

# *„Dzień dobry, chcę przerwać ciążę...”*

O procedurach dostępu do legalnej aborcji  
w polskich szpitalach

## RAPORT Z MONITORINGU

Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny



*„Dzień dobry,  
chcę przerwać ciążę...”*

O procedurach dostępu do legalnej aborcji  
w polskich szpitalach

RAPORT Z MONITORINGU

**Autorki Raportu:**

Agata Chetstowska  
Małgorzata Dziewanowska  
Karolina Więckiewicz

**Projekt graficzny okładki:**

Monika Stolarska

**Skład:**

Bożena Sawicka

**ZESPÓŁ REALIZUJĄCY MONITORING:**

Karolina Więckiewicz – koordynatorka merytoryczna  
Teresa Bleczyk – województwo zachodniopomorskie  
Anna Cofała – województwo śląskie  
Małgorzata Darmas, Małgorzata Dziewanowska  
– województwo mazowieckie, województwo lubuskie  
Katarzyna Sękowska-Kozłowska – województwo wielkopolskie  
Żaneta Oczkowska – województwo małopolskie

**WYDAWCA:**

©Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny  
ul. Nowolipie 13/15  
00-150 Warszawa  
[www.federa.org.pl](http://www.federa.org.pl)

ISBN: 978-83-88568-49-7

Projekt „Kontrola praw kobiet w obszarze zdrowia”  
realizowany w ramach programu „Obywatele dla Demokracji”,  
finansowanego z Funduszy EOG

# O MONITORINGU

Monitoring, którego wyniki przedstawiamy w niniejszym raporcie, został przeprowadzony przez Federację na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny jako część realizacji Projektu „Kontrola praw kobiet w obszarze zdrowia” realizowane w ramach Programu „Obywatele dla demokracji”, finansowanego ze środków EOG.

## Dlaczego taki monitoring?

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży<sup>1</sup> w art. 4a stanowi, że przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w następujących przypadkach:

1. ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej i aborcja jest możliwa na każdym jej etapie;
2. badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, a wykonanie zabiegu jest możliwe do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej;
3. zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, a w chwili wykonywania aborcji nie upłynął 12. tydzień ciąży.

W pierwszych dwóch przypadkach ustawa wskazuje, że wystąpienie okoliczności wskazujących na możliwość dokonania aborcji stwierdza inny lekarz niż wykonujący zabieg, chyba że ciąża bezpośrednio zagraża życiu kobiety. W przypadku czynu zabronionego niezbędne jest zaświadczenie od prokuratora.

Do przerywania ciąży niezbędna jest pisemna zgoda kobiety. Jeśli jest ona małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. Jeśli stan zdrowia psychicznego osoby ubezwłasnowolnionej pozwala na wyrażenie zgody w formie pisemnej, jest ona również wymagana. Jeśli małoletnia nie ukończyła 13 lat, zgodę musi wyrazić sąd opiekuńczy, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii. Po ukończeniu 13. roku życia ustawa wymaga pisemnej zgody również od małoletniej. Zgodę przedstawiciela ustawowego można zastąpić zgodą sądu opiekuńczego.

Ustawa dodatkowo wskazuje, aby w przypadku dwóch pierwszych okoliczności zabieg przerywania ciąży został przeprowadzony przez lekarza w szpitalu. Zgodnie z art. 4b świadczenie to jest bezpłatne. Przerwanie ciąży jest elementem świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i odpowiednie procedury wymienione są w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>2</sup>.

W ustawie (art. 4a ust. 6 i 7) są też zapisy o wymaganiu zaświadczenia o konsultacjach u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wskazany jest czas, który musi upłynąć od konsultacji do przeprowadzenia ciąży. Jest też określony cel tej konsultacji: ustalenie sytuacji życiowej

1 Dz. U. 1993, nr 17, poz. 78

2 Dz.U. 2009, nr 140, poz. 1143

i zdrowotnej kobiety, pomoc w rozwiązaniu jej problemów, między innymi poprzez wskazanie dostępnych form pomocy przystępujących kobietom w związku z ciążą i po urodzeniu dziecka, poinformowanie kobiety o ochronie życia w fazie prenatalnej, o aspektach medycznych ciąży i przerwania ciąży, a także o metodach i środkach antykoncepcyjnych. Jednak ust. 6 wyraźnie wskazuje, że wymaganie konsultacji odnosi się wyłącznie do przestanki zawartej w art. 4a ust. 1 pkt 4, czyli przewidującej możliwość przerwania ciąży z powodu ciężkich warunków życiowych lub trudnej sytuacji osobistej kobiety ciężarnej. Ten przepis stracił moc na podstawie orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego w sprawie K 26/96 z dnia 28 maja 1997 roku.

Ustawa nie precyzuje, jakie inne, dodatkowe warunki muszą zostać spełnione, aby w konkretnej sytuacji przeprowadzić zabieg przerwania ciąży. Nie określa tego również żadne z dwóch rozporządzeń, których zapisy ograniczają się do skonkretyzowania, jakie kwalifikacje zawodowe powinien mieć lekarz stwierdzający okoliczności uprawniające do legalnego zabiegu oraz lekarz wykonujący zabieg<sup>3</sup> a także kto może przeprowadzić dodatkowe konsultacje z ciężarną chcącą dokonać przerwania ciąży<sup>4</sup>.

W pewnym sensie **daje to więc placówkom służby zdrowia możliwość (lub nawet przekonanie o takiej konieczności) dla samodzielnego kształtowania toku postępowania w przypadku zgłoszenia się pacjentki, która podjęła decyzję o przerwaniu ciąży w przekonaniu, że spełnia ustawowe wymagania.**

Przestanki dopuszczalności przerywania ciąży są sformułowane w sposób nieprecyzyjny<sup>5</sup> i to na placówce, a w praktyce na konkretnym lekarzu, kierowniku kliniki lub ordynatorze oddziału, spoczywa obowiązek zadecydowania o tym, czy w danej sytuacji przestanki ustawowe zostały spełnione. Uregulowane przez przepisy kwestie: termin, miejsce, kwalifikacje lekarzy czy zasady wyrażania zgody na zabieg trudno uznać za wystarczające wytyczne postępowania w celu przeprowadzenia legalnej aborcji. Mając świadomość, że **nie ma żadnej odgórnej procedury postępowania** (na przykład w postaci rozporządzenia na wzór tego, jakie obowiązuje w zakresie standardu opieki okołoporodowej<sup>6</sup>) w przypadkach zgłaszania się pacjentek chcących przerwać ciążę, a także, co przy wielu okazjach oficjalnie przyznawało Ministerstwo Zdrowia<sup>7</sup>, nie powstały żadne oficjalne wytyczne w tym zakresie, z dużym prawdopodobieństwem można przypuszczać, że **szpitale wprowadzają swoje własne systemy działania w takich przypadkach**, tak jak stało się to w przypadku postępowania w sytuacji poronień. Zanim bowiem pojawiło się odpowiednie

3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzenia, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz. U. 1997, nr 9, poz. 49)

4 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lutego 1997 r. w sprawie kwalifikacji osób innych niż lekarz, uprawnionych do przeprowadzania konsultacji z kobietą ciężarną zamierzającą dokonać przerwania ciąży, tworzenia list osób konsultujących oraz sposobu i trybu przeprowadzania konsultacji (Dz. U. 1997, nr 18, poz. 104). Mimo, że oficjalnie nie zostało uznane za uchylone, odnosi się do nieobowiązującego zapisu w ustawie przewidującego możliwość przerwania ciąży z powodu ciężkich warunków życiowych lub trudnej sytuacji osobistej kobiety ciężarnej

5 ocena wynika między innymi z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach przeciwko Polsce oraz rezultatów procedury sprawozdawczej przed Komitetem ONZ ds. Eliminacji Dyskryminacji Kobiet (CEDAW)

6 rozporządzenie z dnia 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 (Dz.U. 2012, poz. 1100)

7 ostatnio w ramach działań Koalicji na rzecz CEDAW i projektu "CEDAW narzędziem zwalczania dyskryminacji" podczas okrągłego stołu poświęconego rekomendacjom Komitetu CEDAW z zakresu prawa do zdrowia, który odbył się 23 kwietnia 2015 roku

rozporządzenie<sup>8</sup>, szpitale samodzielnie opracowywały plan działania bazując na istniejących przepisach ogólnych. Ze wstępnego monitoringu w tym zakresie wynika, że na podstawie tych samych przepisów ogólnych, szpitale wprowadzają bardzo rozbieżne wewnętrzne procedury postępowania.

Pojawiło się zatem przypuszczenie, że w przypadku przerywania ciąży sytuacja może być podobna.

Dowodu na to, że w istocie tak jest, dostarczają też wieloletnie doświadczenia Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Do Federacji bowiem zgłaszają się kobiety, które napotykają w szpitalach na określone wymagania, które muszą być spełnione, aby przeprowadzony został zabieg przerywania ciąży. Nie są to jednak rozwiązania, które wynikają bezpośrednio z ustawy czy rozporządzeń. Szpitale – według relacji kobiet – często **formułują indywidualne procedury postępowania w przypadku zgłoszenia się kobiety chcącej przerwać ciążę**. Zdarza się, że są one tak skomplikowane lub długotrwałe, że ich urzeczywistnienie stanowi istotną przeszkodę w realizacji przysługującego prawa do aborcji. Niekiedy również okazuje się, że szpitale powołując się na ustawę żądają od pacjentek podjęcia działań tam nie wyszczególnionych, na przykład zaświadczeń od dwóch a nie jednego lekarza czy przeprowadzania na własnych koszt dodatkowych badań, ale także ustanawiając długie terminy oczekiwania na zabieg, niekiedy uniemożliwiające jego wykonanie w ustawowym terminie. Niepokojące były również wynikające z tych relacji rozbieżności między poszczególnymi placówkami czy nawet całymi regionami, co wskazywało na to, że na realizację prawa ogromny wpływ ma miejsce zamieszkania kobiety lub jej status materialny.

Z deklaracji Ministerstwa Zdrowia wynikało jednocześnie, że resort nie podejmuje żadnych działań mających na celu monitorowanie wewnętrznych sposobów postępowania oraz tego, w jaki sposób wpływają one na realizację prawa do przerywania ciąży. Nie ma też planów stworzenia odpowiednich wytycznych.

W związku z tym w ramach realizacji projektu „Kontrola praw kobiet w obszarze zdrowia” podjęto decyzję o tym, aby zbadać ten obszar działalności szpitali. Jest to bowiem istotny element dostępu do świadczeń zdrowia reprodukcyjnego, a właśnie kontroli tego dostępu dotyczył cały projekt. Monitoring procedur szpitalnych dotyczących zabiegów przerywania ciąży stanowi część tego projektu.

**Monitoring miał na celu sprawdzenie, czy szpitale posiadają takie procedury oraz to, w jaki sposób postępują w sytuacji, gdy trafia do nich pacjentka wyrażająca wolę przerywania ciąży.**

## Metoda badawcza

Uzyskanie informacji o tym, jakie procedury lub sposoby postępowania przyjęte są w danym szpitalu odbywało się poprzez wysyłanie zapytań o to, czy w danych placówkach istnieją odrębne procedury postępowania z kobietami chcącymi zgodnie z ustawą przerwać ciążę, i ewentualnie jaka jest treść takich procedur. W razie nieprzyjęcia oficjalnej procedury, wysyłana była prośba o opisanie sposobu postępowania w takiej sytuacji.

<sup>8</sup> Rozporządzenie 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 (Dz. U. 2015, poz. 2007)

Badanie w zakresie istnienia bądź nie konkretnych procedur w przypadku zgłaszania się do szpitali kobiet chcących zgodnie z obowiązującym prawem dokonać przerwania ciąży zostało przeprowadzone na podstawie ustawy o **dostępie do informacji publicznej**<sup>9</sup>. Każda wytypowana do badania placówka otrzymywała na wstępie list przewodni z informacją o projekcie i prowadzonym w jego ramach monitoringu. Następnie wysyłany był wniosek o udzielenie informacji publicznej, na który odpowiedź powinna zostać przesłana w ciągu 14 dni. W przypadku braku informacji zwrotnej wysyłane było wezwanie do wykonania wniosku, w niektórych przypadkach dwukrotnie. Niekiedy placówki kontaktowały się z Federacją telefonicznie – w celu doprecyzowania żądania, lub prosząc o wydłużeniu ustawowego terminu, ze względu na wewnętrzne komplikacje. Należy wskazać, że część placówek na etapie całego monitoringu nie wystosowała do Federacji żadnej odpowiedzi. Nawet jednak w takich przypadkach nie została podjęta decyzja o skierowaniu sprawy do sądu, gdyż działania sądowe nie były objęte zakresem projektu, w ramach którego prowadzony był monitoring. Jednocześnie uzyskane na podstawie monitoringu dane były wystarczające dla opracowania wniosków końcowych badania.

## Zakres monitoringu

W początkowej fazie całego projektu „Kontrola praw kobiet w obszarze zdrowia” wybranych zostało sześć województw, z których systematycznie do Federacji napływały informacje od pacjentek o utrudnieniach związanych z dostępem do zabiegów przerywania ciąży i innych świadczeń zdrowia reprodukcyjnego. Dotyczyły one także różnych wymagań placówek służby zdrowia w zakresie posiadanych dokumentów, przeprowadzonych badań czy konsultacji w przypadku kwalifikowania pacjentek na zabieg przerywania ciąży. W związku z tym monitoringowi procedur szpitalnych poddane zostały placówki w województwach, które objęte zostały działaniami w ramach całego projektu, czyli **lubuskim, mazowieckim, małopolskim, śląskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim**.

