnia 15 czerwca 2016 r. (CommDH(2016)23) podsumowującym wizytację Polski w dniach 9-12 lutego 2016 r., rekomendował polskim władzom podjęcie wszystkich potrzebnych środków do usunięcia barier w dostępie do antykoncepcji dla wszystkich kobiet w całym kraju.

Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ w swoich rekomendacjach z dnia 7 października 2016 r. (E/C.12/POL/CO/6) wezwał Polskę do zapewnienia powszechnego dostępu do usług i informacji dotyczących zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz przystępnych cenowo, bezpiecznych i skutecznych środków antykoncepcyjnych.

Podobne rekomendacje dnia 4 listopada 2016 r. sformułował Komitet Praw Człowieka ONZ (CCPR/C/POL/CO/7), który zalecił polskiemu rządowi zapewnienie prawdziwe skutecznego dostępu do antykoncepcji.

Omawiane sprawozdanie dowodzi, że Rada Ministrów systematycznie ignoruje powyższe zalecenia prezentowane również w poprzednich komentarzach Federacji.

¹³ <http://www.forumginekologiczne.pl/artukul/ciaze-u-nastolatek-i-zwiazane-z-nimi-ryzyko-kwestia-nie-tylko-wieku-matki/5112>

Badania prenatalne

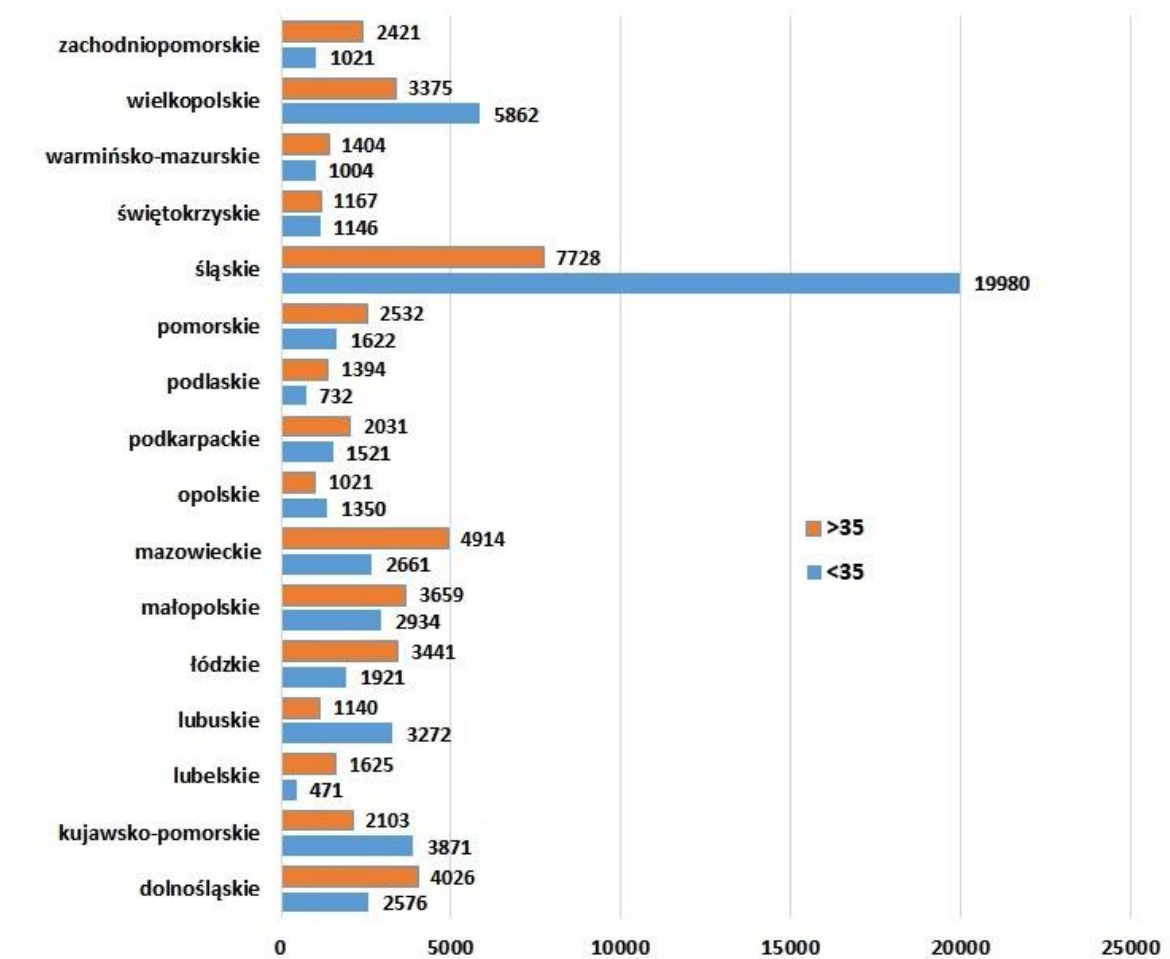
Z doświadczenia Federacji wynika, że w praktyce występują problemy z realizacją programu badań prenatalnych. Lekarze w ogóle nie informują ciężarnych pacjentek o istnieniu takiego programu, ani nie kierują na odpowiednie badania w momencie stwierdzenia przesłanki kwalifikującej do udziału w programie. Powodem odmowy skierowania na badania bywa korzystanie przez lekarzy z klauzuli sumienia, mimo że art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty, który reguluje tę kwestię, nie obejmuje swym zakresem świadczeń takich jak wystawienie skierowania na badania. Częstym powodem ograniczania dostępu do badań prenatalnych jest utożsamianie ich z automatyczną decyzją o terminacji ciąży. Warto w tym miejscu przypomnieć wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2008 r. (sygn. akt III CSK 16/08), który uznaje takie działanie za bezprawne, bowiem: „Prawo do takich badań nie jest bowiem pochodną prawa do legalnego przerwania ciąży z przyczyn określonych w tym przepisie, lecz jest konsekwencją prawa kobiety w ciąży do informacji o stanie płodu, jego ewentualnych schorzeniach i wadach oraz możliwościach ich leczenia jeszcze w okresie płodowym”. **Zatem korzystanie przez lekarza z klauzuli sumienia w kwestii przeprowadzenia aborcji nie zwalania go z obowiązku skierowania ciężarnej pacjentki na badania prenatalne oraz rzetelnego przedstawienia ich wyników i możliwych konsekwencji z nich wynikających, nawet jeśli wyniki te miałyby posłużyć jej do podjęcia decyzji o terminacji ciąży.**

Jednocześnie należy negatywnie ocenić posługiwanie się w treści sprawozdania sformułowaniem, że zabiegi aborcji są wykonywane „w wyniku przeprowadzenia testów prenatalnych”. Utrwała to bowiem fałszywy stereotyp, jakoby badania prenatalne służyły wyłącznie przeprowadzaniu zabiegów aborcji oraz **wypiera prawdę o tym, że wskazaniem do aborcji jest „ciężkie i nieodwracalne upośledzenie płodu lub choroba zagrażająca jego życiu”.**

Z doświadczenia Federacji wynika kolejny problem w zakresie dostępności badań prenatalnych – mianowicie kwestia terminów realizacji skierowań oraz czasu oczekiwania na wyniki. Federacja otrzymuje sygnały, że czas ten bywa – z różnych powodów – przeciągany. Często wydłużenie następuje do momentu, w którym, w razie potwierdzenia wady płodu, możliwość podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży oraz wyegzekwowania świadczenia, staje się znacznie utrudniona lub wręcz niemożliwa. Poniższa grafika pokazuje, że już teraz dostęp do badań jest zróżnicowany geograficznie i wielu województwach jest poniżej średniej krajowej. Badania przeprowadzono u 94 552 pacjentek, ale nie wiadomo, jaki to procent kobiet w ciąży – Ministerstwo Zdrowia utrzymuje, że nie da się porównać liczby ciąż z liczbą przeprowadzonych badań¹⁴.

