

PRZEMOC INSTYTUCJONALNA W POLSCE

O systemowych naruszeniach
praw reprodukcyjnych



PRZEMOC INSTYTUCJONALNA W POLSCE

O systemowych naruszeniach
praw reprodukcyjnych

Warszawa, 2019

Wydawca: Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny

ISBN 978-83-88568-55-8

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/>.



projekt graficzny i skład: Marianna Wybieralska

SPIS TREŚCI

Wykaz aktów prawnych i skrótów	4
Wprowadzenie	7
Komentarz Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny	13
Antykoncepcja	14
Badania prenatalne	16
Zabiegi przerwania ciąży	22
Dostępność opieki zdrowotnej z perspektywy migrantek	31
Ustawa „Za życiem”	33
Działania podejmowane w celu respektowania ustawy	35
Rekomendacje	41
Komentarz Fundacji Rodzić po Ludzku	45
Opieka okołoporodowa w teorii	45
Opieka okołoporodowa w praktyce	47
Rekomendacje	55
Komentarz ekspertek zajmujących się zdrowiem i prawami osób z niepełnosprawnościami	61
Rekomendacje	64
Komentarz Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”	69
Prawa reprodukcyjne osób z niepłodnością	69
Rekomendacje	73
Komentarz Grupy Ponton	77
Dostępność opieki ginekologicznej dla młodzieży	80
Białe plamy rządowego sprawozdania	82
Rekomendacje	83

WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH I SKRÓTÓW

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych
(Dz.U. 2012 poz. 1169)

Narodowy Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia
Pozaustrojowego

Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce
w latach 2016–2020

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia
1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści
dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach
świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny,
życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej
prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia
ogólnego (Dz.U. 1999 nr 67 poz. 756)

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie
Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta
(Dz.U. 2010 nr 41 poz. 244)

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r.
w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu
świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej
sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży,
fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem
(Dz. U. 2016 poz. 1132)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r.
w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej
(Dz.U. 2018 poz. 1756)

Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.
w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu
świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii
z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej,
sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porodu,
w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad
kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych
(Dz. U. 2015 poz. 2007)

Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania oraz o skutkach
stosowania w 2017 roku ustawy o planowaniu rodziny, ochronie
płodności i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży
→ *sprawozdanie z wykonania ustawy*

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 roku
zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych
z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2017 poz. 236)

Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia
12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2005 r.
(sygn. akt IV CK 161/05)

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie
płodności i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży
→ *ustawa o planowaniu rodziny*

Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2018 poz. 1510 ze zm.)

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
(Dz. U. 2017 poz. 1769 i 1985 oraz z 2018 r. poz. 650 i 700)

Ustawa z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach
(Dz.U. 2013 poz. 1650)

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza
dentysty (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku
Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417)

Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin
„Za życiem” (Dz. U. 2016 poz. 1860)

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie R.R.
przeciwko Polsce z 2011 r. (Skarga nr 27617/04)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2008 r.
(sygn. akt III CSK 16/08)

WPROWADZENIE

Od lat 60-tych XX wieku prawa reprodukcyjne są rozpatrywane w kategoriach praw człowieka. Podczas Konferencji w Kairze w 1994 roku zostały zdefiniowane jako fundamentalne prawa do:

- decydowania w sposób swobodny i odpowiedzialny o tym, czy, kiedy i ile mieć dzieci,
- informacji i dostęp do środków, aby z prawa do decydowania móc korzystać,
- możliwie najwyższego standardu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego,
- podejmowania decyzji związanych z seksualnością bez przymusu, dyskryminacji i przemocy.

Z powyższego wynika, że prawa reprodukcyjne obejmują prawo do bezpiecznej i legalnej aborcji, prawo do planowania rodziny (z wykorzystaniem nowoczesnych metod antykoncepcyjnych), ochronę przed wymuszoną sterylizacją i antykoncepcją, prawo do usług zdrowia reprodukcyjnego dobrej jakości, prawo do edukacji i podejmowania swobodnych, świadomych decyzji o (nie) posiadaniu potomstwa.

Praw reprodukcyjnych nie sposób postrzegać w oderwaniu od innych praw człowieka opisanych w rozmaitych międzynarodowych dokumentach. Najważniejszymi z nich są prawo do

samostanowienia, prawo do szacunku dla życia prywatnego i rodzinnego, wolność od tortur, niehumanitarnego bądź poniżającego traktowania, prawo do korzystania z osiągnięć nauki, prawo do życia, prawo do najwyższego standardu ochrony zdrowia, wolność od dyskryminacji oraz przemocy.

Te fundamentalne prawa człowieka są w Polsce systematycznie i notorycznie naruszane. Paradoksalnie to transformacja demokratyczna ostatecznie pozbawiła **kobiety** autonomii w decydowaniu o swoim zdrowiu i życiu. W 1993 roku przyjęto jedną z najbardziej represyjnych ustaw w Europie, która zakazuje przerywania ciąży poza trzema wyjątkami oraz wprowadziła penalizację pozaustawowych aborcji i pomocnictwa. *Ustawa o planowaniu rodziny* nałożyła na władze centralne i samorządowe szereg zobowiązań „kompensujących” opresyjny zakaz. Rządy i samorządy miały wprowadzić zapewnić realny dostęp do metod planowania rodziny, rzetelnej edukacji seksualnej, diagnostyki prenatalnej i opieki dla osób w ciąży, ale nigdy w historii cel ten nie został osiągnięty.

W efekcie Polska, choć od 30 lat formalnie demokratyczna i wolna, pozbawia ponad połowę społeczeństwa elementarnych praw i opieki zdrowotnej. Patriarchalne przepisy legitymizują przemoc instytucjonalną. Przybiera ona rozmaite formy: od pozbawiania młodzieży prawa do samodzielnych wizyt lekarskich przez słabą i trudno dostępną publiczną opiekę ginekologiczną¹ oraz przedmiotowe, nieetyczne traktowanie kobiet na porodówkach po ideologiczne sterowanie rozrodczością. To sterowanie manifestuje się, z jednej strony, zmuszaniem kobiet do kontynuowania ciąży, co według przyjętych przez Polskę traktatów międzynarodowych, samo w sobie jest przemocą². Ta praktyka wynika zarówno z ustawowego zakazu aborcji, jak i przyzwolenia władz na nagminne odmowy przerwania ciąży z powodu ciężkich i nieodwracalnych wad, zagrożenia zdrowia/życia czy ciąży powstałej wskutek gwałtu/kazirodztwa. Z drugiej strony, sterowanie miewa charakter eugeniczny, gdy kobietom z niepełnosprawnościami odmawia

Raport odnosi się do osób identyfikujących się jako kobiety, socjalizowanych do tej roli i z doświadczeniem życia jako kobiety

się prawa do posiadania potomstwa, zmusza do stosowania antykoncepcji, przeprowadza sterylizacje bez zgody i często wiedzy pacjentek. Państwo decyduje o tym, kto „zasługuje” na bycie rodzicem także wtedy, gdy pozbawia osoby borykające się z niepłodnością dostępu do nowoczesnych metod rozrodu wspomaganego (tzw. procedura *in vitro*).

Wszystkie te przejawy przemocy instytucjonalnej mają wymiar klasowy. Od początku lat 90-tych prawa reprodukcyjne wraz z prawem do zdrowia, informacji i bezpieczeństwa stały się towarami wolnego rynku. Osoby zamożne, z dostępem do wiedzy, o wysokim kapitale społecznym mogą sobie kupić prawa reprodukcyjne. Z łatwością zapewniają sobie dostęp do konsultacji i opieki ginekologicznej w sektorze prywatnym. Mają pieniądze, by wyjechać za granicę na aborcję czy sterylizację. Mogą opłacić kosztowne *in vitro*, etc. **Prywatyzacja i komercjalizacja usług zdrowia reprodukcyjnego doprowadziły do stałego pogłębiania nierówności społecznych. Nieuprzywilejowana większość jest poddawana przemocy instytucjonalnej.**

Celem publikacji jest przedstawienie realnego dostępu do usług z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego (SRH) w Polsce. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania zaprosiła do współtworzenia tego przewodnika organizacje eksperckie zajmujące się różnymi wymiarami SRH – **Grupe Ponton**, **Stowarzyszenie na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”**, **Fundację Rodzić po Ludzku** oraz ekspertki zajmujące się prawami osób z niepełnosprawnościami. Tym samym oddajemy w Państwa ręce przekrojowy, acz przystępny informator ilustrujący obecny stan przestrzegania praw reprodukcyjnych w Polsce. Odnosimy się w nim krytycznie do Sprawozdania Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2017 r. *ustawy o planowaniu rodziny* oraz raportów instytucji publicznych i pozarządowych z dziedziny SRH. Komentarz do obowiązujących przepisów i ich faktycznego (nie)realizowania stanowi punkt wyjścia do szeregu postulatów skierowanych do organów władzy centralnych i lokalnych.

Warto podkreślić, że wspomniane świadczenia z zakresu zdrowia reprodukcyjnego wynikają wprost z przepisów obowiązującego w Polsce prawa, a niektóre z nich znajdują się na liście świadczeń gwarantowanych i opłacane są z budżetu państwa w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Mimo to, dostęp do nich w Polsce

¹ Zob. *Informacja o wynikach kontroli: Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2018, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/wiejska-droga-do-ginekologa.html> [dostęp: 10.05.2019]

² Rekomendacja ogólna nr 35 Komitetu ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, 2017, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/35&Lang=en [dostęp: 7.06.2019]

jest znikomy. To tak, jakby podpisać z kimś umowę na usługę, zapłacić za nią, a potem nie móc wyegzekwować jej wykonania. Tylko że w tej sytuacji nie chodzi o zwykłe komercyjne usługi, a o ochronę zdrowia i integralności psychicznej, sferę najintymniejszych decyzji życiowych, autonomię cielesną. **Czy chcemy dalej godzić się na jawne łamanie prawa w atmosferze lekceważenia godności pacjentek?**

Liczymy na to, że argumenty, dowody i rekomendacje skłonią decydentów do wzięcia odpowiedzialności za zapewnienie fundamentalnych praw oraz świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych. Najwyższy czas, by rządy i samorządy zagwarantowały wszystkim mieszkańcom i mieszkankom Polski – bez względu na wiek, pochodzenie geograficzne/etniczne/społeczne, orientację psychoseksualną i tożsamość płciową, sprawność czy inne przesłanki – godną, kompleksową i dostępną opiekę ginekologiczną oraz wiedzę i środki do realizowania autonomii reprodukcyjnej. Wyrażamy również nadzieję, że publikacja przyczyni się do podniesienia świadomości społecznej, uwrażliwienia na manipulacje funkcjonujące w debacie publicznej oraz do oddolnej mobilizacji na rzecz sprawiedliwości reprodukcyjnej³.

³ Sprawiedliwość reprodukcyjna zakłada równość i zniesienie podziałów na uprzywilejowanych i dyskryminowanych w decydowaniu o własnym ciele, reprodukcji, życiu rodzinnym. Oznacza prawo i posiadanie odpowiednich warunków do tego, aby móc: mieć dzieci, nie mieć dzieci, mieć kontrolę nad warunkami porodu i opiekować się swoim potomstwem.



KOMENTARZ
FEDERACJI NA RZECZ KOBIET
I PLANOWANIA RODZINY

KOMENTARZ FEDERACJI NA RZECZ KOBIET I PLANOWANIA RODZINY

Federacja monitoruje (nie)wykonanie *ustawy o planowaniu rodziny* od początku jej funkcjonowania. **Jednym z wymownych dowodów na fikcyjny charakter ustawy jest nieprzestrzeganie ustawowych zobowiązań i brak kontroli parlamentarnej.** Rada Ministrów zwyczajowo przekracza ustawowy termin składania corocznych sprawozdań z wykonania ustawy o kilka miesięcy do roku. Ponadto, sprawozdania nie są rozpatrywane ani przez sejmowe komisje ani przez Sejm, co oznacza, że posłowie i posłanki nie mogą poprzez zalecenia czy zapytania poselskie wpływać na poprawę sytuacji i bardziej skuteczną realizację ustawy. Same sprawozdania z wykonania ustawy są niezwykle powierzchowne i lakoniczne. Żadne ministerstwo nie przedstawia kompletu istotnych informacji i nie prowadzi kluczowych statystyk. Z kolei raporty-cienie i rekomendacje organizacji pozarządowych co do realizacji i monitorowania skutków ustawy nie są uwzględniane przez administrację państwową czy decydentów.

Tym samym władze – poprzez swoje zaniechania w zakresie realizacji ustawy i rzetelnego monitorowania jej skutków – uniemożliwiają osobom mieszkającym w Polsce korzystanie z pełni konstytucyjnych wartości takich jak **prawa do ochrony zdrowia, godności, prywatności i świadomego rodzicielstwa.**

Antykoncepcja

Ustawa o planowaniu rodziny zobowiązuje administrację rządową oraz samorządową do zapewnienia „swobodnego dostępu do metod i środków służących dla świadomej prokreacji”. Tymczasem polityka polskich władz od lat ilustruje wąskie rozumienie tego zobowiązania jako sam fakt zarejestrowania i dopuszczenia do obrotu środków antykoncepcyjnych.

Jak pokazuje coroczny raport „Contraception Atlas”⁴, w Polsce w roku 2018 jedynie 31,5% populacji miało dostęp do nowoczesnej antykoncepcji.

Ten wynik, najniższy spośród 46 badanych państw europejskich, ma cztery główne przyczyny:

- **obowiązkowe recepty na antykoncepcję hormonalną i awaryjną.** Dostępność jest wyjątkowo utrudniona dla osób małoletnich powyżej 15. roku życia, które w świetle prawa mogą współżyć, ale nie mogą samodzielnie udać się do lekarza. „Jedynie środki dostępne bez recepty to prezerwatywy i globulki dopochowe”, czytamy w sprawozdaniu z wykonania ustawy, choć w 2016 roku wycofano globulki dopochowe Pantentex Oval, ostatni chemiczny środek antykoncepcyjny dostępny w Polsce. Pozostałe metody wymagają konsultacji, badań oraz wizyt w celu uzyskania recepty. W związku z długimi kolejkami na wizyty w ramach NFZ pogłębia się zjawisko prywatyzacji opieki ginekologicznej. Ze zgłoszeń do Federacji wynika, że kobiety nagminnie spotykają się z odmowami wystawienia recepty na antykoncepcję awaryjną, choć każdy lekarz – rodzinny, internista itp. – może wypisać taką receptę, bez badań ginekologicznych⁵. Odmowy mają różne podstawy od ideologicznych po niewiedzę nt. „tabletki po”. W efekcie kobiety zmuszone są opłacać prywatne konsultacje ginekologiczne.
- **brak wsparcia dla grup zagrożonych dyskryminacją lub wykluczeniem społecznym** jak osoby młode czy bezrobotne;
- **brak rządowego portalu** nt. antykoncepcji, jej cen, dostępności;
- **gorszy niż w innych krajach system refundacji.** Cena miesięcznej terapii antykoncepcyjnej wynosi od 20 do 60 PLN, a refundacją objętą dwa typy produktów leczniczych o działaniu antykoncepcyjnym (w 2017 roku sprzedano niemal 350 tysięcy opakowań):

⁴ European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, *Contraception Atlas*, Bruksela 2019, <https://www.contraceptioninfo.eu/node/72>, [data dostępu: 20.02.2019]

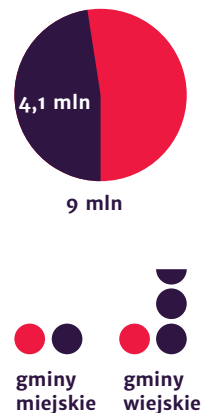
⁵ Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept (Dz.U. 2018 poz. 745 ze zm.)

1. Pierwszy typ preparatu, refundowany na kwotę 1,2 mln PLN, występuje pod nazwą Levomine lub Microgynon21 z hormonami drugiej generacji.
2. Drugi typ, refundowany na kwotę 0,5 mln PLN, to tabletki Diane-35 wraz z zamiennikami. Produkt ten nie był i nie jest zarejestrowany w Polsce jako środek antykoncepcyjny. Zgodnie z wytycznymi European Medicine Agency nie należy go stosować jako środka antykoncepcyjnego, a jedynie leczniczo w przypadku hirsutyzmu i trądziku. Ma obecnie największe na rynku stężenie estrogenów, więc dłuższe stosowanie zwiększa ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej. W mediach opisano kilkanaście przypadków zgonów kobiet we Francji, Wielkiej Brytanii i Kanadzie.

Poza tymi dwoma preparatami Ministerstwo Zdrowia nie refunduje plastrów antykoncepcyjnych, tabletek, wkładek czy minipigułek.

Dodatkowe bariery, nieuwjęte w „Contraception Atlas” to:

- **nadużywanie klauzuli sumienia.** Jak wynika ze stanowiska Komitetu Bioetyki i Zespołu Prawnego Federacji, **lekarz/lekarka nie może, powołując się na klauzulę sumienia, odmówić podjęcia działań, których celem jest dostarczanie pacjentowi/pacjentce informacji lub innych środków niezbędnych do podjęcia świadomej decyzji.** Do środków takich należą: recepta na antykoncepcję czy skierowanie na badania prenatalne. Kobiety nagminnie spotykają się z odmową wystawienia recepty na antykoncepcję ze względów światopoglądowych. Do tego dochodzą bezprawne odmowy wydania antykoncepcji w aptekach, choć farmaceutom nie przysługuje klauzula sumienia. Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich zachęca do współtworzenia „apteek pro-life”, które nie sprzedają antykoncepcji.
- **słaba dostępność publicznej opieki ginekologicznej.** W 2017 roku udzielono porad z zakresu ginekologii i położnictwa 4,1 milionom kobiet dorosłych i niepełnoletnich, podczas gdy w wieku reprodukcyjnym jest ponad 9 milionów, a populacja potencjalnych pacjentek ginekologicznych – powyżej 15. roku życia – obejmuje 17 milionów. Miliony kobiet są zmuszone samodzielnie opłacać wizyty lub z nich rezygnować. Istotną barierą, poza finansami, jest miejsce zamieszkania. W większości gmin brakuje poradni, w gminach miejskich na 1 poradnię przypada ponad 4 tys. kobiet, a w wiejskich aż 10 tys.⁶
- **fikcyjność świadczeń gwarantowanych.** NFZ refunduje procedurę założenia i usunięcia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej. W 2017 roku skorzystało z niej 8,1 tys. pacjentek. Jednakże zdecydowana większość poradni nie tylko nie informuje pacjentek o tej możliwości, lecz także uniemożliwia skorzystanie z bezpłatnego świadczenia poprzez odmowy lub pobieranie opłat.



⁶ Raport NIK, op.cit.

Należy zaznaczyć, że w prywatnych gabinetach takie usługi kosztują od 400 do 1800 PLN. Takich kwot żądają też czasem lekarze w publicznych placówkach, gdzie założenie/usunięcie wkładki powinno być całkowicie darmowe. Kilku procentowy odsetek korzystających z tej formy antykoncepcji ma więc głównie finansowe podstawy. Z kolei niemal niedostępnym świadczeniem gwarantowanym jest podwiązanie jajowodów w przypadku wskazań zdrowotnych. Stan ten wynika z efektu mrożącego wywołanego przez przepisy kryminalizujące „pozbawienie zdolności płodzenia”. W efekcie sterylizacja nie jest uznawana za metodę planowania rodziny – wbrew stanowisku Światowej Organizacji Zdrowia – oraz nie jest dostępna w praktyce mimo wskazań medycznych.

Lekarze za teoretycznie darmowy zabieg biorą 400–1800 PLN

Badania prenatalne

Sprawozdanie z wykonania ustawy podaje szcztątkowe informacje nt. diagnostyki prenatalnej. Przytacza kryteria Programu badań prenatalnych, objęte nim procedury oraz statystyki o liczbie pacjentek, które skorzystały z programu, o wartości badań i liczbie świadczeniodawców w podziale na województwa.