## Narodowy Fundusz Zdrowia

Ze względu na dużą liczbę wymijających odpowiedzi, w tym zawierających deklaracje o „braku przypadków” uzyskane zostały informacje z Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie rozliczonych procedur medycznych związanych z wykonywaniem zabiegu przerywania ciąży w latach 2010-2014. Odbyło się to również w oparciu o prawo dostępu do informacji publicznej. Otrzymano odpowiedzi ze wszystkich wojewódzkich oddziałów NFZ, które udzieliły informacji na temat wniosków o rozliczenie świadczeń przez poszczególne placówki w danym województwie. Pozwoliło to na zweryfikowanie informacji napływających ze szpitali, które deklarowały niewykonywanie takich zabiegów lub tych, które unikały odpowiedzi, mimo wyraźnych dowodów, że powyższe procedury są w nich wykonywane.

## Założenia monitoringu

Nie została postawiona żadna hipoteza badawcza, która podlegałaby sprawdzeniu w toku badania monitoringowego.

Pierwszym założeniem towarzyszącym monitoringowi było to, że szpital mający odrębną procedurę lub chociaż schemat postępowania w takich przypadkach jest placówką bardziej

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. 2001, nr 112, poz. 1198)

przyjazną dla pacjentek, dającą wyższą gwarancję przestrzegania prawa poprzez jego dostępność i przejrzystość niż taki, w którym idea istnienia jakichkolwiek odgórných wytycznych, zarówno dla personelu medycznego jak i samych kobiet, jest pomijana, kwestionowana bądź ignorowana.

Drugim założeniem było to, że dodatkowe, nie wynikające wprost z przepisów prawa lub z nimi sprzeczne, wymagania stawiane na drodze do realizacji prawa do przerwania ciąży mogą być powszechnie stosowane w polskich szpitalach. Ich wielość i różnorodność zaś może sprawiać, że postępowanie w takich przypadkach nie jest jednolite, co może mieć wpływ na funkcjonowanie dobrej jakości standardu dostępu do przerywania ciąży.

## Zbieranie danych

Monitoring został przeprowadzony w okresie od kwietnia 2015 do lutego 2016 roku.

Na wstępnym etapie monitoringu stworzona została baza danych wszystkich szpitali z oddziałami ginekologiczno-położniczymi, które realizują świadczenia w ramach publicznej służby zdrowia. W bazie tej znalazło się 14 szpitali w województwie lubuskim, 30 w małopolskim, 52 w mazowieckim, 38 w śląskim, 46 w wielkopolskim i 20 w zachodniopomorskim. Łącznie pismo przewodnie wraz z prośbą o udostępnienie konkretnych informacji zostało wysłane do 200 placówek. Pismo przewodnie zawierało informacje o projekcie i celach realizowanego monitoringu, natomiast wnioski o udzielenie informacji publicznej zawierały pytanie dotyczące funkcjonowania w szpitalu procedury postępowania w przypadku pacjentki chcącej dokonać zabiegu przerwania ciąży. Dodatkowo ujęta w nim była prośba o przestanie takiej procedury – jeśli jest spisana w formie odrębnego dokumentu, lub – jeśli jedynie jest praktykowana – o przestanie opisu konkretnych działań, wymagań i schematów postępowania w takiej sytuacji.

Znaczna część szpitali, w odpowiedzi na tak sformułowany wniosek, przekazywała informację, że w przypadku zgłoszenia się pacjentki chcącej dokonać przerwania ciąży postępuje (lub będzie postępować) zgodnie z ustawą o planowaniu rodziny. Mając świadomość, że ustawa nie zawiera szczegółowego opisu procedury, a jedynie bardzo generalne wytyczne, w wezwaniu do wykonania wniosku zostało uszczegółowione, że samo powoływanie się na ustawę nie stanowi odpowiedzi na wniosek, niezbędne jest bowiem zaprezentowanie konkretnych działań podejmowanych w takich przypadkach, wymagań stawianych pacjentkom i etapów postępowania od momentu zgłoszenia do chwili wykonania bądź odmowy wykonania zabiegu. Jako przykłady podane zostały kwestie związane z wymaganymi dokumentami, elementami procesu decyzyjnego, dodatkowymi konsultacjami czy czasem oczekiwania na zabieg lub wyniki badań. W przypadku placówek, które udzieliły odpowiedzi, iż nie wykonują takich zabiegów, mimo, że z danych uzyskanych od NFZ wynikało co innego, wezwanie uzupełniane było o dodatkowe pytanie dotyczące faktu rozliczania konkretnych procedur i w związku z tym prośbą o informację, jaka procedura w szpitalu towarzyszy zabiegom. Było to posunięcie strategiczne, mające zadziałać stymulująco na placówki, które mając świadomość ciążącego na nich obowiązku odpowiedzi, chciały jednocześnie jej uniknąć.

Warto jednak podkreślić, że już na etapie planowania badania Federacja miała świadomość, że uzyskanie wnioskowanych informacji będzie niezwykle trudne. Szacowano, że w toku monitoringu uzyskane zostaną odpowiedzi z ok. 50% szpitali, do których się po nie zwrócono. Przebieg monitoringu – mimo, że większość szpitali udzieliła odpowiedzi – wyraźnie pokazał, że udzielanie informacji na ten temat jest dla szpitali kwestią problematyczną.



Poniższa tabela przedstawia liczbę uzyskanych odpowiedzi:

Województwo	Liczba zapytanych szpitali	Brak odpowiedzi	Przesłana odpowiedź
Lubuskie	14	4	10
Małopolskie	30	8	22
Mazowieckie	52	16	36
Śląskie	38	14	24
Wielkopolskie	46	15	31
Zachodniopomorskie	20	10	10
Łącznie	200	67	133

Należy zaznaczyć, że niektóre szpitale mimo odpowiedzi na pierwszy wniosek otrzymywały wezwanie do jego prawidłowego wykonania, w przypadku gdy udzielane odpowiedzi były zdawkowe lub kwestionujące prawo Federacji do wnioskowania o takie dane. Taka sytuacja miał miejsce również w przypadku, gdy odpowiedź ze szpitala nie pokrywała się z danymi uzyskanymi z NFZ. Nie zostało to jednak uwzględnione w powyższej tabeli, która w sposób uproszczony przedstawia te placówki, które w jakikolwiek sposób zareagowały na wniosek bez wyszczególniania, na którym etapie to się stało, a także te, które zignorowały prośbę Federacji mimo dwukrotnego wezwania do jej wykonania.

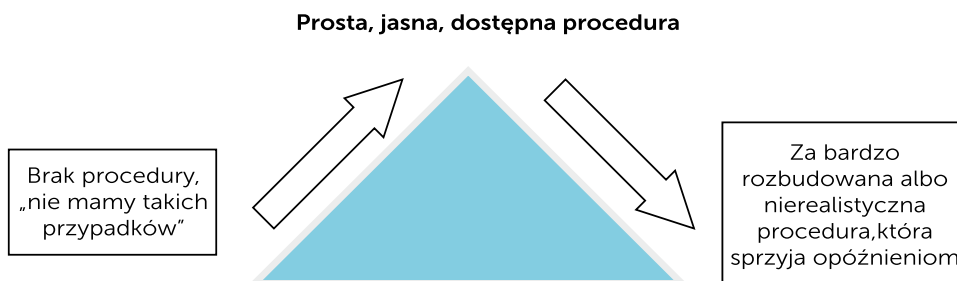
**Na 200 placówek 67 nie zrealizowało ciążącego na nich obowiązku udzielenia informacji, co stanowi 33,5% zapytanych szpitali, a więc zgodnie ze wstępnymi założeniami udało się ostatecznie zmobilizować do odpowiedzi zdecydowaną większość szpitali.**

**Analiza wyników monitoringu obejmuje 133 szpitale, które zareagowały na wniosek.**

# ANALIZA WYNIKÓW MONITORINGU

## Wstęp

Podstawowym pytaniem leżącym u podstaw monitoringu było to, na ile legalny zabieg przerwania ciąży wydaje się dostępny dla pacjentek, które są do niego uprawnione, a na ile dostęp do takiego zabiegu jest utrudniony z powodu bądź braku procedury, bądź przeciwnie – rozbudowanej lub trudnej do przejścia procedury. Za idealną z punktu widzenia pacjentki uznano taką sytuację, kiedy w szpitalu obowiązuje procedura, najlepiej określona oficjalnym dokumentem, która jednak nie jest zbyt rozbudowana (w szczególności nie zawiera wymogów niezgodnych z obowiązującymi przepisami) i czasochłonna. Przy takim rozwiązaniu pacjentki mają teoretycznie największe szanse na realizację swoich praw do legalnego zabiegu przerwania ciąży: wymogi szpitala są jasne, wyrażone na piśmie i jednocześnie możliwe do wypełnienia.



*Rysunek 1: Jak procedura sprzyja realizacji prawa pacjentki do legalnego zabiegu przerwania ciąży?*

Trzeba zaznaczyć, że wyniki omawianego monitoringu nie odnoszą się bezpośrednio do liczby realnie wykonywanych zabiegów czy praktycznej dostępności zabiegu w danym szpitalu. Badanie faktycznych praktyk poszczególnych szpitali stanowi oddzielne zagadnienie i wymaga oddzielnych metod badawczych. Monitoring przeprowadzony przez Federację opiera się na deklaracjach, opisach i dokumentach określających przyjęte sposoby postępowania szpitali.

Poniższa analiza dostarcza informacji zebranych od 133 szpitali na temat:

- A. Istnienia procedury:** liczby szpitali, które odpowiedziały „tak” lub „nie” na pytan o istnienie procedury;
- B. Opisanym procedur:** rodzajów deklarowanych sposobów postępowania i ich przykładowych elementów;
- C. Procedur w formie dokumentów:** treści dokumentów przyjętych w szpitalach jak procedury postępowania w przypadkach, kiedy rozważane jest przerwanie ciąży.

Zanim opisana zostanie analiza w zakresie powyższych trzech zagadnień przedstawione zostaną rozwinięte uwagi na temat specyfiki udzielanych przez szpitale odpowiedzi.

## Specyficzne odpowiedzi

**Bardzo duża liczba szpitali, na pytanie o przyjętą procedurę odpowiedziała odwołaniem się do obowiązującej ustawy o planowaniu rodziny, regulującej dostęp do zabiegu przerwania ciąży (82 szpitale)<sup>10</sup>**. Często była to jedyna udzielona informacja i dlatego Federacja musiała wystosować ponowne pismo wyjaśniające, że pytanie dotyczy legalnych zabiegów przerwania ciąży i że przedmiotem badania jest przyjęty sposób postępowania, a więc sposób praktycznej realizacji ustawy, a nie jej brzmienie. W wyniku tego zabiegu od części szpitali otrzymano odpowiedzi zawierające wnioskowane informacje. Nadal jednak, mimo tych próśb, 22 szpitale ograniczyły się jedynie do wymieniania przepisów obowiązującej ustawy.

Szpitale powoływały się na ustawę ogólnie (58 szpitali), przywoływały jej szczegółowe brzmienie i artykuły (12 szpitali), kilka powoływało się na dodatkowe przepisy, określające dostępność zabiegu np. ustawę o zawodzie lekarza, rozporządzenia ministra zdrowia i inne (12 szpitali).

Część szpitali, uzasadniając brak przyjęcia procedury postępowania, odwoływało się od braku ustawowego wymogu przyjęcia takiej procedury w szpitalu. Inne wręcz pytały Federację o propozycje procedury w przypadku możliwości przerwania ciąży i wyrażały wolę stworzenia takiej procedury, jeden szpital zobowiązał się do przeprowadzenia szkolenia lekarzy na temat formalno-prawnych wymogów dotyczących przerywania ciąży (nr 59, małopolskie<sup>11</sup>). Jeden szpital (nr 42, mazowieckie) stworzył procedurę w wyniku zapytania ze strony Federacji, o czym jeszcze będzie mowa w dalszej części.

**Aż 22 szpitale udzieliły Federacji odpowiedzi o treści „nie zgłaszają się do nas takie pacjentki”, „nie wykonujemy takich zabiegów” lub „nie mamy takich przypadków”**. W niektórych szpitalach dodawana była uwaga, że nie zdarzyło się to nigdy. Mimo tego, że sytuacje, w których spełnione są przesłanki dopuszczalności przerywania ciąży nie są częste, to stwierdzenie takie uzyskane od 16% placówek musi budzić wątpliwości. Dlatego tego typu odpowiedź ze strony szpitali można interpretować jako przejaw pewnej postawy względem przerywania ciąży, skutkującej odsyłaniem takich pacjentek lub ukrywaniem faktu przeprowadzania zabiegów<sup>12</sup>. Kwestia ta będzie jeszcze omówiona w dalszej części.

Obydwa możliwe powody powiązać można z tzw. „efektem mrozącym” zakazu aborcji obowiązującego na mocy ustawy o planowaniu rodziny („*chilling effect*”). Efekt ten polega na faktycznym wpływie ustawy oraz towarzyszących jej zapisów w Kodeksie karnym (przewidujących odpowiedzialność karną za przeprowadzenie nielegalnego zabiegu) na postawy i praktyki personelu medycznego. Wpływ ten skutkuje atmosferą nieufności, niechęci, a nawet nieszczerości w przypadkach związanych nie tylko z przerywaniem ciąży, ale też innymi obszarami działania służby zdrowia np. badaniami prenatalnymi czy badaniami stanu zdrowia kobiety ciężarnej.

