

Artykuł ten to rozszerzona wersja rozdziału, pochodzącego z publikacji: RAPORT. Kongres Kobiet Polskich 2009. Kobiety dla Polski, Polska dla Kobiet. 20 lat transformacji 1989-2009. Wydawca, Fundacja Feminoteka, Warszawa, 2009

Eleonora Zielińska

Wanda Nowicka

Zdrowie kobiet w Polsce

1. Wstęp

1.1. Podstawą niniejszej oceny stanu zdrowia kobiet w Polsce w ostatnim 20-leciu stanowią dostępne raporty oraz oficjalne dane statystyczne.

Za punkt wyjścia przyjęto raport z 1994 r.¹ poświęcony zdrowotności kobiet w Polsce. W konkluzji tego opracowania alarmowano, że stan zdrowia społeczeństwa polskiego, w tym również jego „zdrowszej części” tj. kobiet, jest zły i zdecydowanie odbiegający od stanu zdrowia społeczeństw krajów wysoko rozwiniętych. Taka diagnoza wynikała zarówno z porównań dokonujących się w czasie zmian powszechnie przyjmowanych krajowych wskaźników zdrowotnych jak i z dostępnych zestawień międzynarodowych. W raporcie tym w szczególności podkreślano, że poważne zaniepokojenie powinno budzić dające się obserwować zjawisko wyhamowywania dynamiki poprawy parametrów zdrowotności ludności Polski, z których niektóre na początku lat dziewięćdziesiątych były gorsze niż w latach osiemdziesiątych lub nawet siedemdziesiątych XX w. W tym samym czasie w innych krajach rozwiniętych postępował proces poprawy sytuacji zdrowotnej.

Ta negatywna ocena stanu zdrowotności ludności nie uległa zmianie w kolejnych latach, czego dowodzą wyniki analizy przedstawionej przez Centrum Praw Kobiet w raporcie *Kobiety w Polsce 2003+*², a także raport poświęcony zdrowiu kobiet w wieku prokreacyjnym z 2006 r.³ oraz opracowanie GUS z

¹G. Ciura. Zdrowotność kobiet. Wybrane zagadnienia. Biuro Studiów i Ekspertyz .Informacja Nr 204 , maj 1994

² *Kobiety w Polsce 2003 +.* Centrum Praw Kobiet (CPK), Warszawa, 2003.s. 202 -203.

³ Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. rozwoju, Warszawa 2007, s. 47.

2007 r. „Kobiety w Polsce”⁴. W raportach tych podkreślano, że sytuacja zdrowotna w Polsce jest nadal gorsza niż w krajach Europy Zachodniej. Pomimo wzrostu przeciętnej długości trwania życia, zmniejszeniu się umieralności kobiet w wieku rozrodczym, Polacy żyją przeciętnie znacznie krócej, niż mieszkańcy Zachodu. Zwracano równocześnie uwagę, że kobiety wprawdzie żyją dłużej niż mężczyźni, lecz częściej chorują, który to fakt nie jest wystarczająco brany pod uwagę w polityce zdrowotnej państwa.

1.2. Przeprowadzona blisko 10 lat temu zmiana systemu ochrony zdrowia w Polsce, a zwłaszcza zasad jego finansowania, miała odwrócić tę niekorzystną tendencję poprzez m.in. zwiększenie dostępności opieki zdrowotnej.

Z informacji Rządu RP przedstawionej Sejmowi w 2007 r. wynika jednak, że w pierwszych latach wprowadzania reformy dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej nie uległa poprawie. Co więcej, istotny wzrost środków przeznaczanych na ochronę zdrowia nie został wykorzystany do przeprowadzenia racjonalnych i konstruktywnych zmian w systemie po ujawnieniu się jego niedoskonałości, lecz w znacznym mierze „poszedł na zmarnotrawienie i utrwalenie wielu nieprawidłowości”⁵.

Niedostatki systemu ochrony zdrowia w Polsce są bolączką wszystkich obywateli, zarówno kobiety jak i mężczyzn. Funkcje biologiczne kobiet⁶ oraz fakt, że żyją dłużej, sprawia jednak, że kobiety częściej niż mężczyźni muszą korzystać z tej opieki. W związku z tym negatywne skutki reformy dotyczą je w większym stopniu niż mężczyzn.

Z art. 68 Konstytucji RP wynika, że system ochrony zdrowia powinien być tak zorganizowany, aby zapewniał wszystkim, na zasadzie równości, odpowiednią opiekę medyczną.

W praktyce oznacza to, że system ochrony zdrowia powinien uwzględniać specyficzne potrzeby danej grupy społecznej, co wymaga prowadzenia badań porównawczych uwzględniających perspektywę płci (*gender mainstreaming*).

⁴ Kobiety w Polsce. GUS. Warszawa 2007.

⁵ Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce. Druk Sejmowy nr 176 z dnia 21 czerwca 2008 r. s. 3.

⁶ Konsekwencją tego jest fakt, że niektóre problemy zdrowotne występujące tylko u kobiet albo mają dla nich inne niż dla mężczyzn znaczenie i konsekwencje. Dotyczy to w szczególności problemów związanych z funkcjonowaniem narządów płciowych i rozrodczych kobiety, z gospodarką hormonalną w różnych fazach życia, kwestie wiążące się ze świadomym macierzyństwem, w tym planowaniem rodziny, z ciążą, porodem, położeniem, a także karmieniem dziecka piersią. Występują też istotne odmienności w zakresie przyczyn, przebiegu i konsekwencji niektórych schorzeń występujących zarówno u kobiet jak i mężczyzn np. raka, chorób układu krążenia i osteoporozy.

Niezaspokojenie zatem specyficznych potrzeb zdrowotnych kobiet jest postrzegane jako przejaw dyskryminacji ze względu na płeć, godzącej w konstytucyjną zasadę równego traktowania. Za dyskryminację bowiem uważa się nie tylko nierówne traktowanie osób znajdujących się w porównywalnej sytuacji, lecz również jednakowe traktowanie osób w różnej sytuacji.

Wprawdzie z badań naukowych wynika, że nie można przeceniać udziału służby zdrowia w determinowaniu zdrowia człowieka⁷, gdyż składa się na to wiele czynników, z których istotne znaczenie ma również styl życia. Niemniej jednak fakt ten nie może usprawiedliwiać mniejszego przykładania wagi do rozwiązywania przez system opieki zdrowotnej tych problemów, które są wyłącznie lub przede wszystkim, udziałem kobiet.

1.3. Nadzieja na poprawę zdrowotności Polek i Polaków po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej nie znajduje uzasadnienia w przepisach prawa wspólnotowego, które w tym zakresie ogranicza się przede wszystkim do zwalczania zagrożeń epidemiologicznych, troski o jakość i bezpieczeństwo leków i wyrobów medycznych, materiału pochodzenia ludzkiego przeznaczonego do przeszczepów oraz do sprawy koordynacji zabezpieczenia społecznego⁸. W tej ostatniej kwestii, swobodny przepływ osób, towarów i usług w niewielkim tylko stopniu⁹ może mieć wpływ na wyrównanie dostępu do opieki zdrowotnej obywateli wszystkich Państw Członkowskich¹⁰. W przypadku bowiem osób, które czasowo przebywają na terytorium innego Państwa Członkowskiego, możliwości leczenia są ograniczone do świadczeń z zakresu pomocy doraźnej¹¹, zaś w odniesieniu do świadczeń planowanych oparte są raczej nie na zasadzie wyboru świadczeniodawcy, lecz zasadzie subsydiarności¹². W związku z akcesją Polski do UE prowadzone są natomiast,

⁷ Zgodnie z koncepcją „pól-zdrowia” M. Lalonde wynosi nie więcej niż 15%.

⁸ Wato przypomnieć, że w ramach negocjacji przedakcesyjnych rząd Polski wyraźnie zastrzegł sobie, pozostawienie do regulacji prawa krajowego „spraw o znaczeniu moralnym i dotyczących obrony życia ludzkiego” pomimo iż w przepisach traktatowych nie ma punktu zaczepienia dla dopuszczalności wpływania, za pośrednictwem prawa wspólnotowego, na przepisy prawa krajowego dotyczące np. dostępu do aborcji.

⁹ Państwa członkowskie w ramach koordynacji przeznaczają na zwrot kosztów leczenia w innym państwie członkowskim UE ok. 1% wydatków na opiekę zdrowotną. W 2007 r. instytucje ubezpieczeniowe z innych krajów przesłały do NFZ ok. 43 000 formularzy (przy czym połowa była z Niemiec). Na ich podstawie rozdano rozliczenia na łączną kwotę ok. 114 mln. zł. Por. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia a rok 2007. <http://www.mz.gov.pl>.

¹⁰ W szerokim zakresie z leczenia za granicą mogą tylko skorzystać Polacy migrujący, czyli pracujący w innym Kraju Członkowskim, którzy w świetle unijnego prawa muszą być tak samo traktowani jak korzystający z ubezpieczenia zdrowotnego pracownicy tam zamieszkujący.

¹¹ Gwarantuje się bowiem tylko niezwłoczne udzielenie świadczeń zdrowotnych uznanych za niezbędne czyli, koniecznych dla ochrony życia lub zdrowia np. pomocy medycznej przy porodzie, który rozpoczął się w czasie wyjazdu za granicę.

¹² Warunkiem pokrycia kosztów za udzielenie planowanego świadczenia zdrowotnego, zwłaszcza związanego z leczeniem szpitalnym, jest uzyskanie uprzedniej zgody od ubezpieczyciela na przeprowadzenie leczenia za granicą. Zgody takiej ubezpieczyciel nie ma jednak prawa odmówić, w sytuacji gdy osoba zainteresowana nie może być poddana leczeniu w kraju, w terminie niezbędnym dla uzyskania świadczenia zdrowotnego. przy

w ramach Eurostatu, regularne badania porównujące stan zdrowotności naszego społeczeństwa ze stanem zdrowia ludności w innych Państwach Członkowskich, co powinno stanowić bodziec dla poprawy sytuacji w kraju. Unia Europejska przeznacza też pewne środki na prowadzenie badań oraz akcji promocyjno-edukacyjnych, na zasadach partnerstwa publiczno-prywatnego, mających na celu poprawę jakości życia, zwalczanie narkomanii, alkoholizmu i otyłości.

1.4. Celem niniejszego raportu będzie uszczegółowienie przejawów zasygnalizowanych trendów w zakresie zdrowotności kobiet i ich dostępu do opieki zdrowotnej i wykazanie, w miarę możliwości, tendencji rozwojowych. Wyniki dokonanej analizy stanowić będą bazę dla sporządzenia listy postulatów, które powinny być rozważone i ewentualnie uwzględnione w polityce zdrowotnej państwa.