Sprawozdanie nie informuje, jaki odsetek osób w ciąży nie ma dostępu do potrzebnych badań, jaka jest skala bezprawnych odmów, jak długo pacjentki muszą podróżować do placówki, która realizuje badania etc.



białe plamy

Program badań prenatalnych, wprowadzony w 2013 roku rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, określa zamknięty katalog okoliczności – wiekowych lub zdrowotnych, przy których przysługują bezpłatne badania.

Najwyższa Izba Kontroli w swoim raporcie z kontroli w 2016 roku zwróciła uwagę, że dostęp do bezpłatnych, nieinwazyjnych badań prenatalnych powinny uzyskać wszystkie kobiety w Polsce.

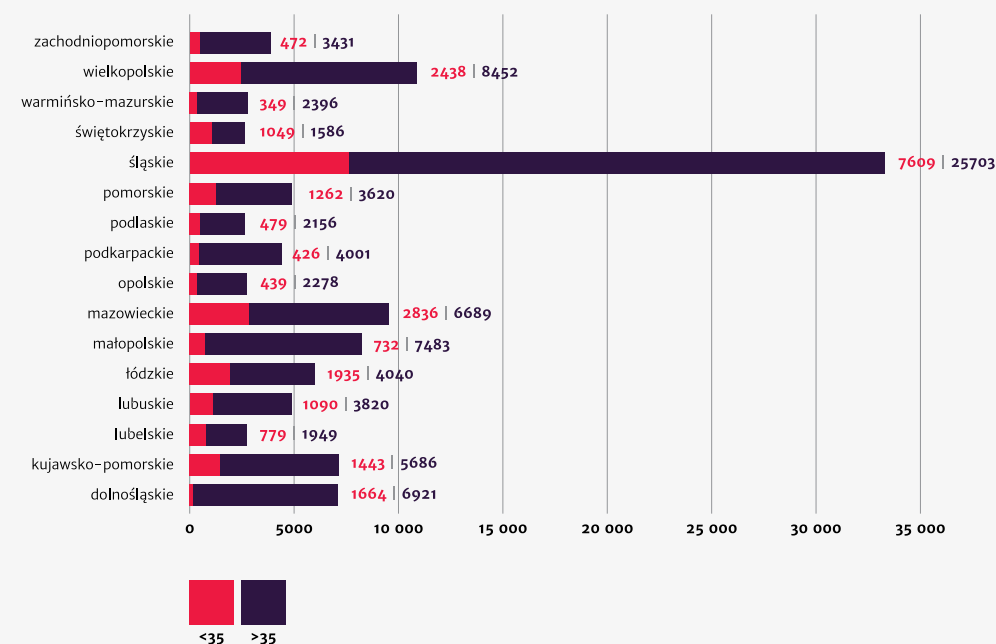
Jest to o tyle wskazane, że Konsultant Krajowy w dziedzinie perinatologii prof. Mirosław Wielgoś podkreśla, że ryzyko wystąpienia u płodu zaburzeń chromosomowych istnieje niezależnie od wieku kobiety.

W ocenie NIK „przewlekłość prac i brak porozumienia między departamentami Ministerstwa Zdrowia sprawiły, że w Programie nie wprowadzono zmian, które odpowiadałyby potrzebom i możliwościom współczesnej wiedzy medycznej oraz standardom obowiązującym w Unii Europejskiej, nie zapewniając dostępu do badań prenatalnych kobietom zdrowym i bez obciążeń genetycznych

1.

Realizacja programu badań prenatalnych w 2017 roku w podziale na wiek kobiet

Źródło danych: Sprawozdanie z wykonania ustawy



w wieku poniżej 35 lat”⁷. Ten postulat znajduje odzwierciedlenie w Mapie Potrzeb Zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia: „Ze względu na niedostateczną identyfikację zespołów aberracji chromosomowych u dzieci w Polsce wskazane jest zapewnienie dostępności do badań genetycznych dla dzieci z zespołami wad”⁸.

Jak wylicza NIK, koszt nieinwazyjnych badań prenatalnych w I i II trymestrze ciąży wynosi w ramach Programu od 819 zł do 1 028 zł, a prywatnie nawet dwa razy więcej, co uderza w pacjentki pozbawione niezbędnych środków finansowych czy informacji o Programie⁹. Poza tym immanentnie dyskryminacyjnym charakterem Programu badań prenatalnych Federacja i Rzecznik Praw Pacjenta odnotowują problemy z dostępnością świadczeń diagnostycznych, które można podzielić na następujące kategorie:

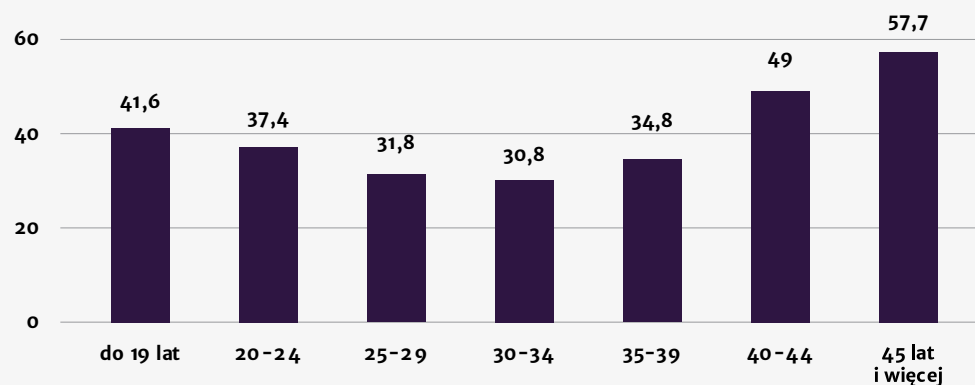
⁷ Najwyższa Izba Kontroli, op.cit.

⁸ Mapy Potrzeb Zdrowotnych: wnioski i rekomendacje. Wrodzone wady rozwojowe bez wad serca, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2018, http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2018/05/wady_wrodzone_20180131-druk.pdf, [data dostępu: 10.05.2019]

⁹ Informacja o wynikach kontroli. Badania prenatalne w Polsce, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016.

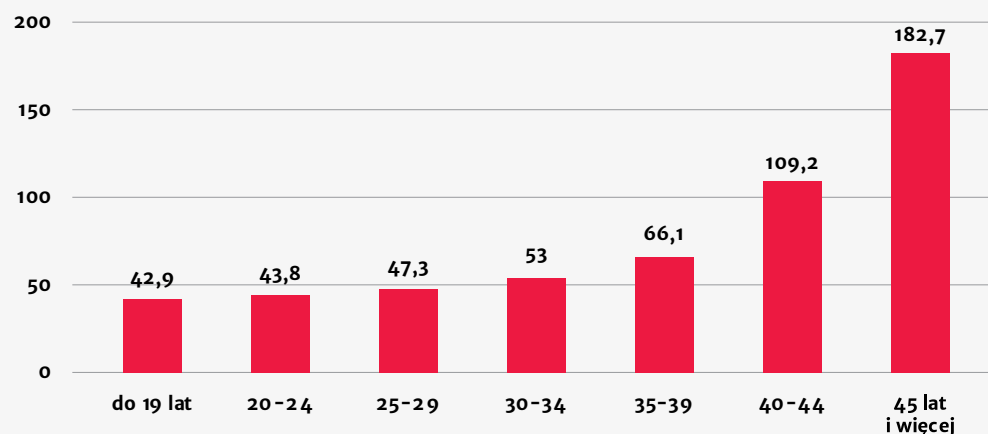
2.

Częstość występowania wrodzonych wad rozwojowych układu mięśniowo-szkieletowego (na 10 tys. urodzeń)



3.

Częstość występowania wrodzonych wad układu sercowo-naczyniowego (na 10 tys. urodzeń)

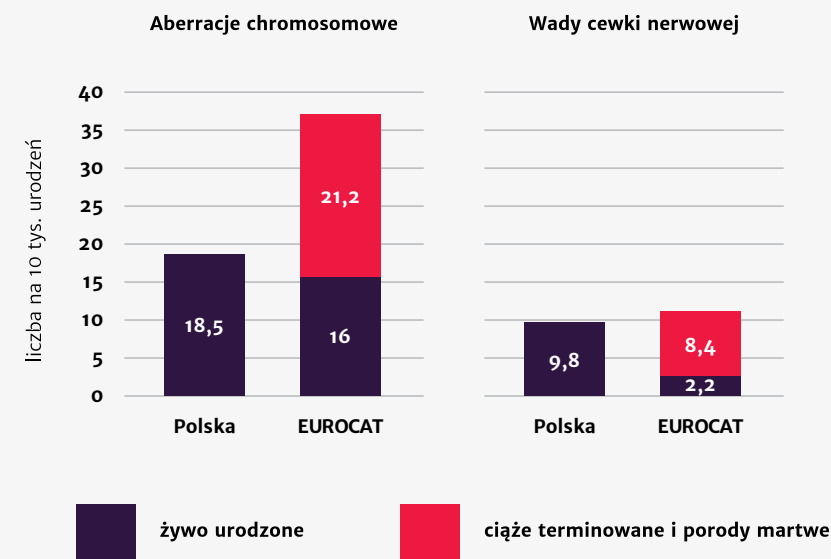


Źródło danych: Informacja o wynikach kontroli: Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich, Najwyższa Izba Kontroli.

4.

Odsetek aberracji chromosomowych i wad cewy nerwowej na 10 tys. urodzeń w Polsce i w Europejskim Rejestrze wrodzonych (EUROCAT) obejmującym 23 europejskie kraje

Źródło danych: Mapy Potrzeb Zdrowotnych: wnioski i rekomendacje. Wrodzone wady rozwojowe bez wad serca Ministerstwa Zdrowia, 2018.



- **nieinformowanie** pacjentek zarówno przez wojewódzkie oddziały NFZ, jak i kadrę medyczną, o istnieniu Programu, jego kryteriach czy zakładach realizujących program;
- **niekierowanie na odpowiednie badania** w momencie stwierdzenia przesłanki kwalifikującej do udziału w programie;
- **odmowy skierowania na podstawie klauzuli sumienia.** Tymczasem wg obowiązującego prawa¹⁰, korzystanie przez lekarza z klauzuli sumienia w kwestii przeprowadzenia aborcji nie zwalnia z obowiązku skierowania pacjentki na badania prenatalne oraz rzetelnego przedstawienia

¹⁰ Art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie obejmuje swoim zakresem świadczeń takich jak wystawienie skierowania na badania, co potwierdza stanowisko Komitetu Bioetyki PAN ws. klauzuli sumienia. Z kolei wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2008 r. stwierdza: „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” (sygn. akt III CSK 16/08)

ich wyników i możliwych konsekwencji z nich wynikających, nawet jeśli wyniki te miałyby posłużyć jej do podjęcia decyzji o terminacji ciąży;

- **naruszanie prawa.** Z informacji uzyskanych od Rzecznika Praw Pacjenta wynika, że w latach 2012–2014 prowadził on 15 postępowań wyjaśniających w celu ustalenia, czy doszło do naruszenia praw pacjenta w obszarze dostępu do badań prenatalnych i ich realizacji. **Rzecznik stwierdził naruszenia praw pacjenta do uzyskania świadczeń zdrowotnych i do informacji, udzielanie świadczeń zdrowotnych nieodpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz wykonywanie ich z nienależytą starannością.** NIK podczas swojej kontroli odkrył, że zakontraktowana placówka otrzymywała dofinansowanie z NFZ na Program, mimo braku certyfikatu USG Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, który stanowił kryterium dofinansowania. To oznacza, że **województwie oddziały NFZ nie weryfikują w wystarczającym stopniu zakładów stających do konkursu.** Kontrola NIK ujawniła także w 50% skontrolowanych podmiotów nieprzestrzeganie obowiązku sporządzania planu opieki przedporodowej, obejmującego procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania, w tym możliwość włączenia do Programu badań prenatalnych¹¹.
- **wyłużony czas oczekiwania na skierowania oraz wyniki,** do momentu, w którym możliwość podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży oraz wyegzekwowania świadczenia, staje się znacznie utrudniona lub wręcz niemożliwa;
- **nierównomierna lokalizacja placówek objętych Programem, co negatywnie wpływa na jego skuteczność.** Poniższa grafika pokazuje, że już teraz dostęp do badań jest zróżnicowany geograficznie i wielu województwach jest poniżej średniej krajowej. Badania przeprowadzono u 115 210 pacjentek, ale nie wiadomo, ile badań (jedno czy więcej) wykonano u jednej pacjentki – Ministerstwo Zdrowia utrzymuje, że nie da się porównać liczby ciąż z liczbą przeprowadzonych badań¹². Dla zobrazowania skali – w 2017 roku odnotowano 402 tys. urodzeń żywych i niemal 40 tys. poronień samoistnych. Tam, gdzie placówki wykonujące badania były rozmieszczone równomiernie w całym województwie, liczba beneficjentek programu była wyższa. Problem koncentracji świadczeniodawców w dużych miastach zmusza pacjentki do długich podróży, co w przypadku ciąży zagrożonej czy mnogiej jest niewskazane.

Zróżnicowanie geograficzne jest powiązane także w częstotliwości występowania wrodzonych wad rozwojowych.

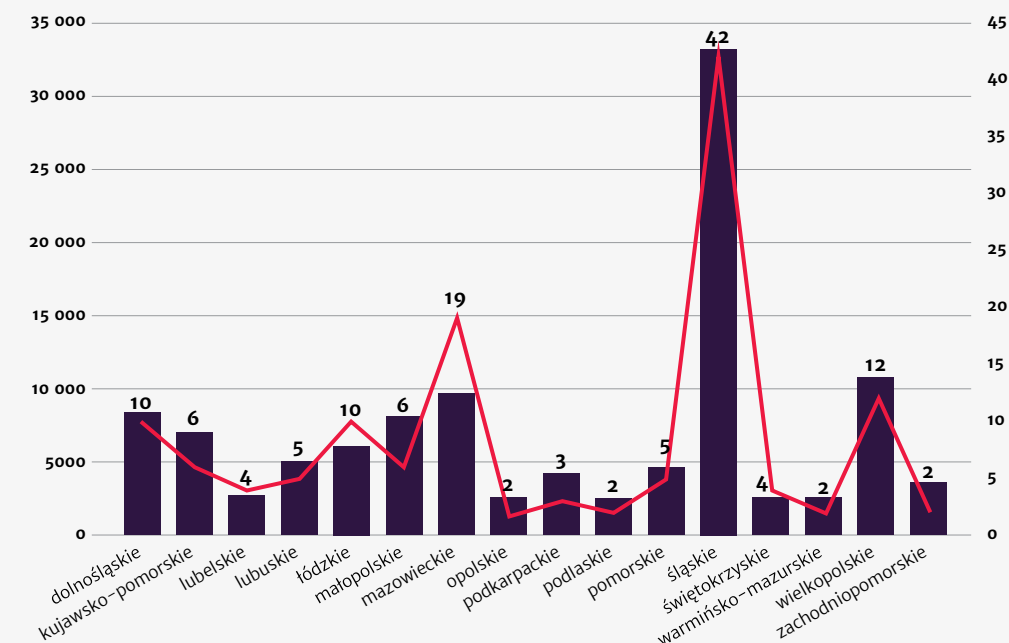
¹¹ Najwyższa Izba Kontroli, op.cit.

¹² 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.

5.

Realizacja programu badań prenatalnych w 2017 r. – liczba udzielonych świadczeń i liczba świadczeniodawców

Źródło danych: Sprawozdanie z wykonania ustawy



Tymczasem, jak podkreśla prof. dr hab. med. Anna Latos-Bieleńska¹⁴: „W Polsce, częściej niż w innych europejskich krajach, występują zespół Downa, wady kończyn, cewy nerwowej, rozszczep wargi lub podniebienia”¹⁵.

Diagnostyce chorób wrodzonych służy także „Program Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce na lata 2015–2018” polegający na wstępnej identyfikacji wad za pomocą testów analitycznych. **Badaniami przesiewowymi w kierunku 27 chorób objęte są wszystkie noworodki.** W ich wyniku stwierdza się rocznie 400 przypadków tych chorób.

¹³ Najwyższa Izba Kontroli, op.cit.

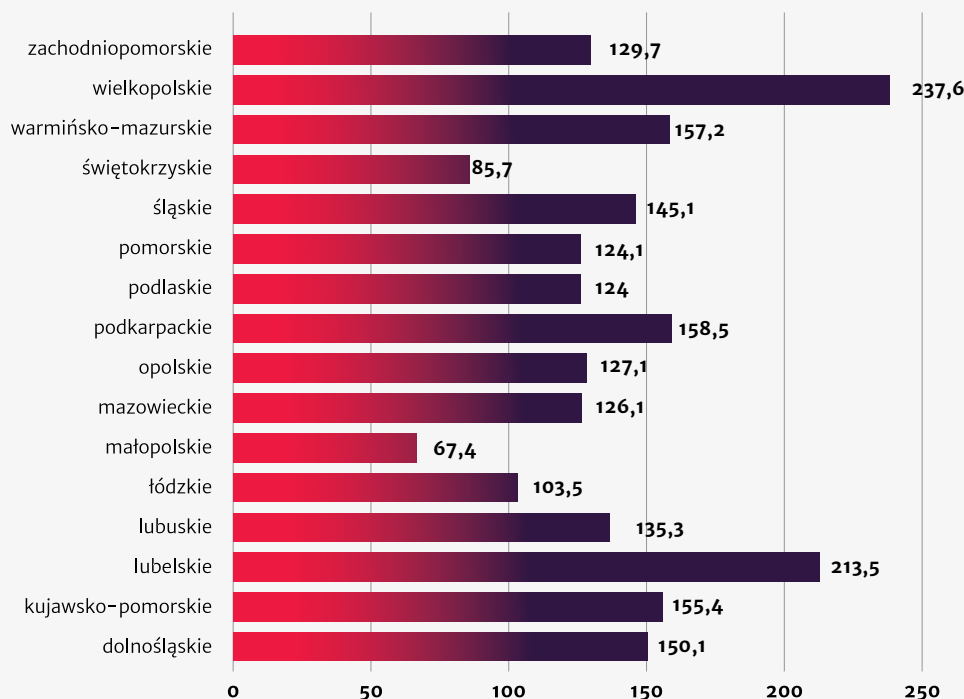
¹⁴ Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Marcinkowskiego, przewodnicząca Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych.

¹⁵ *Nowy Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych będzie dokładniejszy?*, „Rynek Aptek”, 18.05.2018, <http://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/nowy-rejestr-wrodzonych-wad-rozwojowych-bedzie-dokladniejszy,26018.html>, [data dostępu: 31.05.2019]

6.

Częstość występowania wad wrodzonych na 10 tys. urodzeń w latach 2007–2010

Źródło danych: Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych



Zabiegi przerwania ciąży

Dane liczbowe

Zgodnie z danymi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w 2018 r. wykonano łącznie 1076 zabiegów przerwania ciąży, w tym 25 z powodu zagrożenia życia lub zdrowia kobiety, a 1 z powodu czynu zabronionego. Tym samym 98% terminacji nastąpiło ze względów embriopatologicznych, czyli gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu.

Warto zauważyć, że liczba aborcji z powodu zagrożenia zdrowia lub życia drastycznie spadła między 2016 a 2017 rokiem (o 60%) i nadal jest na niskim poziomie patrząc na statystyki od 1993 roku, gdy w życie weszła ustawa o planowaniu rodziny.

Liczba legalnych aborcji:

2018: 1076
2017: 1061
2016: 1098
2015: 1040
2014: 971

W obliczu zagrożenia swojego zdrowia lub życia kobiety nie chcą ryzykować bezprawnej odmowy lekarzy i wyjeżdżają poza granice Polski, aby tam bezpiecznie przerwać ciążę.

W 2018 roku przeprowadzono zaledwie jeden zabieg w przypadku ciąży powstałej w wyniku czynu zabronionego, mimo iż liczba wszczętych postępowań dot. przestępstw przeciwko wolności seksualnej wyniosła ponad 5 tysięcy¹⁶.