Można przypuszczać, że szpitale, które udzieliły odpowiedzi typu „nie ma takich przypadków” niechętnie odnoszą się do pacjentek, które potrzebują zabiegu przerwania ciąży i nie tworzą

10 82 to liczba szpitali, które powoływały się na „Ustawę z 1993 roku”, lub „Ustawę o planowaniu rodziny...”. Nie wliczono przypadków, kiedy szpital odwoływał się ogólnie do „przepisów prawa” i tym podobnych, a jedynie do tych przypadków, kiedy wymieniono co najmniej datę lub nazwę ustawy.

11 Nazwy szpitali w raporcie zostały zakodowane, szpitalom nadano numery od 1 do 133 w kolejności losowej, ich identyfikacja jest niemożliwa.

12 Niektóre ze szpitali, które udzieliły odpowiedzi „nie zdarzają się takie przypadki”, a nawet podawały od ilu lat nie wykonały zabiegu, w istocie wykonują zabiegi przerwania ciąży, na co wskazują dane z NFZ. To jeszcze jeden sygnał, że personel szpitala może odnosić się podejrzliwie do pytań z zewnątrz, niezależnie od tego, jaki jest faktycznie sposób postępowania.

warunków, w których pacjentka ma wgląd w jasne zasady realizacji ustawy, a przez to powodują, że ma ona mniejszą szansę na realizację swoich praw.

### **Część szpitali uwzględniała w swoich odpowiedziach deklaracje na temat stosunku do samego przerywania ciąży, obowiązującego w tym zakresie prawa czy wartości życia.**

Szpital nr 88 (mazowieckie) na wniosek Federacji odpisał:

*„Zgodnie z ustawą Dz.U. 1993.17.78 uznając, że życie jest nadrzędną wartością [Szpital nr 88] otacza opieką kobiety ciężarne i świadczy usługi medyczne, profilaktyczne i informacyjne w zakresie ochrony życia poczętego. Nie istnieje procedura postępowania w przypadku pacjentki zgłaszającej się z chęcią przerwania ciąży. Istnieje możliwość konsultacji psychologicznej i taka jest w tym przypadku proponowana pacjentce.”*

Pismo jest sformułowane w taki sposób, jakby personel szpitala uważał pacjentki chcące przerwać ciążę za potrzebujące przede wszystkim pomocy psychologicznej, nie zaś świadczenia zdrowotnego. W tym kontekście wątpliwości budzi też cel proponowanych konsultacji psychologicznych. Narzuca się obawa, że mają one na celu odwiecenie pacjentki od jej decyzji.

Odpowiedź szpitala nr 129 (małopolskie) miała charakter defensywny:

*„Pragnę jednocześnie, że w naszych oddziałach o profilu Ginekologii i Płodnictwa pracują lekarze, i zgodnie z przysięgą Hipokratesa, są powołani do ratowania ludzkiego życia, a nie jego odbierania”.*

Pismo ze szpitala nr 110 (mazowieckie) zaczynało się od zdań:

*„Życie jest wartością fundamentalną i nienaruszalnym prawem człowieka. Prawa tego nie można znieść ani zmienić. Jest ono podstawą wszystkich innych praw człowieka oraz warunkiem prawidłowego przestrzegania prawa. (...) W praktyce nie łatwo uzyskać zgodę na zabieg przerywania ciąży (...)”*

Jednocześnie szpital nr 110 dostarczył szczegółowego opisu procedury, z uwzględnieniem praw pacjentki i sposobu ich egzekwowania, co zostało opisane w części „C” niniejszego opracowania.

**Część szpitali zadeklarowała, że „nie ma możliwości kadrowych” wykonania zabiegu przerywania ciąży, powołując się wprost lub nie wprost na klauzulę sumienia<sup>13</sup>.** Jeden szpital (nr 133, wielkopolskie) zapewnił o sytuacji przeciwnej i poinformował, że żaden z lekarzy nie podpisał deklaracji o stosowaniu klauzuli sumienia i jeśli zajdą przesłanki do legalnego zabiegu, będzie on wykonany. Jeszcze inny szpital (nr 57, śląskie) deklarował, że nie ma procedury na wypadek możliwości przerywania ciąży, ale zapewnił, że *„Nasze postępowanie w stosunku do każdej pacjentki (...) jest zindywidualizowane, stąd też osiągamy tak dobre wyniki leczenia. Mogę Państwu obiecać, że nie zostawimy żadnej pacjentki bez opieki i pomocy”*.

Niektóre szpitale, najczęściej w pierwszych odpowiedziach na zapytanie Federacji unikały podania konkretnych informacji, pojawił się także powód **„bo to delikatna kwestia” i deklaracja wprost „wolimy się nie wypowiadać”** (nr 74, śląskie). W niektórych odpowiedziach widoczna była duża ostrożność, która może wynikać ze strachu związanego z atmosferą społeczną wokół przerywania

<sup>13</sup> Klauzula sumienia to zwyczajowa nazwa uprawnienia zawartego w art. 39 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który przewiduje możliwość powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem. Ma przy tym obowiązek odnotowania i uzasadnienia tego faktu w dokumentacji medycznej oraz poinformowania swojego przełożonego. Do 7 października 2015 roku miał również obowiązek wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innej placówce. Ten przepis jednak stracił moc obowiązującą w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego K 12/14.

ciąży. Przykładem takiej odpowiedzi jest „nie ma możliwości, aby szpital wykonał przyjęcie pacjentki chcącej dokonać przerwania ciąży” (nr 25, wielkopolskie) uzupełniona zapewnieniem, że szpital nie wychodzi poza przypadki „regulowane stanem prawnym”. Pojawiło się również zapewnienie, że „nie ma możliwości przeprowadzenia zabiegu na życzenie” (nr 95, wielkopolskie).

**Podsumowując – odpowiedzi szpitali były bardzo zróżnicowane pod względem treści i tonu.** Część deklarowała, że nie wykonuje takich zabiegów, inne, że wykonałyby legalny zabieg, gdyby zaszyły takie przestanki. **Część zawierała deklaracje normatywne, na temat wartości życia poczętego, obowiązującego prawa czy przysięgi Hipokratesa. Można przypuszczać, że pytania o jakąkolwiek inną procedurę medyczną nie wywołałyby takich odpowiedzi.** Jednocześnie trudno ustalić, czy defensywny ton niektórych odpowiedzi miał źródło w rzeczywistym sprzeciwie przedstawicieli szpitali wobec idei przerywania ciąży (choć ustawa stanowi, że jest to dopuszczalne w konkretnych przypadkach), czy też za odpowiedziami stały obawy przed możliwymi atakami na szpital z powodu prawidłowej realizacji ustawy („mrożący efekt” ustawy i konsekwencja atmosfery wokół przerywania ciąży oraz stanu debaty publicznej na ten temat).

## A. Ile szpitali zadeklarowało, że ma procedurę?

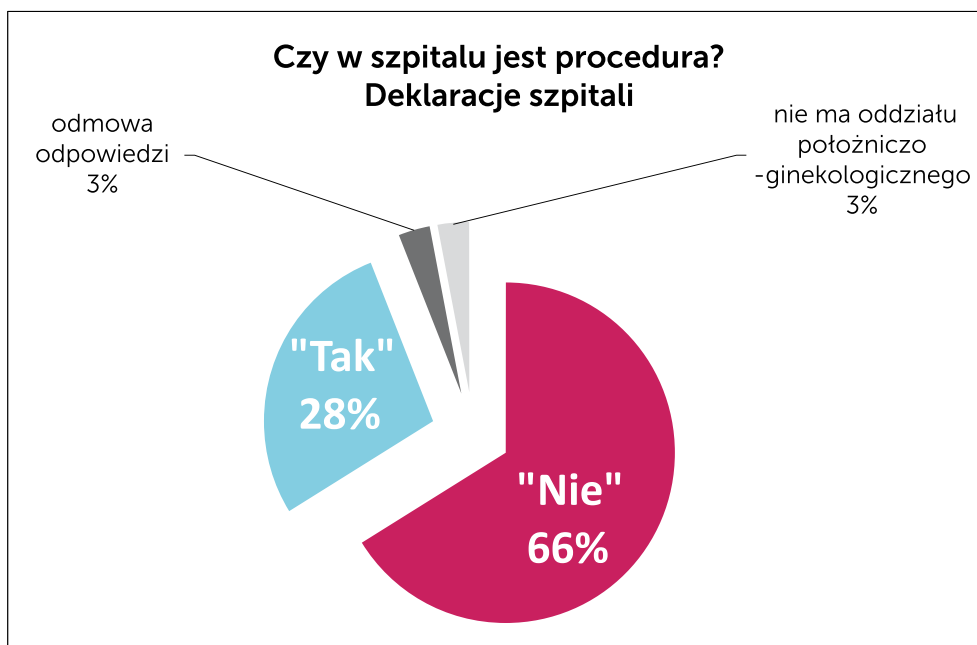
We wniosku wystanym do szpitali główne pytanie dotyczyło tego, czy szpital ma wewnętrzną procedurę postępowania w sytuacji, kiedy zgłasza się pacjentka, która deklaruje chęć przerwania ciąży. Ze 133 szpitali, które zareagowały na wniosek o informację publiczną:

66% odpowiedziało, że nie ma takiej procedury

28% odpowiedziało, że ma procedurę

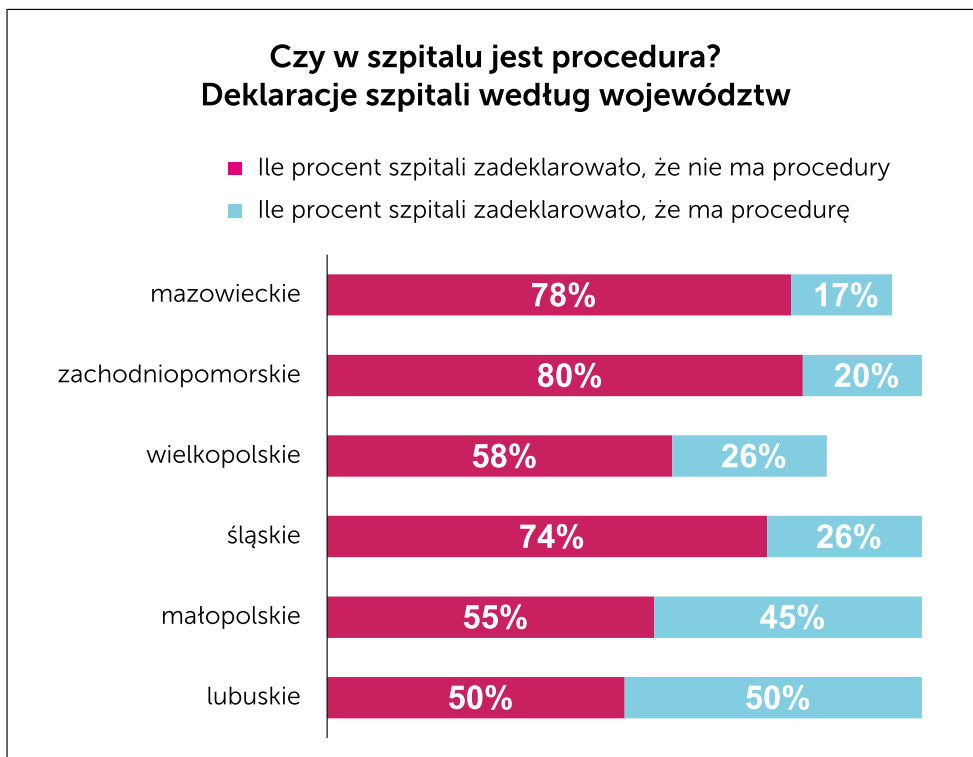
3% odmówiło odpowiedzi na zadane pytanie

3% odpowiedziało, że nie ma oddziału ginekologiczno-położniczego.



Z tego zestawienia wynika, że **dwie trzecie szpitali zadeklarowało, że nie ma procedury**, a **dwa razy mniej** (mniej niż jedna trzecia), zadeklarowało, że ją ma.

Odpowiedzi były bardzo zróżnicowane regionalnie. **Najwięcej szpitali, deklarujących, że ma procedurę, znalazło się w województwie lubuskim (50%), a najmniej w województwie mazowieckim (17%).** Wynika z tego, że udział procentowy szpitali deklarujących posiadanie procedury jest prawie trzykrotnie większy w województwie lubuskim, niż mazowieckim – **zróżnicowanie regionalne jest więc duże.**



Wykres: Województwa w kolejności od najmniejszego do największego udziału procentowego szpitali, deklarujących, że mają procedurę na wypadek jeśli pacjentka wyrazi chęć przerwania ciąży. Wartości nie we wszystkich przypadkach sumują się do 100% z powodu udziału odpowiedzi „nie ma oddziału ginekologiczno-położniczego” lub odmowy odpowiedzi.

Warto zwrócić, uwagę, że w żadnym województwie liczba szpitali deklarujących posiadanie procedury nie przekracza 50%, a więc w najlepszym razie połowa szpitali w województwie ma procedurę (lubuskie). W województwie zachodniopomorskim aż **cztery piąte, a w mazowieckim ponad trzy czwarte szpitali deklaruje, że nie ma procedury.**

Wśród szpitali, które poinformowały, że mają procedurę 9 zadeklarowało istnienie odrębnego dokumentu, który został przesłany (analiza tych dokumentów zostanie omówiona w części „C” opracowania). Inne szpitale deklarujące procedury opisały je w treści odpowiedzi.

