

# **PRAWA PACJENTA**

**PRAWNO-ZDROWOTNY PORADNIK DLA KOBIEŃ**



**FEDERACJA NA RZECZ KOBIEŃ I PLANOWANIA RODZINY**

# **PRAWA PACJENTA**

**PRAWNO-ZDROWOTNY PODARNIK DLA KOBIET**

Opracowanie i druk publikacji był możliwy  
dzięki wsparciu finansowemu OPEN SOCIETY INSTITUTE

ISBN 978-83-88568-30-5

Publikacja została opracowana przez Małgorzatę Dziewanowską

Konsultacja prawna : mec. Monika Gąsiorowska  
Stan prawny na dzień 31 sierpnia 2009

Wydawca:  
FEDERACJA NA RZECZ KOBIET  
I PLANOWANIA RODZINY  
ul. Nowolipie 13/15, 00-150 Warszawa  
tel./fax 0 22 635 93 95  
e-mail: [federacja@federa.org.pl](mailto:federacja@federa.org.pl)  
[www.federa.org.pl](http://www.federa.org.pl)

# SPIS TREŚCI

<b>PRAWA PACJENTA</b> .....	<b>3</b>
Prawo do świadczeń zdrowotnych .....	4
Prawo do informacji .....	5
Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych .....	6
Prawo do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych .....	7
Prawo do poszanowania intymności i godności .....	8
Prawo dostępu do dokumentacji medycznej .....	9
Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza .....	10
Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego .....	11
Karta Praw Pacjenta .....	12
Europejska Karta Praw Pacjentów .....	13
<b>RZECZNIK PRAW PACJENTA</b> .....	<b>15</b>
<b>UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b> .....	<b>18</b>
<b>ANTYKONCEPCJA</b> .....	<b>20</b>
Dostęp do antykoncepcji osób małoletnich .....	22
<b>STERYLIZACJA</b> .....	<b>24</b>
<b>SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE</b> .....	<b>25</b>
<b>OPIEKA OKOŁOPORODOWA</b> .....	<b>29</b>
<b>POCHÓWEK PŁODÓW</b> .....	<b>37</b>
<b>PROBLEMATYKA HIV/AIDS</b> .....	<b>39</b>
<b>PRAWO DO PRZERYWANIA CIĄŻY</b> .....	<b>43</b>
Prawo do przerwania ciąży w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia kobiety .	44
Prawo do przerwania ciąży w sytuacji, gdy płód obciążony jest wadami rozwojowymi lub genetycznymi .....	45
Prawo do przerwania ciąży pochodzącej z czynu zabronionego .....	46
Procedura udzielania świadczenia przerwania ciąży .....	48
Prawo kobiety małoletniej do przerwania ciąży .....	50
Kto może wykonać zabieg usunięcia ciąży? .....	50
Co robić gdy lekarz odmawia wykonania świadczenia? .....	51
<b>BADANIA PRENATALNE</b> .....	<b>52</b>
Program badań prenatalnych Narodowego Funduszu Zdrowia .....	54
<b>NIEPODJĘCIE LUB ODSTĄPIENIE OD LECZENIA</b> .....	<b>55</b>

<b>KLAUZULA SUMIENIA</b> .....	<b>56</b>
<b>PRZESTĘPSTWO ZGWAŁCENIA</b> .....	<b>58</b>
<b>PROFILAKTYKA NOWOTWOROWA</b> .....	<b>63</b>
Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy .....	64
<i>Rozwój nowotworu</i> .....	65
<i>Jak zapobiegać?</i> .....	65
<i>Dla kogo program?</i> .....	66
Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi .....	66
<i>Jak zapobiegać?</i> .....	67
<i>Dla kogo program?</i> .....	67
<b>OCHRONA PRAWNA</b> .....	<b>68</b>
1 Przełożony lekarza, dyrektor, kierownik placówki służby zdrowia .....	68
2 Rzecznicy Praw Pacjenta przy oddziałach NFZ .....	69
3 Rzecznik Praw Pacjenta .....	70
4 Rzecznik Praw Obywatelskich .....	70
5 Narodowy Fundusz Zdrowia .....	72
6 Konsultanci wojewódzcy .....	75
7 Postępowanie administracyjne .....	78
8 Postępowanie cywilne .....	78
9 Postępowanie karne .....	81
10 Postępowanie dyscyplinarne .....	83
11 Postępowania na szczeblu międzynarodowym – Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu .....	84