Jak obrazuje poniższa grafika, zabiegi przerwania ciąży przeprowadzane są zwykle u kobiet powyżej 25. roku życia, najwięcej zaś w grupie kobiet powyżej 35. roku życia. W 2018 roku nastąpiła istotna zmiana: wzrosła liczba aborcji u pacjentek poniżej 18 roku życia – z 18 w 2017 roku do 57 w 2018 roku.

Statystyki nie mówią też nic o realnym stanie praw reprodukcyjnych, czyli liczbie aborcji w sytuacjach innych niż wskazania ustawowe. Dane dotyczące wyłącznie liczby legalnych aborcji pozostają w rażącej dysproporcji w stosunku do potrzeb ponad 9 milionów kobiet w Polsce w wieku reprodukcyjnym.



białe plamy

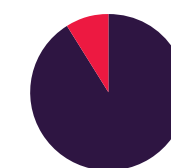
Przerwanie ciąży jako świadczenie gwarantowane przysługuje osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym do bezpłatnej opieki leczniczej na podstawie odrębnych przepisów¹⁷.

Bariery

Zdecydowana większość placówek zakontraktowanych przez NFZ odmawia wykonania tych świadczeń. W 2017 roku legalne przerwania ciąży przeprowadzono w 45 jednostkach, co stanowi 9% wszystkich 478 placówek objętych umowami z Funduszem na „ginekologia i położnictwo – hospitalizacja”.

Ponadto dostępność jest zróżnicowana geograficznie, tzn. istnieją całe regiony pozbawione dostępu do legalnej aborcji. Szczególnie alarmujące są informacje o tych województwach, w których zabieg przerwania ciąży jest dostępny bardzo rzadko; mowa o niemal całej wschodniej ścianie Polski – woj. podkarpackim, lubelskim, podlaskim i warmińsko-mazurskim.

45 jednostek



478 placówek

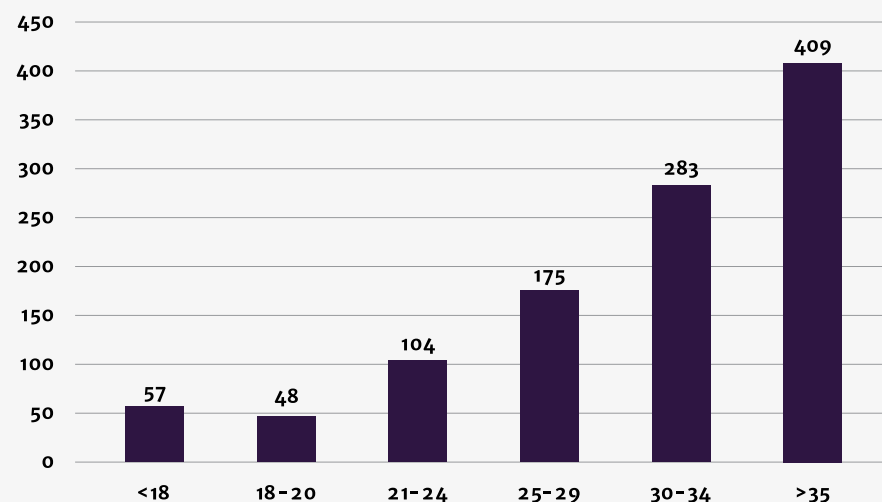
¹⁶ Dane ze strony <http://statystyka.policja.pl/>, dostępne: <https://bit.ly/2laAkQs>.

¹⁷ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

7.

Zabiegi przerwania ciąży w 2018 roku w podziale na wiek kobiet

Źródło danych: Dane CSIOZ



Wady genetyczne stanowią główną przyczyną ustawowych terminacji ciąży (62%). Pozostałe przypadki (38%) dotyczą wad somatycznych jednego układu lub wielu. W 2018 roku 23% aborcji wykonano z powodu zespołu Downa bez rozpoznania współistniejących wad somatycznych. Szczegółowy podział znajduje się w grafice nr 9.

Z interwencji prowadzonych przez Federację i instytucje publiczne – m.in. Narodowy Fundusz Zdrowia i biuro Rzecznika Praw Pacjenta – jak też z licznych doniesień medialnych wynika, że niedostępność świadczenia gwarantowanego, jakim jest przerwanie ciąży, to skutek następujących czynników:

- **brak jednolitej procedury postępowania dla szpitali.** Rezultat: brak wiedzy o właściwym postępowaniu z pacjentką, bezprawne odmowy świadczeń bez wskazania placówki, gdzie można je uzyskać, uznaniowe kryteria dopuszczenia do terminacji, niepewność pacjentek co do przysługujących im praw.
- **brak informacji o uprawnieniu do terminacji ciąży** mimo jednoznacznej diagnozy prenatalnej; w skrajnych przypadkach informacja o stanie płodu jest zakłamywana lub udzielana w niepełnej postaci.

- **stawianie dodatkowych, niewymaganych żadnymi przepisami wymogów.** Ustawa o planowaniu rodziny przewiduje **tylko dwa warunki formalne:** 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. Tymczasem wachlarz metod stosowanych przez podmioty lecznicze w celu obejścia ustawy poprzez uniemożliwienie terminacji czy wydłużenie procedur diagnostycznych i biurokratycznych aż do przekroczenia ustawowego terminu na przeprowadzenie zabiegu przerwania ciąży jest szeroki. Należą do nich:
 - > zlecanie badań nieistotnych dla postawionej diagnozy,
 - > nieuzasadnione powtarzanie badań,
 - > 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 porad,
 - > zgoda komisji bioetycznej,
 - > przedłożenie pisemnej odmowy ze szpitala z innego województwa,
 - > obligatoryjne konsultacje psychologiczne.
- **wymóg 100% pewności.** Choć ustawa zezwala na terminację z przyczyn embriopatologicznych, gdy badania i inne przesłanki medyczne wskazują na „duże prawdopodobieństwo” [wad], lekarze często kwestionują rezultaty nieinwazyjnych badań genetycznych typu SANCO i dążą do potwierdzania uzyskanej już diagnozy amniopunkcją, na wyniki której czeka się 3-4 tygodnie. Ustawa mówi także o „uzasadnionym podejrzeniu, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego”. Tymczasem statystyka ilustrująca całkowity niemal brak terminacji z tej przesłanki od ponad 20 lat obowiązywania ustawy potwierdza, że prokuratorzy muszą zawiązać ustawowe wymogi i samo „uzasadnione podejrzenie” nie umożliwia otrzymania niezbędnego zaświadczenia.
- **bezprawne odmowy motywowane:**
 - > **niespełnieniem któregoś z uznaniowych, wymyślonych kryteriów** omówionych powyżej;
 - > **rzekomą rejonizacją.** Szpital nie ma prawa odesłać pacjentki z innego województwa z powodu „niewłaściwego” miejsca zamieszkania;
 - > **przekroczeniem terminu.** Granica przeprowadzenia terminacji z przyczyn embriopatologicznych nie została określona na sztywno w ustawie. Definiuje ona termin jako moment, gdy płód osiągnął zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety. Uchwała Sądu Najwyższego

z dnia 13 października 2005 r.¹⁸ wskazała na 24. tydzień jako granicę przeprowadzenia terminacji, ale należy podkreślić, że dotyczyła konkretnego przypadku rozpatrywanego przez sąd. Tymczasem przeżywalność zależy od wielu czynników – stanu rozwinięcia płodu, występujących wad, stanu zdrowia kobiety, wyposażenia szpitala, umiejętności personelu medycznego. W przypadku wad letalnych taka granica czasowa nie istnieje.

- > **klausulą sumienia szpitala.** Komitet Bioetyki PAN w swoim stanowisku¹⁹ podkreślił, że nie mogą się na nią powoływać się całe placówki medyczne. Możliwość odmowy świadczeń ze względów ideologicznych przysługuje jedynie indywidualnym lekarzom, pielęgniarkom i położnym. Należy z całą mocą podkreślić, że jeżeli lekarz powołuje się na klauzulę sumienia, to **szpital jest zobowiązany odesłać kobietę do innej placówki, która zapewni uzyskanie tego świadczenia** lub zawrzeć umowę z podwykonawcą. Warto w tym miejscu wskazać, że obowiązek odesłania pacjentki, ciąży na szpitalu jako podmiocie leczniczym, a przez to dyrektorze placówki, wskazało w piśmie z 21 grudnia 2018 r. Ministerstwo Spraw Zagranicznych prezentując stanowisko rządu przed Komitetem Ministrów Rady Europy w sprawie implementacji wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka P. i S. przeciwko Polsce²⁰. Ponadto, Rozporządzenie Ministra Zdrowia²¹ stanowi, że „świadczonodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń”, co można rozumieć jako obowiązek podjęcia wszelkich działań zmierzających do zapewnienia tych świadczeń, np. zawarcia umowy z podwykonawcą.

Odmowa wykonania zabiegu – w większości przypadków – następuje bez wymaganego prawem uzasadnienia odmowy w dokumentacji medycznej. To zaś uniemożliwia skuteczne postępowanie sądowe w sprawach naruszeń ze strony personelu medycznego. Nagminną praktyką stosowaną szczególnie we wschodniej Polsce jest niewydawanie orzeczenia ws. istnienia wskazań do legalnego przerwania ciąży, co opóźnia hospitalizację i zmusza pacjentki do podróżowania po kraju lub wyjazdu za granicę. Należy podkreślić, że zgodnie ze stanowiskiem Komitetu Bioetyki PAN **odmowa wydawania orzeczeń z powodu klauzuli sumienia jest bezprawna.**

18 (sygn. akt IV CK 161/05)

19 Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia, [data dostępu: 31.05.2019]

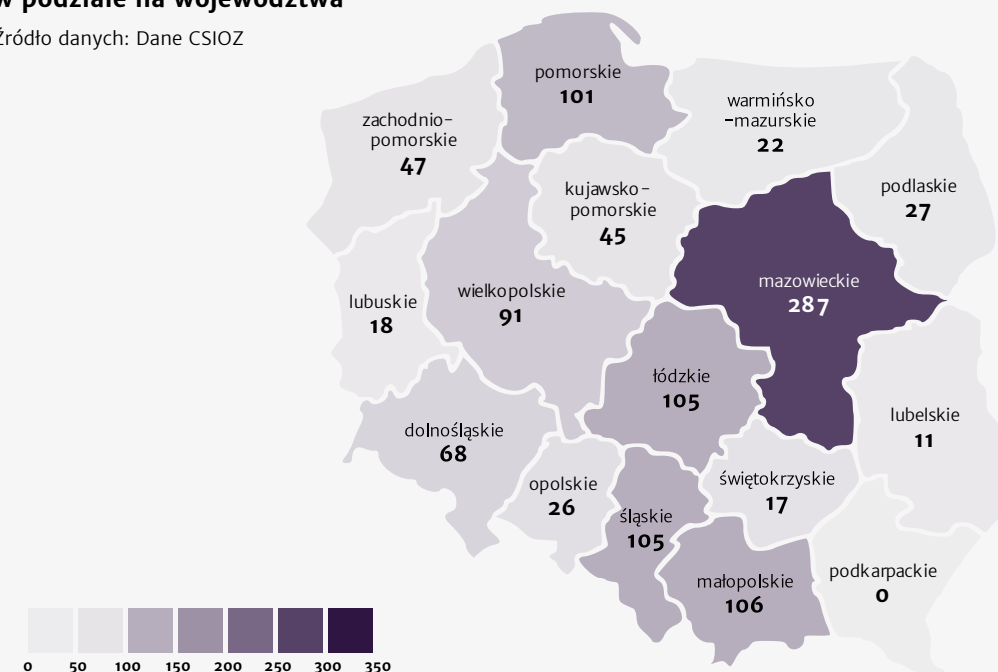
20 Decyzja Komitetu Ministrów Rady Europy z dnia 14. marca 2019 r. CM/Del/Dec(2019)1340/H46-13.

21 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; cytowany fragment pochodzi z § 8 ust. 1.

8.

Zabiegi przerwania ciąży w 2018 roku w podziale na województwa

Źródło danych: Dane CSIOZ



Istotnym krokiem ku poprawie dostępności zabiegu przerwania ciąży są **zalecenia konsultantów krajowych ds. perinatologii oraz ginekologii i położnictwa**,²² które określają, że opieka nad pacjentkami podejmującymi decyzję o zakończeniu ciąży, powinna być kontynuowana:

- w lokalnym szpitalu ginekologiczno-położniczym
- albo ośrodku, w którym prowadzono diagnostykę prenatalną
- albo w szpitalu, gdzie była prowadzona ciąża.

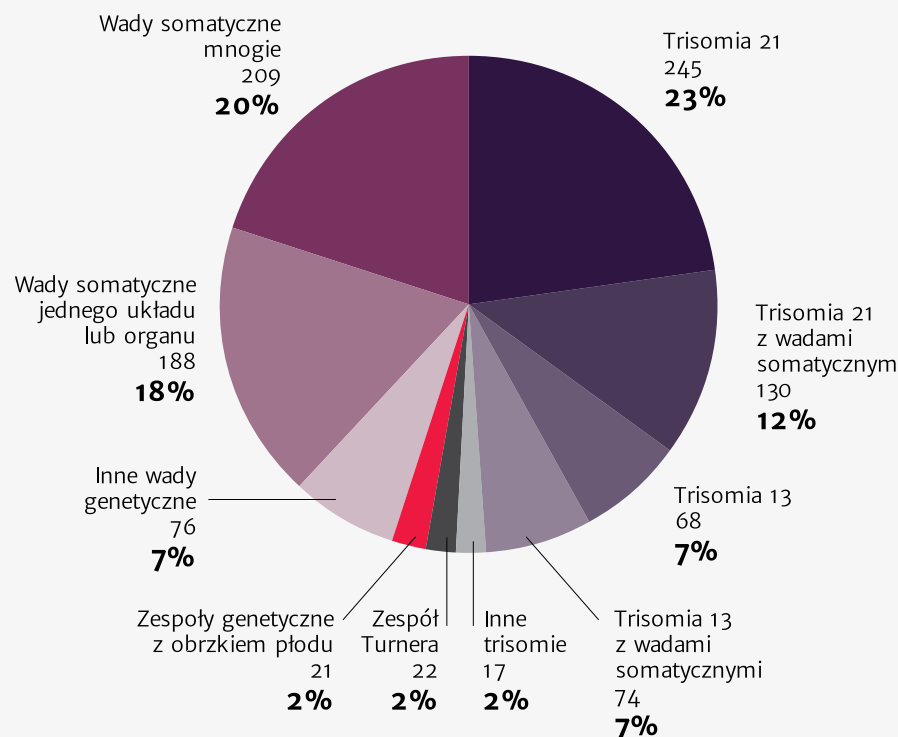
Ponadto konsultanci przypominają, że bezprawna odmowa może skutkować nałożeniem kar umownych przez NFZ, wytoczeniem powództwa cywilnego przez pacjentkę i sankcjami nałożonymi przez Rzecznika Praw Pacjenta, a odmowa powinna zostać przekazana w formie pisemnej wraz z uzasadnieniem.

Warto wykorzystywać ten ważny dokument w rozmowach z personelem medycznym o dostępie do terminacji ciąży.

22 Zalecenia Konsultantów Krajowych w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Perinatologii dotyczące opieki nad pacjentkami podejmującymi decyzję o zakończeniu ciąży w warunkach dopuszczalnych na podstawie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, Warszawa, 8 maja 2019, http://federa.org.pl/wp-content/uploads/2019/02/zalecenia_konsultantow_krajowych_terminacja_ciazy.pdf

9.
**Zabiegi przerwania ciąży w 2018 roku
według przyczyn embriopatologicznych
(nazwa wady, liczba, udział %)**

Źródło danych: Sprawozdanie z wykonania ustawy



Monitoring warszawskich szpitali

W związku z bardzo licznymi zgłoszeniami dotyczącymi braku dostępu do zabiegów przerywania ciąży, Federacja zainicjowała akcję prześwietlania szpitali pod kątem dostępności aborcji. Pod koniec marca br. skierowała do dyrekcji 14 warszawskich szpitali z oddziałami ginekologiczno-położniczymi zapytania w ramach dostępu do informacji publicznej.

Poniższa tabela ilustruje informacje i deklaracje przekazane przez 14 placówek, w tym sześć (współ)finansowanych przez m. st. Warszawa (nazwy pogrubionym drukiem).

Jedynie 6 z 14 warszawskich szpitali poza zapewnieniem o świadczeniu ustawowej aborcji, faktycznie przeprowadziło zabiegi w 1. kwartale 2019

roku. Kolejnych siedem szpitali nie wykonało żadnego zabiegu, co może wskazywać na fikcyjny charakter deklaracji.

Tylko jeden szpital – im. Orłowskiego – poinformował, że od początku 2019 **nie wykonuje terminacji ciąży z powodu „braku personelu niezbędnego do wykonania procedury”**. Dyrekcja szpitala deklaruje, że pacjentki są kierowane do innych szpitali po uprzednim uzgodnieniu możliwości przeprowadzenia zabiegu.

Federacja zwróciła się z prośbą o wyjaśnienia do szpitali, które w swoich odpowiedziach ujawniły stosowanie kryteriów pozaprawnych. Szpital Bielański napisał, że konsultacja psychologiczna jest zalecana, a nie obligatoryjna, co wskazuje na zmianę stanowisko pod wpływem naszej interwencji. Szpital św. Zofii, inaczej niż w swoim pierwszym liście, wyjaśnił, że konsylium nie jest ciałem decyzyjnym, a ma na celu ustalenie planu opieki nad pacjentką.

Brak możliwości udzielenia świadczeń stanowi nienależyte wykonanie umowy z NFZ. Z tego powodu **Federacja wykorzysta pozyskane odpowiedzi do działań rzeczniczych kierowanych do Narodowego Funduszu Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta i Ministerstwa Zdrowia**, by odgórne, systemowe zmiany doprowadziły do poprawy dostępności tego świadczenia gwarantowanego.

W związku z tym, że sześć szpitali z oddziałami ginekologiczno-położniczymi podlega Urzędowi m.st. Warszawy, **Federacja podejmie działania skierowane do lokalnych decydentów.**

Białe plamy rządowego monitoringu w odniesieniu do terminacji ciąży:

- **brak statystyk dotyczących zjawiska nielegalnych aborcji.** Tymczasem Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet²³ wprost rekomenduje, by skalę nielegalnych aborcji sprawdzać poprzez wspieranie i finansowanie badań temu służących;
- **brak informacji o migracjach** pacjentek między województwami w celu uzyskania świadczenia gwarantowanego;
- **brak statystyk** o liczbie terminacji w podziale na długość ciąży;
- **brak statystyk** o liczbie terminacji w podziale na migrantki i obywatelki oraz grupy etniczne (w szczególności uwzględniające osoby pochodzenia romskiego);
- **brak statystyk** o przypadkach powoływania się na klauzulę sumienia;
- **brak statystyk** dot. liczby odmów wykonania terminacji ciąży i ich uzasadnień.



białe plamy

²³ W Uwagach końcowych z dnia 7 listopada 2014 r. (CEDAW/C/POL/CO/7-8)

Tab. 1

Nazwa szpitala	Data odpowiedzi	Deklaracja wykonywania terminacji ciąży	Liczba zabiegów w 2019 r.	Dodatkowe, uznaniowe kryteria (bariery w dostępie)
Szpital im. Prof. Witolda Orłowskiego	10.04.2019	nie	0	Szpital deklaruje odsyłanie pacjentek do innych placówek
Szpital Praski im. Przemienienia Pańskiego	15.05.2019	tak	0*	Brak informacji o procedurze w piśmie zwrotnym
Mazowiecki Szpital Bródnowski	14.05.2019	tak	0	Brak informacji o procedurze w piśmie zwrotnym
Międzyleski Szpital Specjalistyczny	4.04.2019	tak	0*	Brak informacji o procedurze w piśmie zwrotnym
Szpital Specjalistyczny „Inflancka”	4.04.2019	tak	0	Brak informacji o procedurze w piśmie zwrotnym
Szpital Kliniczny MSWiA	3.04.2019	tak	0	Brak informacji o procedurze w piśmie zwrotnym
Szpital Solec	8.05.2019	tak	0*	Odniesienie do wytycznych ze spotkania z Mazowiecką Konsultantką Wojewódzką ds. Ginekologii i Położnictwa
Wojskowy Instytut Medyczny	5.04.2019	tak	0*	Brak informacji o procedurze w piśmie zwrotnym
Szpital Bielański	8.04.2019	tak	26	Brak informacji o procedurze w piśmie zwrotnym, zalecana konsultacja psychologiczna
Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM (UCZKIN)	5.04.2019	tak	15	Pisemne odmowy z innych placówek
Instytut Matki i Dziecka	2.04.2019	tak	3	Decyzja Zespołu ds. Wad Płodu (poza wadami letalnymi), obowiązkowa konsultacja psychologiczna
Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej	1.04.2019	tak	3	Brak informacji o procedurze w piśmie zwrotnym
Szpital św. Zofii	17.05.2019	tak	3	Decyzję o zabiegu podejmuje konsylium lekarskie
Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny	1.04.2019	tak	1	Brak informacji o procedurze w piśmie zwrotnym

* Wyjaśnienie: „z powodu braku pacjentek, które zgłosiły się do szpitala ze wskazaniem do terminacji ciąży”

Dostępność opieki zdrowotnej z perspektywy migrantek²⁴

Warto pamiętać, że dostęp do świadczeń zdrowia reprodukcyjnego, z zasady i tak już utrudniony, bywa dodatkowo ograniczony w zależności od grupy społecznej, której dotyczy. Jedną z takich grup są **migrantki**.