Część szpitali, które zadeklarowały, że nie posiadają procedury opisała jednak pewne sposoby postępowania w sytuacji, gdy zgłasza się pacjentka wyrażająca wolę przerwania ciąży.

Do dalszej analizy nie zostały włączone szpitale, które: zadeklarowały wyłącznie brak procedury i nie zawarły w swoich odpowiedziach żadnych innych informacji (6 szpitali), zadeklarowały brak oddziału ginekologiczno-położniczego (3) oraz odmówiły udzielenia odpowiedzi (4).

## B. Sposoby postępowania opisane przez szpitale

Poniższa analiza obejmuje łącznie 111 szpitali. Uwzględniono w niej te szpitale, które zadeklarowały, że mają procedurę (ale nie w formie odrębnego dokumentu), czyli 36 szpitali, oraz te, które zadeklarowały, że nie mają procedury, ale mimo tych deklaracji opisały elementy procedury np. wspomniały, że jest możliwość konsultacji psychologicznej lub w jakich przypadkach odsyłają pacjentki gdzie indziej lub udzieliły innych informacji interesujących z punktu widzenia prowadzonego monitoringu (łącznie 75 szpitali).

### „Nie mamy takich przypadków”

**Aż 22 szpitale odpowiedziały na wniosek stwierdzeniami o treści „nie ma takich przypadków”, „nie mamy takich pacjentek”, lub „nie wykonujemy takich zabiegów”.** W grupie 111 omawianych szpitali **stanowią one jedną piątą (20%).**

Z tej grupy 11 szpitali ograniczyło się wyłącznie do udzielenia takiej informacji, co niejako traktowane było jako uzasadnienie nieprzesłania informacji na temat procedur. Pozostałe mimo deklaracji przestały opisy postępowania.

Rozkład szpitali, które deklarowały brak „takich przypadków” i nie udzielały żadnych innych informacji jest następujący:

- województwo lubuskie – 1
- województwo mazowieckie – 5
- województwo śląskie – 2
- województwo wielkopolskie – 2
- województwo zachodniopomorskie – 1

### Weryfikacja informacji o „braku przypadków”

Bardzo ważnym wynikiem przeprowadzonego monitoringu jest to, że informacje przytoczone powyżej nie pokrywają się z danymi uzyskanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia. Do oddziałów wojewódzkich NFZ wysłane zostały wnioski o informację na temat procedur przerywania ciąży rozliczonych przez poszczególne szpitale w latach 2010-2014.

Tylko informacja od szpitali z województwa wielkopolskiego znajduje odzwierciedlenie w danych z NFZ – rzeczywiście szpitale te nie rozliczyły takich zabiegów. Świadczy to o tym, że w szpitalach tych z dużym prawdopodobieństwem nie wykonuje się zabiegów, co powoduje, że pacjentki muszą poszukiwać możliwości realizacji swoich praw gdzie indziej. Nie są znane powody takiego stanu rzeczy. Wymaga to dalszych badań.

W danych z mazowieckiego NFZ brakuje informacji na temat jednego ze szpitali, który deklaruje brak zgłaszania się pacjentek w celu przerwania ciąży, co sugeruje, że nie zostały rozliczone takie zabiegi w tych latach w tym szpitalu.

Warto zaznaczyć, że wśród szpitali, które deklarowały „brak przypadków” znajdują się takie, które w latach 2010-2014 rozliczyły ponad 30 (województwo mazowieckie) lub ponad 50 (jeden szpital w województwie śląskim – szpital, który „nie wypowiada się na ten temat” oraz jeden w województwie zachodniopomorskim). Pozostałe szpitale rozliczyły w tym okresie po kilka zabiegów.

**Te szpitale, co do których istniała rozbieżność pomiędzy deklaracjami o „niezgłaszaniu się pacjentek” a danymi uzyskanymi z NFZ (łącznie 8) zostały poproszone o wyjaśnienie. Żaden z nich jednak nie udzielił odpowiedzi na to pytanie.**

## Przesłanki do legalnego zabiegu

Za ważny czynnik uznano to, ile przesłanek do legalnej aborcji wymienił szpital w opisie swojego postępowania w sytuacji, gdy pacjentka chce przerwać ciążę. Mimo, że założenie towarzyszące prowadzonemu monitoringowi było takie, że wniosek dotyczy tylko legalnych zabiegów i nie było w nim pytania o to, w jakich sytuacjach przeprowadza się zabiegi (monitoringowi towarzyszyło założenie, że szpital powinien przeprowadzać zakontraktowane zabiegi we wszystkich trzech przesłankach), to jednak szpitale często ograniczały się wyłącznie do opisanego, że działają „zgodnie z prawem”. Jednym z przejawów tych deklaracji było wymienianie warunków dopuszczalności przerywania ciąży na podstawie ustawy. Przywołujemy te dane, ponieważ stanowią one ważny element realizacji prawa do aborcji. Pełna lista przesłanek (zagrożenie życia lub zdrowia kobiety, wady płodu, ciąża w wyniku czynu zabronionego) świadczy o tym, że w szpitalu znane są przepisy określające dopuszczalność przerywania ciąży przynajmniej na poziomie minimalnym. Nie przekłada się to jednak na pewność, że istnieje określony sposób postępowania we wszystkich trzech przypadkach, co zwiększałoby szanse pacjentek na realizację swoich praw.

**Zaledwie 6 szpitali dostarczyło w swoich opisach kompletnej listy przesłanek do legalnego zabiegu.**

**17 szpitali dostarczyło niepełnej listy przesłanek, które uprawniają do legalnego zabiegu.**

**13 z nich wymieniło przesłankę wad płodu.** Największa liczba powołań na tę przesłankę nie dziwi, w zestawieniu z faktem, że **ponad 90% legalnych aborcji w Polsce przeprowadzana jest właśnie z tego powodu** (w latach 2010 – 2014 zabiegi spowodowane wadami płodu stanowiły od 93% do 97% wszystkich legalnych zabiegów<sup>14</sup>).

## Wybieranie warunków dopuszczalności przerywania ciąży

**Cztery szpitale deklarują, że nie wykonują zabiegów aborcji w niektórych przypadkach określonych ustawą:** szpital nr 83 (małopolskie) nie wykonuje aborcji związanych z wadami płodu (poprzez deklarację wprost, że „nie wykonuje zabiegów w innym przypadku, niż zagrożenie życia/zdrowia lub czyn zabroniony”), szpitale nr 121 (mazowieckie) oraz nr 31 (wielkopolskie) nie wykonują aborcji z powodu zagrożenia zdrowia kobiety w ciąży, szpital nr 14 (mazowieckie)

<sup>14</sup> Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2014 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.



nie wykonuje aborcji ani z powodu wad płodu, ani zagrożenia życia kobiety w ciąży, odsyłając kobiety do szpitala o wyższym stopniu referencyjności. **Oznacza to, że co najmniej w tych szpitalach podjęto decyzję, że w niektórych dopuszczalnych prawem przypadkach aborcja nie jest wykonywana.** Nie znajduje to usprawiedliwienia w obowiązujących przepisach, szpitale zaś nie dostarczyły informacji na temat tego, dlaczego tak się dzieje. Nie są znane ani kulisy podejmowania tych decyzji, ani ich powody czy formalny status. Sprawdzenie tej sytuacji wymaga dalszych badań.

**Jednak wynika z tego niepokojący wniosek, że poszczególne szpitale wybierają przestanki, które uprawniają do legalnego zabiegu w ich placówce.**

## Odsyłanie do innych szpitali

**16 szpitali z założenia odsyła pacjentki do innych placówek.** Dzieje się tak z różnych powodów. W części szpitali deklarowane są powody techniczne: np. w szpitalu nr 82 (małopolskie) nie prowadzi się badań genetycznych, dlatego pacjentki odsyłane są do szpitali, gdzie można je przeprowadzić. Taka odpowiedź również sugeruje, że szpital raczej unika sytuacji, w których miałby przeprowadzić zabieg, ponieważ w żadnym stopniu nie opisuje sposobu postępowania w sytuacji, gdy badania już zostały wykonane a pacjentka zgłasza się na sam zabieg.

Jednak większość placówek wskazuje na „brak możliwości kadrowych” (np. nr 85, wielkopolskie) lub po prostu komunikuje, że „takich zabiegów się nie wykonuje” (np. nr 132, mazowieckie). Część odsyła pacjentki do szpitali wyższej referencyjności – nie sposób ustalić w jakiej części jest to spowodowane względami medycznymi, w jakiej obawą przed realizacją ustawy o planowaniu rodziny.

Szczególnie niebezpieczne wydają się otwarte deklaracje odsyłania do innych szpitali pacjentek, których życie lub zdrowie jest zagrożone (nr 121, mazowieckie; nr 14, zachodniopomorskie; nr 31, wielkopolskie).

**Praktykę odsyłania pacjentek do innych szpitali lub deklaracje, że „nie ma takich przypadków” lub „nie wykonuje się takich zabiegów” należy ocenić nie tylko jako niezgodną z przepisami, ale niebezpieczną i istotnie naruszającą prawa pacjentek.** Wszystkie szpitale są zobowiązane do ratowania życia i zdrowia kobiet w ciąży, żadne względy nie powinny powstrzymać lekarzy od udzielenia takim kobietom pomocy lekarskiej. Sytuację tę można też kwestionować w kontekście dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz tego, w jaki sposób szpitale wykonują kontakty z NFZ. To jednak wymaga dalszych badań.

## Klauzula sumienia

**Z wymienionych 22 szpitali, które deklarują, że „nie wykonują” aborcji, 4 wprost podają jako powód klauzulę sumienia.** Jednocześnie niektóre z nich oferują, że ustalą w jakim innym szpitalu pacjentka może uzyskać świadczenie (np. „ustalą telefonicznie” – nr 72, małopolskie). Trzy szpitale komunikują, że z zasady odsyłają pacjentki do innych szpitali z powodu powoływania się całego personelu na klauzulę sumienia (nr 72, małopolskie, nr 47, małopolskie; nr 87, wielkopolskie).

Jest to sytuacja wysoce niepokojąca. Oznacza, że szpitale wprost przyznają, że nie zapewniają realizacji określonych świadczeń z powodu uogólnionej „klauzuli sumienia”. To, w jaki sposób świadczenia są zapewniane wymaga dalszych badań. Jednak warto zaznaczyć, że w sytuacji, gdy na szpitalu nie spoczywa obowiązek zapewnienia wykonania świadczenia gdzie indziej, prawo pacjentki do przerwania ciąży może być poważnie naruszone.

## Opinie co najmniej dwóch lekarzy specjalistów

**W aż 25 szpitalach trzeba przedstawić opinie dwóch niezależnych lekarzy specjalistów potwierdzające, że zachodzi możliwość lub konieczność przerwania ciąży (wśród 111 rozpatrywanych szpitali to ponad jedna piąta).** Jest to wymóg niekorzystny z punktu widzenia pacjentki (chyba, że pacjentka chce skonsultować się z więcej niż jednym lekarzem), nie znajduje też uzasadnienia w obowiązujących przepisach, a wręcz jest z nimi sprzeczny. Zapisy ustawy jasno wskazują, że wystarczy jedno orzeczenie o wadzie lub chorobie płodu albo zagrożeniu dla zdrowia czy życia kobiety (wynika to z zapisu „okoliczności stwierdza lekarz”). **Wymóg dodatkowego orzeczenia należy traktować jako dodatkową barierę w dostępie do zabiegu przerwania ciąży.**

Wymóg przedstawienia dwóch niezależnych opinii oznacza konieczność przejścia badań u dwóch lekarzy. Może to być nie tylko trudne organizacyjnie, szczególnie w mniejszych miejscowościach, gdzie uzyskanie takich dwóch opinii może wymagać podróży. Jest to utrudnienie potencjalnie zagrażające zdrowiu kobiety – jeśli jeden lekarz stwierdził, że ciąża zagraża jej zdrowiu i kobieta nie decyduje się na dalsze konsultacje, nie ma podstaw na gruncie ustawy o planowaniu rodziny, aby od niej tego wymagać. Co więcej, takie wymaganie może spowodować cierpienie kobiety ciężarnej, która wie, że nie może donosić ciąży bez narażania swojego zdrowia lub życia. W sytuacji, gdy podjęta decyzję o tym, aby jej nie kontynuować, dodatkowy czas pozostawiania w ciąży, którego nie wybiera, ale do którego jest *de facto* przymuszana, może być także niebezpieczny dla jej zdrowia psychicznego.

Obligatoryjny wymóg przedstawienia skierowania od dwóch niezależnych lekarzy bez względu na to, czy jest to przypadek skomplikowany, czy oczywisty, należy uznać za zbędny i szkodliwy z punktu widzenia praw pacjentek. Stanowi on ograniczenie ich prawa do decyzji w tym zakresie i do świadczenia zdrowotnego w postaci przerwania ciąży. Powodem jego powstania są prawdopodobnie przyczyny pozamedyczne, takie jak chęć uwiarygodnienia decyzji przez szpital i umocnienia pozycji szpitala w razie kłopotów prawnych, związanych z realizacją ustawy o planowaniu rodziny.

## Konsylium i inne szczególne wymagania

Część szpitali idzie jeszcze dalej w wymogach stawianym pacjentkom, które chcą przerwać ciążę i wymaga nie tylko opinii co najmniej dwóch lekarzy, ale opinii całego konsylium (trzech lub więcej lekarzy). Niektóre szpitale mają też różne inne wymagania, które zostaną przytoczone poniżej.