# PRAWA PACJENTA

Nowa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>1</sup> jest pierwszym aktem kompleksowo regulującym i porządkującym prawa przysługujące pacjentom. Uzupełnieniem jest istniejąca Karta Praw Pacjenta, która zawiera kompilację przepisów pochodzących z różnych ustaw z zakresu praw pacjentów. Karta Praw Pacjenta nie jest oficjalnym aktem prawnym. Jej celem jest zwiększenie świadomości pacjentów w zakresie przysługujących im uprawnień, zestawieniem praw i przepisów. Można więc w niej znaleźć informacje o konkretnych uprawnieniach i ich podstawie prawnej. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, albo problemów z odnalezieniem właściwego prawa w ustawie o prawach pacjenta, należy podierać się informacjami zawartymi w Karcie Praw Pacjenta. Z kolei sama ustawa o prawach pacjenta nie jest jedynym i wystarczającym aktem gwarantującym właściwe przestrzeganie praw pacjenta, a kwestie w niej poruszone nie stanowią wyczerpującego omówienia danego zagadnienia.

Aktami prawnymi regulujący problematykę ochrony zdrowia są m.in.:

- 1** Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.);
- 2** ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89);
- 3** ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.);
- 4** ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.);
- 5** ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.);
- 6** ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.);
- 7** ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411);
- 8** ustawa z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.);
- 9** ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529, z późn. zm.);
- 10** ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.);
- 11** ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 91, poz. 178, z późn. zm.);
- 12** ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.);

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku, Dz. U. z dnia 31 marca 2009 roku, nr 52, poz. 417

- 13** rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819);
- 14** rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514);
- 15** rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (Dz. U. Nr 100, poz. 503);
- 16** rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643);
- 17** rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich (Dz. U. Nr 104, poz. 1108).

### **Najistotniejsze prawa pacjenta to:**

## **Prawo do świadczeń zdrowotnych**

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

Każda pacjentka ma prawo do otrzymania świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, czyli takich, które zgodnie ze stanem współczesnej medycyny są najbardziej adekwatne do stanu jej zdrowia. Jednocześnie ten zapis kreuje obowiązek po stronie lekarza do ustawicznego kształcenia się i zaznajamiania się z nowoczesnymi metodami leczenia, które zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą powinien stosować w praktyce lekarskiej.

Zdarza się, iż na niektóre świadczenia zdrowotne pacjentka musi oczekiwać, albo z przyczyn ich chwilowej niedostępności, albo na skutek utworzenia się kolejki oczekujących. W takiej sytuacji prawo gwarantuje jej odpowiednie procedury ustalania kolejności dostępu do tych świadczeń, które mają być przede wszystkim przejrzyste, obiektywne i oparte na kryteriach medycznych. Nie sama kolejność zgłoszeń ma decydujące znaczenie, ale także stan zdrowia pacjentki, jej indywidualne zapotrzebowanie na dane świadczenie i możliwe skutki udzielenia bądź nieudzielenia świadczenia zdrowotnego w najbliższym czasie.

W przypadku gdyby pacjentka nie zgadzała się z diagnozą lekarza, albo miała co do niej jakiegokolwiek wątpliwości, może żądać zasięgnięcia opinii innego lekarza albo zwołania konsylium lekarskiego. Takie prawo obowiązuje lekarza przy udzielaniu jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych, a także pielęgniarkę lub położną, które mają w takiej sytuacji obowiązek skonsultować się z inną pielęgniarką lub położną. Ograniczeniem tego prawa jest uznanie żądania konsultacji za bezzasadne, co jednakże wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej. Wynika z tego, że lekarz, pielęgniarka lub położna mogą odmówić

zasięgnięcia opinii drugiej osoby, ale mają ustawowy obowiązek zaznaczenia takiego żądania, jak również i odmowy jego wypełnienia, w dokumentacji medycznej pacjentki. Taka regulacja daje prawo do domagania się wprowadzenia odpowiednich zapisów do karty zdrowia.

Ustawa zaznacza również, iż pacjentka ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia. Podkreślone zostało również prawo pacjentki do uzyskania świadczeń związanych z porodem. Ważne jest, iż w tych wypadkach lekarz nie ma prawa uzależniać udzielenia świadczenia od okazania dowodu ubezpieczenia zdrowotnego.