Cudzoziemcy i cudzoziemki ubiegający się w Polsce o ochronę mają dostęp do opieki medycznej. Uznane uchodźczynie, po skończeniu indywidualnego programu integracji, mają dostęp do opieki medycznej na takiej zasadzie jak Polki; mogą podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu albo mogą ubezpieczyć się dobrowolnie.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają w Polsce prawo:**

- osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z byciem członkiem rodziny²⁵ uchodźcy lub osoby objętej ochroną uzupełniającą i spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- osoby poniżej 18. roku życia, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z byciem członkiem rodziny uchodźcy lub osoby objętej ochroną uzupełniającą;
- osoby, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z byciem członkiem rodziny uchodźcy lub osoby objętej ochroną uzupełniającą.

²⁴ Część dotycząca dostępu do opieki zdrowotnej dla osób z pochodzeniem migranckim została skonsultowana z apl. adw. Joanną Subko, współzałożycielką portalu uchodźcy.info.

²⁵ Za członka rodziny zgodnie z ustawą z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach uważa się osobę pozostającą z cudzoziemcem w uznawanym przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej związku małżeńskim; małoletnie dziecko cudzoziemca i osoby pozostającej z nim w uznawanym przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej związku małżeńskim, w tym także dziecko przysposobione; małoletnie dziecko cudzoziemca, w tym także dziecko przysposobione, pozostające na jego utrzymaniu, nad którym cudzoziemiec sprawuje faktycznie władzę rodzicielską; małoletnie dziecko osoby, o której mowa w pkt 1, w tym także dziecko przysposobione, pozostające na jej utrzymaniu, nad którym sprawuje ona faktycznie władzę rodzicielską.

W praktyce jednak **dostęp ten jest ograniczony w związku z barierą językową lub brakiem lekarzy specjalistów w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców**. Przebywające w nich cudzoziemki skarżą się nie tylko na niską dostępność czasową medyków, ale także marginalizowanie kwestii zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz na stereotypowe podejście ze strony przedstawicieli zawodów medycznych²⁶.

Migrantki ekonomiczne podnoszą, że pracodawcy – ze względu na wysokie koszty – nie zawsze chcą je zatrudniać na umowę o pracę lub umowę zlecenie, w zamian proponując formę umowy cywilnoprawnej, która nie daje prawa do ubezpieczenia zdrowotnego – umowę o dzieło.

Problemy z dostępem do ochrony zdrowia mają też tzw. nieudokumentowani migranci – cudzoziemcy nieposiadający dokumentów uprawniających do pobytu w Polsce²⁷. **Poza świadczeniami ratownictwa medycznego oraz obowiązkowym leczeniem niektórych chorób zakaźnych, nieudokumentowani migranci nie mają dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej**²⁸.

Wobec problemów migrantów i migrantek z podstawową ochroną zdrowia i opieką okołoporodową, kwestie zdrowia reprodukcyjnego, w tym dostępu do aborcji i antykoncepcji, schodzą na dalszy plan i są nieobecne w debacie publicznej, mimo że prawdopodobieństwo wystąpienia potrzeby wykonania takiego zabiegu nie jest mniejsze niż u ubezpieczonych obywateli.

Ustawa „Za życiem”

W dn. 4 listopada 2016 r. przyjęto ustawę o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” w celu „otoczenia szczególną opieką kobiet w ciąży i ich rodzin, w tym kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych”. Ustawa dotyczy także dzieci, u których zdiagnozowano „ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu”, a więc w przypadkach, kiedy pacjentka kwalifikowała się na przerwanie ciąży zgodnie z *ustawą o planowaniu rodziny*, ale zdecydowała o porodzie lub nie wiedziała o swoim stanie (błędy diagnostyki prenatalnej, celowe zatajenie diagnozy). Wprowadzenie ustawy miało także wymiar polityczny i nastąpiło w czasie gorącej debaty o zaostrzeniu restrykcyjnej *ustawy o planowaniu rodziny*. Wsparcie finansowe miało zachęcić kobiety do rodzenia dzieci i zmniejszyć liczbę aborcji z powodu wad płodu. Ustawa spotkała się z krytyką środowisk prawnoczwolniczych za brak systemowego wsparcia, proponowanie dotychczasowych niewygodnych rozwiązań i wycenianie cierpienia kobiet na 4000 zł. Warto podkreślić, że chociaż każde wsparcie jest potrzebne, to żadne pieniądze nie zastąpią wolnego wyboru. Program dyskryminuje także rodziców dzieci, u których wady ujawniły się po porodzie, oraz nie daje wsparcia dla dorosłych osób z niepełnosprawnościami. Polecamy zapoznanie się z krytyką ze strony rodziców osób z niepełnosprawnościami²⁹.

Na podstawie ustawy wypracowano program o tej samej nazwie, do zadań którego należy:

- koordynowana opieka nad kobietą w ciąży, w szczególności powikłaną;
- diagnostyka i terapia prenatalna;
- opieka paliatywna i hospicyjna.

Ustawa wprowadziła świadczenie w wysokości 4000 zł za urodzenie nieuleczalnie chorego dziecka oraz wsparcie ze strony asystentów rodziny. Sprawozdanie nie podaje liczby wypłaconych zasiłków czy ewaluacji działań asystentów. To media, dzięki dostępowi do informacji publicznej, ujawniły, że w 2017 r. z jednorazowego zasiłku 4000 zł skorzystało 4 126 kobiet³⁰. Z innego rządowego raportu dowiadujemy się: „z pomocy asystentów rodziny skorzystało w 2017 r. ogółem 39 332 rodzin, z poradnictwa – 1 359 rodzin wychowujących dziecko z niepełnosprawnością oraz 220 rodzin z kobietą, u których stwierdzono zagrożoną ciążę”³¹.

26 „Uchodźczynie w Polsce. Spotkanie dla sojuszników”, nagranie dostępne: <https://www.youtube.com/watch?v=g8bgikYD-ag>.

27 Są to np.: osoby przebywające w Polsce po upływie terminu ważności stosownych dokumentów; osoby, które nie zalegalizowały swojego pobytu; osoby, które nie składały wniosku o nadanie statusu uchodźcy bądź składały taki wniosek, ale postępowanie administracyjne zakończyło się decyzją negatywną oraz nakazem opuszczenia Polski lub decyzją o wydaleniu poza granice kraju, a mimo to osoby te pozostają na terytorium Polski.

28 Klausa W., *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*, red. A. Chrzanowska, Warszawa, 2011.

29 Wawrzyńczak A., „Czy Program „Za życiem” działa? Zapytaliśmy rodziców”, portal niepełnosprawni.pl, 31.03.2019, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/767721>, [data dostępu: 5.07.2019]

30 Ambroziak A., „Rząd PiS naciągnął UE. Pieniądze na pomoc osobom z niepełnosprawnościami wydał na agitację antyaborcyjną. OKO.press składa zawiadomienie”, OKO.press, 13.03.2018, <https://oko.press/rzad-pis-naciagnal-ue-pieniadze-pomoc-osobom-niepelnosprawnosciami-wydal-agitacje-antyaborcyjna-oko-press-sklada-zawia-domienie/> [data dostępu: 16.06.2019]

31 Informacja Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2017 r. na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. KARTA PRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, 2018, Warszawa, bip.kprm.gov.pl/download/75/44757/24-182-18Karta.pdf, [data dostępu: 5.07.2019]

Koordynowana opieka na wyższym poziomie referencyjności

Świadczenia na II lub III poziomie opieki perinatalnej³² (KOC II/III) są realizowane od 1 stycznia 2017 r. W ramach tego trybu pomoc medyczną powinny uzyskać kobiety w przypadku zdiagnozowania wad rozwojowych, ciężkich chorób płodu i niepowodzenia położniczego. Opiekę psychologiczną w ramach KOC II/III otrzymało 118 kobiet w 5 województwach, choć porodów przy ciąży powikłanej było 18 539.

Ze sprawozdania nie dowiadujemy się, jak pacjentki oceniały program, choć wyniki ankiety mają być elementem przyznania premii finansowej.

Dziecięca opieka koordynowana (DOK)

Program „Za życiem” wprowadził także od 1 stycznia 2017 roku „zintegrowaną opiekę neonatologiczną, wielospecjalistyczną opiekę pediatryczną i programy rehabilitacyjne dla dzieci”. Program DOK jest dla dzieci do 3 r.ż. z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem powstałym w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu oraz dla wcześniaków urodzonych przed 33 tygodniem ciąży. W 2017 r. świadczenia otrzymało 265 pacjentów u sześciu świadczeniodawców w woj. dolnośląskim, lubelskim, łódzkim, małopolskim, śląskim i wielkopolskim.

Od 31 stycznia 2017 roku istnieje świadczenie „perinatalna opieka paliatywna”³³ dla kobiet w ciąży, u których stwierdzono letalną wadę płodu. Program zakłada pomoc medyczną i psychologiczną oraz koordynację opieki nad dzieckiem. *Sprawozdanie z wykonania ustawy* nie podaje, ile osób skorzystało ze świadczeń. Informuje jedynie, że 200 pacjentek objęto opieką psychologiczną po niepowodzeniu położniczym.

Sprawozdanie wspomina także „program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu”, który obejmował lata 2014–2017. W ostatnim roku funkcjonowania wydano niemal 1,5 mln złotych, ale brakuje podziału na diagnostykę i terapię oraz informacji o liczbie beneficjentów.



³² Na mocy zarządzenia nr 125/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

³³ Na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2017 poz. 236)

Działania podejmowane w celu respektowania ustawy

Działania organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości

Barierą w dostępie do legalnych zabiegów przerywania ciąży jest **penalizacja aborcji**. Obecny w kodeksie karnym przepis (art. 152 k.k.) przewiduje karę za przerwanie ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów *ustawy o planowaniu rodziny*. **Przepis karny nie tylko uniemożliwia kobietom swobodne podjęcie decyzji o przerwaniu niechcianej ciąży na jej wstępnym etapie, ale zmusza je do poszukiwania metod w tzw. podziemiu aborcyjnym.**

Penalizacja powoduje także tzw. **efekt mrozący**. Efekt ten 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). Lekarze bowiem 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 była nieprawidłowa.

O tym, że zagrożenie zastosowania sankcji karnej jest realne, świadczy liczba spraw z art. 152 k.k., które wpłynęły do prokuratury. Jak pokazują dane przedstawione w *sprawozdaniu z wykonania ustawy*, w 2017 r. wpłynęło 289 takich spraw, a 190 objęto ściganiem. Co prawda tylko w 27 z nich skierowano akt oskarżenia, ale sam fakt wszczęcia postępowania jest już pewną uciążliwością.

Sprawozdanie nie podaje natomiast danych na temat działań prokuratury w związku z (nie)realizacją 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.

Nie wiemy, ile zgłaszających się do prokuratury kobiet chcących przerwać ciążę z czynu zabronionego otrzymało stosowne zaświadczenie uprawniające je do terminacji ciąży.



Tab. 2 Świadczenia wykonywane w ramach KOC II/III w 2017 r.

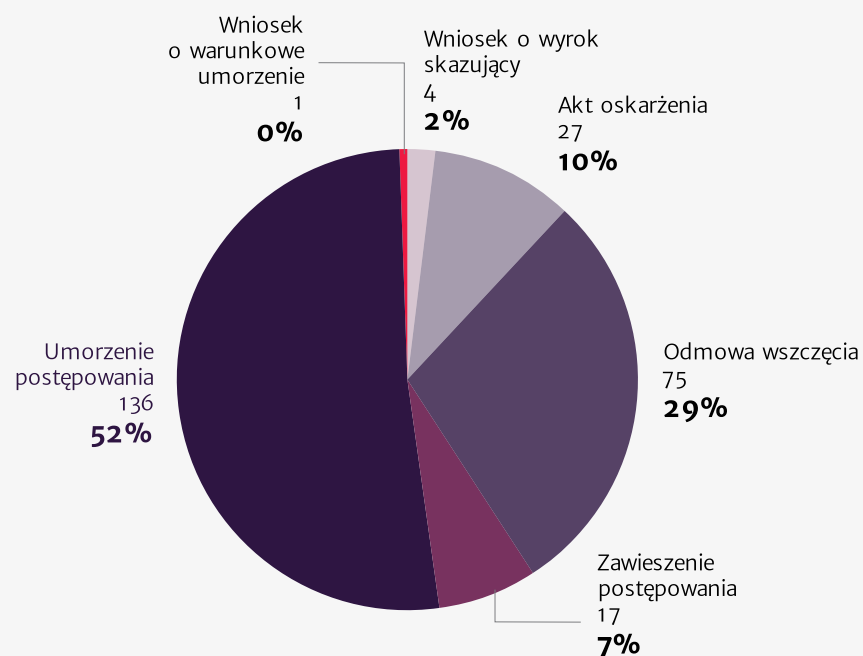
Źródło danych: sprawozdanie z wykonania ustawy

Województwo	Liczba świadczeniodawców	Liczba porodów	Odsetek porodów zakończonych cesarskim cięciem	Odsetek porodów drogami natury ze znieczuleniem
Lubelskie	5	4297	41%	2%
Łódzkie	3	2218	45%	40%
Małopolskie	2	1723	45%	47%
Opolskie	1	375	42%	0%
Podlaskie	1	1570	42%	64%
Pomorskie	1	981	24%	1%
Śląskie	1	691	42%	0%
Wielkopolskie	1	1637	51%	0%
Zachodniopomorskie	3	5047	55%	6%

10.

Postępowania w sprawach w 2017 rok dot. przerwania ciąży za zgodą kobiety (art. 152 k.k.). Liczba i udział procentowy.

Źródło danych: Sprawozdanie z wykonania ustawy



Działania Rzecznika Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta jest instytucją stojącą na straży praw pacjentek i pacjentów.

W kwestiach prawa do przerywania ciąży czy dostępu do antykoncepcji i badań prenatalnych rola pomocnicza Biura Rzecznika jest ograniczona ze względu na nieefektywność procedur i ich niedopasowanie do specyfiki ochrony praw reprodukcyjnych.

Osoba, która chce przerwać ciążę zgodnie z ustawą lub potrzebuje recepty na antykoncepcję, w tym awaryjną, ściga się z czasem. Potrzebuje natychmiastowego dostępu do należnego świadczenia zdrowotnego.

Instrumenty związane z działalnością Rzecznika, którymi dysponuje pacjentka to:

1. **Procedura sprzeciwu od opinii albo orzeczenia lekarza** (rozdział 8. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Sprzeciw składa się do Komisji Lekarskiej za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. Rozpatrywanie sprzeciwu od decyzji lub opinii lekarza **może potrwać nawet 30 dni** – jest to stanowczo za długo w przypadku konieczności natychmiastowej interwencji.

Żeby złożyć sprzeciw trzeba dysponować taką decyzją lub opinią lekarza na piśmie. Tymczasem lekarze bardzo często odmawiają wykonania świadczenia ustnie – nie uzasadniają tego, nie stwierdzają na piśmie ani tym bardziej nie wpisują do dokumentacji medycznej. W takim stanie rzeczy złożenie sprzeciwu jest wręcz niemożliwe.

Ponadto, przepisy nakładają na pacjentki dodatkowe formalistyczne wymagania, którym niełatwo jest sprostać:

- **sprzeciw wymaga uzasadnienia** (art. 31 ust. 3), w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjentki, na które decyzja/opinia lekarza ma wpływ;
- **od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie** (art. 31 ust. 7);
- **zgoda Komisji nie gwarantuje dostępu do świadczenia**, nie istnieją instrumenty skutecznej egzekucji prawa.

Prawo pacjentki do wzięcia udziału w posiedzeniu Komisji Lekarskiej wynika nie z ustawy, ale z aktu prawnego niższego rzędu³⁴. Ustawa nie przyznaje też pacjentce prawa ustanowienia pełnomocnika i zaznacza, że do postępowania przed Komisją Lekarską nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

W efekcie **procedura sprzeciwu pacjenckiego jest tak nieskuteczna i utrudniona**. W 2017 r. do Rzecznika Praw Pacjenta nie wpłynął żaden sprzeciw dotyczący realizacji przepisów ustawy o planowaniu rodziny. Pacjentki nie uznają sprzeciwu za efektywne narzędzie egzekwowania swoich praw. **Niedoskonałości tej procedury były przedmiotem krytyki w wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie R.R. przeciwko Polsce z 2011 r., w którym to wyroku Trybunał zalecił Polsce, by zreformowała procedurę sprzeciwu.** Rekomendacje te są też regularnie formułowane wobec Polski przez Komitet Ministrów Rady Europy powołany do monitorowania wykonywania wyroków ETPCZ. Zostały też zauważone przez Zespół ds. Europejskiego Trybunału Praw Człowieka przy Ministerstwie Spraw Zagranicznych, który zalecił wprowadzenie w procedurze sprzeciwu pewnych zmian. Na skutek tego 15 lipca 2016 r. Minister Zdrowia zaproponował **projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta**³⁵ tak, by dopasować go do realnych potrzeb pacjentów. Część nowelizacji dotycząca procedury sprzeciwu nie doszła do skutku, ponieważ ta część projektu nie została złożona do Sejmu w związku z negatywnym stanowiskiem Ministerstwa Sprawiedliwości, zajęтым na etapie uzgodnień międzyresortowych.

2. Rzecznik Praw Pacjenta może też prowadzić **postępowania wyjaśniające** na skutek otrzymanego zgłoszenia uprawdopodobniającego naruszenie praw pacjenta.

Za pośrednictwem Bezpłatnej Ogólnopolskiej Infolinii Rzecznika Praw Pacjenta wniesiono zapytania w 12 sprawach dotyczących problemów związanych z przerwaniem ciąży. Problematyka zgłoszeń obejmowała:

- informację z zakresu odmowy wykonania zabiegu przerwania ciąży z powodu braku wskazań do wykonania zabiegu;
- powstrzymanie się lekarza od wykonania świadczenia niezgodnego z jego sumieniem;
- odmowy z przyczyn organizacyjnych leżących po stronie podmiotu.

To o 14 mniej niż w 2016 r.

Rzecznik Praw Pacjenta prowadził 2 sprawy (w związku ze zgłoszeniami przekazanymi przez Pacjentki w 2017 r., w 2016 r. prowadził 3 sprawy) dotyczące kobiet w ciąży, które należy przytoczyć w kontekście ustawy o planowaniu rodziny.