Problemy zdrowotne kobiet są ściśle powiązane z ich statusem społecznym i kondycją socjalną. Często ich przyczyną bezpośrednią lub pośrednią są takie przejawy dyskryminacji ze względu na płeć jak niższe wynagrodzenia, zależność ekonomiczna od mężczyzn, nierówny podział obowiązków rodzinnych, w tym pełnione przez nie niemal wyłącznie funkcje opiekuńcze nad dziećmi, osobami chorymi, niepełnosprawnymi i starszymi, przemoc spowodowana nierówną pozycją w społeczeństwie oraz wymuszane przez prawo lub niewłaściwą praktykę jego stosowania ograniczenia w kontrolowaniu własnej płodności. Dlatego też raport o zdrowiu powinien być czytany w kontekście innych raportów tematycznych i razem z nimi stać się inspiracją do przeprowadzenia pogłębionych, reprezentatywnych badań o zasięgu ogólnokrajowym pozwalających na pełne zdiagnozowanie sytuacji kobiet w Polsce w 20 lat od transformacji ustrojowej. Wyniki tych badań powinny być wykorzystane dla opracowania założeń polityki społecznej państwa uwzględniającej w pełni potrzebę realizacji zasady równego traktowania kobiet i mężczyzn.

2. Ogólny stan zdrowia kobiet

Przeprowadzone w 1996 r. reprezentatywne badania ankietowe zmierzające do uzyskania subiektywnej oceny stanu własnego zdrowia przez Polaków wykazały, że ta ocena w przypadku kobiet jest znaczenie gorsza, niż w przypadku mężczyzn. Około 48,6 % respondentek oceniło swój stan zdrowia

uwzględnieniu aktualnego stanu jej zdrowia i prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby. Warto jednakże dodać, że orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości od pewnego czasu idzie w kierunku pełniejszego uznawania prawa do wyboru świadczeniodawcy w innym państwie członkowskim, ale pod warunkiem ograniczonej refundacji leczenia. Na przykład w 2007 r. kwestionariuszy z żądaniem pokrycia kosztów leczenia zagranicą wpłynęło do NFZ łącznie

jako taki sobie, zły lub bardzo zły, podczas gdy tak oceniło swój stan zdrowia tylko ok. 38 % mężczyzn.

Powtórka tych badań w 2004 r. pozwoliła stwierdzić, że stan zdrowia kobiet, w świetle ich samooceny, uległ poprawie, przy czym kobiety zamieszkałe w miastach i na wsi miały zbliżoną samoocenę swego stanu zdrowia, zaś mężczyźni mieszkający na wsi nieco rzadziej wyrażali oceny dobre¹³.

Dane ze spisów powszechnych mogą potwierdzać zasadność niskiej samooceny wśród kobiet. Wskazują bowiem na stały wzrost liczby kobiet niepełnosprawnych¹⁴, zwłaszcza na wsi oraz na fakt, że 69% pacjentów opieki zdrowotnej długoterminowej stanowiły kobiety¹⁵.

2.1. Przeciętne dalsze trwanie życia .

Choć powszechnie przyjęto definicję „zdrowia”¹⁶ rozumianego bardzo szeroko, w wielu krajach, w tym w krajach członkowskich UE, wciąż uznaje się, że najbardziej miarodajnymi wskaźnikami stanu zdrowia populacji są współczynniki umieralności¹⁷, które służą prognozowaniu przeciętnego trwania życia dla kobiet i mężczyzn.

Zdrowie Polaków oceniane z perspektywy przeciętnej długości dalszego trwania życia, ulegało w latach 1989 -2007 stałemu polepszaniu (por. tabl. 1 GUS. Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce w latach 1950-2007)¹⁸.

W roku 2007 w porównaniu z rokiem 1989 przeciętna długość trwania życia szacowana w momencie urodzenia się wydłużyła się w przypadku kobiet o 4,29 lat, w przypadku mężczyzn o 4,20 lat.

Wydłużanie przeciętnej trwania życia Polaków wiązało się przede wszystkim z ogólną poprawą warunków egzystencji, a w przypadku żyjących przeciętnie dłużej kobiet, z prowadzeniem bardziej prozdrowotnych niż mężczyźni stylów życia (kobiety rzadziej nadużywają alkoholu, mniej palą).

¹³ Kobiety w Polsce GUS. Warszawa 2007 s. 21.

¹⁴ Liczba kobiet niepełnosprawnych w 2002 r. wzrosła w stosunku do 1988 r. ze 105,9 na 100 kobiet do 139,4 . W 2005 r. Kobiety w Polsce GUS. Warszawa 2007 s. 21.

¹⁵ Dane Ministerstwa Zdrowia, Tamże.

¹⁶ Zgodnie z definicją WHO zdrowie jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brakiem choroby lub niedomagań.

¹⁷ Jest to skutkiem prawnego obowiązku rejestracji każdego zgonu z podaniem jego przyczyny.

¹⁸ Według danych GUS (Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2008 . Główny Urząd Statystyczny. WWW. stat.gov.pl/GUS/5840_2887_puz_wi.htm) przeciętna długość życia kobiet w Polsce wynosiła w 1989 r. 70,96 i była dłuższa od wskaźnika dla mężczyzn o 8,69 lat , w 1996 r. wynosiła odpowiednio 76, 57 lat i była dłuższa od przeciętnej trwania długości życia mężczyzn o ok. 8,35 lat. W 2007 r. przeciętna długość trwania życia kobiet w Polsce wzrosła do 79,74 lat (mężczyzn do 70, 96) i wspomniana różnica wynosiła 8,79 lat.

Charakterystyczne jest przy tym, że wskaźnik przeciętnej trwania życia w przypadku kobiet jest nieco wyższy na wsi, w przypadku zaś mężczyzn – w mieście.

Poprawa ta jednak zawsze miała charakter względny w tym sensie, że, jak już wspomniano, Polska pod względem przeciętnej długości trwania życia pozostawała i nadal pozostaje w tyle za wieloma krajami Europy Zachodniej¹⁹ (por. tabl. 2 Przewidywane przeciętne trwanie długości życia w EU-27; Life expectancy at birth, Eurostat).

Natomiast biorąc pod uwagę przeciętną długość trwania życia w zdrowiu, co stanowi jeden z celów Unii Europejskiej, Polska na tle innych państw wypada z pozoru korzystnie. Według szacunków prowadzonych w 2006 r. dla 25 krajów UE mężczyźni przeciętnie przeżywają w zdrowiu ok. 80 % całego swego życia, kobiety zaś tylko 75,3 %. Wskaźniki te są jednak zróżnicowane dla poszczególnych krajów członkowskich. Jeśli chodzi o sytuację Polski, to w przypadku mężczyzn wskaźnik ten w roku 2006 wynosił 82 %, w przypadku zaś kobiet - 79,7 %, co plasuje Polskę w pierwszej dziesiątce tej grupy krajów²⁰ (por. tabl. 3, Czas przeciętnego trwania życia w zdrowiu : Healthy life years).

W przełożeniu na język konkretów oznacza to, że wprawdzie kobiety wszędzie żyją dłużej niż mężczyźni, ale z reguły jest to w większej części życie gorszej jakości zdrowotnej. Krótszy zaś wskaźnik przeciętnej długości trwania życia w momencie urodzenia się w Polsce, w porównaniu z innymi krajami członkowskimi UE, przekłada się na dłuższe życie w zdrowiu.

2. Najczęstsze przyczyny zgonów kobiet

Do najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce należą tzw. choroby cywilizacyjne tzn. choroby układu krążenia i nowotwory (por. tabl. 3 GUS Rocznik Demograficzny, Zgony wg wieku, płci oraz przyczyn).

2.2.1. Choroby układu krążenia

Choroby serca i naczyń są najpowszechniejszą przyczyną zgonów (stanowią ok. 47 % wszystkich zgonów) oraz jednym z najczęstszych powodów inwalidztwa w Polsce. Warto podkreślić, że według danych publikowanych w 2003 r. przez Europejskie Biuro Regionalne WHO, poziom umieralności przedwczesnej z powodu chorób układu krążenia w Polsce był około dwa i pół razy wyższy niż w krajach Unii Europejskiej.

¹⁹ Kobiety w Polsce żyją od 2-do 4 lat krócej niż w wielu krajach Zachodnich (np. w Belgii, Danii, Niemiec, Wielkiej Brytanii, Francji, Włoch, Holandii, Portugalii, Irlandii Szwecji, Finlandii).

²⁰ http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/lifeyears_en.htm

Choroby układu krążenia stanowią też główną przyczynę zgonów kobiet. Według danych GUS liczba kobiet zmarłych na choroby krążenia jest większa od liczby mężczyzn zmarłych z tego powodu.

W literaturze medycznej wyróżnia się dwie zasadnicze grupy przyczyn tak częstego występowania wśród kobiet chorób układu krążenia. Pierwsza związana jest z niezdrowym trybem życia, który wynika przede wszystkim z nadmiernego obciążenia pracą, co wiąże się ze wspomnianą już koniecznością godzenia, głównie przez kobiety, pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi i domowymi. Na niezdrowy tryb życia składają się też, często powiązane z nadmiarem obowiązków, złe nawyki żywieniowe oraz brak troski o kondycję fizyczną.

Druga grupa przyczyn związana jest z naturalnymi procesami fizjologicznymi, polegającymi zwłaszcza na wygasaniu w miarę procesu starzenia się czynności hormonalnej jajników. Występujące, począwszy od 40 roku życia kobiet, postępujące zmiany ogólnoustrojowe zwiększają ryzyko ogólnej zachorowalności, w szczególności jednak na choroby układu krążenia. Podaje się, że po menopauzie co drugiej kobiecie grozi zawał serca, zaś wylew krwi do mózgu – co dziesiątej²¹.

Choroby krążenia stanowią ponad połowę ogólnej liczby przyczyn zgonów kobiet powyżej 65 roku życia²². W przypadku zaś kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) stanowią trzecią co do częstości przyczynę umieralności, w tym drugą - w grupie kobiet w wieku 40-49 lat²³.

W raporcie poświęconym zdrowiu kobiet w wieku rozrodczym podkreślano, że poważnym problemem jest wysoka w naszym kraju umieralność kobiet spowodowana chorobami naczyń mózgowych, a więc tej przyczyny zgonu, która w tym wieku jest uznawana za możliwą do uniknięcia²⁴, gdyby zapewniona była skuteczna profilaktyka, diagnostyka, i leczenie.

Trzeba jednak podkreślić, że śmiertelność zarówno kobiet jak i mężczyzn z powodu chorób układu krążenia od lat 90 XX wieku wykazuje stałą tendencję spadkową.

Również w Polsce znaczenie chorób układu krążenia jako zagrożenia życia kobiet wyraźnie się zmniejsza, zarówno w kategoriach bezwzględnych, jak i

²¹ Raport. CPK s. 200.

²² G. Ciura s. 7.

²³ W latach 2003-2004 choroby krążenia stanowiły przyczynę 17% zgonów kobiet w tym przedziale wiekowym. Por. Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. rozwoju, Warszawa 2007, s. 37.