¹⁴ Odpowiedź Ministra Zdrowia na uwagi RPO do Sprawozdania za 2014 rok z dnia 29 marca 2017 r., znak: MDP.0763.7.2016.AB(6), s. 23.

Realizacja programu badań prenatalnych w 2016 roku w podziale na wiek kobiet



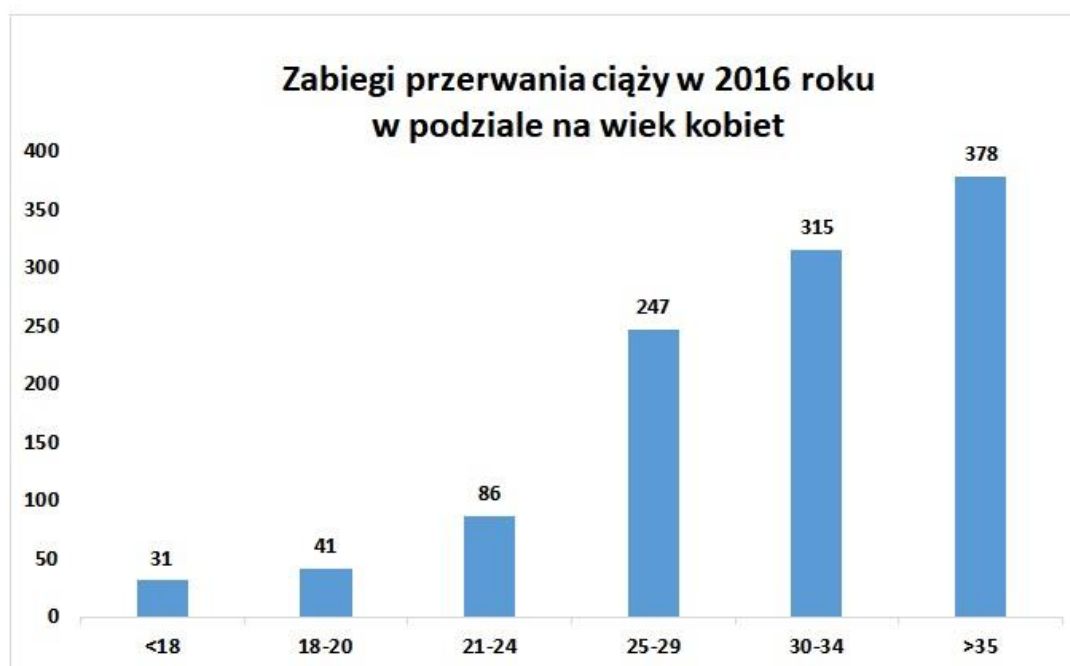
Źródło danych: Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2014 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Zarówno Komisarz ds. Praw Człowieka Rady Europy w swoim raporcie (CommDH(2016)23), jak i Komitet Praw Człowieka ONZ w swoich zaleceniach (CCPR/C/POL/CO/7) rekomendują zapewnienie kobietom rzeczywistego dostępu do badań prenatalnych i efektywnej procedury odwoławczej od odmowy skierowania na takie badania, która nie powinna trwać tak długo, jak ma to miejsce obecnie.

Zabiegi aborcji

Zgodnie ze sprawozdaniem Rady Ministrów, w 2016 r. wykonano łącznie 1100 zabiegów przerywania ciąży na podstawie ustawy o planowaniu rodziny, w tym 55 aborcji z powodu zagrożenia życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, 1044 aborcje w sytuacji, w której badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu oraz 1 aborcję w okolicznościach

wskazujących, że ciąża była wynikiem czynu zabronionego. Jak obrazuje poniższa grafika, zabiegi przeprowadzane są zwykle u kobiet powyżej 25. roku życia.



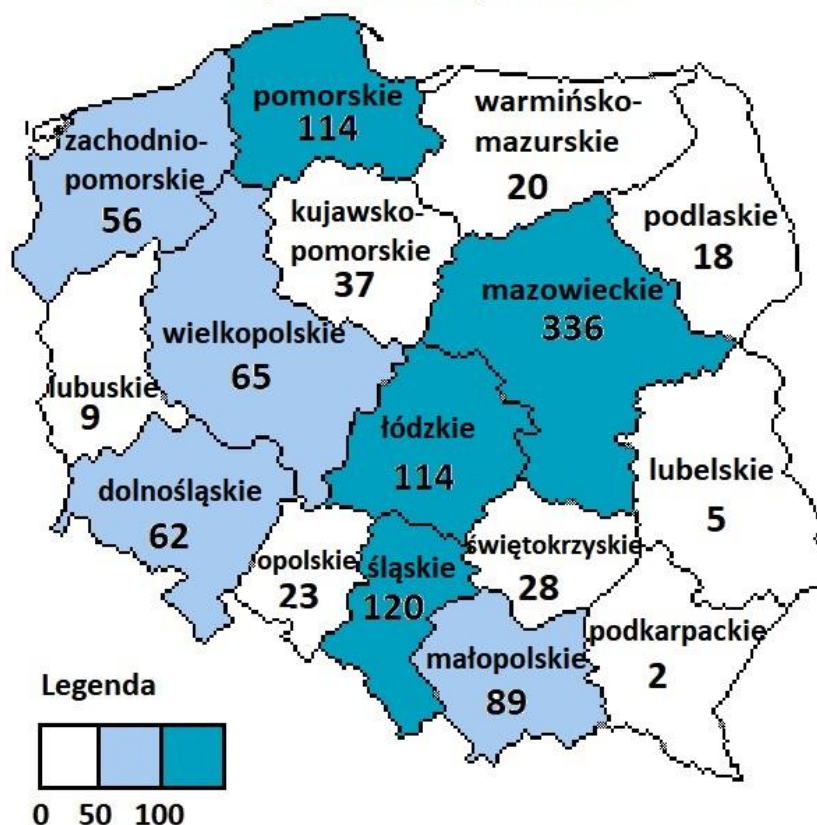
Źródło danych: Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2014 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Dane te, choć wykazują niewielki wzrost liczby zabiegów w stosunku do lat poprzednich, wciąż pozostają w **rażącej dysproporcji** w stosunku do liczby kobiet w Polsce w wieku reprodukcyjnym (9.128.622 kobiet¹⁵) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia którejkolwiek z przesłanek ustawowych dopuszczających przerwanie ciąży. Mały, choć zauważalny wzrost związany jest z rozwojem diagnostyki prenatalnej oraz możliwości wykrycia ciężkiej i nieodwracalnej wady płodu na wczesnym etapie ciąży, mimo narastającej praktyki ograniczania przez lekarzy i szpitale dostępu ciężarnych pacjentek do badań prenatalnych (więcej szczegółów w sekcji komentarza poświęconej badaniom prenatalnym).