Jedna ze spraw dotyczyła odmowy udzielenia pacjentce świadczenia zdrowotnego – wypisania recepty na tzw. antykoncepcję awaryjną przez podmiot leczniczy w Płońsku. Zastanawiające jest to, że w sprawozdaniu z wykonania ustawy mowa o pacjentce w ciąży, podczas gdy antykoncepcja awaryjna służy **zapobieżeniu** niechcianej ciąży.

Druga sprawa dotyczyła odmowy wykonania zabiegu przerwania ciąży przez podmiot leczniczy mimo posiadania przez pacjentkę wyników badań potwierdzających wystąpienie dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu.

Pierwsza sprawa jest w toku (stan na dzień 10 stycznia 2019 r., a więc około dwóch lat), druga zakończyła się pouczeniem o przysługujących jej środkach prawnych (w tym m.in. w zakresie prawa do wniesienia sprzeciwu od opinii bądź orzeczenia lekarza), czyli brakiem zdecydowanej reakcji Rzecznika.

Przywołane przykłady pokazują, że interwencje Rzecznika Praw Pacjenta nie są skutecznym narzędziem rozwiązującym w całości problem z dostępem do świadczeń zdrowia reprodukcyjnego.

Jednocześnie Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny **zaleca powiadamianie Biura Rzecznika Praw Pacjenta o przypadkach naruszeń** mailowo (kancelaria@rpp.gov.pl) lub przez **formularz kontaktowy**: <http://www.rpp.gov.pl/obsługa-biuletynu/dane-kontaktowe/formularz-kontaktowy/>. Należy podać swoje dane identyfikacyjne z numerem PESEL, opisać szczegółowo sytuację, załączyć wyniki badań i wszelką przydatną dla rozpatrzenia przypadku dokumentację.

Dlaczego to zalecamy?

Mianowicie, po otrzymaniu takiego zgłoszenia, **Biuro Rzecznika wysyła do podmiotu leczniczego prośbę o wyjaśnienie sytuacji, co może być przyczynkiem do zmiany zdania przez lekarza/szpital.** Ponadto, złożenie takiej skargi jest przydatne dowodowo – czy to w ogólnym rzecznictwie wobec Ministerstwa Zdrowia czy też w ewentualnym późniejszym postępowaniu cywilnym o odszkodowanie/zadośćuczynienie.

34. Z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta

35. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12287853/katalog/12367911#12367911>

Działania Naczelnego Sądu Lekarskiego i Okręgowych Sądów Lekarskich

Jedną z głównych barier w dostępie do świadczeń zdrowia reprodukcyjnego jest nadużywanie klauzuli sumienia. W teorii za takie postępowanie lekarzowi grozi m. in. odpowiedzialność dyscyplinarna. Jednakże, jak wskazuje *sprawozdanie z wykonania ustawy*, ani okręgowe sądy lekarskie, i co za tym idzie również Naczelny Sąd Lekarski, nie rozpatrywały spraw związanych z powoływaniem się przez lekarza na tzw. klauzulę sumienia w sprawie dotyczącej odmowy wystawienia skierowania na badania prenatalne lub odmowy wykonania zabiegu przerywania ciąży. **Przyczyną takiego stanu rzeczy może być brak skarg pacjentek, wynikający z przeświadczenia, że postępowanie dyscyplinarne prowadzone w ramach samorządu zawodowego nie doprowadzi do wymierzenia lekarzowi sankcji.**

Trudność w zbadaniu przyczyn powodują niepełne dane przedstawione w *sprawozdaniu z wykonania ustawy*. Nie wiemy, ile spraw zawisłych przed sądami lekarskimi zakończyło się wymierzeniem kary i jaki był to rodzaj kary. Nie wiemy też, ile było zgłoszeń – nie wszystkie skargi wszak prowadzą do wszczęcia postępowania. Potwierdza to także doświadczenie Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, która pomagała pacjentkom w składaniu takich skarg do rzeczników odpowiedzialności zawodowej przy okręgowych izbach lekarskich.

Najwięcej postępowań przed okręgowymi sądami lekarskimi prowadzonych było w sprawach dot. opieki nad kobietami w ciąży i opieki okołoporodowej, najmniej badań genetycznych płodu i zabiegów przerywania ciąży.

Samorząd lekarski nie jest w tym momencie sprzymierzeńcem pacjentek w uzyskaniu dostępu do gwarantowanych im ustawą świadczeń zdrowotnych z zakresu praw reprodukcyjnych.

REKOMENDACJE

♥ Dla rządu RP:

Zdrowie

1. **Powstrzymanie się od prób wprowadzenia regresywnych przepisów** w odniesieniu do zdrowia i praw reprodukcyjnych.
2. Analiza wyroków w sprawach przeciwko Polsce pod kątem naruszeń i rekomendacji Europejskiego Trybunału Praw Człowieka oraz odpowiednia **implementacja orzeczeń**.
3. Umożliwienie osobom małoletnim powyżej 15. roku życia **samodzielnych wizyt lekarskich**.

Aborcja

1. Wprowadzenie **oddzielnej, prostszej procedury odwoławczej** dla przypadków odmowy wykonania zabiegów legalnej aborcji i skierowania na badania prenatalne z krótszym terminem na rozpatrzenie sprzeciwu pacjenta (maksymalnie 10 dni).
2. Podjęcie inicjatywy legislacyjnej w celu **zniesienia sankcji karnych** za przerywanie ciąży za świadomą zgodą kobiety oraz w celu **legalizacji dostępu do aborcji** bez wskazań do min. 12. tygodnia oraz w późniejszym etapie ciąży w przypadku zagrożenia zdrowia i życia osoby w ciąży, ciężkich i nieodwracalnych wad płodu oraz ciąży powstałej w wyniku czynu zabronionego, wzorem europejskich standardów. Szczegóły dot. terminów, procedur, metod etc. nowego projektu legislacyjnego powinny zostać wypracowane przez interdyscyplinarną grupę ekspercką, w ścisłej konsultacji ze stroną społeczną.

♥ Dla Okręgowej Izby Aptekarskiej:

Klauzula sumienia

1. Monitorowanie sytuacji na rynku farmaceutycznym i odpowiednie **reagowanie na nadużycia w postaci powoływania się na klauzulę sumienia przez aptekarzy** oraz innych działań ograniczających dostęp do antykoncepcji.

♥ Dla Ministerstwa Zdrowia:

Aborcja

1. **Wprowadzenie jednolitej procedury dla wszystkich szpitali** z oddziałami o charakterze ginekologicznym lub położniczym w przypadkach przesłanek do przeprowadzenia zabiegu legalnej aborcji, zapewniającą swobodę decyzji pacjentki i nie wprowadzającą żadnych pozaustawowych wymogów.
2. Wprowadzenie medycznych zaleceń dot. przerywania ciąży zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia: **upowszechnienie metody próżniowej**, odejście od standardowej procedury wyłyżeczkowania jamy macicy, wtedy kiedy można zastosować mniej inwazyjną metodę.
3. **Analiza zjawisk towarzyszących restrykcyjnym przepisom** w ustawie o planowaniu rodziny – podziemia aborcyjnego i migracji aborcyjnej.

Klauzula sumienia

1. **Pogłębiona analiza funkcjonowania klauzuli sumienia** przy odmowie świadczeń i informacji z zakresu zdrowia reprodukcyjnego – terminacji ciąży, antykoncepcji, in vitro, badań prenatalnych.
2. **Pojęcie działań dyscyplinujących wobec personelu medycznego i szpitali**, które bezprawnie odmawiają świadczeń, powołując się na klauzulę sumienia.
3. **Zobowiązanie dyrekcji szpitali do wskazywania pacjentkom**, którym odmówiono świadczenia z powodu klauzuli sumienia, realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym.

Antykoncepcja

1. **Zapewnienie swobodnego dostępu do nowoczesnej antykoncepcji** poprzez wprowadzenie refundacji na wszystkie metody (tabletki, plastry i krążki antykoncepcyjne, wkładki domaciczne).
2. **Zapewnienie swobodnego dostępu do antykoncepcji awaryjnej** poprzez zniesienie obowiązku recept i wprowadzenie jej refundacji.
3. Stworzenie **ministerialnego portalu** z kompleksowymi informacjami o dostępnych środkach antykoncepcyjnych, ich cenach, dostępności.

Zdrowie

1. Zapewnienie **kompleksowego kształcenia w zakresie zdrowia reprodukcyjnego** dla osób studiujących medycynę.
2. **Dostosowanie publicznych gabinetów ginekologicznych** do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
3. Przeprowadzenie **kampanii informującej kobiety o należnych im w trakcie ciąży świadczeniach** wynikających ze standardów opieki okołoporodowej.
4. **Objęcie wszystkich osób w ciąży programem badań prenatalnych.**
5. Wspieranie, popularyzowanie i nadzorowanie **prac Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych.**

♥ Dla Narodowego Funduszu Zdrowia:

Zdrowie

1. **Przeprowadzanie kontroli podmiotów leczniczych** w zakresie prawidłowości i realizacji świadczeń z zakresu zdrowia reprodukcyjnego – terminacji ciąży, antykoncepcji, poradnictwa i diagnostyki prenatalnej, opieki okołoporodowej.



**KOMENTARZ
FUNDACJI RODZIĆ
PO LUDZKU**

KOMENTARZ FUNDACJI RODZIĆ PO LUDZKU

Opieka okołoporodowa w teorii

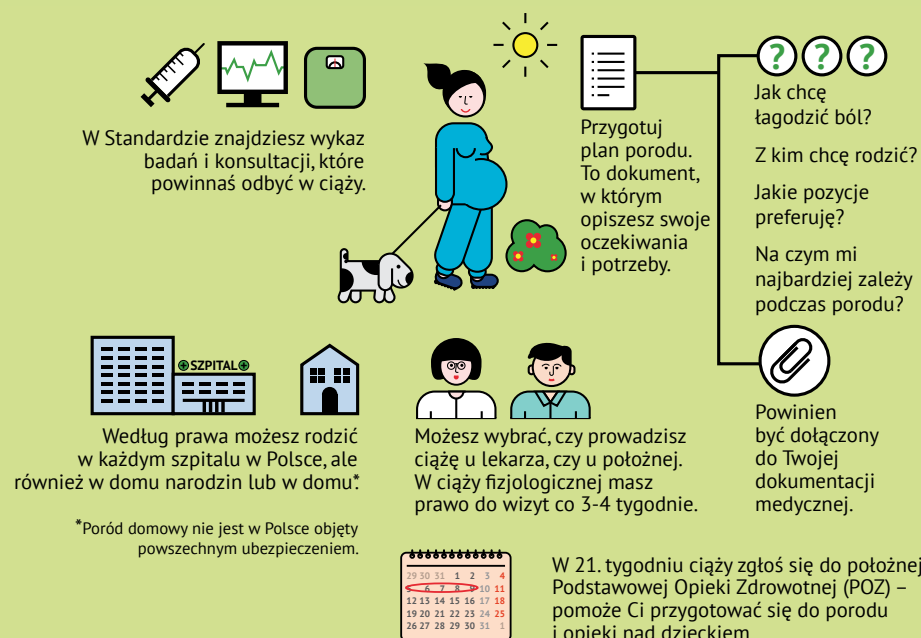
Od 1 stycznia 2019 r. opiekę okołoporodową w Polsce reguluje „standard organizacyjny opieki okołoporodowej”³⁶ (SOOO). Nowe zapisy dotyczą:

- łagodzenia bólu porodowego, ale nie gwarantują znieczulenia zewnątrzoponowego;
- postępowania w sytuacjach szczególnie trudnych tj. poronienie, poród chorego lub martwego dziecka;
- monitorowania satysfakcji pacjentek;
- przeprowadzenia badań przesiewowych dot. wystąpienia ryzyka depresji w ciąży i depresji poporodowej;
- zobowiązania personelu do przestrzegania planu porodu;
- promocji i wspierania karmienia piersią.

Rozporządzenie pominęło niestety ważny postulat, który znajdował się w projekcie konsultowanym społecznie. Chodzi o zobowiązanie kierowników placówek do zapoznawania swoich pracowników z zapisami Standardu, do organizacji szkoleń i paneli edukacyjnych.

Wprowadzono także zapis dotyczący porodów poza szpitalem, który zobowiązuje położne/lekarzy do podpisania porozumienia

³⁶ <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001756>



ze szpitalem obejmującego tryb i warunki przekazania kobiety i jej dziecka. W naszej opinii może mieć to negatywny wpływ na sytuację zdrowotną kobiety np.: konieczność pojechania do szpitala, z którym położna ma podpisaną umowę, a nie najbliższego miejsca zamieszkania. Zapis ogranicza prawo wyboru placówki, które zagwarantowane jest w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Opieka okołoporodowa w praktyce

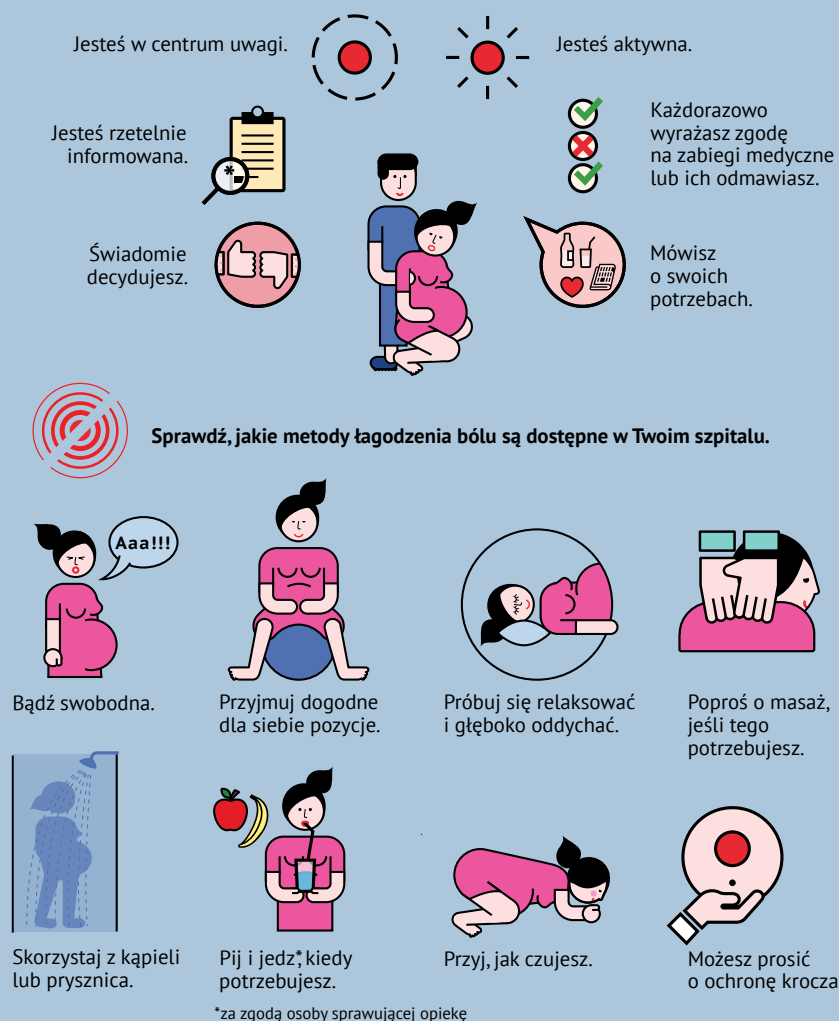
Wiele istotnych danych nt. realiów opieki okołoporodowej dostarcza „Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet”³⁷, powstały na podstawie doświadczeń 8 tysięcy kobiet, które rodziły w latach 2017–2018.

Jednym z ważniejszych celów wprowadzenia Standardów Opieki Okołoporodowej było obniżenie medykalizacji porodu. Jak pokazuje badanie **wśród kobiet, które rodziły drogami natury 43,4% miało wywoływany poród, 60,6% podaną kroplówkę z oksycytyną**. Odsetek nacięć krocza zmniejszył się znacznie w ciągu ostatnich 12 lat – w 2006 r. wynosił aż 80%. W wielu miejscach ta interwencja przestała być rutyną, ale **nadal co druga kobieta w sali porodowej ma nacinane krocze**.

Tylko 38,5% kobiet miało zapewniony „złoty standard” – kontakt z dzieckiem minimum dwie godziny po porodzie. Mniej niż połowa (45,6%) oceniła dobrze wsparcie personelu w karmieniu piersią, co trzecia zaznaczyła, że nie było możliwości skorzystania z usług doradcy laktacyjnego na oddziale (32,6%). Ponad 60% dzieci w trakcie pobytu w szpitalu było dokarmianych mlekiem modyfikowanym.

Ostatnie lata i badanie pokazują wiele pozytywnych zmian – obecność bliskiej osoby bez opłat, zwiększającą się liczbę sal pojedynczych do porodów rodzinnych, więcej kobiet może pić i jeść w trakcie porodu, zmniejsza się odsetek nacięć krocza, zwiększa aktywność kobiet podczas porodu, poprawia się realizacja prawa do dwugodzinnego, nieprzerwanego kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry” po narodzinach, coraz więcej kobiet przygotowuje swój plan porodu. **Niestety obowiązujące od 2012 roku we wszystkich placówkach położniczych w Polsce Standardy Opieki Okołoporodowej są wdrażane bardzo powoli, wynika to z braku konsekwencji wobec placówek naruszających prawo, zarówno ze strony decydentów, jak i samych kobiet.**

37 http://www.rodzicpoludzku.pl/images/RAPORT_FRpL_2018.pdf



Większość kobiet wystawiłaby opiece w szpitalu ocenę bardzo dobrą lub dobrą (odpowiednio: 36% i 38%) i ma pozytywne doświadczenia porodowe. **Jednocześnie odpowiedzi kobiet pokazują, że w trakcie większości porodów zdarzają się sytuacje niezgodne z obowiązującymi przepisami, nadużycia, a nawet przemoc.** Jeśli do przemocy słownej i fizycznej zaliczymy zachowania personelu takie jak: szantażowanie, wyśmiewanie, grożenie, krzyczenie, obrażanie, wypowiadanie niestosownych w odczuciu kobiet komentarzy, szturchanie, rozkładanie na siłę nóg przy parciu, przywiązywanie nóg do łóżka porodowego, to **16,9% badanych doświadczyło w trakcie swojego porodu lub po porodzie jednej (lub więcej) z form przemocy.**

Ze wszystkich odpowiedzi kobiet wynika, że w czasie porodu 54,3% kobiet doświadczyło przemocy lub nadużyć związanych z zachowaniem personelu lub niedopełnieniem wszystkich procedur. Odsetek ten odnosi się do tych kobiet, które wskazały, że w czasie porodu miała miejsce jedna (lub więcej) z opisanych powyżej sytuacji zakwalifikowanych jako przemoc lub jedna z następujących sytuacji:

- studenci/studentki położnictwa byli obecni bez zgody badanej,
- personel zdecydowanie nie dbał o zachowanie prywatności i intymności,
- personel nie odpowiadał na pytania, używał niezrozumiałego języka, zwracał się w sposób świadczący o braku szacunku,
- ankietowana miała poczucie, że personel gorzej ją traktował bądź zmuszał do czegoś.

Badanie wskazuje na to, że **w szpitalach w zakresie komunikacji personel – pacjentka, pojawiają się poważne nadużycia:**

- niestosowne komentarze (24%)
- traktowanie z góry (20%)
- ignorowanie pytań, lekceważenie (17,1%),
- podnoszenie głosu (15,6%),
- krytykowanie (11,8%),
- wyśmiewanie (10,1%),
- krytykowane w II okresie porodu za sposób parcia (13,5%).

Część kobiet doświadczyła w szpitalu przemocy fizycznej. 3% stwierdziło, że w czasie II okresu porodu ktoś na siłę rozkładał ich nogi, 66 kobiet miała przywiązywane nogi do łóżka porodowego, a w relacjach 38 kobiet pojawiła się informacja, że były szturchane przez personel. 13% kobiet zadeklarowało, że chciało otrzymać znieczulenie zewnątrzoponowe, ale w szpitalu, w którym rodziły, nie było takiej możliwości.