22 szpitale przedstawiają dodatkowe wymogi, które są jeszcze szersze niż wymóg przedstawienia opinii dwóch niezależnych lekarzy specjalistów.

**11 szpitali wymaga co najmniej zwołania konsylium** złożonego z lekarzy specjalistów (np. dwóch ginekologów i psycholog; albo dwóch położników, neonatolog, chirurg dziecięcy, kardiolog dziecięcy; „trzyosobowy zespół lekarski”; „zespół konsultantów”; „komisja lekarska”). Należy zwrócić uwagę na różnorodność i uznaniowość tych wymagań.

**16 szpitali przedstawia jeszcze inne szczególne wymagania<sup>15</sup>. Poniżej podajemy ich przykłady:**

- Jeden szpital przedstawił wymaganie „badania USG przez dwóch specjalistów ginekologów, **z których żaden nie wystawił wcześniej skierowania**” (nr 86, wielkopolskie);
- **W aż w pięciu szpitalach w decyzję o zgodzie na zabieg musi być zaangażowany ordynator oddziału lub kierownik kliniki;**
- W jednym ze szpitali wymagane jest **dotatkowe zaświadczenie o konsultacji u lekarza medycyny podstawowej lub psychologa** (nr 77, lubuskie);
- **5 szpitali wymaga „pismnej prośby pacjentki”,** w niektórych przypadkach jest to opisane jako element zgody na udzielenie świadczenia, jednak prośba ta wydaje się mieć jasny charakter „wniosku” o wykonanie świadczenia.
- **Jeden szpital wymaga „zgody pacjentki i jej męża”** (nr 19, śląskie).

**Szczególny** wymóg przedstawił też szpital nr 60 (wielkopolskie), który poinformował, że: **„wykonuje zabiegi terminacji jedynie na podstawie skierowania przez Komisję Orzekającą przy Collegium Medicum UJ.** Pacjentka z orzeczeniem Komisji zgłasza się do ordynatora lub lekarza go zastępującego”.

Jak działa komisja przy Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego? Kto wchodzi w jej skład? W jakim trybie pacjentki mają się do niej zgłaszać? Dlaczego potrzebna jest jej opinia? Jak szybko komisja podejmuje decyzje? Nie mamy odpowiedzi na te pytania, ale nie ulega wątpliwości, że jest to **jeden z najbardziej restrykcyjnych warunków przerwania ciąży, który może stwarzać duże trudności i nie sprzyja realizacji praw pacjentek.**

Inne wymogi wydają się równie uznaniowe: dlaczego potrzebna jest opinia psychologa? Czy psycholog może wydać negatywną opinię i orzec, że pacjentka nie jest psychologicznie gotowa na przerwanie ciąży, nawet jeśli jej zdrowie lub życie jest zagrożone? Czy w razie takiej negatywnej opinii należy szukać następnego psychologa, któremu trzeba wytłumaczyć swoją sytuację? Jaka jest rola opinii psychologicznej w tym procesie i dlaczego musi być obowiązkowym elementem potrzebnym do uzyskania świadczenia? Konsultacja „lekarza medycyny podstawowej” jest odzwierciedleniem wspomnianych w części „O monitoringu” przepisach ustawy, które odnoszą się do przestanki dopuszczalności przerywania ciąży uchylonej w 1997 roku.

Należy zwrócić uwagę na potencjalnie upokarzającą konieczność przejścia dwóch dodatkowych badań USG, przeprowadzonych przez lekarzy innych, niż ten, który wystawił skierowanie. Sugeruje to sytuacje ograniczonego zaufania do lekarza, który przeprowadził diagnostykę i skierował pacjentkę do szpitala na zabieg. Jest to dowód na atmosferę strachu i stanowi przykład swoistego środka ostrożności, nieuzasadnionego medycznie, który może spowodować trudności dla pacjentki i nie sprzyja jej szansie na przejście procedury w wyznaczonym czasie.

Konieczność złożenia swoistego „wniosku” o świadczenie wydaje się być praktyką, która z dużym prawdopodobieństwem towarzyszy tylko zabiegom przerwania ciąży.

Z punktu widzenia praw pacjenta i kwestii konieczności uzyskania zgody na świadczenie zdrowotne, wymóg uzyskania zgody od męża pacjentki w ciąży jest również nieuzasadniony, stanowi wręcz naruszenie prawa.

<sup>15</sup> Nie wliczono tu szpitali wymagających opinii wojewódzkiego konsultanta, te zostały omówione w późniejszej sekcji tego raportu

## Opinia wojewódzkiego konsultanta

8 szpitali w omawianej grupie wymagało od pacjentki uzyskania pozytywnej opinii Konsultanta Wojewódzkiego ds. Ginekologii i Położnictwa.

**Aż 6 z tych szpitali znajduje się w województwie małopolskim**, jeden w województwie mazowieckim, jeden w województwie wielkopolskim. Można wnioskować, że jest to fenomen regionalny i specyfika organizacji pozwoleń na przerywanie ciąży w województwie małopolskim.

W piśmie ze szpitala nr 115 (małopolskie) znajduje się następujący opis działania tej procedury: **„Pacjentka musi wystąpić o zgodę na terminację do wojewódzkiego konsultanta, który powołuje zespół złożony z dwóch specjalistów; położnik i ginekolog. Na podstawie ich opinii pacjentka otrzymuje zgodę i jest kwalifikowana na zabieg w losowo wybranym szpitalu”**.

Wymóg uzyskania opinii konsultanta wojewódzkiego jest wymogiem dodatkowym, który istotnie wydłuża proces uzyskania zgody na zabieg. Co więcej, może być warunkiem trudnym do spełnienia – trudność może być różna w zależności od tego, jak zorganizowana jest praca konsultanta, który wydaje opinie. Czy uzyskanie takiej opinii wymaga od pacjentki podróży? Jak szybko wojewódzki konsultant rozpatruje pojedynczy przypadek? W ilu wypadkach konsultant wojewódzki rozstrzyga o dopuszczalności zabiegu? Nie mamy odpowiedzi na te pytania. Wydaje się jednak, że oddanie decyzji o pozwoleniu na legalny zabieg przerywania ciąży w ręce wojewódzkiego konsultanta jest następnym wymogiem spowodowanym względami innymi niż medyczne. Oddelegowanie decyzji może mieć związek z kwestiami odpowiedzialności i obawami przed konsekwencjami prawnymi, jakie ponieść mogą lekarze przekraczający ramy ustawy o planowaniu rodziny. Z punktu widzenia praw pacjentek należy uznać ten wymóg za niekorzystny.

## Czynnik czasowy i wsparcie psychologiczne

6 szpitali uwzględniło w swoich opisach procedur uwagi na temat czasu.

Zaledwie 5 z omawianych 111 przypadków procedur (4,5%) uwzględniło pewne sposoby zapobiegania opóźnieniom:

1. po uzyskaniu orzeczenia ustala się **termin zabiegu nie późniejszy niż 10 dni** (nr 77, lubuskie),
2. rozmowy z lekarzami i psychologiem mają odbyć się **w ciągu 3 dni od zgłoszenia się pacjentki** (nr 14, mazowieckie),
3. przyjęcie pacjentki na oddział celem przerywania ciąży ma się odbyć **„bez dodatkowych problemów i bez zbędnej zwłoki”** (nr 69, śląskie),
4. termin zabiegu ma być ustalony **„niezwłocznie”** po stwierdzeniu, że zostały spełnione wymagania do zabiegu (nr 1, śląskie),
5. zabieg ma być przeprowadzony niezwłocznie **u kobiet uprawnionych do niego, w ciągu pierwszej lub drugiej doby po przyjęciu na oddział** (nr 111, śląskie).

Takie sposoby zapobiegania opóźnieniom w udzieleniu świadczenia należy uznać z dobrą praktykę, wartą rozpowszechniania, pod warunkiem, że sytuacja opisana w pierwszym punkcie jest dostosowywana do faktycznych przypadków i nie czeka się 10 dni wtedy, gdy po tych 10 dniach na legalny zabieg mogłoby być za późno.

**1 szpital wymienił w procedurze wymóg potwierdzenia przez kobietę decyzji po odczekaniu 3 dni od orzeczenia lekarza** (nr 59, małopolskie), co stanowi opóźnienie w procedurze i podważa zdolność kobiety do podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia.

**22 szpitale wspominają o możliwości konsultacji psychologicznej**, 2 szpitale wspominają o zapewnianiu sali jednoosobowej pacjentkom, które mają przejść zabieg przerwania ciąży (nr 111, śląskie i nr 78, mazowieckie).

## Podsumowanie

Podsumowując, opisy przyjętych w szpitalach sposobów postępowania okazały się niezwykle różnorodne, ale także fragmentaryczne. Opisy zawierają bardzo różne elementy, ich szczegółowość jest na różnym poziomie. Niektóre elementy wydają się wysoce uznaniowe. Inne nie znajdują odzwierciedlenia w obowiązujących przepisach. Jeszcze inne są z nimi sprzeczne.

Warto w tym miejscu przytoczyć te, które mogą mieć największy wpływ na stopień realizacji prawa pacjentki do przerwania ciąży.

**Aż jedna piąta szpitali z tej grupy wymaga od pacjentek przedstawienia co najmniej dwóch opinii lekarzy specjalistów**, co jest istotnym utrudnieniem i nie ma uzasadnienia w obowiązujących przepisach.

Szeroki wachlarz dodatkowych wymogów, stawianych przez szpitale, wydłuża czas procedury i utrudnia pacjentkom uzyskanie świadczenia przerwania ciąży. Duża część tych wymogów **nie wydaje się uzasadniona względami medycznymi, a raczej potrzebą uwiarygodnienia decyzji o zabiegu** przez szpital (znaczenie może mieć „mrożący efekt” ustawy o planowaniu rodziny).

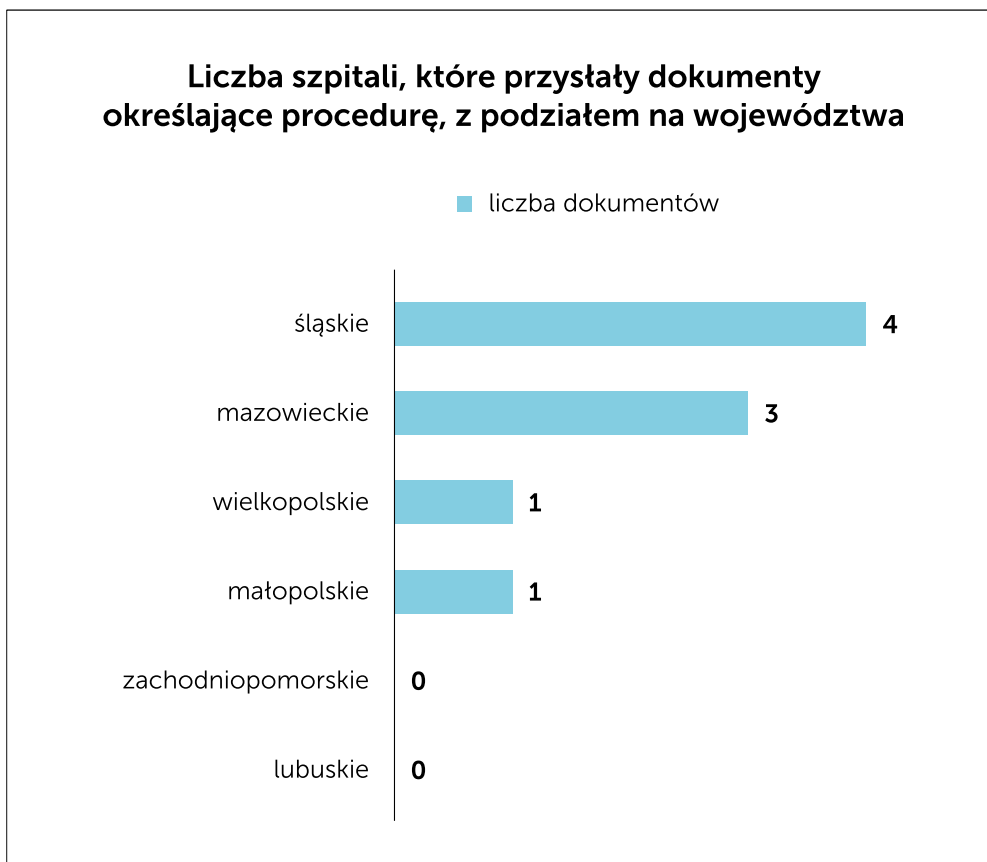
Niektóre odpowiedzi szpitali świadczą o niebezpiecznych praktykach np. deklaracja, że pacjentki, których życie lub zdrowie jest zagrożone odsyłane są do innego szpitala.

**20% szpitali z tej grupy wprost przyznaje, że w ogóle odmawia wykonywania takich zabiegów** lub deklaruje, że „nie zdarzają się takie przypadki”.

## C. Procedury w postaci dokumentów

**Tylko 9 ze 133 przebadanych szpitali przysłało oficjalny dokument, określający sposób postępowania w sytuacji, w której pacjentka chce przerwać ciążę. To zaledwie 7% szpitali, które udzieliły odpowiedzi w ramach monitoringu.**

Szpitale, które przysłały dokumenty określające procedurę znajdują się w województwach: śląskim (4), mazowieckim (3), wielkopolskim (1) i małopolskim (1). Żaden szpital z województw lubuskiego i zachodniopomorskiego nie przysłał procedury w postaci dokumentu.