Zaprezentowane dane dotyczące liczby przeprowadzonych w Polsce w 2016 r. zabiegów przerwania ciąży jasno i dobitnie pokazują, że **ustawa o planowaniu rodziny jest stosowana obecnie w stopniu znikomym**. Wiele placówek zakontraktowanych przez NFZ odmawia wykonania tych świadczeń. W 2016 roku legalne przerwanie ciąży przeprowadzono w 47 jednostkach, co stanowi ok. 10% wszystkich placówek objętych umowami z Funduszem. Ponadto dostępność jest zróżnicowana geograficznie, tzn. istnieją całe regiony pozbawione dostępu do legalnej aborcji. Szczególnie alarmujące są informacje o tych województwach, w których w całym 2016 r. przeprowadzono 2 aborcje (podkarpackie), 5 (lubelskie) czy 9 (lubuskie).

¹⁵ <http://www.polskawliczbach.pl>

**Zabiegi przerwania ciąży w 2016 roku
w podziale na województwa**



Źródło danych: Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania w 2016 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Opublikowany materiał statystyczny potwierdza wnioski płynące z raportu wieńczącego monitoring przeprowadzony przez Federację w 2016 r. pt. [„Dzień dobry, chcę przerwać ciążę”](#). Raport ten jednoznacznie wskazuje na **bezprawne postępowanie polskich szpitali, które poprzez ustanawianie arbitralnych procedur wewnętrznych (zarówno spisanych, jak i nieoficjalnych) starają się uniknąć przeprowadzania zabiegów przerywania ciąży**, te zaś należą one do świadczeń gwarantowanych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁶. **Wachlarz metod stosowanych przez podmioty lecznicze w celu obejścia ustawy poprzez wydłużenie procedur diagnostycznych i biurokratycznych aż do przekroczenia ustawowego terminu na przeprowadzenie zabiegu przerwania ciąży jest szeroki**. Należą do nich: zlecenie badań nieistotnych dla postawionej diagnozy, sztuczne wydłużanie czasu oczekiwania na wyniki rozstrzygających badań (takich jak np. amniopunkcja), wymogi dostarczania dodatkowych, trudnych do zdobycia dokumentów (np. zaświadczenia od Krajowego Konsultanta ds. Ginekologii i Położnictwa), zwoływanie konsyliów i narad, obligatoryjne konsultacje psychologiczne. Należy podkreślić, że wszystkie wymienione wyżej działania nie są wymagane ani

¹⁶ W załączniku nr 1 do rozporządzenia sklasyfikowane zostały procedury medyczne prowadzące do zakończenia ciąży, należą do nich pozycje oznaczone numerami: 69.01; 75.03; 99.295.

przez prawo, ani względy medyczne. Ustawa o planowaniu rodziny przewiduje tylko dwa kryteria: zaświadczenie od lekarza o wystąpieniu ustawowej przesłanki do przerwania ciąży (względnie zaświadczenie od prokuratora o prawdopodobieństwie dokonania czynu zabronionego, którego skutkiem jest ciąża) oraz przeprowadzenie zabiegu przez lekarza innego niż ten, który wystawił zaświadczenie.

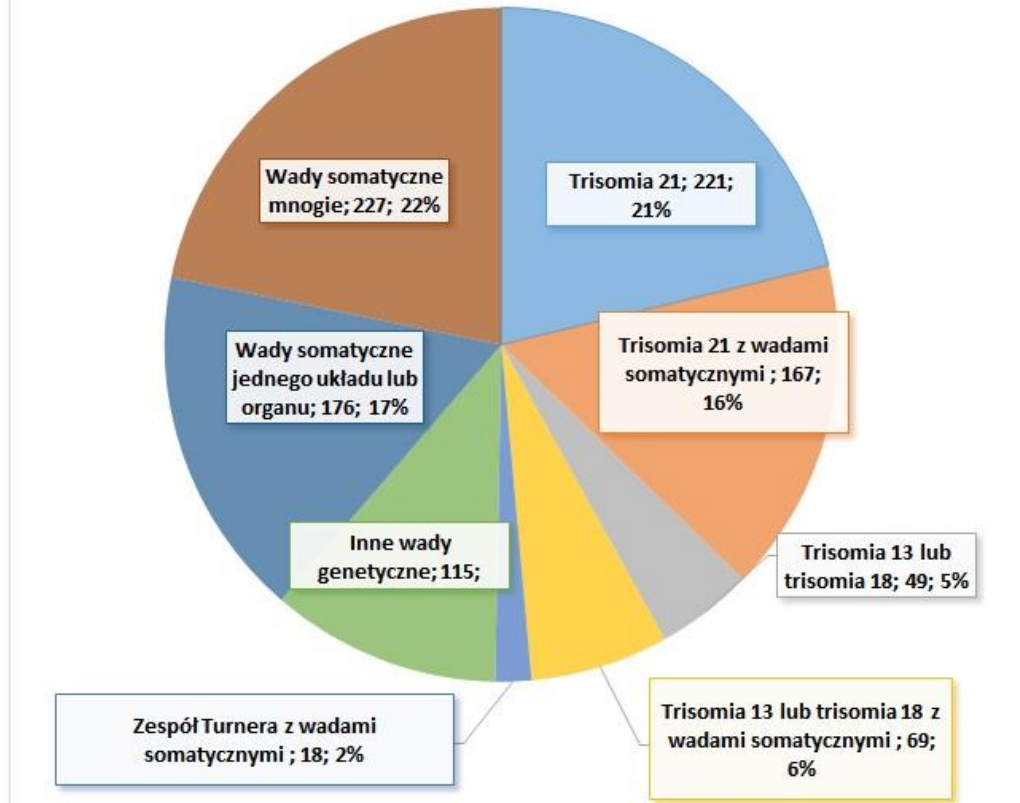
Doświadczenie poprzednich lat nakazuje jednakże **zachowanie dystansu w stosunku do prezentowanych danych**. Najbardziej rażącym dowodem jest sprawa rozstrzygnięta przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu w 2012 roku, odnosząca się do sytuacji małoletniej dziewczyny, której ciąża będąca wynikiem przestępstwa, została legalnie przerwana w publicznym szpitalu, przy czym w roku 2008 (czyli roku przeprowadzenia zabiegu) nie odnotowano w oficjalnych statystykach żadnej aborcji z tej przyczyny.

Sprawozdanie Rady Ministrów **nie podaje żadnych statystyk dotyczących zjawiska nielegalnych aborcji** uzasadniając to trudnością zbadania zagadnienia. Tymczasem Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet w Uwagach końcowych z dnia 7 listopada 2014 r. (CEDAW/C/POL/CO/7-8) wprost rekomenduje, by skalę nielegalnych aborcji sprawdzać poprzez wspieranie i finansowanie badań temu służących.

Na uznanie z kolei zasługuje fakt, że w sprawozdaniu po raz pierwszy pojawiły się dane na temat liczby zabiegów przerwania ciąży w podziale na konkretne wady w związku z wprowadzeniem nowego formularza sprawozdawczego¹⁷ przekazywanego przez szpitale do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Udostępnienie statystyk, do których Federacja dotarła w grudniu 2017 roku, w ramach dostępu do informacji publicznej, pomogło obalić rozpowszechnione mity o głównej przyczynie przerywania ciąży z przesłanki embriopatologicznej. Z danych CSIOZ wynika, że 21% aborcji (221 przypadków) dokonano z powodu stwierdzenia samego zespołu Downa, a dodatkowe 16% z powodu trisomii 21 ze współwystępującymi poważnymi wadami somatycznymi (wady serca, naczyń, wodogłowie, wytrzewienie, rozszczepy kręgosłupa). Większość zabiegów nastąpiła wskutek stwierdzenia wad somatycznych jednego lub wielu organów (łącznie 38,7%) jak wady cewy nerwowej, układu krążenia, mięśniowo-szkieletowego i moczowego, beczaszki, rozszczep kręgosłupa.