Co druga kobieta doświadczyła nadużyć lub przemocy

Podsumowując, monitoring z udziałem kobiet pokazuje, że **prawa kobiet rodzących w szpitalach i na oddziałach położniczych nie są respektowane, a część doświadcza przemocy za zamkniętymi drzwiami oddziałów położniczych.** Te doświadczenia pozostawiają trwały ślad w ich ciele i psychice.

Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

Od 1 lipca 2016 r. do 30 września 2017 r. działał pilotażowy program KOC³⁸, którego celem było **skoordynowanie opieki w okresie ciąży, porodu, połogu oraz opiekę nad noworodkiem, a następnie niemowlęciem do 6 tyg. życia, sprawowanej przez jeden zespół lekarzy i położnych.** Program miał być alternatywą do obecnego systemu, w którym opieka nad osobą w ciąży podzielona jest pomiędzy świadczeniodawców realizujących umowy w ramach POZ, AOS i leczenia szpitalnego.

Zaproponowany przez NFZ produkt spotkał się z protestami wielu środowisk – położnych, dyrektorów placówek i organizacji pozarządowych z powodu:

- braku dialogu z różnymi środowiskami eksperckimi i społecznymi przy tworzeniu programu;
- powołania ośrodka koordynującego;
- ograniczania wolności wyboru poszczególnych placówek – w programie KOC kobieta mogła wybrać położną POZ, lekarza sprawującego opiekę nad ciążą oraz szpital do porodu tylko spośród tych podmiotów, które mają podpisaną ze sobą umowę;
- zapisów dotyczących monitorowania parametrów ilościowych, na przykład: **gratyfikacji za zmniejszenie liczby cesarskich cięć.** Proponowane rozwiązanie jest nie tylko realnym zagrożeniem dla zdrowia i życia kobiet i dzieci, lecz także należy traktować je jako wysoce nieetyczne.

Patrząc na statystyki trzech kwartałów 2017 roku widzimy, że w szpitalach objętych KOC przeprowadzono ok. 2% wszystkich porodów, odsetek cesarskich cięć pozostawał w większości z nich na poziomie średniej krajowej, a dostępność znieczulenia przy porodach drogami natury nie wzrosła.

³⁸ Na mocy zarządzenia Nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotnego kontraktowanego odrębnie

Tab. 3 Świadczenia wykonywane w ramach KOC od stycznia do września 2017 r.
Źródło danych: sprawozdanie z wykonania ustawy

Województwo	Liczba świadczeniodawców	Liczba porodów	Odsetek porodów zakończonych cesarskim cięciem	Odsetek porodów drogami natury ze znieczuleniem
Lubelskie	1	64	67%	0%
Lubuskie	1	748	47%	0%
Łódzkie	3	1230	40%	10%
Podkarpackie	1	381	50%	0%
Pomorskie	2	1364	23%	0%
Śląskie	2	1076	51%	10%
Warmińsko-Mazurskie	1	803	40%	38%

Od 1 października 2017 roku w 6 województwach realizowany jest produkt KOC I, czyli koordynowana opieka na I poziomie referencyjności³⁹. Szpitale nadal otrzymują premię finansową za osiągnięcie parametrów takich jak odsetek cesarskich cięć, co – jak już wspomniano – jest nieetyczne, ale też za przeprowadzanie ankiet wśród pacjentek i odsetka porodów ze znieczuleniem zewnątrzoponowym. Zmieniono jednak system rozliczeń – kilka ryczałtów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży i prowadzenia ciąży przez położną. Ewaluacji programu nie znajdziemy w *sprawozdaniu z wykonania ustawy*, a w ministerialnej odpowiedzi na interpelację poselską⁴⁰.

Wiceminister Król informuje, że w ramach KOC szpitale przyjęły 70 tys. porodów, a na realizację programu NFZ wydano 550 mln złotych.

Tymczasem eksperci oceniają, że program KOC otwarty dla szpitali, które wykonały powyżej 600 porodów rocznie, „ratuje specjalistyczne szpitale, a pogrąża finansowo powiatowe porodówki”. Realizacja KOC jest bowiem bardzo opłacalna finansowo. **Placówki konkurują ze sobą, zachęcając pacjentki z sąsiednich miast.**

³⁹ lubuskie, łódzkie, małopolskie, pomorskie, śląskie, warmińsko-mazurskie

⁴⁰ Interpelacja nr 29610 w sprawie realizacji programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC) na terenie województwa łódzkiego, <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BAEEG9>

Przykład: „W Międzyrzeczu na porodówce odbyło się w 2018 r. zaledwie 270 porodów. Ta wygenerowała szpitalowi 1,4 mln zł długu. Ale to nie dziwne, bo utrzymanie tego oddziału kosztuje, a NFZ płaci za poród zaledwie 3 tys. złotych – zaznacza starosta bielski, Mariusz Filipiuk. Dodaje, że sąsiedni w województwie lubelskim szpital w Białej Podlaskiej realizuje KOC i dostaje ok. 8 tys. złotych za poród. Porodówka zatem ciągnie szpital w górę – zauważa starosta bielski”⁴¹.

Cesarskie cięcia

Od lat Polska odnotowuje wysoki odsetek cesarskich cięć na poziomie ok. 45%, czyli trzy razy więcej niż zaleca Światowa Organizacja Zdrowia.

Dwie główne przyczyny 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 rodzającym nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu z drugiej (choć jest ich duży wachlarz i stosowanie ich nic nie kosztuje) powoduje, że kobiety w Polsce boją się porodu.

W reakcji na to wyzwanie ministerialny zespół wypracował – bez konsultacji i dogłębnego zbadania źródeł problemu – rekomendacje, które zakładają stały spadek cesarskich cięć aż do 30% w 2028 roku. Wytyczne bazują na założeniu, że wysoki odsetek jest wynikiem braku wiedzy pacjentek i wywierania przez nie presji na lekarzy. Przeczy to faktom i wieloletnim doświadczeniom Fundacji Rodzić po Ludzku. Zespół stawia na odgórną redukcję poprzez zobowiązanie szpitali do spełnienia ustalonych wskaźników, co może skutkować zagrożeniem bezpieczeństwa medycznego.

W stanowisku⁴² przesłanym do Ministerstwa Zdrowia Fundacja Rodzić Po Ludzku podkreśla, że rekomendacje „wpłyną niekorzystnie na sytuację kobiet i pogłębią ich lęk związany ze zdrowiem ich i dziecka”.

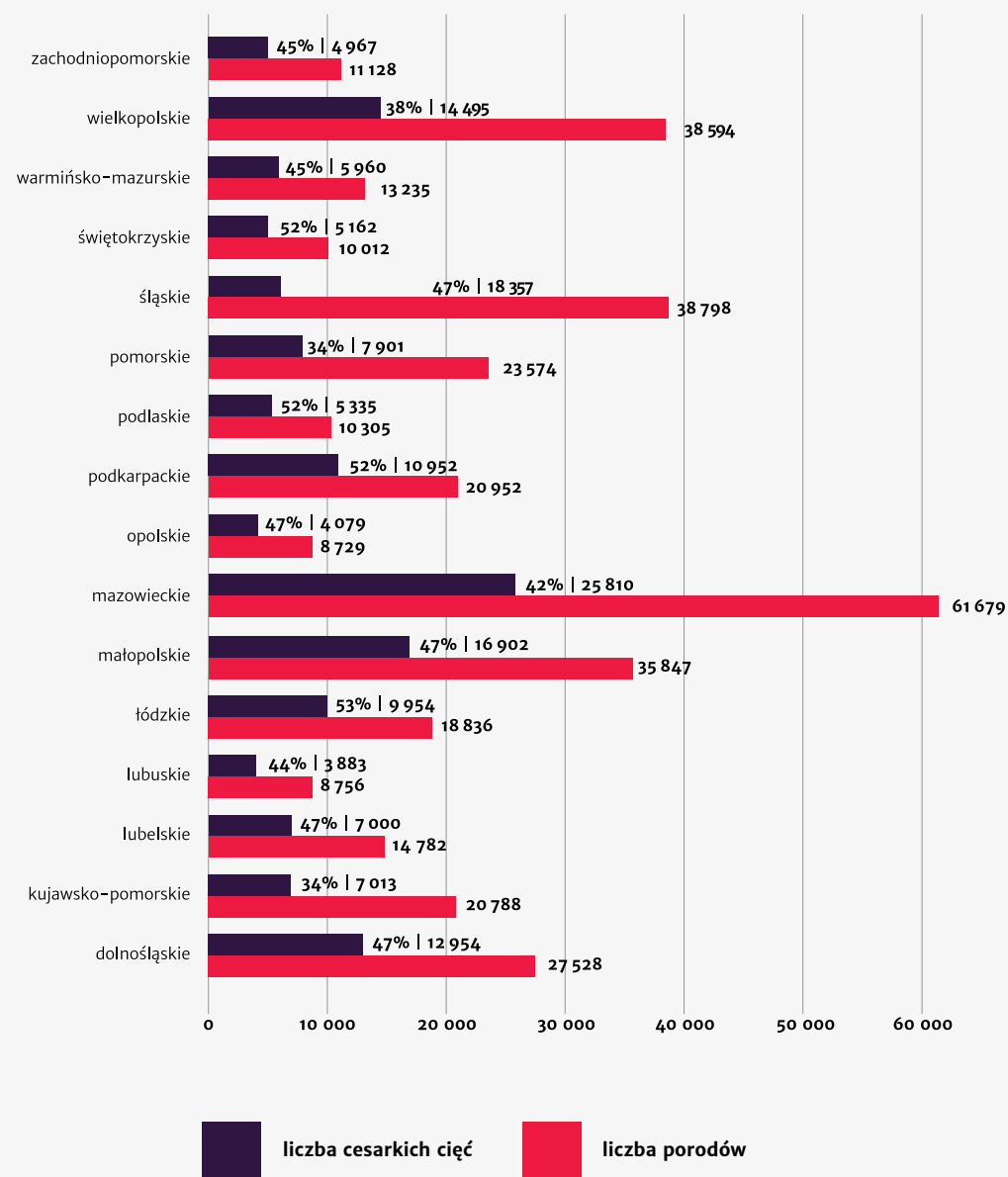
⁴¹ Nowosielska K., *Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży pogrąża szpitale powiatowe*, portal prawo.pl, 3.05.2019, <https://www.prawo.pl/zdrowie/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc-ratuje,402308.html>, [data dostępu: 5.07.2019]

⁴² <http://www.rodzicpoludzk.pl/Aktualnosci/Stowisko-Fundacji-Rodzic-po-Ludzku-w-sprawie-rekomendacji-zespołu-roboczego-do-spraw-opracowania-kierunkow-dzialan-w-celu-zmniejszenia-odsetka-cesarskich-ciec.html>

11.

Liczba porodów rozliczanych w 2017 roku oraz odsetek porodów zakończonych cesarskim cięciem

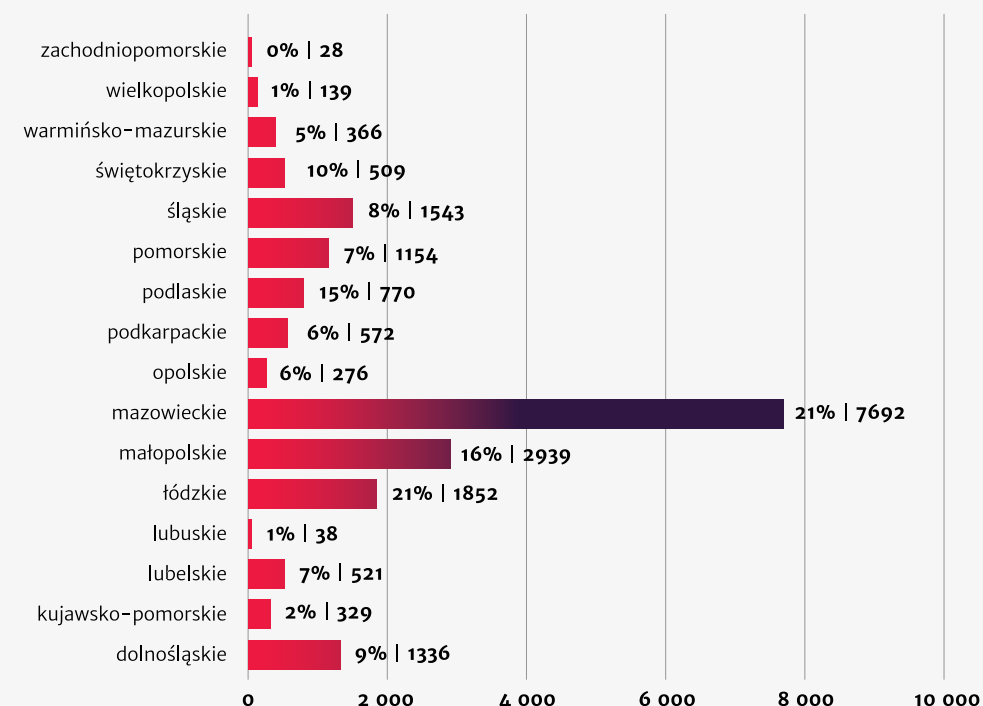
Źródło danych: Sprawozdanie z wykonania ustawy



12.

Liczba i odsetek porodów drogami natury ze znieczuleniem w 2017 roku

Źródło danych: Sprawozdanie z wykonania ustawy



Naszym zdaniem rekomendacje w niewystarczającym stopniu odpowiadają na dwa podstawowe problemy – strach pacjentek przed niehumanitarnym traktowaniem i niedostępność znieczulenia (w 2017 r. zaledwie 10% rodzących siłami natury je otrzymało).

Ministerstwo Zdrowia rozesało rekomendacje konsultantom krajowym i wojewódzkim w dn. 19 marca 2018 roku. Ministerstwo wycofało się przy tym z wcześniejszych zaleceń Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, zgodnie z którymi kobieta po przebytym cięciu cesarskim musiała wyrazić zgodę na poród drogami natury.

Jak obrazuje powyższa tabelka odsetek cesarskich cięć jest także zróżnicowany terytorialnie i waha się od 34% (woj. pomorskie i kujawsko-pomorskie) do 53% (woj. tódzkie).

Znieczulenie zewnątrzoponowe

Od 1 lipca 2015 r. znieczulenie zewnątrzoponowe w Polsce jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wycena świadczenia w 2017 r. wynosiła, jak wynika ze sprawozdania, ok. 420 zł. Istnieje zależność między odsetkiem cesarskim cięciem a dostępnością znieczulenia zewnątrzoponowego. Z obawy przed porodem w bólu, pacjentki decydują się nierzadko na cesarskie cięcie. Z tego powodu kluczem do poprawy sytuacji jest poprawa dostępność znieczulenia.

Po odliczeniu porodów w wyniku cesarskiego cięcia szacuje się, że średni odsetek podania znieczulenia przy porodzie drogami natury w roku 2017 wynosił 10%. Ponownie dostępność waha się w zależności od regionu od 0% (woj. zachodniopomorskie) do 21% (woj. mazowieckie). Ograniczenia w dostępności należy traktować jako przejaw nieludzkiego traktowania kobiet.

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 dołędźwio-we 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.

REKOMENDACJE

♥ Dla Ministra Zdrowia

1. **Monitorowanie realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej** w szpitalach i wyciąganie konsekwencji wobec placówek naruszających zapisy SOO. Regularne kontrole w placówkach.
2. **Regularne analizowanie sytuacji w opiece okołoporodowej** poprzez organizowanie paneli i dyskusji ze wszystkimi zaangażowanymi w opiekę nad kobietą stronami.
3. **Wsparcie dla badań i działań** zapobiegających brakowi szacunku i nadużyciom w opiece okołoporodowej.
4. Inicjowanie i wspieranie **programów mających na celu poprawę jakości opieki okołoporodowej**, z silnym naciskiem na poszanowanie godności kobiet jako ważnego elementu jakości tej opieki.
5. **Zdefiniowanie wskaźników medykalizacji** i systematyczne ich monitorowanie, wdrożenie procedur ograniczających medykalizację porodu w Polsce.
6. Ustalenie jasnych **wytycznych dla szpitali odnośnie do corocznego raportowania postępów** we wdrażaniu Standardów Opieki Okołoporodowej.
7. **Ustalenie jasnych norm zatrudnienia położnych** w odniesieniu do liczby rodzących i opieki na oddziałach położniczych.
8. **Sprecyzowanie minimalnych wymagań** dotyczących wyposażenia, organizacji i kompetencji personelu tak, by gwarantowały opiekę dostosowaną do potrzeb wszystkich pacjentek.
9. **Uświadamianie** społeczeństwa, a także osób wykonujących zawody medyczne, **co do negatywnych konsekwencji złego traktowania kobiet podczas porodu**, medykalizacji zarówno w aspekcie medycznym, jak i społecznym i ekonomicznym.
10. **Stworzenie możliwości edukacyjnych dla personelu medycznego** w zakresie realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej, w szczególności poświęconych m.in. pozycjom wertykalnym, karmieniu piersią, ochronie krocza, pierwszemu kontaktowi, komunikacji z kobietą, prawom pacjenta i przestrzeganiu praw człowieka.
11. **Zdiagnozowanie barier** we wdrażaniu poszczególnych zapisów Standardów w szpitalach i podjęcie odpowiednio dobranych działań.

♥ Dla szpitali i oddziałów położniczych

1. **Większe skorzystanie z kompetencji położnych** mogących samodzielnie prowadzić i przyjmować fizjologiczny poród. Sposób przygotowania zawodowego położnych sprzyja demedykalizacji opieki okołoporodowej. Ich kształcenie w znacznie większym stopniu jest skoncentrowane na fizjologii niż kształcenie lekarzy, które skupia się na wykrywaniu i leczeniu patologii. Rozpo-wszechnienie opieki położnych w znacznym stopniu ogranicza koszty opieki okołoporodowej i pozwala na przekierowanie za-oszczędzonych środków np. na zapewnienie

- anestezjologa, doradcy laktacyjnego, doposażenie sal, szkolenia personelu z komunikacji z pacjentem.
2. Regularne przeprowadzanie praktycznych **szkoleń dla personelu medycznego** w zakresie realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej, w szczególności poświęconych m.in. pozycjom wertykalnym, karmieniu piersią, ochronie krocza, pierwszemu kontaktowi, komunikacji z kobietą, prawom pacjenta.
 3. **Zagwarantowanie** przez wszystkie placówki mające kontrakt z NFZ **dostępności znieczulenia zewnątrzoponowego**. Rozpowszechnienie dostępu do tej metody łagodzenia bólu ograniczy ryzyko zachowań mogących nieść znamiona niehumanitarnego traktowania rodzącej oraz obniżyć wskaźnik planowanych cesarskich cięć.
 4. Zbieranie informacji od kobiet i **analizowanie jakości świadczonych usług**, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii traktowania pacjentek i sposobu komunikacji personelu, respektowania prawa do informacji, intymności oraz wyrażania zgody na zabiegi i czynności.
 5. **Zwiększenie liczby położnych** zatrudnionych na oddziałach położniczych, które będą wyposażone w profesjonalną wiedzę w zakresie laktacji.
 6. **Zaprzestanie praktyk zakłócania pierwszego kontaktu** matki z dzieckiem po narodzinach. Ważenie i mierzenie nie powinno być procedurą zakłócającą ten niezwykle ważny moment.
 7. Należy dążyć do tego, by każda kobieta miała **osobną salę porodową** umożliwiającą poród rodzinny, gwarantującą intymność i komfort rodzącej, który zmniejsza stres zakłócający fizjologiczny przebieg porodu.
 8. Wyposażenie wszystkich sal porodowych, również tych wieloosobowych, w **sprzęt ułatwiający łagodzenie bólu** i przyjmowanie dogodnych dla rodzących pozycji w I fazie oraz pozycji wertykalnych w II fazie porodu. Zapewnienie kobietom rodzącym dostępu do wanny lub prysznica w trakcie porodu.
 9. Omawianie z kobietą jej **planu porodu**, a w sytuacji, kiedy nie ma swojego planu, omówienie z nią jej oczekiwań i potrzeb związanych z porodem i pobytem w szpitalu.
 10. **Ograniczanie nieuzasadnionych procedur medycznych podczas fizjologicznego porodu** – przyspieszanie porodu za pomocą kroplówki z oksytocyną, nacinanie krocza.