### **Dokumenty przysłane przez szpitale były bardzo zróżnicowane.**

Przede różniły się pod względem formalnym: większość z nich zatytułowana była po prostu jako „procedura” lub „algorytm”, dwa dokumenty miały oficjalny charakter „procedury systemu zarządzania jakością”, jeden stanowił zarządzenie dyrektora szpitala, jeden stanowił regulamin („Regulamin Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Wad Płodu [przy szpitalu nr 70, mazowieckiej]”). Brak jest danych na temat tego, czy i w jaki sposób procedury te są dostępne do wglądu pacjentkom.

Warto zaznaczyć, że procedura systemu zarządzania jakością ze szpitala nr 42 (mazowieckie) ma oficjalny podtytuł „Postępowanie w przypadku zgłoszenia się pacjentki wyrażającej wolę przerwania ciąży”, co stanowi powielenie sformułowania zawartego we wniosku Federacji. Co więcej – szpital ten na wniosek o informację w zakresie obowiązującej procedury odpowiedział, że jej nie posiada. Przedmiotowa procedura została stworzona i przestana na późniejszym etapie prowadzenia monitoringu, z zaznaczeniem, że obowiązuje od lipca 2015 roku. Jest to przykład na to, że prowadzenie monitoringu i wnioskowanie o udzielanie informacji publicznej może skutkować zainspirowaniem do stworzenia procedur, których wcześniej szpital nie posiadał.

Nr szpitala	Województwo	Rodzaj dokumentu
129	małopolskie	„Algorytm”
110	mazowieckie	„Procedura”
42	mazowieckie	„Procedura zarządzania jakością”
70	mazowieckie	Regulamin
13	śląskie	„Procedura zarządzania jakością”
93	śląskie	„Procedura”
51	śląskie	„Procedura”
92	śląskie	„Procedura”
20	wielkopolskie	Zarządzenie dyrektora

Większość przystanych dokumentów miała charakter oficjalny i rzeczowy. Tylko jeden wyróżniał się tonem listu, do którego załączono dokument. List od kierownictwa szpitala nr 129 (małopolskie) miał wydźwięk defensywny: kwestionowano konieczność udzielenia odpowiedzi na wnioski o informację publiczną, twierdzono, że *„żądane informacje są poufne”*. Zapewniono też, że *„wszystkie zabiegi przerywania ciąży przeprowadzane są zgodnie z prawem i rekomendacjami konsultantów o stosownym profilu”*. List kończył się zdaniem **„Pragnę jednocześnie poinformować, że w naszych oddziałach o profilu Ginekologii i Położnictwa pracują lekarze, i zgodnie z przysięgą Hipokratesa są powołani do ratowania ludzkiego życia, a nie jego odbierania”**.

Wydaje się mało prawdopodobne, aby oficjalne zapytanie o procedury obowiązujące w sprawie jakiegokolwiek innego zabiegu, budziły podobne emocje, co jest pewnego rodzaju informacją na temat atmosfery panującej wokół realizacji ustawy o planowaniu rodziny.

Dokument ze szpitala nr 110 (mazowieckie) również przywoływał normy moralne i przepisy prawa.

*„Życie jest wartością fundamentalną i nienaruszalnym prawem człowieka. Prawa tego nie można znieść ani zmienić. Jest ono podstawą wszystkich innych praw człowieka oraz warunkiem prawidłowego przestrzegania prawa. (...) W praktyce nie łatwo uzyskać zgodę na zabieg przerywania ciąży,(...)”*

Jednocześnie szpital nr 110 dostarczył obszernej procedury, w której uwzględniono prawa pacjentki i granice uprawnień lekarza.

Dokumenty zostały zanalizowane pod kątem stopnia rozbudowania i charakteru wymogów szpitala niezbędnych do wypełnienia, aby udzielone zostało świadczenie zdrowotne w postaci przerywania ciąży. Zanalizowano też dodatkowe elementy, wymienione w dokumentach, które mogą mieć znaczenie dla szans pacjentki na realizację jej prawa do legalnego zabiegu. W analizie wzięto pod uwagę następujące elementy:

1. **Prawa pacjentki:** obecność szczegółowych odwołań do praw pacjentki i opis zakresu uprawnień lekarzy,
2. **Trzy przestanki:** czy wymienione zostały wszystkie trzy przestanki uprawniające do legalnego zabiegu przerwania ciąży i stosowne sposoby postępowania,
3. **Opinia dwóch lekarzy:** czy wymagane są opinie lub badania ginekologiczne i/lub USG przeprowadzone przez dwóch oddzielnych lekarzy ginekologów,
4. **Konsultant Wojewódzki:** czy wymagana jest opinia Konsultanta Wojewódzkiego ds. Ginekologii i Płodności,
5. **Czas:** czy w procedurze uwzględniono pilność zabiegu, czy zawarte są uwagi na temat trwania procedury w czasie, zapobiegania odwlekaniu świadczenia,
6. **Inne wymogi:** obecność dodatkowych wymogów w procedurze podejmowania decyzji o legalnym zabiegu,
7. **Odwołanie od decyzji lekarzy:** czy uwzględniono możliwość odwołania się od decyzji lekarza i wskazanie możliwości dalszego postępowania dla pacjentki, której dany szpital odmówił przeprowadzenia zabiegu,
8. **Element psychologiczny:** czy uwzględniono konsultację psychologiczną, czy jest proponowana, czy jest elementem wymienionym w procedurze.

## Prawa pacjentki

Jeden z przestanych dokumentów wyróżniał się na tle innych szczególną uwagą poświęconą prawom pacjentki i szczegółowym określeniem zakresu uprawnień lekarzy w przypadkach wydawania orzeczeń o prawie do legalnego przerwania ciąży. Był to dokument ze szpitala nr 110 (mazowieckie). Zostanie on opisany szczegółowo.

## Co powinny zawierać zaświadczenia

W przystanym dokumencie podkreślono (punkt 2), że w sytuacji zagrożenia zdrowia pacjentki, zaświadczenie od lekarza musi zawierać odpowiedni zapis o uprawnieniu do aborcji a nie tylko opis stanu zdrowia pacjentki. Można to uznać za praktyczną wskazówkę nie tylko dla lekarzy, ale i pacjentek, które mogą się w ten sposób dowiedzieć, na co zwracać uwagę i być może oszczędzić czas, który musiałyby spędzić na uzyskiwaniu drugiego, prawidłowego zaświadczenia. Odpowiedni zapis znacznie zmniejsza ryzyko podważania prawa do przerwania ciąży przez lekarza, który miałby dokonać zabiegu.

Treść punktu 2 określa też, co powinno zawierać zaświadczenie o prokuratora w przypadku ciąży będącej wynikiem przestępstwa: jest to „uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa, poparte pisemną informacją od ginekologa o stopniu zaawansowania ciąży”. Dalej, w sytuacji ciąży będącej wynikiem przestępstwa, dokument podkreśla, że zaświadczenie wydane przez prokuratora musi mówić jedynie o „uzasadnionym podejrzeniu popełnienia przestępstwa, nie wymaga wcześniejszego wykrycia sprawcy, jego ujęcia bądź skazania. Wymagane jest jedynie prawdopodobieństwo, a nie pewność popełnienia czynu zabronionego”. Ten punkt dokumentu rozwiewa wątpliwości, które może żywić pacjentka lub lekarz i precyzyjnie wskazuje jakie



warunki muszą być spełnione, aby można było uzyskać prawo do świadczenia. Zapis ten stanowi o prawidłowym rozumieniu zaświadczenia niezbędnego do uzyskania świadczenia i jego odrębności od postępowania w sprawie doświadczonej przez pacjentkę przemocy seksualnej.

### **Pilność, zakaz rozciągania procedury w czasie**

Punkt 9 dokumentu zwraca uwagę na czas i zabezpiecza prawo pacjentki do szybkiej realizacji procedury, bez zbędnych opóźnień: *„Nieuzasadnione odwlekanie wydania odpowiednich zaświadczeń, czy też wyznaczanie nieproporcjonalnie długich okresu oczekiwania na wyniki badań czy wizyty kontrolne jest również naruszeniem prawa kobiety do świadomego decydowania o sobie, swoim zdrowiu i życiu”.*

### **Prawa pacjentki, granice uprawnień lekarzy i klauzula sumienia**

Punkt 3 stanowi, że: *„Lekarz, który ma wykonać zabieg przerwania ciąży, nie ma prawa kwestionować uprawnienia pacjentki wynikającego z opinii przedstawionej przez innego lekarza lub prokuratora. W tym wypadku jest on jedynie wykonawcą, a nie organem orzekającym”.* Jest to praktyczne pouczenie dla lekarzy, wskazujące na granice ich uprawnień i mające na celu zapobieganie nadużyciom.

Punkt 7 mówi: *„W sytuacji, gdy lekarz zobowiązany do udzielenia świadczenia usunięcia ciąży odmawia wywiązania się z nałożonych na niego obowiązku albo zastania się własnym światopoglądem, należy żądać uzasadnienia jego odmowy na piśmie, wskazania realnych możliwości uzyskania danego świadczenia u innego lekarza lub w innej placówce służby zdrowia, a także wpisania odmowy do dokumentacji medycznej i niekiedy, poinformowania jego przełożonego”* – to następny punkt stanowiący praktyczne pouczenie dla pacjentek o ich uprawnieniach i warunkach, na jakich lekarz może odmówić wykonania świadczenia. Jest to konkretny element dokumentu, mający zapobiegać nadużywaniu klauzuli sumienia.

Wreszcie, dokument informuje o prawie pacjentki do pełnej i prawdziwej informacji na temat przebiegu jej ciąży i rozwoju płodu (punkt 10): *„Każdy lekarz ma obowiązek udzielenia pacjentce wszelkich informacji, nawet takich, które potencjalnie mogłyby prowadzić do podjęcia decyzji o usunięciu ciąży, w tym przypadku nie ma on prawa uchylić się od ciążącego na nim obowiązku stosując <<klauzulę sumienia>>. Niedoinformowanie o istotnych kwestiach rzutujących na odrębne prawa pacjentki, jest jednocześnie naruszeniem jej prawa do informacji”.*

Podsumowując – dokument ze szpitala nr 110 należy pod wieloma względami ocenić pozytywnie. Dostarcza nie tylko informacji na temat obowiązujących przepisów, ale też uwagi doprecyzowujące wymogi formalne i mające zapobiegać nadużyciom i łamaniu praw pacjentek, co stanowi dobrą praktykę i wyróżnia się na tle otrzymanych ze szpitali informacji i dokumentów.

### **Warunki dopuszczalności przerywania ciąży**

Większość szpitali wymieniła w procedurach wszystkie trzy przesłanki legalności zabiegu, zgodnie z obowiązującą ustawą. Na dziewięć dokumentów:

- pięć zawiera pełną listę przestank,
- dwa odwołują się ogólnie do ustawy, bez wymieniania poszczególnych przestank

- dwa dokumenty zawierają niepełną listę przestanków: szpital nr 129 (małopolskie) wymienił tylko wady płodu i ciążę w wyniku czynu zabronionego, a szpital nr 70 (mazowieckie) udostępnił szczegółową procedurę, ale dotyczącą jedynie przypadków wad płodu, bez żadnych instrukcji na wypadek zagrożenia życia lub zdrowia kobiety ciężarnej lub czynu zabronionego.

Za najbardziej korzystne z punktu widzenia praw pacjentki należy uznać te dokumenty, które dostarczają personelowi i pacjentkom pełnego obrazu możliwych przestanków dla legalnego przerwania ciąży i zawierają kompletne instrukcje postępowania we wszystkich trzech przypadkach. Takie instrukcje zawierają dokumenty ze szpitali nr 110 i nr 42 w województwie mazowieckim oraz ze szpitali nr 13, 51 i 92 w województwie śląskim.

Brak uwzględnienia przypadków zagrożenia życia lub zdrowia kobiety ciężarnej w procedurach szpitali nr 129 (małopolskie) i nr 70 (mazowieckie) oraz brak uwzględniania przypadków ciąż powstałych w wyniku czynu zabronionego w szpitalu nr 70 budzi wątpliwości, czy pacjentki mają w tych szpitalach szanse na realizację swoich uprawnień i czy mają jasność co do wymogów formalnych, które muszą spełnić aby uzyskać dostęp do świadczenia przerwania ciąży. Szczególnie niepokoi sytuacja we wspomnianym szpitalu nr 129, gdzie niekompletnej procedurze towarzyszył list w dość defensywnym tonie.

## Opinia dwóch lekarzy

**W siedmiu z dziewięciu szpitali** do zgody na zabieg przerwania ciąży potrzebna jest opinia/badanie przeprowadzone przez co najmniej **dwóch lekarzy ginekologów położników**. Tylko w dwóch szpitalach (nr 110, mazowieckie i nr 93, śląskie) nie wskazano w dokumencie na wymóg co najmniej dwóch oddzielnych opinii lekarskich. W szpitalu nr 51 (śląskie) warunkiem uzyskania zgody na zabieg jest **„weryfikacja rozpoznania i wskazań do przerwania ciąży przez lekarza przyjmującego, specjalistę położnictwa i ginekologii, innego niż kierujący”**. W przypadku szpitala nr 13 (śląskie) potrzebne jest **„orzeczenie 2 lekarzy innych niż lekarz podejmujący działania”**, a więc w decyzję i przeprowadzenie zabiegu zaangażowanych byłoby już co najmniej **trzech lekarzy**.