¹⁷ formularz MZ-29 „Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego”, dział 10. Dodatkowe informacje o działalności oddziału ginekologiczno-położniczego, tabela A.

**ZABIEGI PRZERWANIA CIĄŻY W 2016 ROKU
WEDŁUG PRZYCZYN EMBRIOLOGICZNYCH
(NAZWA WADY, LICZBA, UDZIAŁ %)**



Źródło danych: Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2014 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Klauzula sumienia

Wciąż ogromną rolę w ograniczaniu dostępu do legalnej aborcji odgrywa **klauzula sumienia**, czyli **prawo do powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem** na podstawie art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W praktyce jest ona stosowana wyłącznie do odmowy wykonania zabiegów aborcji. Z doświadczenia Federacji wynika, że **stosowaniu klauzuli towarzyszą liczne nieprawidłowości**, ponieważ lekarze powołujący się na klauzulę nie wykonują ustawowych obowiązków jej towarzyszących, tj. **nie odnotowują tego faktu w dokumentacji medycznej pacjentki ani nie informują o tym przełożonych**. Stan prawny dotyczący klauzuli sumienia uległ dodatkowo pogorszeniu wskutek wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r.¹⁸, w którym Trybunał uznał obowiązek lekarza wskazywania innej realnej możliwości uzyskania świadczenia za niekonstytucyjny. W uzasadnieniu wyroku podkreślił jednak, że prawo pacjenta do informacji i gwarantowanego ustawą świadczenia

¹⁸ sygn. akt K 12/14

wciąż musi być realizowane, tylko za pomocą innego podmiotu publicznoprawnego wykonującego działalność leczniczą finansowaną ze środków publicznych. Niestety od dnia wejścia w życie tego orzeczenia Trybunału w polskim porządku prawnym nie istnieje żadna instytucja, która byłaby wprost do tego zobowiązana. Polskie władze nie podjęły dotąd – i nic nie wskazuje na to, żeby miało się to zmienić – żadnej inicjatywy legislacyjnej mającej na celu ustalenie takiego podmiotu i jego obowiązku w tej kwestii. **Rezultatem jest niemożność uzyskania przez kobiety świadczenia zdrowotnego zagwarantowanego w ustawie o planowaniu rodziny.** Na problem z ograniczającym charakterem regulacji klauzuli sumienia zwracały uwagę także orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (*Tysiąc przeciwko Polsce* oraz *R.R. przeciwko Polsce*).

Sprawozdanie **nie zawiera żadnej analizy funkcjonowania klauzuli sumienia w praktyce oraz ograniczeń w dostępie do legalnych świadczeń z zakresu zdrowia reprodukcyjnego**, jakie może ona powodować. W sprawozdaniu rządu nie podano, ile razy sytuacje powołania się na klauzulę miały miejsce, udzielania jakich świadczeń dotyczyły (badania prenatalne, zabieg aborcji) oraz czy i gdzie kobietom udzielono ostatecznie danego świadczenia zdrowotnego. Brak analizy razi szczególnie w kontekście tego, że zarówno Federacja, jak i Rzecznik Praw Obywatelskich, wielokrotnie sygnalizowali rządowi ten problem i rekomendowali wprowadzenie stosownych reform w tym zakresie.

Zgodnie ze sprawozdaniem Rady Ministrów najniższy odsetek aborcji przeprowadzonych w 2016 r. stanowią te, w przypadku których ciąża była wynikiem czynu zabronionego (tylko 1 zabieg). Istnieje wiele czynów zabronionych, w wyniku których kobieta może zająć w ciążę. Są to: zgwałcenie, seksualne nadużycie zależności, seksualne wykorzystanie bezradności lub nadużycie zaufania, seksualne wykorzystanie małoletniego, kazirodztwo, zmuszanie do prostytucji oraz znęcanie się nad osobą najbliższą (w sprawach, gdy przemoc seksualna jest jej częścią). W 2016 r. wszczęto 2426 postępowań dotyczących tylko przestępstwa zgwałcenia¹⁹ (art. 197 k.k.). Część z nich w sposób oczywisty skutkuje niechcianą ciążą, którą w większości przypadków kobieta chce zakończyć. Zgodnie z danymi zawartymi w sprawozdaniu rządu jednak tak się nie dzieje. Z doświadczenia Federacji wynika, że często przyczyną nieprzeprowadzenia ciąży powstałej w wyniku czynu zabronionego jest **odmowa przez prokuratora wystawienia stosowanego zaświadczenia**. W sprawozdaniu **brak jest jednak danych dotyczących liczby kobiet, które zwracały się do prokuratora o wydanie zaświadczenia, a go nie uzyskały**. Jedną z przyczyn tak niskiej liczby wykazanych w sprawozdaniu zabiegów przerwania ciąży powstałej w wyniku czynu zabronionego, może być także dopuszczalność przeprowadzenia aborcji z powodu tej przesłanki w prywatnym gabinecie lekarskim (inaczej niż ma to miejsce w odniesieniu do pozostałych dwóch przesłanek, gdzie zabieg musi przeprowadzić lekarz w szpitalu), a tylko dane z publicznych szpitali nadzorowanych przez odpowiednie resorty zostały zebrane i opublikowane przez Radę Ministrów.

¹⁹ <http://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko-6/63496,Zgwalcenie-art-197.html>

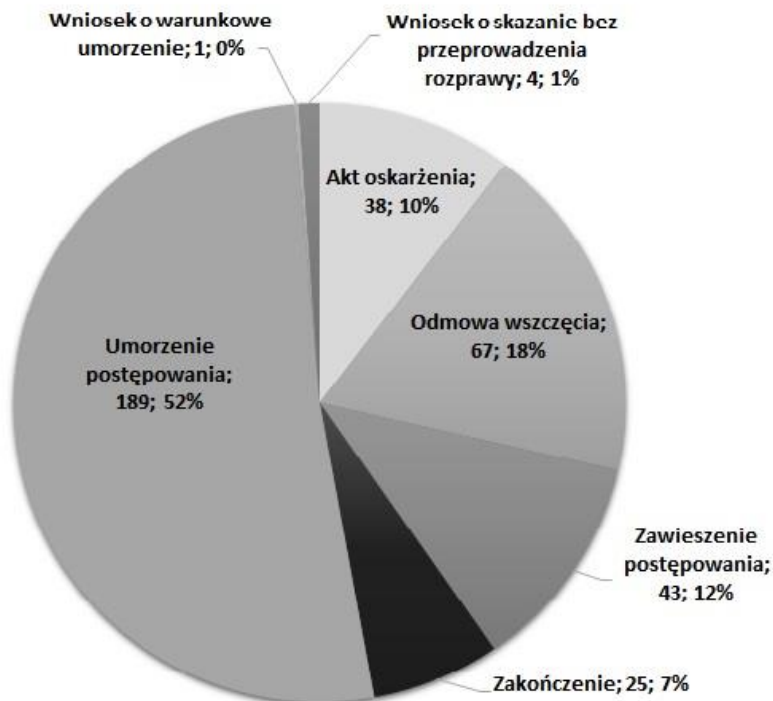
Działania podejmowane w celu respektowania ustawy