Obowiązkiem lekarza jest udzielanie świadczeń z należytą starannością. Rodzi to po stronie pacjentki prawo wymagania staranności, a także przestrzegania zasad etyki lekarskiej, określonych przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Ważne jest również to, iż ustawa zakłada, że pacjentka ma prawo wymagać, aby wszelkie usługi zdrowotne świadczone były w sposób fachowy, w warunkach sanitarnych spełniających standardy.

## Prawo do informacji

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

Prawo do informacji o stanie własnego zdrowia, a także o stanie zdrowia bliskich gwarantują zapisy dotyczące zakresu udostępnianej informacji, jej formy, warunkach jej prawidłowego udzielenia, kręgu osób upoważnionych do jej otrzymania i możliwościach odmowy jej przyjęcia. Zakres udzielanej informacji różni się w przypadku osób niepełnoletnich i pełnoletnich. Ustawa wprowadza również dodatkowe rozgraniczenie wiekowe, które wyznacza, również dla lekarza, granicę udzielania pełnej informacji o stanie zdrowia pacjentki. Osoby, które nie ukończyły 16 roku życia, mają prawo do informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. Oznacza to, iż prawdziwie pełną informację o stanie zdrowia niepełnoletniej pacjentki w tej sytuacji może otrzymać jej opiekun prawny lub faktyczny, który również jest zobowiązany do podejmowania na tej podstawie ważnych decyzji odnośnie zdrowia dziecka, przeprowadzanych zabiegów, terapii, prowadzonego leczenia. W wieku 16 lat pacjentka ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach. Jednym słowem, uzyskuje prawo do pełnej i wyczerpującej informacji na temat swojego stanu zdrowia, takiej samej, jaką otrzymują osoby pełnoletnie.

Ustawa przyznaje pacjentkom prawo do decydowania o tym, komu informacja zostanie udostępniona, co oznacza, iż bez zgody pacjentki lekarz nie ma prawa przekazania jej komukolwiek, nawet w minimalnym zakresie. Wyjątek oczywiście stanowi przypadek osoby małoletniej, gdzie obowiązkiem lekarza jest udostępnienie informacji na temat jej stanu zdrowia opiekunowi prawnemu lub faktycznemu; w przypadku jednakże osiągnięcia pełnoletniości nikt, nawet najbliższa rodzina, nie może bez jej zgody uzyskiwać takich informacji. Przekazanie jej, nawet w dobrej woli, osobom postronnym, może być istotnym naruszeniem praw pacjenta.

Ważnym zapisem ustawowym jest również to, że pacjentka ma prawo żądać, aby właściwa informacja o stanie zdrowia nie została jej przez lekarza udzielona. Podczas gdy lekarz ma obowiązek informowania pacjentki o wszelkich kwestiach związanych z jej stanem zdrowia, jedynie sama pacjentka może zdecydować o tym, czy właściwe informacje zostaną czy nie zostaną jej przekazane. Jest to więc warunkowane jedynie wolą pacjentki, a nie lekarza. Pacjentka ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie odnośnie diagnozy, stosowanej terapii, rozpoznaniu i wszystkich pozostałych udzielonych jej informacji. Również w zakresie dostępu do informacji mieści się powiadomienie pacjentki o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia i wskazania możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego takich świadczeń. Jeśli więc lekarz zdecyduje się nie leczyć pacjentki, jego obowiązkiem jest powiadomić ją o tym. W takim przypadku, gdy lekarz nie dokona tego odpowiednio wcześniej i nie dostarczy rzetelnej informacji o możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego w innej placówce, naruszy prawo pacjenta do informacji.

Kolejnym założeniem ustawowym jest dostępność wiedzy na temat przysługujących pacjentom praw, poprzez umieszczanie ich wykazu w formie pisemnej w miejscu ogólnodostępnym. Zobowiązany jest do tego każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. W przypadku, gdy pacjentka nie może się poruszać, informację na temat przysługujących jej praw udostępnia się w pomieszczeniu, w którym przebywa, w taki sposób, aby mogła się z nią zapoznać. Pacjentka ma prawo dostępu do informacji o rodzaju świadczeń, jakie udzielane są w danej przychodni, szpitalu, placówce opieki zdrowotnej, w szczególności dotyczy to profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych z środków publicznych.