²⁴ Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15. -49. Polska 2006 s. 47 [http:// www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

względnych, aczkolwiek w ostatnich latach w wolniejszym tempie niż w przypadku mężczyzn²⁵.

Według informacji rządowych do redukcji umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w ostatniej dekadzie XX wieku przyczyniły się nie tylko korzystne zmiany stylu życia i żywienia Polaków, lecz również działania podejmowane w latach 2003- 2008 w ramach Narodowego Programu Ochrony Serca (Polkard²⁶).

Ocena skutków realizacji w/w programu jest trudna do przeprowadzenia, chociażby z powodu braku danych porównawczych. Interesujące byłoby np. zbadanie czy liczba 485 zgonów kobiet w wieku rozrodczym w 2006 r. z powodu chorób naczyń mózgowych jest istotnie mniejsza w porównaniu z latami przed realizacją programu²⁷.

2.2.2. Choroby nowotworowe

Główną przyczyną umieralności kobiet w wieku rozrodczym w Polsce, a drugą przyczyną dla ogólnej populacji kobiet, są nowotwory złośliwe, przy czym największe zagrożenie życia kobiet stanowi rak piersi, a następnie rak szyjki macicy.

Standaryzowane wskaźniki zachorowań dla krajów Unii Europejskiej wskazują na wyjątkowo częste w Polsce zachorowania na raka macicy (najwyższy wskaźnik dla Polski i Słowacji). Natomiast zachorowalność na nowotwór złośliwy piersi była najrzadsza w Słowacji, a następnie w Polsce²⁸. Szacuje się, że co roku na raka piersi choruje w Polsce ok. 12 000 kobiet, a u 3000 wykrywa się nowotwór szyjki macicy (ogólnie narządów rodnych u ok. 8000 kobiet)²⁹.

Liczba zachorowań w Polsce na wszelkie rodzaje nowotworów z roku na rok stale rośnie³⁰, aczkolwiek odwołując się do standaryzowanych wskaźników

²⁵ Por. Rocznik demograficzny. GUS. Warszawa 2008, s.359.

²⁶ Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2006-2009. „ Polkard. Warszawa 2005, s. 5-6, www.mz.gov.pl. Podaje się, że wstępna ewaluacja tego programu „wykazała możliwość kontynuacji osiągnięć w zakresie redukcji umieralności ludności z powodu chorób serca”.

²⁷ Jako jeden z celów priorytetowych ww. programu wskazywano zmniejszanie wczesnej śmiertelności w udarach mózgu, a także uzyskanie u co najmniej 70% chorych, którzy przeżyli okres udaru mózgu, samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego. Ponadto celem zasadniczym programu było zmniejszanie dysproporcji w dostępie do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce, który to cel nadal nie do końca został osiągnięty, biorąc pod uwagę zróżnicowany czas oczekiwania na wizytę u lekarza kardiologa w różnych regionach Polski. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2006-2009. „ Polkard. Warszawa 2005, s. 5-6, www.mz.gov.pl.

²⁸ Kobiety w Polsce. GUS. Warszawa 2007 s.22.

²⁹ Narodowy Program zwalczania Chorób Nowotworowych Warszawa 2008, s. 6 www.mz.gov.pl.

³⁰ Na przykład liczba zachorowań zwiększyła się z 253,2 na 100 tys. kobiet w 1995 r. do 294, 8 w 2003 r., (dla mężczyzn odpowiednio z 197,6 do 336,1 zachorowań).

zachorowań dla państw Unii Europejskiej w 2005 roku zwraca się uwagę, że krajowe wskaźniki wzrostu dla kobiet należały do grupy niższych.

Warto jednak z naciskiem podkreślić, że w skali kraju poziom umieralności w ostatnich latach na nowotwory złośliwe na 10 tys. ludności był wyższy niż na początku lat 90. W 1990 r. współczynnik ten dla kobiet wynosił 15,8, a w 2006 r. 20,2³¹.

Podaje się, że około 4000 zgonów kobiet rocznie jest spowodowana rakiem piersi, a przeszło 1800 rakiem szyjki macicy³².

Ze szczególnym niepokojem należy też odnotować stale rosnące w Polsce wskaźniki umieralności kobiet na raka piersi i raka macicy.

W przypadku raka piersi wskaźnik umieralności kobiet z tego powodu w roku 2006 wzrósł w stosunku do roku 1990 przeszło dwa i pół razy (z 1,1 w 1990 r. do 2,7 w 2006 r.), zaś wskaźnik umieralności związanej z rakiem macicy – blisko dwukrotnie (z 0,5 w 1990 r. do 0,9 w 2006 r.)³³.

Według danych z 2006 r. umieralność kobiet w wieku prokreacyjnym w Polsce z powodu chorób nowotworowych stanowiła ok. 40 % wszystkich zgonów kobiet w przedziale wiekowym 15-49 lat.

Czynnikiem silnie różnicującym poziom umieralności kobiet na raka jest wykształcenie³⁴. Wprawdzie zagrożenie życia kobiet chorobami nowotworowymi w skali całego kraju większe jest w mieście niż na wsi (o ok. 10 %), jednak w niektórych województwach do 2006 r. sytuacja była odwrotna. Największa różnica na niekorzyść mieszkanek miast miała miejsce w województwie śląskim, gdzie poziom umieralności w miastach był o 40 % wyższy na wsi³⁵.

Szczególnie niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że umieralność kobiet na nowotwory złośliwe w Polsce kształtuje się na istotnie wyższym poziomie, niż w większości krajów Unii Europejskiej. Jest np. o prawie o 50 % wyższa niż np. w Szwecji czy Austrii³⁶.

³¹31 Rocznik Demograficzny. GUS. Warszawa 2008 s. 359.

³² Narodowy Program zwalczania Chorób Nowotworowych Warszawa 2008, s. 6 www.mz.gov.pl.

³³ Rocznik Demograficzny. GUS. Warszawa 2008 s. 35.

³⁴ W przypadku kobiet w wieku rozrodczym współczynnik zgonów kobiet w wieku 20-49 lat o wykształceniu podstawowym był 5 krotnie wyższy niż współczynnik kobiet o wykształceniu powyżej średniego. Por. Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49. Polska 2006, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju. Warszawa 2007. s. 32.

³⁵ Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 ... s. 47 s. 32.

³⁶ Porównywalna a nawet niższa jest równocześnie niż np. na Łotwie, w Estonii, na Litwie oraz na Węgrzech. Por. Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 ... s. 13.

Przyczyną znacznie wyższego współczynnika umieralności kobiet na choroby nowotworowe w Polsce w porównaniu z krajami zachodnimi są niskie efekty leczenia tych chorób w kraju. Zasadniczym powodem tego stanu rzeczy jest późna wykrywalność raka, a wiadomo, że im szybciej zostanie podjęte leczenie, tym większa jest szansa na uratowanie życia.

Do niedawna szacowano, że wczesna wykrywalność raka piersi wynosi w Polsce 20 %, podczas gdy w Europie Zachodniej 80 %³⁷. Aktualne dane epidemiologiczne wskazują, że szanse wyleczenia raka piersi w krajach rozwiniętych wynoszą 72%, w Polsce 58%, zaś w krajach rozwijających się 47%. Oznacza to, że sytuacja w Polsce jest bardziej zbliżona pod tym względem do poziomu krajów rozwijających się niż krajów rozwiniętych. Udowodniono, że jedynie zorganizowany skrining mammograficzny może obniżyć umieralność do 40 %, zwiększyć efektywność leczenia, a także poprawić jakość życia chorych³⁸.

Z wyników badań ankietowych wynika, że w 2005 r. blisko $\frac{3}{4}$ badanych kobiet przyznaje, że nie miało nigdy przeprowadzonego badania mammograficznego ani badania USG piersi (odpowiednio: 72% i 76% respondentek) zaś ponad 30% - cytologii³⁹.

Ponadto w latach 2000-2005 liczba porad udzielanych kobietom w poradniach dla kobiet oraz w poradniach ginekologiczno-położniczych rosła słabiej niż w latach 1995-2000. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy był niewątpliwie długi czas oczekiwania na specjalistyczną wizytę lekarską. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec 2007 r. wynika, że średni przewidywany czas oczekiwania był bardzo zróżnicowany w poszczególnych oddziałach Wojewódzkich NFZ. I tak dla kobiet zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” zamykał się przedziale od 9 dni w Opolskim OW NFZ do 66 dni w Śląskim OOWNFZ. Zdarzało się jednak, że bywał drastycznie długi: maksymalny w skali kraju średni przewidywany czas oczekiwania do poradni ginekologicznej w jednym z medycznych centrów w Oleśnicy wyniósł 404 dni⁴⁰.

W raporcie dotyczącym zdrowia kobiet przygotowanym w 2003 r. przez CPK podkreślano, że przyczyną niewielkiej liczby przeprowadzanych badań prewencyjnych jest brak powszechnego programu propagującego profilaktykę chorób nowotworowych, zaniechanie w skali masowej edukacji w zakresie badania piersi prowadzonego przez same kobiety, a także brak upowszechniania wiedzy o potrzebie poddawania się regularnym badaniom ginekologicznym,

³⁷ Kobiety w Polsce 2003+.Warszawa 2003 .Centrum Praw Kobiet .s. 202 -203.

³⁸ Narodowy Program zwalczania Chorób Nowotworowych s. 9.

³⁹ Tamże.

⁴⁰ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2007 r. s.22 WWW.mz.gov.pl

które pozwalają wykryć wczesne zmiany nowotworowe narządów rodnych. Zwracano też uwagę na brak edukacji prozdrowotnej i dostępności badań mammograficznych oraz niską jakość urządzeń używanych do takich badań i niedostateczne często kwalifikacje personelu je obsługującego⁴¹.

Diagnoza ta w dużym stopniu pozostaje aktualna w chwili obecnej, pomimo że już w 2005 r. została podjęta inicjatywa legislacyjna umożliwiająca przyjęcie wieloletniego programu zatytułowanego Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, który miał zapewnić realizację zadań profilaktycznych i zagwarantować źródła ich finansowania.

Wprawdzie w strategii zwalczania raka w Polsce przewidziano program edukacji społeczeństwa, w tym środowisk medycznych w zakresie profilaktyki i zdrowego stylu życia oraz programów wczesnego rozpoznawania nowotworów oraz uznano za priorytetowe działania w zakresie zwalczania raka piersi, szyjki macicy. Niemniej jednak realizacja tych założeń w praktyce nie zawsze jest zgodna z oczekiwaniami⁴². Pojawiają się też wątpliwości, czy środki finansowe przeznaczone na realizację w/w programu są racjonalnie wydatkowane⁴³.

Krytycznie ocenić należy też fakt, że do niedawna z bezpłatnych badań profilaktycznych nie mogły skorzystać kobiety w wieku poniżej 50 roku życia, pomimo iż, jak już wskazywano, rak piersi należy do najczęstszych przyczyn zgonów kobiet w wieku rozrodczym. Ponadto stopień upowszechnienia tych badań jest niewystarczający, skoro w wielu województwach, w ciągu ostatniego roku, nie wydano na badania cytologiczne i mammografię wszystkich zaplanowanych pieniędzy⁴⁴.