Działania organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości

Ta część sprawozdania odnosi się do zjawiska zwanego „efektem mrozącym” (ang. *chilling effect*), czyli powstrzymywania się lub zniechęcenia do wykonywania prawnych obowiązków lub realizacji swoich praw z powodu poczucia zagrożenia sankcją lub konsekwencjami prawnymi za swoje działanie. Terminu tego użył Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku *R.R. przeciwko Polsce* dotyczącym braku dostępu do aborcji. Trybunał stwierdził wówczas, że **„restrykcje prawne dotyczące aborcji w Polsce, łącznie z zagrożeniem odpowiedzialności karnej z art. 152 § 1 (dzisiaj art. 152 § 1 – przyp. aut.) Kodeksu karnego, mogą powodować u lekarzy tzw. efekt mrozący podczas decydowania o tym, czy przesłanki do legalnej aborcji są w danym przypadku spełnione”**. W kontekście zdrowia reprodukcyjnego efekt mrozący prowadzi do odmawiania przez lekarzy wykonywania legalnych zabiegów przerywania ciąży lub dążenia do tego, by ich nie wykonywać (np. poprzez sztuczne przedłużanie procedur diagnostycznych lub administracyjnych) z powodu penalizacji (zagrożenia karą w kodeksie karnym) zabiegów aborcji wykonywanych z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. **Lekarze boją się: 1) skojarzeń z przestępcami z powodu wykonywania zabiegów terminacji ciąży; 2) odpowiedzialności karnej w przypadku, gdyby organy ścigania uznały, że ocena przesłanek dopuszczających zabieg aborcji, dokonana przez lekarza, była nieprawidłowa.**

Zaprezentowane dane potwierdzają, że groźba poniesienia kary jest realna: organy ścigania prowadzą śledztwa w kierunku przestępstw dotyczących przerywania ciąży za zgodą kobiety (art. 152 k.k.), a niektóre z nich kończą się skazaniem.

Postępowania w 367 sprawach zarejestrowanych w 2016 roku dot. ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy (liczba i udział procentowy)



Źródło danych: Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2014 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Sprawozdanie nie podaje natomiast danych na temat działań prokuratury w związku z realizacją (lub jej brakiem) obowiązku określonego w art. 4a ust. 5 ustawy o planowaniu rodziny, zgodnie z którym prokurator został zobowiązany do stwierdzenia okoliczności uzasadnionego podejrzenia, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. O problemach związanych z uzyskaniem stosownego zaświadczenia od prokuratora, stanowiących barierę w dostępie do zabiegów aborcji była już mowa w części komentarza poświęconej przerywaniu ciąży.

Działania Rzecznika Praw Pacjenta

W tej części sprawozdania czytamy jakoby w 2016 r. do Biura Rzecznika Praw Pacjenta nie wpłynął żaden sprzeciw od opinii albo orzeczenia lekarza dotyczący podanej problematyki (uregulowanej w ustawie o planowaniu rodziny). W tym świetle podkreślić należy, że ze względu na stygmatyzację aborcji ciężarne kobiety, które chcą przerwać ciążę zgodnie z ustawą o planowaniu rodziny, lecz napotykają w tej mierze problemy, nie składają zwykle skarg. Ich pierwszym punktem kontaktowym jest Federacja, która udziela informacji na temat obowiązującego prawa i pomaga je wyegzekwować. Częstokroć powiadamia o tym Rzecznika Praw Pacjenta, prosząc go o interwencję. Dlatego też

sprawozdanie podaje, że w 2016 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził 6 postępowań wyjaśniających dotyczących kobiet w ciąży w kontekście ustawy o planowaniu rodziny. Nie są to jednak wszystkie przypadki. Często kobiety zniechęcone działaniem lekarzy i szpitali rezygnują z zabiegu w publicznym systemie służby zdrowia i wyjeżdżają za granicę, mimo występowania przesłanki dopuszczającej legalną aborcję w Polsce²⁰.

W przypadkach dostępu do aborcji ważną rolę odgrywa czas – w przypadku dwóch przesłanek jest to ustawowy termin, do którego można legalnie dokonać terminacji ciąży, w przypadku jednej szybkość działania wymuszona jest przez konieczność ratowania życia i zdrowia kobiety w ciąży. Rozpatrywanie sprzeciwu od decyzji lub opinii lekarza może natomiast potrwać nawet 30 dni – jest to stanowczo za długo w przypadku konieczności natychmiastowej interwencji. **Taki nieefektywny, niedostosowany do specyfiki aborcji charakter środka odwoławczego, jakim jest sprzeciw pacjencki, był przedmiotem krytyki w wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie R.R. przeciwko Polsce, w którym to wyroku Trybunał zalecił Polsce, by zreformowała procedurę sprzeciwu.** Od wydania wyroku w 2011 r. zalecenia nie zostały wykonane. Natomiast przygotowana w 2016 r. nowelizacja, która była o krok od ulepszenia procedury (przede wszystkim miała skrócić maksymalny czas na rozpatrzenie sprzeciwu przez Komisję Lekarską), została wycofana na etapie Rady Ministrów, czyli tuż przed złożeniem projektu zmiany ustawy do Sejmu.

W 2016 r. za pośrednictwem Bezpłatnej Ogólnopolskiej Infolinii Rzecznika Praw Pacjenta wniesiono zapytania w 26 sprawach dotyczących problemów związanych z przerwaniem ciąży (problematyka zgłoszeń dotyczyła informacji o warunkach i przesłankach przerwania ciąży oraz problemów związanych z miejscem wykonania zabiegu) oraz że Rzecznik Praw Pacjenta wszczął 3 postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów dotyczące kobiet w ciąży w województwie podkarpackim. Cieszy reakcja Rzecznika, lecz jednocześnie dane te są potwierdzeniem ograniczonego dostępu do zabiegów aborcji w Polsce.

Sprawozdanie wskazuje także zagadnienia, co do których Biuro Rzecznika Praw Pacjenta świadczyło poradnictwo. Obszary tematyczne pokrywają się z tymi, które zgłaszane są Federacji jako problematyczne (Federacja również udziela porad prawnych i tworzy materiały informacyjne): 1) prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, w tym diagnostyki w okresie ciąży oraz procedury postępowania w opiece okołoporodowej; 2) obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych; 3) prawa do bezpłatnej opieki okołoporodowej; 4) problemu ograniczonego dostępu do świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii dla kobiet w okresie ciąży; 5) refundacji świadczeń w okresie ciąży; 6) opłat za dodatkową opiekę pielęgnacyjną; 7) możliwości skorzystania przez pacjentki ze znieczulenia; 8) pomocy psychologicznej w sytuacji wczesnych poronień, ciąż patologicznych; 9) świadczenia opieki okołoporodowej dla kobiety nieubezpieczonej w Polsce lub nie będącej obywatelką; 10) zasad korzystania z badań prenatalnych; 11) trudności w uzyskaniu karty martwego urodzenia; 12) uprawnień przysługujących kobietom po poronieniu²¹.

²⁰ <http://time.com/poland-abortion-laws-protest/>

²¹ <http://federa.org.pl/karta-martwego-urodzenia/>

Działania Naczelnego Sądu Lekarskiego i Okręgowych Sądów Lekarskich

Sprawozdanie nie poświęca wiele miejsca odpowiedzialności zawodowej lekarzy realizowanej w ramach korporacji lekarskiej.