## **Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych**

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

Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy wszelkich informacji na temat pacjentki i jej zdrowia uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Do wyjątków, kiedy lekarz nie jest zobowiązany do zachowania tajemnicy lekarskiej, zalicza się przypadki:

- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjentki lub innych osób;
- pacjentka lub jej przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjentce związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;
- ograniczenia tajemnicy lekarskiej wprowadzają inne, odrębne przepisy ustawowe.

Nie ma możliwości, aby lekarz zgodnie z obowiązującym prawem ujawnił informacje dotyczące jego pacjentki swojej rodzinie, znajomym, czy innym swoim pacjentom. Zapis jest szczególnie ważny, choć niestety często łamany w mniejszych społecznościach, gdzie informacje na temat stanu zdrowia pacjenta rozchodzą się z ogromną szybkością. Należy pamiętać, że jest to wyraz istotnego naruszenia prawa tego pacjenta do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji odnośnie jego stanu zdrowia, przebytych operacji, czy stosowanej terapii.

## Prawo do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych

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

Jest to prawo związane z prawem do informacji. Podstawą wyrażenia zgody, bądź nie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego musi być otrzymanie pełnej i wyczerpującej informacji na temat stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowania.

W tym przypadku również występuje rozgraniczenie wiekowe. Osoba, która nie ukończyła lat 16, nie ma uprawnienia do podejmowania samodzielnych decyzji, a w jej zastępstwie robi to opiekun. Jeśli małoletnia ukończyła 16 lat, ma prawo nie tylko do wyrażania zgody na proponowane leczenie, ale także do zgłaszania sprzeciwu, co skutkować może, przy jednoczesnym wyrażeniu zgody przez opiekuna, skierowaniem sprawy do sądu opiekuńczego, który zobowiązany będzie do podjęcia tej decyzji w zastępstwie za małoletnią i opiekuna.

W przypadku zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjentki, w tym także zabiegów operacyjnych, ustawa wymaga zgody pisemnej.

W innych przypadkach zgoda lub sprzeciw mają być wyrażone w sposób jasny, co oznacza, iż pacjentka właściwie poinformowana wyraziła wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom, bądź takiej woli nie przejawia. Ważne jest, aby takie decyzje, szczególnie te wyrażane ustnie, nie pisemnie, podparte były rzetelną i prawdziwą informacją w zakresie potrzebnym do podjęcia świadomego wyboru.

Zasady powyższe podlegają modyfikacji w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjentki, kiedy lekarz decyduje się podjąć interwencję medyczną bez wymaganej zgody. Są to przypadki, gdy obiektywnie oczekiwanie na wyrażenie zgody przez pacjentkę może stanowić dla niej zagrożenie utraty zdrowia lub życia. Lekarz powinien wtedy, w miarę możliwości, skonsultować swoją decyzję z innym lekarzem. W sytuacji gdy opiekun małoletniej nie wyraża zgody na świadczenie zdrowotne, lekarz może zwrócić się o wyrażenie takiej zgody do sądu opiekuńczego, jednakże w przypadkach niecierpiących zwłoki może swoją decyzję, w miarę możliwości, jedynie skonsultować z innym lekarzem. Takie zapisy mają na celu ochronę życia i zdrowia osób, które przykładowo są nieprzytomne, kontakt z nimi lub ich opiekunami jest utrudniony, albo działają oni w sposób niezgodny ze współczesną wiedzą medyczną.

## Prawo do poszanowania intymności i godności

*Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 roku, nr 52, poz. 417), Karta Praw Pacjenta, Konstytucja RP*

Prawo do godności jest fundamentalnym prawem każdego człowieka wynikającym również z Konstytucji RP. Obowiązuje zawsze i w stosunku do każdego, ze względu jednak na specyfikę stosunku pacjent – lekarz wymaga ono powtórzenia, szczególnie w zestawieniu z prawem do poszanowania intymności. Lekarz ma obowiązek odnosić się do pacjentki z szacunkiem i zrozumieniem, jak również podczas udzielania świadczeń zdrowotnych zapewnione powinny być takie warunki, aby pacjentka czuła się komfortowo i bezpiecznie. Ustawa przewiduje możliwość, aby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych obecna była osoba bliska, jednakże prawo to podlega ograniczeniu w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentki. Należy jednak pamiętać, że takie sytuacje muszą zostać odnotowane w dokumentacji medycznej.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą uczestniczyć inne osoby wykonujące zawód medyczny, ale tylko wtedy, kiedy ich obecność jest konieczna ze względu na rodzaj udzielanego świadczenia. Jednak, także w tym wypadku niezbędna jest zgoda pacjentki lub jej przedstawiciela, a także samego lekarza. W przypadku uczestnictwa osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentka ma prawo wyrazić sprzeciw, co powinno zostać uszanowane.