♥ Dla osób sprawujących opiekę, a także odpowiedzialnych za edukację np. Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego

1. Podejmowanie działań edukacyjnych mających na celu **wzrost świadomości kobiet** co do negatywnych konsekwencji zdrowotnych medykalizacji porodu drogami naturalnymi, niepotrzebnych interwencji medycznych i cesarskiego cięcia oraz praw przysługujących kobiecie w opiece okołoporodowej.
2. Podejmowanie działań edukacyjnych skierowanych także do osób towarzyszących w porodzie. Powinny być one świadome całego procesu porodu, znaczenia poszczególnych etapów, korzyści związanych z niezakłóconym przebiegiem porodu, ryzyka związanego z interwencjami medycznymi.
3. **Promowanie porodu fizjologicznego** i uświadamianie długofalowych korzyści takiego porodu dla matki i dziecka.
4. Zachęcanie i **pomoc w przygotowaniu planu porodu**.
5. Zachęcanie kobiet do uczestniczenia w **edukacji przedporodowej**. Jak pokazują wyniki badania kobiety lepiej przygotowane – po szkole rodzenia, z planem porodu – mają wyższą jakość opieki okołoporodowej. Wskazuje to na potrzebę nie tylko przekazania wiedzy, co dzieje się w ramach

zajęć w szkołach rodzenia, ale także na systematyzowanie tej wiedzy przez kobiety w trakcie refleksji dotyczącej jej oczekiwań i potrzeb związanych z opieką okołoporodową podejmowanych w czasie przygotowywania (samodzielnie lub z położną, ale przed porodem) planu porodu.

6. **Przeanalizowanie programu kształcenia szkół rodzenia**. Ważne jest, aby wiedza przekazywana podczas zajęć, była połączona z autorefleksją uczestniczek na temat ich potrzeb. Najlepiej też, aby ta wiedza była wykorzystywana w praktyczny sposób, na przykład w sformułowaniu oczekiwań w planie porodu.
7. **Zachęcanie do korzystania z opieki położnych**, które realizują edukację przedporodową, a także samodzielnie prowadzą i przyjmują fizjologiczne porody.



KOMENTARZ
EKSPERTEK
ZAJMUJĄCYCH SIĘ
ZDROWIEM I PRAWAMI OSÓB
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

KOMENTARZ EKSPERTEK ZAJMUJĄCYCH SIĘ ZDROWIEM I PRAWAMI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Anna Sikierska-Lohner, Agnieszka Wołowicz, Magdalena Kocejko

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych⁴³ określa zobowiązania państwa w zakresie dostępności opieki zdrowotnej (artykuł 25). Zauważa także szczególnie trudną sytuację kobiet z niepełnosprawnościami i konieczność podjęcia szczególnych działań, w celu zapewnienia ochrony realizacji ich praw (artykuł 6). Jako ratyfikowany przez Polskę akt prawa międzynarodowego, stanowi podstawę prawną dla wymagania od Państwa równego dostępu do usług związanych ze zdrowiem – również seksualnym i reprodukcyjnym – dla osób z niepełnosprawnościami, w tym szczególnie dla kobiet. Polska, ratyfikując konwencję, zobowiązała się:

- uznać, że osoby z niepełnosprawnością mają prawo do możliwie najwyższego standardu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność;
- podjąć właściwe kroki, aby zagwarantować osobom z niepełnosprawnością dostęp do usług zdrowotnych z uwzględnieniem kwestii płci, w tym rehabilitację zdrowotną;
- zagwarantować osobom z niepełnosprawnością taki sam zakres, jakość i standard bezpłatnej lub przystępnej cenowo opieki medycznej i programów zdrowotnych jak innym obywatelom, w tym w obszarze zdrowia seksualnego i związanego z rozrodczością oraz programów zdrowia publicznego;

43 (Dz.U. 2012 poz. 1169)

- zapewnić usługi zdrowotne ukierunkowane na szczególne potrzeby osób z niepełnosprawnością, w tym wczesne rozpoznanie i leczenie oraz usługi ukierunkowane na minimalizowanie i zapobieganie niepełnosprawności, w tym wśród dzieci i osób w podeszłym wieku;
- zapewnić powyższe usługi zdrowotne w możliwie bliskiej odległości od środowisk osób z niepełnosprawnością, również w okolicach wiejskich;
- zapobiegać przypadkom odmowy opieki lub usług zdrowotnych oraz płynów i żywności ze względu na niepełnosprawność;
- wymagać od osób pracujących w sektorze opieki zdrowotnej, aby zapewniły osobom z niepełnosprawnością opiekę o takiej samej jakości jak pozostałym członkom społeczeństwa, w tym, na zasadzie nieprzymuszonej zgody i pełnego poinformowania, między innymi poprzez podnoszenie świadomości praw człowieka, godności, autonomii i potrzeb osób z niepełnosprawnością przez szkolenia i propagowanie standardów etycznych w publicznej i prywatnej służbie zdrowia;

Jak wyglądają realia? Jaki jest dostęp kobiet z niepełnosprawnościami do usług zdrowotnych? Czy ich prawa są przestrzegane? Wiele ważnych faktów i dostarcza raport *Przychodzi baba do lekarza*⁴⁴ analizujący dostępność usług ginekologicznych dla kobiet z niepełnosprawnościami w województwie mazowieckim:

- **bariery w dostępności o charakterze komunikacyjnym, architektonicznym, organizacyjnym (obecność osoby asystującej) i finansowym;** nie- możliwość podjęcia autonomicznej decyzji o skorzystaniu z usług ginekologa w przypadku kobiet z niepełnosprawnością intelektualną znajdujących się w instytucjach czy ubezwłasnowolnionych;
- **brak procedur związanych z obsługą pacjentek z niepełnosprawnościami** na każdym etapie wizyty, gwarantujących zapewnienie im niezbędnych racjonalnych usprawnień i likwidacji barier;
- **brak wiedzy personelu medycznego i administracyjnego** o skali i charakterze występujących barier będący jedną z przyczyn braku dostosowania placówek (budynków, gabinetów ginekologicznych, toalet), również brak odpowiedniej liczby lekarzy/lekarek posiadających wiedzę o specyfice funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami i z doświadczeniem w badaniu kobiet z różnymi niepełnosprawnościami, co może prowadzić do nieuzasadnionych odmów wykonania badania lub trudności w określeniu sposobu leczenia;
- **stereotypizowanie pacjentek** i traktowanie oparte na błędnym założeniu, że kobiety z niepełnosprawnościami nie mogą lub nie powinny prowadzić aktywnego życia seksualnego lub są asekualne/ hiperseksualne. Z badań fokusowych autorek raportu wynika, że personel zaprzecza możliwościom

- reprodukcyjnym kobiety, zakładając, że dana niepełnosprawność będzie dziedziczna lub że niepełnosprawność uniemożliwia pełnienie ról rodzicielskich, co **świadczy o ableistycznych uprzedzeniach i braku wiedzy o genetyce;**
- **infantyilizowanie pacjentek** z niepełnosprawnościami, kontrolowanie ich seksualności, upokarzanie;
- **brak podmiotowego traktowania** pacjentki z niepełnosprawnością wyrażający się głównie w przekazywaniu informacji o diagnozie i zaleceniach osobie asystującej lub w niedostosowaniu komunikatu do możliwości percepcyjnych pacjentki;
- **brak prywatności i wsparcia** w niezależności przed wizytą i w czasie wizyty ginekologicznej;
- **brak darmowego/kompetentnego tłumacza/-czki języka migowego** i osób znających alternatywne metody komunikacji.

Ponadto badaczki od lat zwracają uwagę na problem wymuszonych zabiegów na kobietach z niepełnosprawnościami, w tym narzucanie stosowania antykoncepcji, aborcje/ incydentalne sterylizacje bez zgody, często wiedzy pacjentek^{45 46}. Wszystkie przejawy pozbawiania pacjentek autonomii, świadczą o systemowym łamaniu ich praw człowieka.

Według ostatniego spisu powszechnego (2011) Polek z niepełnosprawnościami jest ponad 2,5 miliona. Statystycznie co ósma osoba ma jakąś formę niepełnosprawności (12,2% populacji)⁴⁷. Problem niedostępności gabinetów i niedostosowania opieki do specyficznych potrzeb pacjentki w zależności od rodzaju niepełnosprawności jest tym poważniejszy i wymaga pilnej interwencji władz.

⁴⁴ Wołowicz A., Dubanik J., Kocejko M., Trojanowska M., Bierzanowska K., *Przychodzi baba do lekarza dostępność usług ginekologicznych dla kobiet z niepełnosprawnościami: raport z badania*, Fundacja Kulawa Warszawa, Warszawa 2019. <https://www.kulawawarszawa.pl/przychodzi-baba-do-lekarza/>

⁴⁵ Król A., *Niepełnosprawność i sprawiedliwość reprodukcyjna. Zarys wybranych zagadnień dotyczących kobiet z niepełnosprawnościami*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Cultura”, red. N. Pamuła, M. Szarota, M. Usiekiewicz 10(1) 2018, Instytut Filologii Polskiej Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie,

⁴⁶ Wspólne stanowisko do Komitetu ONZ ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami, 2018, Fundacja TUS, Stowarzyszenie Strefa Wenus z Milo, Fundacja Elektrownia Inspiracji, Stowarzyszenie Inicjatyw Kobietych, Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, <http://en.federa.org.pl/submission-crpd/>

⁴⁷ Główny Urząd Statystyczny, 2011, Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część I. Ludność – NSP 2011, <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/ludnosc-i-gospodarstwa-domowe-2011-11-1.html> [data dostępu: 3.07.2019]

♥ Dla strony społecznej:

1. Prowadzenie przez organizacje pozarządowe **działań uświadamiających kobiety z niepełnosprawnościami o przysługujących im prawach w zakresie opieki zdrowotnej**⁴⁸.

♥ Dla Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego:

1. **Wprowadzenie do programów kształcenia zawodów medycznych** treści związanych ze specyfiką niepełnosprawności oraz niedyskryminującym traktowaniem osób z niepełnosprawnościami i uwzględnieniem ich potrzeb.
2. **Wspieranie edukacji seksualnej dla kobiet z niepełnosprawnościami**, pozwalającej im na autonomiczne podejmowanie decyzji w tym obszarze m.in. poprzez zapewnienie finansowania stosownych zajęć.

♥ Dla rządu:

1. Raport zawiera informacje o systematycznym wzroście urodzeń pozamążańskich (ok. 25% w 2017 r.). W związku z tym rekomendujemy zaprojektowanie systemowego wsparcia dla rodzin opartych na związkach niemażeńskich (w tym także na związkach jednopłciowych) oraz zrównanie w prawach tego typu rodzin z rodzinami opartymi na związkach mażeńskich, ze szczególnym

uwzględnieniem wsparcia dla rodzin z osobą z niepełnosprawnością (rodzicem, dzieckiem, dorosłym).

2. Należy opracować **system wszechstronnego wspomagania rodziców** z niepełnosprawnościami oraz rodzin, w których wychowują się dzieci z niepełnosprawnościami lub które stanowią wsparcie dla dorosłych osób z niepełnosprawnościami.
3. **Rozszerzyć kryterium dochodowe** zasiłku rodzinnego dla rodzin, w których rodzicem jest osoba z niepełnosprawnością.
4. **Rozszerzyć kryterium dochodowe świadczenia wychowawczego w programie „Rodzina 500+”** dla rodzin, w których rodzicem jest osoba z niepełnosprawnością.
5. Odnosnie „Maluch+” **nowe miejsca w publicznych instytucjach opieki powinny być tworzone zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego**, a wszystkie istniejące miejsca powinny być sukcesywnie dostosowywane do potrzeb dzieci z niepełnosprawnościami.
6. Cały **system pomocy społecznej** (instytucje i usługi) powinien być **dostosowany** do potrzeb kobiet z różnymi rodzajami niepełnosprawności **w zakresie architektonicznym, mentalnym i komunikacyjnym**.

⁴⁸ Rekomendacja z raportu *Przychodzi baba do lekarza*, op.cit.

♥ Dla Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej:

1. **Zapewnienie dostępności architektonicznej domów dla matek z dziećmi i kobiet w ciąży oraz ośrodków interwencji kryzysowej**, a także zapewnienie możliwości korzystania z racjonalnych usprawnień, w tym w zakresie zapewnienia możliwości porozumiewania się alternatywnymi metodami komunikacji przez kobiety niezależnie od stopnia i rodzaju niepełnosprawności.
2. **Personel ośrodków powinien być szkolony do pracy z kobietami z różnymi niepełnosprawnościami**; pracy opartej na szacunku, podmiotowym traktowaniu, wspieraniu zamiast wyręczania, rozumieniu potrzeb.
3. Personel OPS-ów powinien być przygotowany do porozumiewania się z wykorzystaniem alternatywnych i wspomagających metod komunikacji (AAC).
4. **Konieczność dostosowania poradnictwa rodzinnego** i systematycznego oferowanego w ramach pomocy społecznej do potrzeb komunikacyjnych kobiet z różnymi niepełnosprawnościami.
5. Podjęcie działań mających na celu **przygotowanie do pełnienia ról rodzicielskich przez kobiety z niepełnosprawnościami** (szkolenia, doradztwo i poradnictwo, publikacje).
6. **Wsparcie asystenckie dla rodziców z niepełnosprawnościami** w realizowaniu ról rodzicielskich i w sferze prywatnej

i społecznej, w tym szczególnie przy korzystaniu z usług publicznych takich jak służba zdrowia, placówki edukacyjne.

7. **Szkolenia dla rodziców z niepełnosprawnością intelektualną** w zakresie podstawowej opieki nad dzieckiem, ochrony jego zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa, umiejętności radzenia sobie z różnymi zachowaniami dziecka, tworzenia interakcji rodzic – dziecko.
8. **Rezygnacja z przymusowej antykoncepcji w instytucjach opiekuńczych**. Badania wskazują na wzrost częstotliwości stosowania antykoncepcji w sytuacji zamieszkiwania instytucji, w których relacje seksualne są zabronione. Antykoncepcję uznaje się za użyteczną również w tych przypadkach, w których kobiety nie są aktywne seksualnie, co może wskazywać na asekuracyjne postawy personelu oraz przejaw specyficznej polityki instytucji opiekuńczej dotyczącej seksualności kobiet z niepełnosprawnością intelektualną.

♥ Dla Ministerstwa Zdrowia:

1. **Zdefiniowanie pojęcia „dostępnej usługi ginekologicznej”** z uwzględnieniem barier wynikających z różnych rodzajów niepełnosprawności.⁴⁹
2. **Wypracowanie standardu usługi ginekologicznej dla pacjentek z różnymi rodzajami niepełnosprawności**, który będzie obejmował wszystkie etapy wizyty.⁵⁰

⁴⁹ Rekomendacja z raportu *Przychodzi baba do lekarza*, op.cit.

⁵⁰ Ibid

3. **Opracowanie i udostępnienie informacji na temat dostępności placówek medycznych i gabinetów ginekologicznych dla kobiet z różnymi rodzajami niepełnosprawności** w formie i miejscu dostępnym dla każdej odbiorczyni, a także stworzenie bazy lekarzy/lekarek i podmiotów medycznych, których kompetencje i doświadczenie pozwalają na świadczenie usług medycznych dla pacjentek z niepełnosprawnościami.⁵¹
4. **Programy zdrowotne w zakresie opieki medycznej i świadomego macierzyństwa mające na celu zdrowie kobiet nie mogą być ograniczane do opieki okołoporodowej.** Jest to szczególnie ważne w przypadku kobiet z niepełnosprawnościami, które dzięki dobremu stanowi zdrowia seksualnego mają możliwość podejmowania świadomych decyzji w zakresie życia seksualnego i prokreacji, takich jak stosowanie antykoncepcji, zającie w ciąży, kontynuowanie czy przerwanie ciąży.
5. **Uwzględnienie potrzeb kobiet z różnymi niepełnosprawnościami i zobowiązanie personelu do podmiotowego ich traktowania,** z poszanowaniem dla ich praw i godności. Oznacza to włączenie rekomendacji z najnowszych badań zawartych m.in. w raporcie *Przychodzi baba do lekarza*, w raporcie z badania Instytutu Spraw Publicznych *Byliśmy jak z kosmosu. Między (nie)wydolnością środowiska a potrzebami rodziców z niepełnosprawnościami* – do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem.
6. Zalecenia dotyczące traktowania pacjentek z niepełnosprawnościami w ciąży nie powinny znajdować się – poza szczególnymi przypadkami – w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych. Niepełnosprawność to niekoniecznie stan choroby.
7. **Udostępnienie wszystkim kobietom z niepełnosprawnościami pełni informacji dotyczących ich zdrowia, praw seksualnych, i reprodukcyjnych,** w tym także informacji o dostępnych metodach i środkach zapobiegania ciąży, dostępu do legalnej aborcji na takich samych warunkach, jakie posiadają kobiety bez niepełnosprawności. Programy opracowywane przez rządy państw powinny zaś dążyć do eliminowania i niwelowania skutków barier w dostępie do tej wiedzy, na jakie narażone są kobiety z niepełnosprawnościami.

51 Ibid



**KOMENTARZ
STOWARZYSZENIA
NA RZECZ LECZENIA
NIEPŁODNOŚCI
I WSPIERANIA ADOPCJI
„NASZ BOCIAN”**

KOMENTARZ STOWARZYSZENIA NA RZECZ LECZENIA NIEPŁODNOŚCI I WSPIERANIA ADOPCJI „NASZ BOCIAN”

Prawa reprodukcyjne osób z niepłodnością

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. Jednocześnie **ustawa zablokowała dostęp do leczenia singielkom oraz parom jedнопłciowym**. W związku z powyższym konieczne jest podjęcie działań mających na celu zapewnienie możliwie jak najszerszego dostępu do świadczeń medycznych o potwierdzonej skuteczności, przewyżających skutki niepłodności.

Niepłodność dotyczy około 20% społeczeństwa w wieku rozrodczym. W Polsce niepłodność dotyka około 1,5 mln par. (PTMRIE, 2012)

W Polsce 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". Programem skierowany jest wyłącznie do par, u których wcześniej nie zdiagnozowano niepłodności. Nie stanowi tym samym żadnego zabezpieczenia dla osób ze zdiagnozowaną niepłodnością, które w obliczu braku możliwości finansowania zaawansowanych metod leczenia w ramach NFZ pozostają bez pomocy ze strony państwa.

Z komentowanego *sprawozdania z wykonania ustawy* wynika, że na realizację programu w zakresie wyposażenia i modernizacji 16 referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności wydano 21 017 883,57 zł. Z kolei koszt diagnostyki niepłodności wyniósł 46 650,00 zł. **W sprawozdaniu nie przytoczono żadnych danych wskazujących na skuteczność podejmowanych w ramach programu działań.**

Ponadto Program zakłada, że w czteroletnim cyklu (2016–2019) przystąpi do niego 8000 par, co w świetle danych epidemiologicznych mówiących o 1,5 milionie 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 jego tytule kompleksowością.

Funkcjonujący w latach 2013–2016 „Narodowy Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego” gwarantujący dostęp do refundowanego leczenia niepłodności metodą in vitro został wygaszony decyzją Ministra Konstantego Radziwiła w grudniu 2015 roku. W czasie trwania programu skorzystało z niego ponad 22 tysięcy par, którym w wyniku leczenia urodziło się blisko 22 tys. dzieci (kolejne pary oczekują potomstwa). Świadczy to o ogromnym zapotrzebowaniu na finansowanie kompleksowego diagnozowania oraz leczenia niepłodności oraz o dużej skuteczności gwarantowanych programem metod leczenia.