Z przedstawionych danych wynika, że na wokandach Okręgowych Sądów Lekarskich, jak i Naczelnego Sądu Lekarskiego, w określonych kategoriach: 1) opieka nad kobietami w ciąży, 2) opieka okołoporodowa, 3) badania genetyczne płodu, 4) zabiegi przerywania ciąży – prowadzono w 2016 r. łącznie 33 sprawy. Najwięcej spraw prowadzono w kwestii opieki okołoporodowej (21) i nad kobietami w ciąży (10). Zupełnie nie zajmowano się badaniami prenatalnymi, a w stopniu znikomym – zabiegami przerywania ciąży.

W wielu Okręgowych Izbach Lekarskich przez cały 2016 r. nie prowadzono żadnej sprawy np. w miastach takich jak: Białystok, Bydgoszcz, Katowice, Lublin, Rzeszów.

Pierwsze zastrzeżenie budzi znaczenie użytego w raporcie pojęcia „prowadzonych spraw”. Autorzy nie precyzują, czy chodzi o sprawy wszczęte w toku jednej instancji w tym roku, czy też o takie, które zostały dodatkowo zakończone. Autorzy nie podają również, ile spraw z lat poprzedzających 2016 r. nie znalazło swojego zakończenia, ani jakie wyroki w tych sprawach zapadały.

Nie jest możliwa zatem ocena, jaką wagę przykładają sądownictwo korporacyjne do deliktów dyscyplinarnych popełnionych w zakresie przywołanej wyżej tematyki.

Rozczarowujący jest brak danych na temat spraw związanych z powoływaniem się przez lekarza na tzw. klauzulę sumienia i ocenę prawidłowości takiego postępowania.

Obraz, który jawi się w wyniku lektury sprawozdania, w zasadzie mógłby doprowadzić do wniosku, że działania lekarzy w powołanych wyżej zakresach działań jest wzorowy, a problem w zasadzie nie istnieje, a z całą pewnością ma marginalny charakter, szczególnie że liczba postępowań dotyczących powołanych wyżej kategorii, w porównaniu z 2015 r. albo zmniejszyła się, albo przynajmniej pozostała bez zmian. Praktyka Federacji wskazuje jedna na coś przeciwnego.

Sprawozdanie Rady Ministrów budzi poważne wątpliwości, albowiem w ogóle nie odnosi się do pracy i sprawozdań Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej (dalej: „OROZ”) działających przy Okręgowych Izbach Lekarskich (dalej: „OIL”) oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (dalej: „NROZ”). Nie pokazuje danych w kontekście procesu, jaki trwa od momentu wniesienia skargi do prawomocnego zakończenia wywołanego nią postępowania.

Sprawozdanie powinno dodatkowo ująć w swoje ramy liczby:

- skarg wniesionych do OROZ?
- odmów wszczęcia postępowania?
- postanowień o wszczęciu postępowania przez OROZ?
- postanowień o przedstawieniu zarzutów?

- postanowień o umorzeniu postępowania?
- skierowanych do OSL wniosków o ukaranie?
- postanowień kończących postępowanie przed OROZ, które zostały zaskarżone do OSL i jakie były rozstrzygnięcia OSL w tym przedmiocie?

W celu uwidocznienia, jak istotne jest przedstawienie danych w odpowiednim kontekście, wskazać należy, że zgodnie z raportem ze sprawozdaniem NROZ VI kadencji już w 2013 r. do OROZ wpłynęło przeszło 3000 skarg, z których aż 369 zostało przypisanych do kategorii Położnictwo i Ginekologia.

KOMENTARZ STOWARZYSZENIA NA RZECZ LECZENIA NIEPŁODNOŚCI I WSPIERANIA ADOPCJI "NASZ BOCIAN"

Leczenie niepłodności

Jako stowarzyszenie pacjenkie, którego obszarami zainteresowań są niepłodność, adopcja oraz formy pieczy zastępczej pragniemy odnieść się do części sprawozdania poświęconej programom zdrowotnym w zakresie planowania rodziny, świadomego macierzyństwa oraz opieki medycznej nad kobietą w ciąży.

Niepłodność to niemożność zajścia w ciążę po roku utrzymywania regularnych stosunków płciowych bez użycia środków antykoncepcyjnych. **Dane Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) wskazują, że zjawisko to dotyka bezpośrednio około 20% społeczeństwa w wieku reprodukcyjnym.** W Polsce jest to około 1,5 mln par. W związku z powszechnością występowania niepłodność została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za chorobę społeczną o kodach ICD-10: N46, N97.

W 2008 roku Parlament Europejski uznał, że wszystkie pary mają prawo do leczenia niepłodności. **Polska natomiast pozostanie niebawem jedynym krajem w Unii Europejskiej, w którym chorzy nie mogą liczyć na kompleksową refundację leczenia niepłodności.** Światowa Organizacja Zdrowia uznała niepłodność za chorobę, a przyjęta w czerwcu 2015 roku ustawa o leczeniu niepłodności rozpoznaje problem, jakim jest niepłodność oraz reguluje prawo do jej skutecznego i bezpiecznego leczenia. W związku z powyższym podjęcie działań mających na celu zapewnienie możliwie jak najszerszego dostępu do świadczeń medycznych o potwierdzonej skuteczności, przewyżczających skutki niepłodności jest konieczne. Tymczasem jedynym, realizowanym na szczeblu państwowym programem zdrowotnym skierowanym do grupy osób starających się o potomstwo jest „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020”. Program został uruchomiony w miejsce Narodowego Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego, który został wygaszony decyzją Ministra Konstantego Radziwiłła w grudniu 2015 roku.

Opisany w Sprawozdaniu „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020” jest programem skierowanym do par starających się o potomstwo, u których wcześniej nie zdiagnozowano niepłodności. Nie stanowi tym samym żadnego zabezpieczenia dla

chorych ze zdiagnozowaną niepłodnością, którzy w obliczu braku możliwości finansowania leczenia w ramach NFZ pozostają bez jakiegokolwiek pomocy ze strony państwa. Ponadto zapewnia finansowanie jedynie diagnostyki niepłodności z wyłączeniem finansowania metod medycznie wspomaganej prokreacji. Program zakłada, że w czteroletnim cyklu (2016-2010) przystąpi do niego 8000 par, co w świetle danych epidemiologicznych mówiących o 1,5 mln niepłodnych par w Polsce jest wartością zdecydowanie niewystarczającą.

W obliczu ograniczeń Programu, jakimi są między innymi wykluczenie z niego par ze zdiagnozowaną niepłodnością czy też brak możliwości finansowania leczenia metodą in vitro trudno zgodzić się z sugerowaną w tytule kompleksowością.

O ogromnym zapotrzebowaniu na finansowanie kompleksowego diagnozowania oraz leczenia niepłodności świadczy skala zainteresowania Narodowym Programem Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego, z którego w czasie jego trwania, tj. w latach 2013 – 2016 skorzystało ponad 17 tysięcy par i dzięki któremu urodziło się już ponad 8000 dzieci, zaś kolejne pary oczekują potomstwa.