⁴¹ Kobiety w Polsce 2003+. Warszawa 2003. Centrum Praw Kobiet .s. 202 -203.

⁴² W związku z tym przygotowano populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, w ramach którego przewidziano zapewnienie możliwości wykonania bezpłatnych badań cytologicznych kobietom w wieku 25-59 lat w interwale - 1 badanie na 3 lata oraz badań mammograficznych dla kobiet przedziale wiekowym 50-69 lat w interwale - 1 badanie na 2 lata. Biorąc pod uwagę fakt, że silne dziedziczne uwarunkowania się przyczyną ok. 15 % zachorowań na raka piersi w Polsce, opracowano także specjalny program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, uwzględniający m.in. badanie na nosicielstwo mutacji genu BRCA1, a w razie pozytywnego wyniku - objęcie kobiet szczególnym programem badań profilaktycznych Por. Narodowy Program zwalczania Chorób Nowotworowych s.9. oraz s.17-18 mz.gov.pl.

⁴³ Ostatnio prasa informowała o bulwersujących opinię publiczną wysokościach wynagrodzeń, pokrywanych ze środków przeznaczonych na realizację tego Programu, jakie pobierała kadra medyczna Centrum Onkologii w Warszawie za prowadzenie szkoleń adresowanych do lekarzy rodzinnych w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów Gazeta Wyborcza. z dnia 2 marca 2009 r.

⁴⁴ Na przykład w województwie kujawsko-pomorskim w 2009 r. zaplanowano na badania cytologiczne prawie 3.5. miliona złotych, a wykorzystano niecałe 2 mln. Na mammografię przeznaczono ponad 4 mln zł a wydano 2.8 mln. Gazeta Wyborcza. Bydgoszcz. [Http:// www.Feminoteka.pl/news.php?readmore=4866](http://www.Feminoteka.pl/news.php?readmore=4866).

Równocześnie przeprowadzona w 2008 r. kontrola urzędzeń mamograficznych wykazała, że znaczny ich odsetek⁴⁵ był niesprawny; wiele urzędzeń nie nadawało się do wczesnego wykrywania raka piersi i powinno być wyłączone z eksploatacji. Dla kobiet oznacza to, że nawet jeśli poddały się badaniom, nie mogą mieć pewności co do jego wyników.

Jednakże pomimo takich ustaleń nie udostępniono niezwłocznie po przeprowadzeniu kontroli jej wyników, a w szczególności nie podano oficjalnie do wiadomości publicznej wykazu placówek opieki zdrowotnej, w których stwierdzono nieprawidłowości⁴⁶.

Utrzymywanie takiego stanu rzeczy jest społecznie wysoce szkodliwe, gdyż wiele kobiet po przeprowadzonej mammografii, która nie wykazała wystąpienia w piersiach zmian nowotworowych, pozostawało w stanie samospokojenia, które może prowadzić nawet do ich śmierci.

Warto podkreślić, że w ostatnich dwóch latach Minister Zdrowia Ewa Kopacz podjęła próby zmierzające do objęcia badaniami profilaktycznymi większej liczby kobiet, sięgając przy tym do środków o charakterze administracyjnym. Temu celowi ma służyć propozycja zaliczenia badań cytologicznych i mammografii do obowiązkowych pracowniczych badań zdrowotnych. Projekt ten, pomimo iż przeświecała mu troska o zdrowie kobiet, wzbudził dyskusję, w której m.in. podnoszono, że obowiązkowe badania egzekwowane przez pracodawcę oznaczają zbyt daleko idącą ingerencję w sferę prywatności kobiety-pracownika, obejmującą jej zdrowie seksualne i reprodukcyjne, grożą niebezpieczeństwem ujawnienia wyników badań pracodawcy, co może wpływać na decyzje personalne. Podnoszono ponadto, że system przymusowych badań nie obejmie kobiet niepracujących, a więc przyczyni się do nierównego traktowania kobiet w zależności od ich statusu na rynku pracy, a ponadto zwracano uwagę, że przed jego wprowadzeniem nie zadbano o sprawne funkcjonowanie istniejących zachęt to takich badań i nie wykorzystano wszystkich możliwości informacyjno-edukacyjnych⁴⁷.

⁴⁵ Audytu klinicznego nie przeszła blisko ¼ kontrolowanych ośrodków (24 %), co oznacza wprawdzie spadek w stosunku do roku 2007 kiedy ten odsetek wynosił 39 %, niemniej jednak wskazuje na wielką skalę zjawiska. Co więcej, były sygnały, że NFZ nadal zawierało umowy z placówkami, które nie przeszły pomyślnie audytu. Por. List Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny do Minister Zdrowia z dnia 22.01.2009 <http://www.federa.org.pl>.

⁴⁶ Z takim żądaniem, a także rozwiązania przez NFZ umów z placówkami, które nie spełniają standardów wystąpiła Federacja Por. List Federacji Kobiet i Planowania Rodziny do Minister Zdrowia z dnia 22.01.2009 <http://www.federa.org.pl>. Interweniowały w tej sprawie także media. (METRO). Wykaz placówek nie spełniających standardów ostatecznie ukazał się na stronie internetowej: www.profilaktykarako.coi.waw.pl

⁴⁷ Dowodem na niewykorzystanie tych możliwości są dochodzące z różnych części kraju sygnały, że do maja 2009 r. kobiety nie były zapraszane na badania mamograficzne w związku z wprowadzanymi zmianami organizacyjnymi w tym zakresie. Przez ostatnie dwa lata zaproszenia na takie badania wysyłał Narodowy Fundusz Zdrowia. Od 2009 r. miały to robić tzw. Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące, ale nie mogą, bo Ministerstwo Zdrowia nie przekazało im na ten cel pieniędzy, a ponadto brak im danych osobowych

3. Ochrona zdrowia reprodukcyjnego kobiet

3.1. Opieka medyczna nad kobietą w ciąży i w okresie okołoporodowym

Powszechnie przyjętym miernikiem jakości opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem jest współczynnik zgonów niemowląt, zgonów okołoporodowych matek oraz wskaźnik urodzeń noworodków z niską wagą.

W sprawozdaniu Rady Ministrów z wykonania w roku 2007 r. Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży podaje się za raportami GUS, że współczynnik umieralności okołoporodowej⁴⁸ wykazuje stałą tendencję spadkową, aczkolwiek jej dynamika w ostatnich latach jest mniejsza⁴⁹. Obserwuje się równocześnie spadek liczby zgonów niemowląt, czyli dzieci do 1 roku życia⁵⁰. W ogólnej liczbie zgonów niemowląt w 2007 r. blisko 60 % miało miejsce w miastach, a 40% - na terenach wiejskich⁵¹. W 2007 r. roku z budżetu Ministra Zdrowia finansowane były liczne programy polityki zdrowotnej państwa mogące mieć znaczenie dla poprawy zdrowia noworodków⁵². Brak jest jednak danych, czy i w jakim stopniu ich realizowanie przyczyniło się rzeczywiście do poprawy.

Warto odnotować, że w ostatnich latach zaznaczył się wyraźny spadek częstotliwości zgonów matek na 100 tys. żywych urodzeń. W 2006 r. zarejestrowano tylko 11 zgonów kobiet w wyniku bezpośrednich lub pośrednich

uprawnionych do badań kobiet. Wyrażane są przy tym obawy, że przyznane na ten cel środki, w związku z podniesieniem przez Poczta Polska opłat za przesyłki listowe, okażą się niewystarczające Gazeta Wyborcza. Bydgoszcz. <http://www.Feminoteka.pl/news.php?readmore=4866>.

⁴⁸ Urodzenia martwe i zgony noworodków w wieku 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych.

⁴⁹ W roku 2007 współczynnik ten kształtował się na poziomie 7,9 promila, dla porównania w roku 2006 wynosił ok. 8,0 promila, a na początku 90 tych lat - 19,5 promila. Pozytywnie oceniając ten spadek, należy równocześnie podkreślić, że nadal w Polsce jest on relatywnie wysoki; np. w Szwecji lub Japonii współczynnik ten nie przekracza 5.

⁵⁰ Z 12,21 - w 1996 r. do 5,98 - w 2006 r. W 2007 r. odnotowano w stosunku do 2006 r. niewielki wzrost liczby zgonów dzieci w wieku poniżej 1 roku do 6 na 1000 mieszkańców (do 6%). Warto podkreślić, że wskaźnik zgonów niemowląt na 1000 mieszkańców jest w Polsce dwukrotnie wyższy niż w Czechach, nieco wyższy niż na Węgrzech, a zbliżony do Słowacji. W większości krajów zachodnich (np. we Włoszech, Norwegii, Niemczech, Szwajcarii) nie przekracza on 4. Rocznik Statystyczny 2008 GUS s. 770. Następne lata pokażą, czy obserwowany w Polsce wzrost oznacza tylko przejściowe wahnięcie, czy też pewną stałą tendencję wymagającą szczególnej uwagi. Ponad połowa wszystkich zgonów niemowląt następuje w pierwszym tygodniu życia, co wskazuje na niedostatki opieki okołoporodowej. Por. Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia na interpelację nr 7154 w sprawie Karty Praw Kobiety Rodzącej z dnia 19 stycznia 2009 r. <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/min/5E9C3A08>.

⁵¹ Wyższy odsetek zgonów w dużych aglomeracjach miejskich wiązał się jednak głównie z faktem, że posiadały one ośrodki trzeciego stopnia referencyjności, co powodowało kierowanie do nich noworodków i niemowląt z całego regionu z najcięższymi patologiami.

⁵² Dotyczyły one m.in. kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych, badań przesiewowych noworodków, eliminacji niedoboru jodu, leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z wirusem HIV. Wiele organizacji pozarządowych prowadziło też kampanie edukacyjne jak np. kampania: ciąża bez alkoholu.

powikłań ciąży, porodu lub porożu (najczęstsze przyczyny to krwotoki, zakażenia, zatory, gestozy i choroba nadciśnieniowa). Podkreśla się jednak równocześnie, że krajowe statystyki w tym zakresie są niedoszacowane ponieważ rozpoznanie co do przyczyny zgonu nie zawsze zawiera w swym opisie informację o tym, że zgon nastąpił w wyniku pierwotnej przyczyny położniczej.

Niepokojący jest przy tym, sygnalizowany przez ekspertów fakt, że przy szczegółowej analizie tych zgonów ich główne przyczyny były „przeważnie możliwe do usunięcia”⁵³. Oznacza to, że zgony matek w związku z porodem stanowią w Polsce nadal poważny problem położniczy, który może być w istotnym stopniu zminimalizowany po wdrożeniu standardów opieki okołoporodowej. Niestety ich opracowywanie przez Ministerstwo Zdrowia, zainicjowane w 2007 r.⁵⁴, wciąż się przedłuża⁵⁵.