Oddzielny przypadek stanowi szpital nr 70 (mazowieckie), gdzie decyzje o przeprowadzeniu zabiegu przerwania ciąży podejmuje cały zespół lekarzy – Zespół Interdyscyplinarny ds. Wad Płodu, pod kierownictwem Kierownika Kliniki Położnictwa i Ginekologii (regulamin odnosi się wyłącznie do przestanki pierwszej – wady płodu, nie do kwestii zagrożenia życia lub zdrowia kobiety ciężarnej czy też ciąży będącej wynikiem czynu zabronionego). Zespół konsultuje każdy przypadek (oprócz przypadków wad letalnych, wymienionych na specjalnej liście) i podejmuje decyzję. W przypadku braku jednomyslności zespół glosuje na zasadzie zwykłej większości, w obecności trzech czwartych członków.

**Podsumowując – wymóg przedstawienia opinii co najmniej dwóch lekarzy ginekologów czy przejścia badania ginekologicznego i/lub USG wykonanego przez co najmniej dwóch lekarzy stał się popularnym wymogiem do uzyskania zgody na legalny zabieg przerwania ciąży**. Nie jest to wymóg wymieniony w ustawie, wręcz należy go uznać za sprzeczny z ustawą, ale jest to częsty element procedur szpitali. Można podejrzewać, że jest to sposób na to, aby lekarze uczestniczący w procedurze „udzielania zgody” na przerwanie ciąży nie byli obarczeni odpowiedzialnością za decyzje indywidualnie. Decyzja potwierdzona opinią więcej niż jednego lekarza zyskuje na wiarygodności. Można takie praktyki uznać za rezultat „mrozącego efektu” ustawy o planowaniu rodziny i sposobu jej egzekwowania. Nie jest to wymóg, który pomaga

pacjentkom w realizacji ich praw. Ponieważ zachodzi podejrzenie, że wymóg ten dyktowany jest względami innymi niż medyczne i jednocześnie stanowi dodatkową barierę dla kobiety, która chce wyegzekwować swoje prawo do przerwania ciąży, należy go ocenić negatywnie. Stwierdzenie zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety, czy ocena wady płodu nie przekracza kompetencji wykwalifikowanego lekarza, szczególnie, jeśli uwzględnimy fakt, że odpowiednie rozporządzenie określa kompetencje lekarzy, którzy mogą orzec o okolicznościach dla legalnego przerwania ciąży – musi to być lekarz specjalista w zakresie położnictwa i ginekologii lub genetyki albo lekarz specjalista w dziedzinie, którą obejmuje stan zdrowia kobiety ciężarnej<sup>16</sup>.

Nie można uznać tego wymogu za optymalny z punktu widzenia praw pacjentki, która znajdując się w i tak już trudnej sytuacji zmuszona jest przejść dodatkowe badania i uzyskać ich dokumentację. Oczywiście możliwość uzyskania drugiej opinii jest pożądana, jeśli pacjentka sobie tego życzy. Jednak obowiązkowy wymóg przedstawienia w szpitalu dokumentacji dwóch niezależnych opinii lekarskich trzeba uznać za uciążliwy, a czasem nawet trudny do wypełnienia, szczególnie w przypadku osób z małych miejscowości, czy w przypadku złego stanu zdrowia pacjentki. Jednocześnie należy z całą mocą podkreślić, że jest to wymóg niezgodny z zapisami obowiązującej ustawy.

## Konsultant wojewódzki

Wymóg uzyskania pozytywnej opinii Konsultanta Wojewódzkiego ds. Ginekologii i Położnictwa został wymieniony jako wymóg w **tylko jednym z dziewięciu szpitali** z tej grupy. Był to szpital nr 129 (małopolskie). Można powiedzieć, że jest to specyfika województwa małopolskiego, w którym wiele szpitali (w tym opisanych w części „B”) wymaga takiej opinii. Wymóg uzyskania opinii konsultanta wojewódzkiego jest wymogiem dodatkowym, który może wydłużać proces uzyskania zgody na zabieg. Z punktu widzenia praw pacjentek należy uznać ten wymóg za niekorzystny.

## Czas

### Dlaczego czas jest ważnym czynnikiem?

Z punktu widzenia praw pacjentek, które podejrzewają lub są pewne, że potrzebują skierowania i opinii lekarza (lub lekarzy) na zabieg przerwania ciąży, czas odgrywa pierwszorzędną rolę. Czas na przeprowadzenie zabiegu przerwania ciąży jest ograniczony: w przypadku wad płodu wyznacza go moment, kiedy płód osiąga zdolność do życia poza organizmem kobiety ciężarnej. Ważny jest też czynnik psychologiczny: zmuszanie kobiety do przedłużonego kontynuowania ciąży, która ma zakończyć się terminacją może powodować cierpienie, którego da się uniknąć. Znaczne przedłużenie ciąży w takiej sytuacji i odwlekanie przeprowadzenia zabiegu można uznać za nieludzkie traktowanie pacjentki.

Częstym problemem pacjentek, które próbują uzyskać w Polsce zgodę na legalny zabieg przerwania ciąży jest nieprzepisowe opóźnianie procesu „decyzyjnego” przez lekarzy, którzy doprowadzają do sytuacji, w której mija termin dopuszczalności zabiegu. Wynika to z informacji uzyskanych od kobiet zgłaszających się do Federacji. Praktyka ta została opisana również przez

<sup>16</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 roku w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy uprawnionych do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzenia, że ciąża zagraża zdrowiu lub życiu kobiety albo wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu

przedstawicielkę Ministerstwa Zdrowia w trakcie monitoringu wdrażania rekomendacji Komitetu ds. Eliminacji Dyskryminacji Kobiet przeprowadzonego przez Koalicję na rzecz CEDAW w 2015 roku. Opisany problem stanowi nadużycie ze strony lekarzy: klauzula sumienia umożliwia lekarzom odmowę wykonania zabiegu aborcji, nie pozwala natomiast na wprowadzanie pacjentki w błąd czy manipulowanie długością procedury uzyskiwania skierowania na zabieg przerwania ciąży tak, aby pacjentka straciła szansę na legalny zabieg.

Ponieważ pacjentki mogą spodziewać się prób przedłużania procesu uzyskania zgody na zabieg przerwania ciąży, czas jest dla nich istotnym czynnikiem. Dlatego dokumenty przystane przez szpitale i określające procedury dla pacjentek, które mogą ubiegać się o przerwanie ciąży, zostały przeanalizowane pod względem obecności i rodzaju wzmianek na temat czasu i pilności poszczególnych kroków procedury.

W trzech dokumentach z dziewięciu nie ma wzmianek o czasie i długości trwania procedur: są to dokumenty ze szpitali nr 129 (małopolskie), nr 13 i nr 93 (śląskie). Może to stanowić przeszkodę na drodze do praktycznej i skutecznej realizacji procedur w tych szpitalach.

### Dodatkowe trzy dni oczekiwania i wymóg potwierdzenia decyzji

W sześciu dokumentach czas został uwzględniony jako czynnik procedury. Różne były sposoby ujęcia tego czynnika.

W dwóch szpitalach wymaga się wprost, aby **pacjentka odczekała dodatkowo trzy dni od orzeczenia lekarza o zgodzie na zabieg przerwania ciąży i potwierdziła swoją chęć przerwania ciąży po upływie tego czasu**. Wymóg taki zawierały dokumenty ze szpitali nr 42 (mazowieckie) i nr 51 (śląskie). W szpitalu nr 42 nie jest jasne, których przestanek do legalnego zabiegu dotyczy ten dodatkowy okres oczekiwania. W dokumencie ze szpitala nr 51 wymóg potwierdzenia decyzji przez kobietę po trzech dniach od orzeczenia lekarza jest zaś wymieniony pod trzema przestankami dopuszczającymi przerwanie ciąży. W obu przypadkach jednak zapis w procedurze jest powieleniem rozwinięcia nieobowiązującego przepisu z ustawy o planowaniu rodziny, który dotyczył tak zwanej przestanki „społecznej”. Przytoczenie tego zapisu należy uznać za niepokojące, ponieważ nie obowiązuje od prawie 20 lat (uwagi na ten temat zostały poczynione w części „O monitoringu”). Warto jednak zaznaczyć, że w informacji uzyskanej ze szpitala nr 51 zapis ten znajduje się w opisie ustawowych przestanek, nie zaś w treści procedury składającej się z poszczególnych punktów.

Konieczność potwierdzenia swojej decyzji po trzech dniach to wymóg niekorzystny z punktu widzenia pacjentek, u których orzeczono możliwość legalnego przerwania ciąży. **Przedłużanie czasu kontynuowania ciąży, która ma być zgodnie z decyzją pacjentki przerwana, można uznać za nieludzkie traktowanie. Konieczność potwierdzenia decyzji przez kobietę ciążarną, która nie chce kontynuować ciąży można uznać za wyraz niewiary w jej umiejętność decydowania czy podtrzymywania swojej woli.** Przymusowe przedłużanie kontynuowania ciąży, co do której kobieta zadecydowała, że chce ją przerwać, niezależnie od przestanki dopuszczalności tej decyzji, może dostarczyć możliwego do uniknięcia cierpienia.

Istotny jest też czynnik organizacyjny: trzydniowy czas dodatkowego oczekiwania musi być szczególnie uciążliwy i kłopotliwy dla pacjentek, które zamieszkują w miejscowości innej niż miejscowość, w której znajduje się szpital, ponieważ powoduje konieczność dodatkowej podróży, dodatkowego zwolnienia z pracy i organizacji zastępstwa w obowiązkach domowych oraz dodatkowych kosztów.

Niepokojące jest także to, że treść tego zapisu jest niejako odzwierciedleniem nieobowiązującego przepisu ustawy o planowaniu rodziny – sugeruje to błędne przekonanie na temat kształtu prawa obowiązującego w zakresie przerywania ciąży.

## Podkreślenie pilności i zakaz opóźniania procedury

**W czterech szpitalach pilność procedury została podkreślona w sposób pozytywny:**

W szpitalu nr 70 (mazowieckie) regulamin działania Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Wad Płodu określono **konkretny dzień i godzinę cotygodniowego spotkania zespołu**. Określono też możliwość zwołania zebrania w dodatkowym terminie, kiedy zachodzi taka potrzeba. Zarządzenie Dyrektora z 2014 roku zawiera też listę takich wad płodu, które nie wymagają zebrania zespołu i co do których lekarze specjaliści nie muszą konsultować decyzji o zgodzie na przerwanie ciąży, jeśli kobieta ciężarna, u której rozpoznano wadę płodu wyraża chęć przerywania ciąży. Dotyczy to rozpoznania: beczaszki, trisomii chromosomu 18 (zespół Edwardsa), trisomii chromosomu 13 (zespół Patau'a), trisomii chromosomu 21 (zespół Downa), rdzeniowego zaniku mięśni (SMA). Takie rozwiązanie daje określonym pacjentkom szansę na dostęp do zabiegu w wymaganym ustawowo czasie.

Dokument ze szpitala nr 20 (wielkopolskie) określa, że „**pacjentki przyjmowane są w trybie nagłym bez planowanego oczekiwania**”. Dokument ze szpitala nr 92 (śląskie) stanowi: „**W najkrótszym możliwym terminie po kwalifikacji** pacjentka poddawana jest zabiegom mającym na celu przerwanie ciąży” (punkt 8 procedury). Wreszcie, w dokumencie ze szpitala nr 110 (mazowieckie) znajduje się pouczenie: „**Nieuzasadnione odwlekanie wydania odpowiednich zaświadczeń, czy też wyznaczanie nieproporcjonalnie długich okresu oczekiwania na wyniki badań czy wizyty kontrolne jest również naruszeniem prawa kobiety do świadomego decydowania o sobie, swoim zdrowiu i życiu**” (punkt 9).

## Inne wymogi

Dwa z dziewięciu szpitali, które przystąpiły do dokumenty określające procedurę wymieniły dodatkowe wymogi uzyskania orzeczenia o uprawnieniu do legalnego przerywania ciąży. W szpitalu nr 92 (śląskie) decyzja o uprawnieniu do legalnej aborcji **wymaga konsultacji z Kierownikiem Kliniki**, a w szpitalu nr 20 (wielkopolskie) „weryfikację wskazań do przeprowadzenia zabiegu zgodnie z obowiązującą ustawą (...) **przeprowadza Ordynator Oddziału lub jego zastępca**” (punkt 2 procedury). Konieczność zaopiniowania czy też weryfikacji uprawnienia do zabiegu przez kierownika jest dodatkowym wymogiem, wydłużającym procedurę. Jednocześnie, wbrew temu, o czym pisze szpital, takie działanie nie jest wymagane przepisami ustawy.

W szpitalu nr 20 (wielkopolskie) procedura określa też, że „w razie konieczności” odbywa się „konsultacja w Ośrodku II lub III ST”, aby zweryfikować istnienie „wady letalnej” płodu. Nie wiadomo, czy jest to związane z kwalifikacjami pracujących w szpitalu lekarzy, czy z możliwymi wątpliwościami jaka wada płodu uprawnia do przerywania ciąży. Jednak niewątpliwym jest, że konieczność konsultacji z lekarzami z innych szpitali może bardzo wydłużać procedurę, w zależności od tego, jak jest zorganizowana praktycznie (na przykład, na ile wymaga wysiłku pacjentki i jej partnera czy też ile zajmuje czasu).