Zapotrzebowanie na finansowanie leczenia zaawansowanymi metodami wspomaganej reprodukcji starają się zaspokajać niektóre samorządy. Wśród miast dofinansowujących leczenie niepłodności metodą in vitro znajdują się między innymi Sosnowiec, Grudziądz, Gdańsk, Ostrów Wielkopolski, Chojnice, Częstochowa, Poznań, Łódź, Szczecinek i Warszawa.

W obliczu danych epidemiologicznych oraz zakładając leczenie zgodne z aktualnymi standardami medycznymi należy niezwłocznie przywrócić finansowanie leczenia niepłodności zaawansowanymi metodami medycznie wspomaganej prokreacji, uruchamiając stosowny program polityki zdrowotnej lub ujmując ww. leczenie w koszyku świadczeń gwarantowanych NFZ.

KOMENTARZ FUNDACJI RODZIĆ PO LUDZKU

Standardy Opieki Okołoporodowej²²

Celem Standardów Opieki Okołoporodowej jest osiągnięcie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy możliwie jak najniższym poziomie interwencji medycznej, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo oznacza, że opieka opiera się na praktykach, których skuteczność została udowodniona, a ingerencja w naturalny proces porodu i laktacji musi wiązać się z medycznie uzasadnioną przesłanką. Standardy podnoszą kwestię decyzyjności kobiet – stawiają potrzeby rodzącej w centrum, podkreślają rolę przestrzegania praw pacjentek. Standardy Opieki Okołoporodowej jako powszechnie obowiązujące w Polsce prawo były odpowiedzią na bardzo złą opiekę nad kobietą sprawowaną w okresie okołoporodowym: duża medykalizacja procesów fizjologicznych, nieprzestrzeganie praw pacjentek, pobieranie opłat za „ponadstandardowe usługi”.

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem

Dokument ten, wypracowany w drodze konsensusu środowisk medycznych i przedstawicieli środowisk społecznych, odpowiadał na wiele z tych potrzeb. Pomimo początkowego oporu ze strony szpitali i lekarzy, stał się on celem, do którego wszystkie placówki położnicze zmierzały. Chociaż prowadzone przez Fundację Rodzić po Ludzku badania, a także przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2016 roku kontrola „Opieka Okołoporodowa na oddziałach położniczych”, obnażają skalę nieprzestrzegania prawa, to wskazują także pewne pozytywne zmiany.

Niestety w wyniku zmiany ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.), która w art. 22 ust. 5 umożliwiała Ministrowi Zdrowia opracowywanie standardów o charakterze medycznym, została zmieniona, a **rola Ministra Zdrowia ograniczona do opracowywania tylko standardów organizacyjnych**. Rozporządzenie Ministra Zdrowia, które określało standardy postępowania medycznego podczas fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu i opieki nad noworodkiem będzie obowiązywało co najwyżej do 31.12.2018 r. Zmiana ta została wprowadzona na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej i umotywowana *potrzebą uporządkowania kwestii dotyczących wydawania i stosowania wytycznych lub zaleceń postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia oraz samej organizacji opieki zdrowotnej*. Środowisko organizacji pozarządowych zajmujących się opieką okołoporodową, ekspertów w dziedzinie ginekologii i położnictwa, neonatologii i perinatologii oraz Krajowych Konsultantów w tych obszarach, nie podejmowało żadnych kroków w tej sprawie, nikt nie postulował tej zmiany, a wręcz przeciwnie, wszyscy byli zgodni co do tego, że należy podejmować działania dotyczące wdrażania standardów, tak, by były realizowane we wszystkich placówkach położniczych w Polsce. W Ministerstwie pracował nawet zespół ekspertów powołany przez Ministra Zdrowia do spraw monitorowania oraz opracowania rozwiązań na rzecz poprawy opieki okołoporodowej i rekomendacji dotyczących wdrażania Standardów Opieki Okołoporodowej. Zmiany w ustawie o działalności leczniczej zostały wprowadzone tylko na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej, nie były konsultowane z żadnym środowiskiem zaangażowanym w opiekę okołoporodową, nie zostało to poddane żadnej dyskusji publicznej.

W wyniku protestów organizacji pozarządowych, a także głosu samych Konsultantów co do konieczności utrzymania standardów medycznych Minister Zdrowia powołał zespół, który tworzy nowe standardy organizacyjne. W opinii Fundacji Rodzić po Ludzku, zmiana delegacji ustawowej Ministra Zdrowia była niepotrzebna i błędna. Minister jest zobowiązany art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Art. 22 ustawy o działalności leczniczej dawał Ministrowi Zdrowia upoważnienie do interwencji w wyjątkowych sytuacjach.

Zmiana ta spowodowała zahamowanie procesu wdrażania Standardów Opieki Okołoporodowej, a nie odpowiadała na żadne postulaty środowisk zaangażowanych w poprawę opieki okołoporodowej.

Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (koc)

W 2016 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia mocą zarządzenia Nr 22/2016/DSOZ z dnia 13 kwietnia 2016 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotnego kontraktowanego odrębnie, wprowadził pilotażowo

program „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży” (KOC). Do programu przystąpiło tylko 13 szpitali. Zaproponowany przez NFZ produkt spotkał się z protestami wielu środowisk – położnych, dyrektorów placówek i organizacji pozarządowych. Największe zarzuty dotyczyły: kwestii ośrodka koordynującego – w pilotażu był nim szpital, którego zadaniem było zorganizowanie pracy w środowisku, a także wolności wyboru przez kobietę poszczególnych placówek – w programie KOC kobieta może wybrać położną POZ, lekarza sprawującego opiekę nad ciążą oraz szpital do porodu tylko spośród tych podmiotów, które mają podpisaną ze sobą umowę. Ogranicza to mocno możliwość wyboru przez kobietę osób i placówek sprawujących nad nią opiekę. Bardzo niepokojące są także zapisy dotyczące monitorowania parametrów ilościowych, na przykład: za zmniejszenie liczby cesarskich cięć szpital otrzymywałby gratyfikację finansową. Proponowane rozwiązanie jest nie tylko realnym zagrożeniem dla zdrowia i życia kobiet i dzieci, lecz także należy traktować je jako wysoce nieetyczne!

Do programu mogą przystąpić szpitale, w których w poprzednim roku kalendarzowym odbyło się 600 porodów. Ten zapis wzbudził ogromne niepokoje, ponieważ w znaczący sposób może wpłynąć na dostępność do szpitali położniczych w Polsce, co z kolei może wpłynąć na bezpieczeństwo medyczne w Polsce w ogóle.

Koordynowana opieka KOC jest programem pilotażowym, nie są znane jeszcze wyniki efektywności programu, w jaki sposób wpłynął na poprawę opieki okołoporodowej w placówkach, które przystąpiły do KOC. Nie wiadomo także, jakie są plany na przyszłość względem tego programu.

Cesarskie cięcia

Katastrofalnie wygląda odsetek cesarskich cięć, który w 2016 r. wyniósł 45,8%, co plasuje Polskę na jednym z najgorszych miejsc w Europie. Można wskazać wiele przyczyn takiego stanu rzeczy. Zmedykalizowane porody, czyli takie, w których zastosowano procedury zaburzające ich prawidłowy przebieg, nierzadko kończą się cesarskim cięciem, często z powodu nagłego pogorszenia stanu dziecka pod koniec porodu. Brak dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego z jednej strony i mała aktywność personelu w proponowaniu rodzącym niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu z drugiej (choć jest ich duży wachlarz i stosowanie ich nic nie kosztuje) powoduje, że kobiety w Polsce boją się porodu. Stąd wiele z nich chce zagwarantować sobie poród przez cesarskie cięcie, w czym zresztą często znajdują wsparcie u swoich lekarzy. Badanie przeprowadzone przez Fundację Rodzic po Ludzku w 2016 r. „Raport z monitoringu oddziałów położniczych – medykalizacja porodu w Polsce” wskazuje, że w województwach o najmniejszym dostępie do znieczulenia zewnątrzoponowego jest największy odsetek cesarskich cięć.