Zgodnie z art. 13 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, wszystkie kobiety w ciąży niezależnie od tego, czy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu, mają prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Z cytowanego rozporządzenia z 2004 r. wynika, że kobieta w ciąży ma prawo do trzykrotnego badania USG do kilkakrotnego badania krwi itp. (por. załącznik nr 1).

Niemniej jednak opieka lekarska nad kobietami ciężarnymi, gwarantowana przez Konstytucję oraz ustawę o planowaniu rodziny, była i nadal jest w Polsce niewystarczająca. Według danych z raportu rządu na temat realizacji ustawy z 1993 r. w 1997 r. w pierwszym trymestrze ciąży opieką zdrowotną objętych było tylko 60,7 % kobiet ciężarnych mieszkających w mieście i 44,4 % kobiet mieszkających na wsi. Brak danych liczbowych dot. tej kwestii w sprawozdaniu Rady Ministrów z 2007 r. z realizacji ustawy z 1993 r. uniemożliwia dokonanie porównań. Można jednak przypuszczać, że wiele kobiet, zwłaszcza mieszkających na wsi, nadal nie korzysta z tej możliwości albo korzysta zbyt rzadko. Trudno ustalić jakie są tego powody. Być może jedną z przyczyn jest sygnalizowany wyżej długi czas oczekiwania w wielu regionach kraju na wizytę w poradni ginekologiczno-położniczej. Ministerstwo Zdrowia wydaje się ignorować ten problem i skłonne jest raczej doszukiwać się przyczyn tego stanu rzeczy w zawnionym zachowaniu się kobiet ciężarnych, które

⁵³ Sprawozdania Rady Ministrów z wykonania w roku 2007 r. Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Warszawa 2008 r. s. 15.

⁵⁴ Zarządzeniem ministra Zdrowia z dnia 31 października 2007 r. został powołany Zespół do opracowania standardu opieki okołoporodowej. Dz. Urz. MZ Nr 16, poz. 90 z późn. zm.

⁵⁵ Por. załącznik Nr.1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów w których te badania są przeprowadzane. Dz. U. 2004 Nr 276 poz. 27.

lekkomyślnie uchylają się od korzystania z lekarskiej opieki ginekologiczno-położniczej w okresie ciąży, przejawiając tym samym brak dbałości o zdrowie własne i mającego narodzić się dziecka. Bo jakże inaczej tłumaczyć zapowiedź uzależnienia możliwości uzyskania tzw. „becikowego” od okazania przez kobietę zaświadczenia, że była pod stałą opieką lekarską przez cały okres ciąży (począwszy od 10 tygodnia jej trwania). Propozycja ta spotkała się z mało przychylnym przyjęciem ze strony środowisk kobiecych. U podłoża jej krytyki leżała obawa, iż projektodawcom przeświecała w mniejszym stopniu troska o zdrowie kobiet i mających narodzić się dzieci, w większym zaś dążenie do wprowadzenia oficjalnej możliwości rejestrowania ciąży i tym samym ułatwienia śledzenia ich dalszych losów pod kątem zwalczania nielegalnej aborcji.

Wyrażano też wątpliwości, czy w związku z ograniczonym dostępem do opieki zdrowotnej, przymus ten nie będzie oznaczał, zwłaszcza dla kobiet zamieszkałych na wsi, dodatkowego utrudnienia, które *per saldo* może odbić się niekorzystnie na ich zdrowiu i zdrowiu mających narodzić się dzieci. Chodzi w szczególności o konieczność przemierzania w celu odbycia wizyty lekarskiej nieraz dużych odległości, słabo funkcjonującym transportem publicznym.

Warto zwrócić też uwagę na fakt, że środowiska kobiece nadal alarmują, że miejscem, gdzie wciąż dochodzi do naruszeń praw kobiet są oddziały ginekologiczno-położnicze publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Wprawdzie medialna akcja „rodzić po ludzku” połączona z rankingiem najbardziej przyjaznych rodzącym kobietom szpitali położniczych, doprowadziła do znacznej poprawy sytuacji, w porównaniu z tym co było 20 lat temu. Wyeliminowano m.in. niektóre niekonieczne z punktu widzenia ochrony zdrowia kobiet i noworodków, ograniczenia i wymogi, doprowadzono do redukcji zbędnych praktyk położniczych.

Niemniej jednak tym pozytywnym zmianom nie zawsze towarzyszy podmiotowe traktowanie rodzących kobiet i nadal w większości szpitali „za ludzkie traktowanie”, a w szczególności tzw. poród rodzinny, trzeba zapłacić⁵⁶. Oznacza to brak poszanowania życia rodzinnego kobiet, intymności i prowadzi do naruszenia ich godności.

Co więcej, ostatnie posunięcia Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują na dążenie do nadania rodzącym kobietom w Polsce „statusu specjalnego” wśród pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej, który niestety nie oznacza ich lepszego traktowania.

⁵⁶ Por. np. interpelacja Nr 2028 i odpowiedź podsekretarza stanu w ministerstwie Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2008 r.

Zamykanie nawet dobrze funkcjonujących z perspektywy pacjentek izb porodowych⁵⁷ „wskutek niezawierania z nimi kontraktów przez NFZ, w konsekwencji stawiania niemożliwych do realizacji wymogów medycznych, ogranicza prawo kobiet jako pacjentek do wyboru świadczeniodawcy usług zdrowotnych. Odmowa finansowana z funduszy publicznych znieczuleń przy porodzie pozbawia kobiety gwarantowanego w ustawach medycznych prawa pacjenta do korzystania z najnowszych osiągnięć medycyny m.in. w dziedzinie eliminacji bólu i zwalnia lekarza ze skorelowanego z tym prawem jego obowiązku do „niesienia ulgi w cierpieniu”⁵⁸.

Podjęta przez Ministerstwo Zdrowia akcja przeciwko cesarskim cięciom na życzenie⁵⁹ ogranicza prawo kobiety do współdecydowania o zastosowanych metodach interwencji medycznej, co oznacza przekreślenie możliwości jej samostanowienia w tym zakresie.

W celu przeciwdziałania tym niekorzystnym zjawiskom Rzecznik Praw Obywatelskim⁶⁰ przy wsparciu fundacji „Rodzić po ludzku” podjął inicjatywę wydania Karty Praw Kobiety Rodzącej⁶¹. Również wiele innych organizacji kobiecych, w szczególności Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny oraz Feminoteka i Fundacja MaMa; podejmowały działania interwencyjne. Można oczekiwać, że ich skutkiem będzie zagwarantowanie kobietom równego dostępu do wszystkich niezbędnych świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych z funduszy publicznych oraz podniesienie stopnia świadomości pacjentek co do ich praw, tak aby potrafiły skutecznie ich dochodzić w przypadku naruszeń.

3.2. Prawo do samodecydowania w dziedzinie reprodukcji i jego związku ze stanem zdrowia kobiet i jego ochroną.

Możliwość decydowania o własnej płodności stanowi dla większości kobiet podstawowy warunek wstępny realizowania w praktyce przysługujących każdej jednostce praw człowieka.

Ograniczenia w dostępie do środków i metod planowania oraz w zakresie dopuszczalności przerywania niepożądanego wczesnego ciąży powinny być więc postrzegane jako naruszenie tych praw, a w szczególności prawa do samo-

⁵⁷ Liczba porodów odbywanych w izbach porodowych uległa drastycznemu zmniejszeniu : z 7729 w 1990 r. do 248 w 2007 r. Rocznik Demograficzny GUS . Warszawa 2008, s. 335.

⁵⁸Warto na marginesie dodać, że nie dotyczy to tylko porodu lecz również innych zabiegów ginekologicznych. W praktyce zdarzają się również przypadki odmowy stosowania znieczulenia w czasie bolesnego zabiegu łyżeczkowania macicy, po naturalnym poronieniu lub w przypadku obumarcia płodu http://rynekzdrowia.pl/Ginekologiaa?po_poronieniu_bez_znieczulenia.

⁵⁹ <http://serwisy.gazeta.pl/zdrowie/1,51186,575586,5755694,cesarskie-cieci...>

⁶⁰ [Rpo.gov.pl](http://rpo.gov.pl) .

⁶¹ <http://www.rpo.gov.pl/index.php?md=5869> .

decydowania w sprawach płodności, prawa do ochrony zdrowia, a nieraz nawet życia.

Ostatnie 20 lat w Polsce znamionuje systematyczne ograniczanie prawa kobiet do samostanowienia. Okres transformacji od początku przejawiał się dążeniem do zawężania prawnych możliwości kobiet do decydowania o przerwaniu niechcianej ciąży. W sytuacjach gdy życie płodu mogło pozostawać w konflikcie z dobrem lub interesem kobiety ciężarnej, zarówno ustawodawca jak i najwyższe instancje sądowe, w szczególności Trybunał Konstytucyjny, poświęcały konstytucyjnie chronione prawa kobiet.

Na taki rozwój wypadków miał wielki wpływ Kościół Katolicki, który w każdej kampanii wyborczej do parlamentu czynił stosunek kandydata do aborcji papierkiem lakmusowym jego podatności na swoje wpływy. W efekcie tego zabiegu deklarowana postawa polityka co do doprowadzenia do pełnej zgodności ustawodawstwa z nauczaniem Kościoła, stanowiła warunek politycznego poparcia. W rezultacie tych działań w 1993 r. doszło do uchylenia ustawy dopuszczającej przerywanie ciąży z powodu tzw. wskazań społecznych. Spowodowało to, że Polska stała się, z dnia na dzień, z państwa o liberalnym ustawodawstwie aborcyjnym, krajem w którym obowiązuje najbardziej restrykcyjne pod tym względem prawo w Unii Europejskiej

Ciąże zbyt wczesne, zbyt późne lub zbyt częste stanowią jedną z ważniejszych przyczyn złej kondycji fizycznej wielu kobiet. Braki w edukacji seksualnej oraz ograniczony dostęp do środków antykoncepcyjnych wpływa nie tylko na jakość współżycia seksualnego, lecz w konsekwencji, często również na zdrowie fizyczne i psychiczne kobiet. Nie stosowanie środków antykoncepcyjnych przyczynia się do rozpowszechniania chorób przenoszonych drogą płciową, z wirusem HIV włącznie. Niechciana ciąża może być przyczyną depresji i załamań nerwowych. Poddawanie się nielegalnym zabiegom przerywania ciąży zwiększa ryzyko powikłań zdrowotnych i nieraz prowadzi do trwałych szkód na zdrowiu psychicznym. Słusznie podkreśla się, że brak jest potwierdzenia naukowego dla tezy, że aborcja na życzenie wywołuje u kobiet problemy psychiczne w późniejszym życiu. Występujące czasem stany depresyjne po aborcji są zazwyczaj wynikiem silnego stresu i napięcia związanego z koniecznością znalezienia, pod presją upływu czasu, lekarza, który za przystępną dla pacjentki cenę podejmie się wykonania niedozwolonego przez prawo zabiegu przerywania ciąży, nie zaś skutkiem poczucia winy z powodu poddania się zabiegowi aborcji. Stan ten można też wiązać z utratą poczucia bezpieczeństwa w związku z nieodpowiedzialnym zachowaniem się

sprawcy ciąży, brakiem oparcia w rodzinie, obawą potępienia społecznego, troską o zapewnienie godziwej przyszłości już żyjącym dzieciom itp.⁶².