Tab. 4 Porównanie skuteczności programów rządowych (TVN24, 11 XII 2018)⁵²

Program refundacji in vitro (2013–2016)	Program prokreacji (2016–2019)
240 mln zł	100 mln zł
22 623 par	2 053 par
21 879 urodzeń	70 ciąż

⁵²**W reakcji na skasowanie „Narodowego Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego” wiele samorządów zainicjowało lokalne programy, by wspierać swoich mieszkańców.** Niestety nie istnieje także żaden rejestr lokalnych programów wsparcia leczenia niepłodności, co uniemożliwia dostęp do kompleksowych i rzetelnych informacji na temat możliwości dołączenia do program na poziomie lokalnym. Tak wygląda mapa Polski z miejskimi programami, opisywanymi w mediach.



⁵² <https://www.tvn24.pl/czarno-na-bialym,42,m/jak-dziala-narodowy-program-prokreacyjny,891531.html>

Ocena systemu wspierania rodziny, pieczy zastępczej i adopcji

Sprawozdanie cechuje duży stopień ogólności, co utrudnia odniesienie się do jego zawartości. Warto jednak zaznaczyć (choć wykracza to poza obszar naszych, stowarzyszeniowych działań), że **w katalogu obowiązków asystenta rodziny nie ma wzmianki o prowadzeniu poradnictwa pre – i antykoncepcyjnego**, co wydaje dużym niedopatrzeniem biorąc pod uwagę, że asystenci rodzin współpracują głównie z rodzinami, z których już zabrano dzieci z powodu zagrożenia ich życia i zdrowia. Problem wydaje się tym większy, że w Polsce brakuje zarówno kompleksowego systemu refundacji antykoncepcji, jak i wspomnianego poradnictwa czy edukacji w tym temacie.

Dodatkowo postulujemy **wprowadzenie gwarantowanej ustawowo możliwości skorzystania przez kobiety planujące oddać po porodzie dziecko do adopcji z tzw. anonimowych porodów szpitalnych**, jako alternatywy dla tzw. „okien życia”, które nie są umocowane w polskim prawie i stanowią złamanie Art. 8 Konwencji o prawach dziecka. Należy zauważyć, że okna życia mogą zachęcać do odbywania porodów w warunkach pozaszpitalnych, zagrażając zdrowiu i życiu dziecka, w tym również zdrowiu i życiu jego matki.

REKOMENDACJE

♥ Dla Ministerstwa Zdrowia:

1. **Niezwłoczne przywrócenie finansowania leczenia niepłodności zaawansowanej metodami medycznie wspomaganej reprodukcji**, poprzez uruchomienie stosownego programu polityki zdrowotnej lub poprzez ujęcie w/w leczenia w koszyku świadczeń gwarantowanych NFZ.
2. Zmiana ustawy o leczeniu niepłodności: **wprowadzenie możliwości skorzystania z metod wspomaganego leczenia przez singielki i pary jedнопłciowe**, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet, które nie mogą odebrać swoich zarodków stworzonych przed wejściem w życie w/w ustawy; **zniesienie przymusowego przekazywania nadmiarowych zarodków do adopcji prenatalnej**; wprowadzenie jawnego dawstwa gamet i zarodków; utworzenie centralnego i jawnego rejestru, gromadzącego dane statystyczne na temat procedur medycznie wspomaganej reprodukcji, tj. ilości procedur, ich skuteczności itd.

♥ Dla Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej:

1. Wprowadzenie gwarantowanej ustawowo możliwości skorzystania przez kobiety planujące oddać po porodzie dziecko do adopcji z tzw. **anonimowych porodów szpitalnych**, jako alternatywy dla okien życia.

♥ Dla Ministerstwa Edukacji Narodowej:

1. Uwzględnienie w podstawie programowej wychowania do życia w rodzinie **treści związanych z niepłodnością**.



KOMENTARZ
GRUPY
PONTON

KOMENTARZ GRUPY PONTON

Ocena podstawy programowej

Wychowanie do życia w rodzinie nie jest w Polsce przedmiotem obowiązkowym. W szkole podstawowej WdŻ realizuje się „jako zajęcia dodatkowe po 14 godzin, w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców”⁵³, w szkołach ponadpodstawowych o zakresie godzinowym zajęć decyduje dyrekcja placówki oświatowej. Zajęcia często przesuwane są przez dyrektorów i dyrektorki na pierwszą lub ostatnią godzinę lekcyjną, co skutkuje niską frekwencją podczas zajęć. **Obserwowalna jest także tendencja spadkowa deklarowanego uczestnictwa w zajęciach wraz z postępami w edukacji – im dalszy jej etap, tym mniej uczniów uczęszcza na zajęcia**⁵⁴.

Podstawa programowa wychowania do życia w rodzinie (WdŻ) jest dokumentem nieobiektywnym, przekazującym informacje niezgodne ze współczesnym stanem wiedzy.

⁵³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego, § 3., pkt. 1, ppkt. 2 <https://www.librus.pl/wp-content/uploads/2014/02/D19990756L.pdf>

⁵⁴ „Sprawdzian (z)WdŻ”, czyli jak wygląda edukacja seksualna w polskich szkołach, Grupa Ponton, Warszawa 2011 http://ponton.org.pl/wp-content/uploads/2018/09/raport_jaka_edukacja_2014_21112014.pdf

W obowiązującej podstawie programowej przeczytać można, że uczeń „dokonuje oceny stosowania poszczególnych środków antykoncepcyjnych w aspekcie (...) moralnym⁵⁵”, lub potrafi „oddzielić metody rozpoznawania płodności znane jako naturalne planowanie rodziny (NPR) od antykoncepcji, środków poronnych, aborcji i sterylizacji”. Ponadto dokument zawiera błędy rzeczowe („antykoncepcja (z łac. *anti* – przeciw, *conceptio* – poczęcie) to działanie przeciwko poczęciu za pomocą środków mechanicznych, chemicznych, hormonalnych i stosunku przerywanego *coitus interruptus*, natomiast środki przeciwważeniowe to środki poronne, ponieważ poczęcie dziecka następuje w jajowodzie, a nie w macicy”). Przytaczane w komentarzu do podstawy programowej uzasadnienia filozoficzne skupiają się głównie na tekstach św. Jana Pawła II oraz profesora Włodzimierza Fijałkowskiego, polskiego ginekologa-położnika i członka Papieskiej Akademii „Pro Vita”.

Podczas lekcji wychowania do życia w rodzinie zniechęca się do stosowania antykoncepcji na rzecz naturalnych metod planowania rodziny mimo, że nie są one metodą zapobiegania ciąży, a służą obserwacji płodności. Kładzie się także duży nacisk na rozpoczęcie aktywności seksualnej w małżeństwie. Ponadto, w podstawie programowej nie ma żadnej wzmianki o różnorodności orientacji seksualnych i tożsamości płciowych czy chorobach i infekcjach przenoszonych drogą płciową – co budzi głęboki niepokój, biorąc pod uwagę, że **Polska plasuje się w czołówce Europy jeśli chodzi o poziom homofobii w społeczeństwie⁵⁶**, a eksperci alarmują o rosnącej liczbie zakażeń kiłą czy rzeżączką⁵⁷. Zamiast tego, najszerzej opisanym rozdziałem podstawy programowej jest „Rodzina”, w ramach której uczniowie mają nauczyć się... *savoir vivre*’u i składania życzeń na Dzień Babci.

55 Wszystkie cytaty z podstawy programowej pochodzą z dokumentu „Podstawa programowa kształcenia ogólnego z komentarzem. Wychowanie do życia w rodzinie” <https://www.ore.edu.pl/wp-content/uploads/2017/05/wychowanie-do-zycia-w-rodzinie.-pp-z-komentarzem.-szkola-podstawowa-1.pdf> [data dostępu: 3.06.2019]

56 *Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe* 2018, ILGA Europe, Bruksela 2018, <https://www.ilga-europe.org/rainboweurope/2018> [data dostępu: 3.06.2019]

57 Chyż B., *Kiła kontratakuje. W Polsce rośnie liczba chorób wenerycznych*, BIQDATA.pl, 07.09.2018, <http://biqdata.wyborcza.pl/biqdata/7,159116,23872920,kiła-kontratakuje-w-polsce-rosnie-liczba-chorob-wenerycznych.html> [data dostępu: 3.06.2019]

Ocena podręczników

Sprawozdanie nie podaje dokładnych informacji na temat stosowanych w trakcie zajęć wychowania do życia w rodzinie podręczników – skupia się wyłącznie na omówieniu ogólnego zakresu podstawy programowej dla konkretnych etapów edukacji.



białe plamy

Dzięki doświadczeniu pracy z młodzieżą, a także dzięki stałej obserwacji sytuacji dotyczącej edukacji seksualnej w Polsce, Grupa Ponton zna zakres treści prezentowanych w podręcznikach stosowanych w trakcie zajęć wychowania do życia w rodzinie. **Podręczniki te zawierają informacje często nieobiektywne światopoglądowo lub wprost nieprawdziwe.** Dobrze obrazuje to jeden z najpopularniejszych podręczników, tj. „Wędrując ku dorosłości” autorstwa Teresy Król.

Publikacja zniechęca do regularnych wizyt profilaktycznych u ginekologa, choć Polska ma jeden z najwyższych w Europie odsetków zachorowań na raka szyjki macicy i raka jajnika i o 70% wyższą śmiertelność niż przeciętna na poziomie europejskim⁵⁸. Zawiera także stygmatyzujące treści o zabarwieniu ideologicznym np. „najwyższą akceptację dla seksu pozamałżeńskiego wyrażają osoby słabo uczące się, a najmniejszą – wierzące”.

Treści przekazywane w podręcznikach:

- **utrwalają krzywdzące stereotypy płciowe** (stwierdzenie, że dziewczynki wolniej myślą i słabiej rozumieją matematykę);
- **przekazują fałszywe informacje na temat antykoncepcji** (domniemana nieskuteczność prezerwatyw);
- **stygmatyzują ze względu na orientację lub styl życia seksualnego**, jednoznacznie wskazując wyższość inicjacji seksualnej w małżeństwie ponad dowolnym innym zachowaniem seksualnym.

58 Nowotwory szyjki macicy, Krajowy Rejestr Nowotworów <http://onkologia.org.pl/nawotwory-szyjki-macicy-kobiet/>

Kwalifikacje nauczycieli/nauczycielek WDŻ

W omawianym dokumencie nie zawarto żadnych wymogów stawianych przed osobami nauczającymi wychowania do życia w rodzinie – sprawozdanie odsyła wyłącznie do innych dokumentów. Brakuje informacji na temat wykształcenia osób prowadzących zajęcia i ich ogólnych kwalifikacji. Jedyne informacje w tym zakresie czerpać można od uczniów i uczennic, jednak młodzież nie posiada informacji o ukończonych przez prowadzących kursach zawodowych czy szczególnie przygotowaniu merytorycznym.

Według raportu „Sprawdzian (z)WDŻ”⁵⁹, czyli jak wygląda edukacja seksualna w polskich szkołach Grupy Ponton, 55% osób prowadzących zajęcia WDŻ nie jest nawet nauczycielami tego przedmiotu. W większości są to nauczyciele i nauczycielki języka polskiego, geografii, wiedzy o społeczeństwie, wiedzy o kulturze czy religii. Osoby, które prowadzą zajęcia nie są – zdaniem uczniów i uczennic – przygotowane do tego celu. Zajęcia nie są dostosowane do potrzeb młodzieży, co skutkuje spadkiem zainteresowania uczęszczaniem na lekcje wychowania do życia w rodzinie.

Dostępność opieki ginekologicznej dla młodzieży

Informacje przedstawione w sprawozdaniu nie są de facto informacjami na temat dostępu młodzieży do opieki ginekologicznej, a raczej przedstawieniem obowiązującego w Polsce prawa. W sprawozdaniu nie podano danych dotyczących konkretnych świadczeń (porada ginekologiczna, cytologia, wystawienie recepty na środki antykoncepcyjne, etc.) – wszystkie wymieniono zbiorczo. Nie podano także, ile pacjentek poniżej 18. roku życia spotkało się z odmową opieki ginekologicznej, np. z powodu klauzuli sumienia.

W Polsce wiek świadomej zgody to 15 lat. Współżycie z osobą poniżej tej granicy jest karalne⁶⁰. Tymczasem nastolatki potrzebują zgody opiekuna prawnego, by udać się do lekarza. To stanowi duże utrudnienie dla wielu młodych osób, które potrzebują konsultacji lekarskiej bez naruszenia ich prawa do prywatności. W efekcie wiele młodych osób decyduje się na odłożenie konsultacji do czasu ukończenia 18. roku życia – nawet w sytuacjach pilnych, jak wystąpienie objawów chorób przenoszonych drogą płciową. Edukatorzy Grupy Ponton często stykają się z tym problemem podczas dyżurów w prowadzonym przez grupę Młodzieżowym Telefonie Zaufania.

⁵⁹ Grupa Ponton 2011, op.cit.

⁶⁰ Art. 200 § 1. Kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadza ją do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12. (Kodeks karny, stan: 6.06.2019)

Ponadto, lekarz/lekarka często odmawia wydania recepty na antykoncepcję czy antykoncepcję postkoitalną, powołując się bezprawnie na klauzulę sumienia. Przez kanały konsultacyjne Grupy Ponton (telefon zaufania, forum internetowe, poradnictwo za pośrednictwem Facebooka i Instagrama) docierają do nas także informacje o próbach strofowania młodzieży przez lekarzy za podjęcie współżycia – zarzuty oparte są na prywatnych przekonaniach lekarzy i lekarek, nie wskazaniach medycznych.

Realizacja systemu wsparcia dla uczennic w ciąży i małoletnich matek

Sprawozdanie nie podaje konkretnych rozwiązań i danych stosowanych dla wspierania małoletnich matek. W dokumencie przeczytać można wyłącznie, że szkoła ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu i pomocy niezbędnej do ukończenia edukacji lub wyznaczyć dodatkowy termin na zaliczenie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki. Nie przedstawiono jednak ani jednej tabeli lub przynajmniej danej procentowej, która opisywałaby liczbę nastoletnich matek, którym udało się uzyskać systemową pomoc od państwa.



białe plamy

Nastoletnim matkom brakuje wiedzy i wsparcia w kwestii egzekwowania ich praw. **Z informacji zebranych przez Grupę Ponton w trakcie pracy z młodzieżą wynika, że młodzi rodzice często są – niezgodnie z prawem – wydaleni ze szkół czy wyrzucani z domów.** Nie istnieją jednak ogólnokrajowe badania prezentujące skalę zjawiska.

Profilaktyka nastoletniego macierzyństwa jest w Polsce skrajnie zaniedbana i niedofinansowana. Edukacja seksualna, będąca jednym z głównych narzędzi redukujących zjawisko nastoletniego rodzicielstwa⁶¹, jest w Polsce prowadzona niezgodnie z międzynarodowymi wytycznymi. Wprowadza się za to do szkół programy, które śmiało nazwać można indoktrynacyjnymi (np. „W stronę dojrzałości”⁶²) i które skonstruowane zostały według nie spełniających swojej roli modeli edukacyjnych⁶³. Polska ma najgorszy w Europie dostęp do antykoncepcji⁶⁴, dodatkowo utrudniony przez wspomnianą wyżej lukę w dostępie do opieki medycznej dla osób między 16. a 18. rokiem życia.

⁶¹ Kohler P.K., Lafferty W.E., Manhart L.E., *Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy*, 2007, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18346659?fbclid=IwAR38aZrrW-JQm-oQY7JOPR__4ma3lDvSOWVG5CTkFC4URR9TgI-KIP8jg, [data dostępu: 3.06.2019]

⁶² Lewandowska A., *Retoryka strachu i wyparcia – projekt Ministerstwa Zdrowia*, Grupa Ponton, 09.04.2018 <https://natemat.pl/blogi/ponton/235089,retoryka-strachu-i-wyparcia-projekt-ministerstwa-zdrowia>

⁶³ Carter D., *Comprehensive Sex Education for Teens Is More Effective than Abstinence*, 2012 https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2012/03000/Comprehensive_Sex_Education_for_Teens_Is_More.5.aspx?fbclid=IwAR0JdsVxO1Wjv8_3on1kxpn-iaoiZvca24z_EDnqduoO-HNslQ4BczEtW-4

⁶⁴ *Contraception Atlas*, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, Bruksela 2019, <https://www.contraceptioninfo.eu/node/72>

Brakuje działań skierowanych bezpośrednio do młodych rodziców, np. zapewnienia wsparcia finansowego, zapewnienia opieki nad dzieckiem na czas spędzony w szkole, dodatkowych kursów zawodowych i podnoszących kwalifikacje.

Białe plamy rządowego sprawozdania

O wielu kwestiach opisanych powyżej – dostęp nastolatków do opieki ginekologicznej, antykoncepcji, edukacji seksualnej – nie da się napisać rzeczowego raportu, gdyż brakuje podstawowych danych na poziomie ogólnokrajowym. **Mniej niż 10% społeczeństwa polskiego bada się w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową**, więc nie znamy dokładnych danych na temat skali zakażeń, nie wspominając o zakażeniach wśród nastolatków i nastolatków.

W najnowszym sprawozdaniu próżno szukać informacji o:

- kwalifikacjach nauczycielek i nauczycieli WDŻ;
- używanych obecnie w szkołach podręcznikach do wychowania do życia w rodzinie;
- świadczeniach medycznych, a których korzystają nastolatki w odniesieniu do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego;
- rejestrach osób niepełnoletnich wyrzuconych z domu.

Informacje na ten temat czerpać można z pojedynczych raportów regionalnych i wypowiedzi ekspertów i ekspertek, a także – w przypadku Grupy Ponton – osobistego doświadczenia w pracy z młodzieżą. W związku z powyższym, jednym z priorytetów w kwestii monitorowania realizacji ustawy o planowaniu rodziny powinno być rozpoczęcie regularnych badań w zakresie ujętym w ustawie.



białe plamy

REKOMENDACJE

♥ Dla Ministerstwa Edukacji Narodowej:

1. **Rewizja obowiązującej podstawy programowej** wychowania do życia w rodzinie i dostosowanej jej do wymogów Światowej Organizacji Zdrowia i Rady Europy.
2. **Poszerzenie podstawy programowej o zagadnienia:** chorób i infekcji przenoszonych drogą płciową, orientacji seksualnej i tożsamości płciowej, a także elementów edukacji antydyskryminacyjnej.
3. Rozszerzenie uzasadnienia merytorycznego obowiązującej podstawy o **teorie filozoficzne niezwiązane z Kościołem Katolickim**.
4. **Przestrzeganie zasady neutralności światopoglądowej** i kryteriów naukowości w podstawie programowej i podręcznikach.
5. Usunięcie z podstawy programowej adnotacji o „moralnej ocenie stosowania antykoncepcji”.

♥ Dla rządu:

1. **Wprowadzenie państwowego systemu monitorowania** zagadnień poruszonych w ustawie o planowaniu rodziny oraz przedstawienie wyników kontroli w kolejnym sprawozdaniu (dane dotyczące nastoletnich matek, którym udzielono pomocy w szkołach, informacje o kwalifikacjach nauczycieli WDŻ, zakażeń chorobami i infekcjami przenoszonymi drogą płciową wśród młodzieży).
2. W kolejnym sprawozdaniu znaleźć powinny się **informacje o używanych w placówkach oświatowych podręcznikach oraz o dostępności opieki ginekologicznej dla młodzieży**.
3. **Zniesienie wymogu zgody rodzica lub opiekuna** dla udzielenia świadczenia zdrowotnego dla osób powyżej 15. roku życia.

♥ Dla Ministerstwa Zdrowia:

1. **Wprowadzenie refundacji na antykoncepcję** dla młodzieży powyżej 15. roku życia.



Federacja
na rzecz
Kobiet
i Planowania
Rodziny

federa.org.pl
federacja@federa.org.pl
tel. 22 635 93 95