## Odwołanie od decyzji lekarzy

Tylko w jednej procedurze wymieniono możliwość odwołania się od decyzji lekarzy mających rozstrzygnąć o dopuszczalności przerwania ciąży. Nie jest to jednak opis procedury odwoławczej czy możliwości złożenia skargi, a jedynie wzmianka o możliwości udania się do innego szpitala i podjęcia tam od nowa starań o zgodę: „Zainteresowany ma prawo odwołania się od rekomendacji Zespołu i konsultacji w innym ośrodku, który jednocześnie przejmuje opiekę nad pacjentką i jej dzieckiem” (paragraf 4 punkt 9 Regulaminu Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Wad Płodu). Jest to fragment regulaminu ze szpitala nr 70 (mazowieckie) i dotyczy on jedynie przypadków wad płodu. Nie wskazano możliwości odwołania się od decyzji w innych przypadkach ani w tym szpitalu, ani w innych.

Żaden ze szpitali nie wspomina o prawie pacjentki do wniesienia sprzeciwu od opinii albo orzeczenia lekarza, które gwarantowane jest zapisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>17</sup>.

## Element pomocy psychologicznej

**W pięciu z dziewięciu analizowanych dokumentów wspomniano o czynniku psychologicznym** – poprzez wspomnienie o możliwości konsultacji psychologicznej lub wręcz wpisanie jej jako krok w procedurze (4 szpitale w województwie śląskim i 1 w województwie wielkopolskim). W czterech dokumentach nie uwzględniono tego czynnika.

W szpitalu nr 20 (wielkopolskie) „konsultacja psychologiczna” stanowi krok w procedurze (pkt 5).

W szpitalu nr 92 (śląskie) „od chwili przyjęcia pacjentce proponuje się konsultacje i wsparcie psychologiczne zapewniane przez Pedagogę Zdrowia” (pkt 4 procedury).

W szpitalu nr 51 (śląskie) rozmowa z psychologiem jest punktem procedury (pkt 3). W tym szpitalu kroki dotyczące czynnika psychologicznego są bardziej rozbudowane niż w innych szpitalach: zalecane jest zapewnienie pacjentce opieki duchownego, jeśli jej potrzebuje (pkt 4) i „kontrola stanu zdrowia pacjentki z oceną jej stanu psychicznego przez I dobę” po zabiegu (pkt 11).

W szpitalu nr 93 (śląskie) elementem procedury jest „**rozmowa z pacjentką o rodzaju zabiegu i wskazaniach, ewentualnych powikłaniach wynikających z przeprowadzonego zabiegu (dotyczy zarówno konsekwencji medycznych, psychologicznych, jak i społecznych)**”. Pacjentce proponuje się też konsultację psychologa zatrudnionego w tym samym szpitalu. O ile pozytywnie należy ocenić brak konieczności udawania się do psychologa poza szpitalem, trudno ocenić sposób oddziaływania rozmów z pacjentką na temat „medycznych, psychologicznych i społecznych” konsekwencji przerwania ciąży bez znajomości ich treści – w zależności od nastawienia psychologa, taka rozmowa może być dla pacjentki bardzo pomocna i dostarczyć jej wsparcia, lub przeciwnie – spowodować emocjonalne obciążenie.

## Podsumowanie analizy dokumentów – ranking

Na podstawie powyższej analizy dokumentów sporządzono podsumowanie ujęte w formie rankingu opartego na systemie punktacji. Każda procedura otrzymała punkty dodatkowe za ułatwienia, punkty ujemne za utrudnienia i zero punktów za rozwiązania neutralne lub brak

<sup>17</sup> Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417

wskazań w niektórych kategoriach. Pod uwagę wzięto wszystkie zanalizowane powyżej kategorie czynników w procedurach. Maksymalna liczba punktów to 5. **Najwięcej punktów otrzymał szpital nr 110 w województwie mazowieckim (3), a najmniej szpital w nr 129 w województwie małopolskim (-2).** Po szpitalu nr 110 najwyżej uplasowały się szpitale nr 93 (2 punkty) i 92 (1 punkt), następnie nr 13, nr 20, nr 51, nr 70 (po 0 punktów) i wreszcie szpital nr 42 (-1 punktów)<sup>18</sup>.

**Szpital nr 110 (mazowieckie) zdobył najwięcej punktów**, ponieważ tamtejsza procedura: zawiera kompletną listę przestanków do legalnego zabiegu przerwania ciąży, decyzja nie wymaga opinii Konsultanta Wojewódzkiego, opinii dwóch lekarzy ginekologów, ani nie zawiera innych dodatkowych wymogów; brak wskazań na temat wsparcia psychologicznego lub możliwości odwołania od decyzji lekarza nie podniósł wyniku, ale też go nie obniżył; procedura zawiera specjalne punkty podkreślające wagę czasu i pilności poszczególnych kroków oraz zawiera uwagi odnoszące się do praw pacjentek w różnych aspektach – prawa do informacji, prawa do decyzji etc. oraz informacje na temat zakresu uprawnień lekarzy.

**Procedura ze szpitala nr 129 (małopolskie) zebrała najmniej punktów (-2)** ponieważ zawierała niepełną listę przestanków do legalnego zabiegu, zawierała wymóg opinii Konsultanta Wojewódzkiego, dwóch oddzielnych lekarzy i nie zawierała żadnych uwag na temat pilności procedury, możliwości odwołania o decyzji lekarza, ani uwag o prawach pacjentki; zawierała jednak wzmiankę o możliwości konsultacji psychologicznej, co oceniono pozytywnie.

Powyższy ranking ma oczywiście charakter umowny i bardzo ograniczone zastosowanie. Jego celem jest jedynie podsumowanie niniejszej analizy. Należy pamiętać o ograniczonym charakterze dostępnych danych (dokumenty przysłane przez szpitale, nie realny i praktyczny dostęp pacjentek do świadczeń) i o fakcie, że istnienie udokumentowanej procedury jest zwykle i tak bardziej korzystne z punktu widzenia praw pacjentek, niż jej brak.

Ranking jednak pokazuje, że samo istnienie procedury w formie dokumentu niekoniecznie sprawia, że są w niej zapewnione odpowiednie zapisy, które w sposób istotny mogą podnieść standard realizacji praw pacjentek do legalnych zabiegów przerwania ciąży.

<sup>18</sup> Szczegóły punktacji: Jeśli procedura wymieniała szczegółowo trzy przestanki do legalnego zabiegu – 1 punkt, jeśli ogólnie powoływała się na ustawę – 0 punktów, jeśli wymieniała szczegółowo niepełną listę przestanków – minus 1 punkt; wymóg opinii Konsultanta Wojewódzkiego – minus jeden punkt, brak takiego wymogu – 0 punktów; wymóg opinii/badania przez co najmniej dwóch lekarzy – minus 1 punkt, brak takiego wymogu – 0 punktów. Pozytywne uwagi na temat czasu i pilności procedury – 1 punkt, brak takich uwag – 0 punktów, dodatkowy wymóg czekania 3 dni – minus 1 punkt; inne dodatkowe wymogi w procedurze – minus 1 punkt, brak takich wymogów – 0 punktów; uwagi na temat praw pacjentki – 1 punkt, brak – 0 punktów; za uwagi o możliwości konsultacji psychologicznej lub możliwości odwołania od decyzji lekarza – po jednym punkcie, w wypadku braku – 0 punktów.

# WNIOSKI

Szczególnie niepokojące jest to, że 22 szpitale **zadeklarowały, że „nie wykonują takich zabiegów”, lub „nie ma takich przypadków”**, co można uznać za przejaw negatywnego nastawienia do przerywania ciąży. Należy to ocenić negatywnie z punktu widzenia dostępności zabiegu w konkretnych miejscowościach. Jest to tym bardziej niepokojące, kiedy weźmie się pod uwagę rozbieżność tych danych z tymi uzyskanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia. Ten przykład jest jednym z dowodów na to, że zabiegi przerywania ciąży mogą stanowić kwestię problematyczną dla polskich szpitali.

Posiadanie określonej procedury postępowania w sytuacji, gdy zgłasza się pacjentka, która chce przerwać ciążę nie jest standardem w przeanalizowanych szpitalach. Opisane sposoby postępowania są niepełne oraz **bardzo zróżnicowane** i uznaniowe. W większości zawierają szereg rozmaitych wymogów, z których niektóre są trudne do spełnienia, mogą wymagać podróży, mają charakter wydłużający czas oczekiwania na zabieg. **Brak jednolitości procedur utrudnia pacjentkom** zdobycie wiedzy o ich uprawnieniach i warunkach przeprowadzenia legalnego zabiegu.

W żadnym z przeanalizowanych szpitali nie istnieje procedura całościowa, która zawierałaby wyłącznie elementy ułatwiające realizację prawa do przerywania ciąży i nie zawierała tych elementów, które z punktu widzenia obowiązującego prawa nie są uzasadnione i jednocześnie utrudniają dostęp do zabiegu.

**Zaledwie 7% szpitali, które zareagowały na wniosek o informację przystało dokumenty** określające procedurę (tylko 9 ze 133), stanowi to 4,5% wszystkich zapytanych szpitali. Te dokumenty jednak nie mogą zostać ocenione pozytywnie. Większość z nich ma charakter neutralny. Nawet najlepsza procedura z tych 9 też nie stanowi optymalnego rozwiązania i ma braki.

Istotnym wynikiem monitoringu jest to, że wiele szpitali wymaga **opinii/badań co najmniej 2 lekarzy specjalistów**, potwierdzających skierowanie na zabieg przerywania ciąży, **a niektóre szpitale nawet opinii konsylium (3 lub więcej lekarzy), opinii ordynatora, opinii Konsultanta Wojewódzkiego ds. Ginekologii i Położnictwa i innych rodzajów dodatkowych opinii**. Wszystkie dodatkowe wymogi utrudniają pacjentce uzyskanie zgody na zabieg i wydłużają procedurę.

Wyniki monitoringu należy interpretować w kontekście skutków „mrozącego efektu” ustawy o planowaniu rodziny i sposobu jej realizowania. Uzyskane informacje wydają się potwierdzać określoną atmosferę wokół przerywania ciąży i to, jak wpływa ona na realizację uprawnień kobiet w tym zakresie.



# REKOMENDACJE

Najważniejszą rekomendacją, która jest wynikiem uzyskanych informacji i wniosków płynących z przeprowadzonego monitoringu jest ta skierowana do **Ministerstwa Zdrowia**. Wydaje się, że monitoring dostarczył wyczerpujących i wiarygodnych informacji na temat tego, że przyjęte sposoby postępowania w poszczególnych szpitalach nie są jednolite, zaś wymogi stawiane przez szpitale przyczyniają się do chaosu oraz nie sprzyjają realizacji praw pacjentek w dostępie do legalnych zabiegów przerwania ciąży.

Dlatego rekomendujemy Ministerstwu Zdrowia **stworzenie jasnych wytycznych dla szpitali**, które mają oddziały ginekologiczno-położnicze i do których mogą trafiać pacjentki chcące przerwać ciążę i mające do tego prawo.

Jednocześnie wskazujemy, że z punktu widzenia praw pacjentek, najkorzystniejsza jest sytuacja, kiedy szpital ma **określoną procedurę** w sytuacji zgłoszenia się pacjentki i jej decyzji o przerwaniu ciąży. Sytuacją wskazaną jest, aby była ona spisana w **formie dokumentu, dostępnego dla personelu szpitala i pacjentek**, co zwiększa szansę na to, że jest powszechnie znana i stosowana.

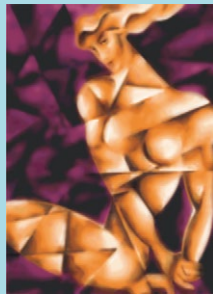
**Procedura nie powinna być nadmiernie rozbudowana, ale jednocześnie powinna brać pod uwagę wszystkie przesłanki** do przeprowadzenia legalnych zabiegów i określać dokładnie sposoby postępowania dla każdej z nich. Te sposoby postępowania nie mogą jednak stać w sprzeczności z obowiązującymi przepisami.

Przed wszystkim procedura **nie może wymagać skierowania od więcej niż jednego lekarza**, choć wskazane jest zapewnienie możliwości konsultacji w skomplikowanych przypadkach. Zasięgnięcie opinii drugiego i następnego lekarza powinno być podyktowane tylko względami medycznymi i stanowić realizację prawa pacjentki do informacji i dodatkowej konsultacji, nie zaś wymóg. **Procedura nie może nakładać obowiązku przedstawiania orzeczeń od konkretnych instytucji, gremiów czy komisji**.

Powinna też znosić konieczność podróży i zbędnego oczekiwania oraz ponoszenia dodatkowych kosztów.

Z punktu widzenia standardów praw człowieka, ważne jest, aby procedura zwracała uwagę na prawa pacjentek (np. prawo do informacji) i wyznaczała granice uprawnień lekarzy w celu zapobiegania nadużyciom (tak jak np. procedura szpitala nr 110 w województwie mazowieckim). Istotnym elementem jest czas i dlatego warto, aby procedura zawierała uwagi na temat pilności i ograniczeń czasowych, przyjmując rozwiązania zapobiegające zbędnym opóźnieniom.

Procedura powinna zawierać możliwość konsultacji psychologicznej. Jednak konsultacja ta nie może być traktowana jako wymóg na drodze do uzyskania świadczenia zdrowotnego.



© Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny

Warszawa 2016

Projekt „Kontrola praw kobiet w obszarze zdrowia”  
realizowany w ramach programu „Obywatele dla Demokracji”,  
finansowanego z Funduszy EOG