Pomimo tych ustaleń naukowych w Polsce nie prowadzi się badań nad skutkami społecznymi, w tym w dziedzinie zdrowia, pozbawienia kobiet możliwości decydowania o własnej reprodukcji. Kolejne rządy ignorują również fakt, że restrykcyjne prawo antyaborcyjne jest w praktyce znacznie bardziej rygorystyczne niż mogłoby to wynikać z jego przepisów.

Ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu oraz warunkach dopuszczalności przerywania ciąży poza zapewnieniem kobietom opieki medycznej (a także socjalnej) w okresie ciąży gwarantuje również każdemu dostęp do środków i metod świadomej prokreacji, dostęp do badań prenatalnych, a także w trzech określonych przypadkach możliwość legalnego przerywania ciąży. Przy czym w stosunku do kobiet podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu zabieg ten odbywa się na zasadach nieodpłatności. Z raportów organizacji pozarządowych wynika jednak, że nawet te gwarantowane przez ustawę prawa kobiet nie są w praktyce przestrzegane.

3.2.1. Dostęp do środków i metod służących do świadomej prokreacji

W polityce zdrowotnej państwa od lat ignoruje się duże znaczenie działań w zakresie profilaktyki, w szczególności dotyczącej różnych problemów zdrowia reprodukcyjnego i poszerzania wiedzy na temat antykoncepcji i stan ten, z biegiem czasu, nie ulega poprawie. Wskazują na to stałe problemy z realizacją programu edukacji seksualnej w szkołach oraz podejmowane kolejne projekty wprowadzające utrudnienia w dostępie do środków antykoncepcyjnych⁶³.

Działania resortu w pewnym stopniu przekładają się na stosowanie antykoncepcji w praktyce. Przeprowadzone w 2007 r. badania ankietowe na temat metod regulacji urodzeń wskazują na to, że antykoncepcję stosuje około 65 % kobiet w wieku 15-49 lat, które zadeklarowały współżycie płciowe. Z przedstawionych danych w sprawozdaniu Rady Ministrów z wykonania ustawy o planowaniu rodziny wynika, że na przestrzeni ostatnich 10 lat istotnie zmieniają się na korzyść praktyki stosowania antykoncepcji. O ile bowiem w 1996 r. najpopularniejszą metodą regulacji urodzeń był kalendarzyk małżeński i stosunek przerywany, o tyle 8 lat później na pierwsze miejsce wysunęło się

⁶² Por. m.in. M. Henderson „Aborcja na życzenie nie rujnuje psychiki” *The Times* cyt. za Federacją na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, <http://www.federa.org.pl>.

⁶³ Na przykład w 2005 usunięto zapis ustawowy umożliwiający refundowanie środków antykoncepcyjnych. W 2006 r. reaktywowano, utworzony w 2001 r. Krajowy Zespół Promowania Naturalnego Planowania Rodziny, którego działalność koncentrująca się na propagowaniu tylko jednej z metod antykoncepcji oznaczała, że resort bezkarnie łamał obowiązek ustawowy zapewnienia kobietom możliwości wyboru metod planowania rodziny w oparciu o bezstronną i rzetelną informację.

stosowanie prezerwatywy, na drugie - pigułki antykoncepcyjnej, bądź innych środków hormonalnych (np. plastry, zastrzyki).

Warto podkreślić, że najbardziej znaczący wzrost nastąpił w używaniu antykoncepcji hormonalnej; w 1996 r. stosowało ją 7,9 % ankietowanych kobiet, a w 2004 r. 26,9 %, a w ostatnich miesiącach 2005 r. – już 30,1%⁶⁴.

Dużo rzadziej niż przed dekadą kobiety natomiast deklarują obecnie stosowanie tzn. metod naturalnych (kalendarzyk, mierzenie temperatury czy obserwacja śluzu), jak również środków chemicznych oraz mechanicznych⁶⁵.

Pomimo iż z danych tych wynika, że zmniejsza się odsetek par współżyjących bez żadnego zabezpieczenia i wyraźnie wzrasta odsetek stosujących hormonalną antykoncepcję, dostęp do antykoncepcji trudno uznać za zadowalający, zwłaszcza biorąc pod uwagę utrzymującą się od lat ogólnie małą dostępność najbardziej niezawodnych środków antykoncepcyjnych. W wolnej sprzedaży znajdują się jedynie prezerwatywy i spermicydy. Inne środki antykoncepcyjne wydawane są z przepisu lekarza i są pełnopłatne. Tylko jeden środek, występujący pod trzema różnymi nazwami handlowymi, jest częściowo refundowany przez państwo. Może on być jednak stosowany tylko przez niektóre kobiety⁶⁶. Sterylizacja antykoncepcyjna jest w Polsce praktycznie nieosiągalna. Poradnictwo antykoncepcyjne nie jest włączone do systemu podstawowej opieki zdrowotnej, w związku z czym NFZ nie refunduje takich porad. Na bezpłatną wizytę u ginekologa trzeba czekać nieraz kilka tygodni, co jest nie do przyjęcia dla kobiety chcącej kontynuować antykoncepcję hormonalną lub potrzebującej antykoncepcji doraźnej. Nierzadko zdarza się, że przyjmujący w takich warunkach lekarze odmawiają wypisania recepty na środki antykoncepcyjne, powołując się na klauzulę sumienia, bez wskazania, pomimo wymogu ustawowego, innego lekarza, który udzieli odpowiedniego świadczenia zdrowotnego. Pozostają częste wizyty u lekarzy prywatnych, którzy niechętnie wypisują za jednym razem więcej niż jedną receptę. Koszt wizyt i ich wymuszana duża częstotliwość, a także stosunkowo wysoki koszt samych środków antykoncepcyjnych, stanowią poważne utrudnienie w dostępie do antykoncepcji dla wszystkich kobiet, ale są szczególnie uciążliwe dla nastolatek, kobiet mieszkających na wsi i znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej.

⁶⁴ Stosowanie prezerwatyw deklarowało w 2005 r. 54,4% respondentek, stosunek przerywany - 20,7 % badanych kobiet.

⁶⁵ Sprawozdania Rady Ministrów z wykonania w roku 2007 r. Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży . Warszawa 2008 r. s. 41.

⁶⁶ W. Nowicka. Ustawa antyaborcyjna w Polsce. Stan prawny i rzeczywisty w: Prawa reprodukcyjne w Polsce . Skutki ustawy antyaborcyjnej . Raport. 2007 red. W. Nowicka. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Wrzesień 2007. s. 39 i in . Por. też Ustawa antyaborcyjna w Polsce. Funkcjonowanie, skutki społeczne, postawy i zachowania. Raport . Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Wrzesień 2000.

3.2.2. Dostęp do badań prenatalnych i rodzinnego poradnictwa genetycznego

Wczesne wykrycie wad i chorób płodu nie tylko umożliwia optymalizację postępowania terapeutycznego zarówno w okresie ciąży, jak i po urodzeniu się dziecka, lecz równocześnie w przypadku rozpoznania ciężkiego, nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, pozwala rodzicom na podjęcie decyzji co do przerwania ciąży. Świadomość możliwości skorzystania z badań prenatalnych dla stwierdzenia czy dziecko nie jest obciążone poważną i nieodwracalną wadą genetyczną, dla wielu kobiet stanowi warunek ich dobrej kondycji psychicznej w trakcie ciąży.

W 2007 roku w Polsce udzielono 21 945 porad genetycznych, wykonano 5 165 inwazyjnych badań prenatalnych, w rezultacie których stwierdzono 550 patologii płodu (o 157 mniej niż w roku 2006) i wykonano w związku z ich wynikiem 282 zabiegi przerwania ciąży.

Liczba badań prenatalnych rośnie z roku na rok, jest jednak ciągle nieproporcjonalnie niska w stosunku do potrzeb⁶⁷.

Przykładowo w roku 2007 urodziło się 387 873 dzieci, z czego 37 290 urodziły kobiety powyżej 35 roku życia. A zatem do badań prenatalnych miało wskazać co najmniej kilkadziesiąt tysięcy kobiet. Wykonano je natomiast tylko w stosunku do ok. 14 % kobiet, szczególnie uprawnionych do takich badań. Warto natomiast z aprobatą odnotować, że odsetek rzeczywiście wykonanych badań w stosunku do liczby kobiet ze wskazaniem „wiekowym” był w 2007 r. był przeszło 3-krotnie wyższy niż w roku 2000 r. Jednakże nadal bezwzględna liczba wykonanych inwazyjnych badań prenatalnych jest w Polsce niska np. o blisko o połowę niż kilkanaście lat temu w Czechach, gdzie w ostatniej dekadzie XX wieku wykonywano około 10 000 takich badań rocznie⁶⁸.

Na przestrzeni ostatnich 15 lat stosunkowo często zdarzały się przypadki, kiedy lekarze nie kierowali pacjentki na inwazyjne badania prenatalne, pomimo wystąpienia wyraźnych wskazań medycznych do ich przeprowadzenia. Zdarzało się nawet, że odmawiano skierowania na takie badania, pomimo iż kobieta zasadnie domagała się ich wykonania.

Zmiany przepisów ustawy o planowaniu rodziny oraz kodeksu etyki lekarskiej odnoszące się do badań prenatalnych, a zwłaszcza zasądzone przez sądy wysokie odszkodowania z tytułu zwiększonych kosztów utrzymania dzieci obciążonych poważną, nieodwracalną wadą genetyczną, do urodzenia których

⁶⁷ Na szeroką skalę stosuje się natomiast nieinwazyjne badania prenatalne tj. USG, test potrójny (AFP, HCG, E3), PAPP-A wśród kobiet będących w ciąży.

⁶⁸ M. Tajak Zdrowie i medycyna. Diagnostyka prenatalna w Polsce. Biuletyn Federacji 2002 nr 1/22.

by nie doszło, gdyby nie odmówiono kobiecie skierowania na badania lub przeprowadzono je zbyt późno⁶⁹, zmniejszyły liczbę takich odmów.

Fakt zaś, że w 2007 roku tylko w połowie przypadków, w których stwierdzono patologię płodu, doszło do wykonania zabiegu przerwania ciąży, może świadczyć o tym, że coraz więcej kobiet decyduje się na kontynuację ciąży, pomimo świadomości upośledzenia płodu.