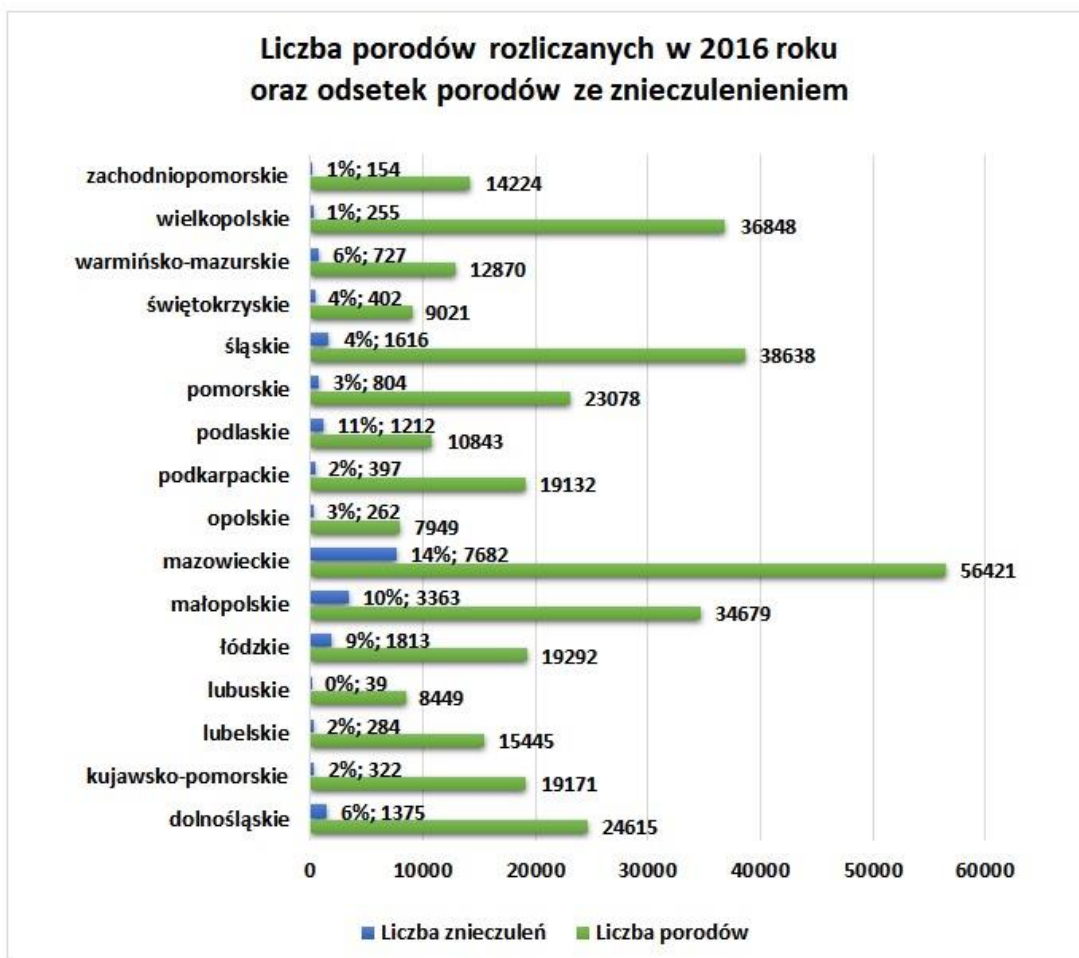
Zważywszy na wyniki najnowszych doniesień naukowych dotyczących wpływu cesarskiego cięcia na zdrowie kobiety i dziecka w długoletniej perspektywie ich życia, należy stwierdzić, że tak wysoki odsetek tych zabiegów może zagrażać zdrowiu populacji i w przyszłości powodować ogromny wzrost kosztów opieki zdrowotnej. W celu opracowania programu naprawczego, Minister Zdrowia powołał zespół roboczy do spraw opracowania kierunków działań w celu zmniejszenia liczby cesarskich cięć pod przewodnictwem konsultanta krajowego prof. Stanisława Radowickiego. Zadaniem zespołu było analiza dotychczasowych rekomendacji w zakresie cięć cesarskich, opracowanie rozwiązań

systemowych pozwalających w sposób istotny na zmniejszenie liczby cesarskich cięć i przedstawienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, nie później niż do dnia 30 grudnia 2015 r., kierunków działań w celu zmniejszenia liczby cesarskich cięć. Niestety, wyniki pracy zespołu nie zostały przedstawione opinii publicznej [na dzień publikacji komentarza].

Znieczulenie zewnątrzoponowe

Od 1 lipca 2015 r. znieczulenie zewnątrzoponowe w Polsce jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z badania przeprowadzonego przez Fundację Rodzić po Ludzku „Raport z monitoringu oddziałów położniczych – medykalizacja porodu w Polsce” wynika, że istnieje duża różnica między szpitalami w dostępności do znieczulenia zewnątrzoponowego w trakcie porodu. W 83% szpitali z III stopniem referencyjności oddziału położniczego i jedynie w 36% z I stopniem referencyjności, kobieta ma możliwość skorzystania ze znieczulenia. W 32% szpitali znieczulenie dołędźwiowe w ogóle nie jest dostępne. Główną przyczyną niedostępności tego znieczulenia są trudności kadrowe. Aż 79% z badanych placówek, które nie zapewniają tej formy znieczulenia porodu, deklaruje, że problemem jest brak anestezjologa, kolejne 16% sygnalizuje braki odpowiedniego personelu medycznego. Te bariery potwierdza również kontrola NIK przeprowadzona na oddziałach położniczych w 2015 r.

Jeśli w szpitalu dostępne jest znieczulenie dołędźwiowe, to zwykle kobiety mogą z niego skorzystać na własne życzenie. Dzieje się tak w ponad ¾ szpitali, które mają możliwość podania tego rodzaju znieczulenia. Jednak w 22% szpitali można je otrzymać tylko ze wskazań medycznych. Warto zwrócić uwagę na różnice w dostępności znieczulenia dołędźwiowego w poszczególnych województwach. Na podstawie deklaracji szpitali wiadomo, że jest ono dostępne w 88% szpitali w województwie małopolskim, w 85% w śląskim, a jedynie w 38% w wielkopolskim i lubuskim oraz w 36% w podkarpackim. Jednocześnie w województwie podkarpackim jest najwyższy w Polsce odsetek cesarskich cięć, wysoki jest również w województwie zachodniopomorskim, w którym jedynie 43% szpitali zadeklarowało, że mają możliwość podania znieczulenia dołędźwiowego.



Źródło danych: Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2014 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Znieczulenie zewnątrzoponowe jest jednym z najskuteczniejszych leków niwelujących ból porodowy, brak dostępności do tej metody łagodzenia bólu jest jednym z najpoważniejszych problemów w położnictwie. Ograniczenia w dostępności należy traktować jako przejaw niehumanitarnego traktowania kobiet.