Warto zaznaczyć, że załącznik nr 3 do wspomnianego już rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej wydaje się zawężać, gwarantowany przez ustawę wszystkim kobietom dostęp do badań prenatalnych (włączając w to inwazyjne), do tych kobiet, u których dziecka zachodzi podwyższone, w stosunku do populacyjnego, ryzyko wystąpienia choroby lub wady, w tym genetycznej. Przepis ten powinien być rozumiany jako odnoszący się tylko do badań finansowanych ze środków publicznych, chociaż można się zastanawiać, czy i tak nie pozostaje w sprzeczności z postanowieniami ustawy o planowaniu rodziny, która przewidując gwarancje ogólne, tylko przykładowo wymienia w.w. sytuacje⁷⁰.

3.2.3. Dostęp do legalnego przerywania ciąży

Jak wynika z oficjalnych statystyk, liczba legalnych zabiegów od 1997 r. utrzymywała się na podobnym poziomie ok. 200 zabiegów rocznie (por. tabl. 4, Urodzenia żywe poronienia sztuczne i samoistne), co biorąc pod uwagę liczbę urodzeń, częstotliwość stosowania skutecznej antykoncepcji oraz prognozowaną dzietność kobiet w wieku reprodukcyjnym w żaden sposób nie może stanowić odbicia rzeczywistej liczby przeprowadzonych zabiegów ani prawdziwych potrzeb w tym zakresie.

Niepokoici liczbą poronień samoistnych wynosząca znacznie powyżej 40 tys. rocznie, wykazująca tendencję wzrostową. Wysoki poziom poronień samoistnych jest zwłaszcza zastanawiający, w dobie dynamicznego rozwoju współczesnej medycyny. Świadczy nie tylko o skali niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych kobiet w ciąży, ale może również wskazywać na szkodliwe zawsze dla zdrowia kobiet samodzielne próby wywołania poronienia lub korzystania z tzw. podziemia aborcyjnego dla jego sprowokowania.

⁶⁹ Szerzej na ten temat A. Bodnar Analiza spraw sądowych dotyczących braku dostępności świadczenia przerywania ciąży w Polsce (w:) Prawa reprodukcyjne w Polsce . Skutki ustawy antyaborcyjnej. Raport. 2007. red. W. Nowicka. Federacja na rzecz kobiet i Planowania Rodziny. Wrzesień 2007 s. 54 i n.

⁷⁰ Co więcej, trudno zrozumieć dlaczego za jedno z głównych wskazań do przeprowadzenia takich badań przyjmuje się w rozporządzeniu wiek matki powyżej 40 lat pomimo iż w literaturze przedmiotu powszechnie uważa, że iż istotnie podwyższone ryzyko urodzenia dziecka obciążonego wadą genetyczną zachodzi od 35 roku życia kobiety.

Szczególnie zatrważająca jest niewielka i stale malejąca ilość przeprowadzonych zabiegów przerwania ciąży z powodu zagrożenia życia i zdrowia kobiety (por. Tabl. 5 . Zabiegi przerwania ciąży dokonane w latach 2002 -2007 według przyczyn). W 2007 r. zostało ich przeprowadzonych blisko przeszło dwa razy mniej niż w roku 2002 r. (37 *versus* 71). Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny od wielu lat alarmuje, że prawo do zdrowia kobiet, które zajądą w ciążę, jest poważnie ograniczane. W szczególności ma to miejsce wtedy, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia kobiety, co zdarza się w praktyce coraz częściej, bowiem nierzadko zachodzą w ciążę bardzo młode dziewczyny oraz kobiety w starszym wieku, nieraz schorowane.

Kobieta ciężarna, która ma problemy zdrowotne, nie ma żadnej pewności, że zostanie rzetelnie poinformowana o wpływie ciąży na jej stan zdrowia, że lekarz, do którego się zwróci o pomoc wyda stosowną decyzję umożliwiającą jej poddanie się zabiegowi przerwania ciąży, nawet w razie konieczności podyktowanej jej stanem zdrowia. Kobieta pozbawiona jest w takiej sytuacji ochrony prawnej bowiem nadal brak jest mechanizmów odwoławczych od decyzji lekarza⁷¹.

W sytuacji, gdy kobieta pomimo choroby, chce lub jest zmuszona do kontynuacji ciąży, zdarza się, że lekarze chcąc chronić płód, zawieszają terapię na czas ciąży albo stosują mniej skuteczną jej formę, nie informując, że może to być niebezpieczne dla zdrowia, a nawet życia kobiety⁷².

Do zupełnych wyjątków należy w praktyce przerwanie ciąży wynikłej z przestępstwa. Trzy przypadki takich zabiegów w 2007 r. wobec ok. 1800 stwierdzanych rocznie przypadków zgwałceń, nasuwa podejrzenie, że znaczna część przerwai ciąż, wynikłych z przestępstwa, dokonywana jest w podziemiu aborcyjnym.

Zdarzające się notorycznie przypadki odmowy wykonywania legalnych zabiegów przerywania ciąży przez lekarzy zatrudnionych w publicznych zoz-ach, w związku z powoływaniem się na tzw. klauzulę sumienia, skłoniły w roku 2005 r. Ministra Zdrowia do wprowadzenia rozporządzenia uzależniającego możliwość zwarcia kontraktu z NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ginekologii i położnictwa od zagwarantowania przez daną placówkę wykonywania również zabiegów przerwania ciąży. Odpowiedni przepis uznany został za zbędny przez Minister Ewę Kopacz⁷³ i w konsekwencji nie znalazł się

⁷¹ Odmowa podpisania przez Prezydenta przepisów wprowadzających pakiet ustaw zdrowotnych spowodowała, że przepis wprowadzający taki mechanizm, wymagany przez Europejski Trybunał Praw Człowieka na podstawie wyroku w sprawie A. Tysiąc, nie wszedł w życie.

⁷² Por. Sprawa Agaty Lamczak opisana w tekście Barbary Namysłowskiej-Gabrysiak „Błąd lekarski czy niepowodzenie w leczeniu?” w: „Prawo i Medycyna”, 2005, nr 3/20.

⁷³ Patrz korespondencja w tej sprawie pomiędzy Federacją na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny a Minister Zdrowia Ewą Kopacz. <http://www.federa.org.pl>.

w nowym rozporządzeniu wydanym w 2008 r.⁷⁴ Głośna sprawa czternastoletniej Agaty z Lublina, której kilka szpitali odmówiło dokonania aborcji ciąży wynikłej z czynu zabronionego, wykazało, że było to posunięcie niesłuszne.

Warto dodać, że jeżeli nawet zapadnie decyzja o zabiegu przerywania ciąży, kobiety najczęściej nie mają możliwości skorzystania z nowoczesnych metod jego przeprowadzenia, takich jak metoda farmakologiczna lub próżniowa, co tym samym ogranicza ich prawo do korzystania z osiągnięć postępu naukowego w medycynie.

Brak jakichkolwiek badań uniemożliwia rzetelną ocenę skutków ustawy antyaborcyjnej dla zdrowia kobiet. Całkowita bezrefleksyjność sprawozdań Rady Ministrów z realizacji jej postanowień przejawiająca się m.in. w podawaniu danych statystycznych dotyczących ilości wykonanych oficjalnie zabiegów przerywania ciąży, bez podjęcia chociażby próby oszacowania liczby zabiegów nielegalnych, rodzi obawy, że wśród elit rządzących albo brak jest świadomości co do możliwych negatywnych jej skutków dla zdrowia kobiet, albo, co bardziej prawdopodobne, takiego wpływu nie chce się ujawnić.

Niechęć rządzących do podjęcia jakichkolwiek badań na temat skali zjawiska podziemia aborcyjnego wynika zapewne z faktu, że gdyby ewentualne badania potwierdziły szacunki czynione przez organizacje społeczne, oznaczałoby to całkowitą porażkę ustawy w zlikwidowaniu lub chociażby zmniejszeniu zjawiska aborcji. Wykazałyby jednocześnie, że ustawa nawet jeśli w niewielkim stopniu osiągnęła swój zasadniczy cel, to wywołuje jednak wiele niepożądanych skutków ubocznych dla zdrowia kobiet. Dlatego też władze, jak dotąd, skupiały się przede wszystkim na ściganiu osób wykonujących nielegalne zabiegi przerywania ciąży, co miało jakoby poprawić stan realizacji ustawy.

Ocena skutków społecznych ustawy jest natomiast dokonywana regularnie przez Federację na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny⁷⁵. Z wieloletnich

⁷⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Dz.U. 2008 nr 81 poz. 484.

⁷⁵ W raporcie tym stwierdza się, że doświadczenie piętnastu lat obowiązywania ustawy antyaborcyjnej pozwalają na następujące konkluzje: Ustawa antyaborcyjna nie ograniczyła faktycznych rozmiarów zjawiska przerywania ciąży. Przerywanie ciąży z tzw. względów społecznych jest nadal wykonywane w tzw. podziemiu aborcyjnym, najczęściej w lekarskich gabinetach prywatnych lub za granicą, (tzw. turystyka aborcyjna, która obecnie rzadziej charakter zorganizowany, a częściej indywidualny). Szacuje się, że ciemna liczba nielegalnych zabiegów wynosi od 80 tys. rocznie do stu kilkudziesięciu tysięcy. Co więcej, część klientek tego podziemia stanowią kobiety, które w świetle ustawy mają prawo do legalnego przerywania ciąży, którego w praktyce nie były w stanie wyegzekwować. W porównaniu z 2000 r. zjawisko w latach następnych uległo wyraźnemu nasileniu. Największe zmiany, które obserwuje się w porównaniu z rokiem 2000, to coraz powszechniejsze stosowanie aborcji farmakologicznej jako metody przerywania ciąży oraz lawinowo rosnąca rola Internetu jako źródła informacji na temat możliwości usuwania ciąży. Internet pozwala kobietom nie tylko uzyskać informację, ale również wymieniać doświadczenia.

doświadczeń Federacji wynika, że ustawa antyaborcyjna przyczyniła się do tysięcy rodzinnych dramatów oraz problemów kobiet, zarówno zdrowotnych jak i życiowych.

Kolejne rządy nie podejmowały żadnych konstruktywnych kroków, które uzdrowiłyby istniejący stan rzeczy, będący skutkiem kryminogennego prawa i konsekwentnie ignorowały wszystkie patologie związane z obecną sytuacją. Jedyna, udana próba liberalizacji ustawy, podjęta w 1996 r., została zniweczona przez uznanie przez Trybunał Konstytucyjny przepisu dopuszczającego przerwanie ciąży z powodu „ciężkiej sytuacji życiowej lub trudnej sytuacji osobistej” kobiety ciężarnej za sprzeczny z Konstytucją. Orzeczenie to dowodzi jak niską rangę mają prawa kobiet w przyjętej przez TK konstytucyjnej hierarchii wartości.

Należy dodać, że kolejne Rządy RP nie realizowały też zaleceń wynikających z ratyfikowanych przez Polskę międzynarodowych konwencji, mimo iż międzynarodowe instytucje monitorujące stan przestrzegania praw człowieka wynikających z tych konwencji, wielokrotnie zalecały podjęcie kroków przeciwdziałających dalszemu zaostrzeniu w praktyce stosowania obowiązujących przepisów tzw. ustawy antyaborcyjnej oraz zagwarantowania kobietom dostępu do legalnej aborcji⁷⁶.

Co więcej, co pewien czas, pojawiają się inicjatywy, mogące stanowić dalsze poważne zagrożenie dla praw reprodukcyjnych kobiet. W kwietniu 2007 r. niewielką większością głosów Sejm odrzucił propozycję poprawek do Konstytucji gwarantujących prawo do życia od momentu poczęcia, wprowadzenie których oznaczałoby konieczność zaostrzenia i tak już bardzo restrykcyjnego prawa antyaborcyjnego w Polsce. Zwłoka w wykonaniu wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie A. Tysiąc nakazującego wprowadzenie mechanizmu kontroli decyzji lekarza w przypadku odmowy pacjentowi lub pacjentce możliwości realizacji gwarantowanych im ustawowo praw, dała pretekst Rzecznikowi Praw Obywatelskich do wystąpienia do Premiera sugerujących mu potrzebę zawężenia wskazań zdrowotnych i embriopatologicznych do przerywania ciąży zawartych w ustawie z 1993 r.⁷⁷. Projekty wprowadzenia zakazu stosowania wspomaganego medycznie rozrodu przy zastosowaniu zapłodnienia *in vitro* są przykładem kolejnej próby ograniczania praw reprodukcyjnych obywateli. Niebawem okaże się, czy obecny Parlament zdecyduje się uregulować kwestię leczenia niepłodności zgodnie z unijnymi standardami zdrowotnymi, czy też ulegając naciskom ze strony Kościoła, ograniczy ich prawną dostępność.

⁷⁶ Por. Instytucje międzynarodowe na temat stanu przestrzegania praw reprodukcyjnych w Polsce (w:) Prawa reprodukcyjne w Polsce . Skutki ustawy antyaborcyjnej . Raport. 2007 red. W. Nowicka . Federacja na rzecz kobiet i planowania Rodziny. Wrzesień 2007. s. 109 i n.

⁷⁷ <http://rpo.gov.pl>

4. Problemy zdrowotne kobiet starszych

Pomimo starzenia się społeczeństwa polskiego, brak jest nadal specjalnych programów profilaktycznych, które byłyby nastawione na ochronę zdrowia osób starszych, w szczególności kobiet, które, jak już sygnalizowano, żyją dłużej.

Problemem było⁷⁸ i jest nadal dostępność kuracji hormonalnych dla kobiet w okresie menopauzy spotęgowana potrzebą prowadzenia przed rozpoczęciem kuracji kosztownej diagnostyki poziomu hormonów w organizmie.

Rośnie też liczba zachorowań na osteoporozę; najgroźniejsze powikłania wynikające z osteoporozy są trzecią, po chorobach układu krążenia i nowotworowych, przyczyną śmierci w szpitalach wśród pacjentów powyżej 70 roku życia. Złamania kości udowej przytrafiają się najczęściej kobietom powyżej 60 roku życia. Długotrwałe unieruchomienie z powodu złamania jest częstą przyczyną opadowego zapalenia płuc, niejednokrotnie prowadzącego u osób starszych do szybkiego zgonu⁷⁹.

Prowadzenie powszechnej diagnostyki densytometrycznej pozwala ustalić stopień zagrożenia osteoporozą i zastosować odpowiednie leczenie obniżające podatność kości na złamania. Badania takie są jednak prowadzone na niewielką skalę⁸⁰.

Obowiązujące przepisy dotyczące ubezpieczeń zdrowotnych sprawiają, że wiele osób nie ma dostępu do nieodpłatnych usług medycznych. Brakuje wprawdzie odpowiednich badań empirycznych, ale są przesłanki, by zasadnie przypuszczać, że ograniczenia w dostępności dotyczą w większym stopniu kobiety niż mężczyzn.

Ze wspomnianej na wstępie informacji Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce (załącznik Nr 5)⁸¹ wynika, że w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, największa liczba świadczeniobiorców znajduje się na listach oczekujących do poradni okulistycznych. Wśród poradni z największą liczbą oczekujących należy wymienić poradnie kardiologiczne, kardiochirurgiczne, chorób naczyń oraz endokrynologiczne i osteoporozy.

W zakresie leczenia szpitalnego największa liczba pacjentów oczekuje na udzielenie świadczeń w oddziałach okulistycznych i chirurgii urazowo-ortopedycznej. Wymienione powyżej oddziały szpitalne charakteryzuje również długi średni czas oczekiwania (od 357 dni do 377 dni). Na realizowane w

⁷⁸ Por. Kobiety w Polsce 2003+...s. 205.

⁷⁹ Tamże. 206

⁸⁰ Tamże.

⁸¹ Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce. Druk Sejmowy nr 176 z dnia 21 czerwca 2008 r. s. 3.

oddziałach okulistycznych zabiegi w zakresie soczewki (usunięcie zaćmy) oczekuje przeszło 80 000 świadczeniobiorców ze średnim czasem oczekiwania wynoszącym 389 dni. Na endoprotezoplastykę stawu biodrowego – czas oczekiwania wynosi 452 dni.

Z informacji Rządu nie wynika, ile wśród oczekujących jest kobiet, a ilu mężczyzn. Problem oceny sytuacji oddzielnie z perspektywy każdej płci jest obcy sprawozdawcy rządowemu, pomimo oczekiwań, jakie w tym zakresie, łączy się z naszym członkostwem w Unii Europejskiej. Biorąc jednak pod uwagę przedstawiony wyżej charakter problemów zdrowotnych kobiet oraz fakt ich dłuższego średniego trwania życia, można przypuszczać, że wymienione niedostatki w opiece zdrowotnej będą w większym stopniu ich udziałem, niż mężczyzn.

5. Rekomendacje (20 postulatów na dwudziestolecie)

Niniejsza analiza wykazała potrzebę podjęcia lub intensyfikacji przez Ministerstwo Zdrowia, przy udziale korporacji zawodów medycznych, organizacji społecznych działających w obszarze ochrony zdrowia oraz środowisk naukowych, następujących działań, szczególnie istotnych z punktu widzenia poprawy stanu zdrowia kobiet i poziomu opieki zdrowotnej nad nimi:

1. Propagowanie wśród kobiet zdrowego stylu życia;
2. Prowadzenie rozdzielonych pod względem płci badań dotyczących równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych. Stosowanie wyników tych badań jako narzędzia w polityce równościowej w obszarze opieki zdrowotnej, a ponadto publiczne ich ogłaszanie i uwzględnianie w sprawozdawczości;
3. Dokonanie usprawnień organizacyjnych mających na celu zwiększenie udziału kobiet w profilaktycznych badaniach diagnostycznych przewidzianych w programach przeciwdziałania chorobom nowotworowym, bez uciekania się do jakiegokolwiek formy przymusu administracyjnego;
4. Prowadzenie stałych akcji informacyjno-edukacyjnych, przede wszystkim za pośrednictwem mediów (prasy kobiecej) propagujących badania diagnostyczne piersi i narządów rodnych w celu wczesnego wykrywania raka;
5. Wprowadzenie wymogu stałego kontrolowania placówek przeprowadzających badania mammograficzne i publikowanie danych dotyczących urządzeń oraz wykazu placówek medycznych, które stosują urządzenia nie odpowiadające standardom jakości;

6. Prowadzenie w trybie ustawicznego kształcenia zawodowego kursów dla lekarzy diagnostów prowadzących takie badania, zakończonych sprawdzianem praktycznym;

7. Podwyższenie poziomu leczenia chorób nowotworowych oraz układu krążenia mózgowego;

8. Zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w tych działach medycyny, których pacjentami są najczęściej osoby starsze, zwłaszcza kobiety (np. okulistyka, ortopedia);

9. Podjęcie działań mających na celu zachęcanie kobiet do korzystania z opieki zdrowotnej w czasie ciąży, bez odwoływania się do groźby odmowy płacenia jednorazowych świadczeń socjalnych (w tym tzn. becikowego) z okazji urodzenia dziecka;

10. Zakończenie prac nad standardami opieki okołoporodowej uwzględniającymi m.in. możliwość:

- odbycia porodu rodzinnego,
- zastosowania znieczulenia finansowanego z funduszy publicznych,
- wprowadzenia możliwości rozwiązania ciąży przez cesarskie cięcie na żądanie kobiety (poprzedzone pełną informacją o pozytywnych i negatywnych skutkach takiego rozwiązania w porównaniu z porodem siłami natury) pod warunkiem, że nie ma indywidualnych przeciwwskazań lekarskich z punktu widzenia zdrowia kobiety do przeprowadzenia takiego zabiegu;

11. Reaktywacja dobrze dotychczas działających izb porodowych; określenie dla nich minimalnych standardów wymaganych dla zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego rodzących tam kobiet, z uwzględniających warunków ich funkcjonowania oraz dopuszczenie do zawierania przez nie kontraktów z NFZ;

12. Przeprowadzenie ogólnopolskich badań na temat skutków restrykcyjnego prawa aborcyjnego dla zdrowia kobiet, skali podziemia aborcyjnego, a także podjęcie inicjatywy w kierunku liberalizacji ustawy antyaborcyjnej;

13. Wprowadzenie do ochrony zdrowia kobiet skutecznego mechanizmu odwoływania się od decyzji lekarza, w przypadku gdy jest ona sprzeczna z wolą pacjentki;

14 Wprowadzenie do szkół edukacji seksualnej stanowiącej istotny komponent ogólnej edukacji prozdrowotnej, która uwzględniałaby wiedzę na temat zdrowia seksualnego, profilaktykę zdrowotną oraz zapobieganie przemocy wobec dziewcząt;

15. Zwiększanie dostępu do antykoncepcji m.in. przez uwzględnienie poradnictwa antykoncepcyjnego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wprowadzenie bardziej różnorodnej oferty środków antykoncepcyjnych (w tym antykoncepcji doraźnej) wprowadzonych na listę leków refundowanych. Rozważenie możliwości rezygnacji z przepisywania niektórych środków antykoncepcyjnych na receptę;
16. Zwiększanie dostępu do badań prenatalnych m.in. przez zniesienie wymogu posiadania skierowania do poradni genetycznej;
17. Przywrócenie w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przepisu zobowiązującego zoz-y związane kontraktem z NFZ w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie ginekologii i położnictwa do zagwarantowania przeprowadzenia zabiegów legalnego przerwania ciąży;
18. Dopuszczenie do obrotu w Polsce powszechnie stosowanego w Unii Europejskiej środka farmakologicznego służącego przerwaniu ciąży (RU-486);
19. Uznanie niepłodności za chorobę i określenie zasad finansowania zabiegów *in vitro* ze środków publicznych;
20. Odideologizowanie kwestii zdrowia reprodukcyjnego, a tym samym usunięcie w tej dziedzinie głównej bariery w dostępie do świadczeń zdrowotnych wysokiej jakości.

Warszawa, maj 2009 r.