## Prawo dostępu do dokumentacji medycznej

*Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 roku, nr 52, poz. 417), Karta Praw Pacjenta, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. z 2001 roku, nr 83, poz. 903)*

Prawo dostępu do dokumentacji medycznej związane jest z obowiązkiem lekarza do prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentki i obowiązkiem placówki służby zdrowia do przechowywania takiej dokumentacji. Dane i informacje zawarte w takiej dokumentacji podlegają ochronie i stanowią również przedmiot tajemnicy lekarskiej, a udostępniane są jedynie pacjentce lub osobom przez nią upoważnionym.

Dokumentacja medyczna zawiera najważniejsze dane pacjentki, takiej jak imię i nazwisko, datę urodzenia, adres miejsca zamieszkania czy PESEL, a także opis stanu zdrowia i udzielanych świadczeń medycznych z datą ich sporządzenia. Dokumentacja może być udostępniana samej pacjentce, osobom przez nią upoważnionym, innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, a także niektórym organom władzy publicznej i Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Dokumentacja jest udostępniana w następujący sposób:

- do wglądu w jednostce służby zdrowia;
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu.

Na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nałożony jest obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej pacjentki przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Wyjątkiem są tutaj:

- dokumentacja pacjentki, która zmarła na skutek uszkodzenia ciała bądź zatrucia, która jest przechowywana lat 30 licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
- zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjentki przez okres lat 10, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
- skierowania na badania lub zlecenia lekarza, które są przechowywane przez lat 5, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania bądź zlecenia lekarza,
- dokumentacja medyczna dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Dopiero po upływie tych okresów dokumentacja jest niszczona.

Należy jednak zaznaczyć, iż w przypadku, gdy pacjentka decyduje się na wykonanie kopii, wyciągu albo odpisu własnej dokumentacji musi się liczyć z poniesieniem pewnych

kosztów. W chwili obecnej<sup>2</sup>, opłata za jedną stronę wyciągu lub odpisu nie może przekroczyć około 6 złotych, a za jedną stronę kopii około 60 groszy. Jeśli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej, można uzyskać z niej wyciąg, odpis albo kopię na elektronicznym nośniku danych za opłatą wynoszącą również maksymalnie około 6 złotych. Nie są to może bardzo wysokie koszty, jednakże w przypadku gdy pacjentka chce skopiować kilkaset stron swojej długoletniej dokumentacji może to stanowić bardzo duży problem, ze względów finansowych. Dlatego zawsze lepiej, szczególnie w przypadku długoletniego leczenia, starać się na bieżąco kompletować zestaw dokumentacji w domu, nie tylko aby mieć do niej stały dostęp, ale także po to, aby nie narażać się na jednorazowe ogromne koszty sporządzenia kopii bądź odpisów.

Bardzo ważnym elementem prawa dostępu do dokumentacji jest zapis, zabraniający jej udostępniania w przypadku zgonu pacjentki, jeśli uprzednio nie wyraziła ona na to zgody. Dotyczy to zarówno rodziny, jak i osób postronnych. Upoważnienie do wglądu w dokumentację medyczną powinno dla pewności zostać do takiej dokumentacji dołączone w formie pisemnej, z konkretnym wskazaniem osób, które mogą po śmierci pacjentki sporządzać odpisy, wyciągi lub kopie. Takie upoważnienie nabiera szczególnego znaczenia, w przypadku podejrzenia, iż zgon pacjentki nastąpił w wyniku błędu popełnionego przez lekarza.

Posiadanie pełnej dokumentacji medycznej ułatwia prowadzenie ewentualnego sporu sądowego z placówką lub lekarzem, sporządzenie pozwu sądowego, a także sformułowanie wniosków dowodowych, przedstawienie ich w sądzie i poparcie odpowiednimi zapisami przebiegu leczenia.

## Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

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

Nowym uregulowaniem prawnym jest wprowadzenie możliwości zgłoszenia sprzeciwu przez pacjenta, jeśli opinia albo orzeczenie lekarza mają wpływ na prawa albo obowiązki pacjentki, a pacjentka się z opinią lub orzeczeniem nie zgadza. Takie samo uprawnienie przysługuje przedstawicielowi ustawowemu pacjenta małoletniego. Według zapisów nowej ustawy wspomniany sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej<sup>3</sup> działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za jego pośrednictwem. **Ważne jest, aby nie przekroczyć terminu 30 – dniowego do wniesienia pisemnego sprzeciwu.**

- 2 Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 12 maja 2009 roku w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w pierwszym kwartale 2009 r., gdzie przeciętne wynagrodzenie wynosi 3185,61 złotego.
- 3 Zgodnie z nową ustawą ten organ ma wkrótce powstać

**Sprzeciw wymaga wyczerpującego uzasadnienia, włączając w to wskazanie odpowiedniego przepisu ustawy, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjenta. Stanowi to istotne utrudnienie dla pacjenta. Zaniedbanie wymogu skutkuje zwrotem sprzeciwu. Należy więc zawsze wskazać przepis prawa (ustawy, rozporządzenia itp.), który nadaje pacjentce naruszane przez lekarza prawo lub nakłada na nią powoływany w uzasadnieniu obowiązek.**

Informację na temat konkretnych przepisów prawa można uzyskać dzwoniąc na infolinię Rzecznika Praw Pacjenta na numer: 0-800-190-590 czynną od poniedziałku do piątku w godzinach od 9 do 21.

Komisja Lekarska powinna się składać z trzech lekarzy, z czego dwóch musi posiadać tą samą specjalizację co lekarz wydający opinię lub orzeczenie. Decyzje zapadać będą bezwzględna większością głosów, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu. Komisja przede wszystkim badać będzie dokumentację medyczną pacjentki, ale także może w miarę potrzeby przeprowadzić odpowiednie badanie. Od decyzji Komisji Lekarskiej nie będzie przysługiwać odwołanie.

## **Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego**

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

W procesie leczenia oprócz udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych, bardzo istotne są również dodatkowe czynniki, takie jak poszanowanie życia prywatnego pacjentki, umożliwienie jej kontaktu z bliskimi, bądź zapewnienie jej dodatkowej opieki nie polegającej wyłącznie na leczeniu. Każda pacjentka powinna więc mieć umożliwiony kontakt z innymi osobami, czy to telefoniczny, czy korespondencyjny, czy wreszcie osobisty. Ustawa nadaje również pacjentom prawo odmówienia takiego kontaktu, co powinno zostać w pełni uszanowane przez personel placówki służby zdrowia, który staje się jednocześnie gwarantem przestrzegania tego prawa.

Każda pacjentka ma także prawo do korzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Oznacza to tyle, że osoby bliskie mogą przebywać na terenie placówki służby zdrowia, pomagać pacjentce i wspierać ją w procesie leczenia i zdrowienia. Jednakże w tym wypadku ustawa zakłada, że pacjentka ponosi koszty realizacji tego prawa, a wysokość tych kosztów ustala kierownik zakładu. Ma on także obowiązek udostępnienia informacji o opłatach w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, łącznie ze sposobem ich ustalania, który powinien być jawny. Taki „cennik” powinien zawierać rzeczywiste koszty poniesione przez zakład opieki

zdrowotnej, czyli w przypadku gdyby obecność osoby bliskiej nie skutkowało poniesieniem jakichkolwiek kosztów, zakład nie ma prawa żądać takich opłat. W pewnym sensie ten przepis sankcjonuje stosowane często przez szpitale nieoficjalne „cenniki” określające opłaty za pobyt matek przy dziecku, czy męża przy kobiecie w okresie porodu czy połogu.

## Karta Praw Pacjenta

Karta Praw Pacjenta, która zawiera liczne dodatkowe uprawnienia jest ważnym dokumentem z punktu widzenia ochrony zdrowia i poszanowania praw człowieka.

Do najistotniejszych z punktu widzenia ochrony zdrowia kobiet praw zawartych w Karcie Praw Pacjenta zalicza się:

- 1 Prawo do ochrony zdrowia**
- 2 Prawo do otrzymania od farmaceuty w przypadku nagłego zagrożenia zdrowia lub życia bez recepty lekarskiej produktu leczniczego zastrzeżonego do wydawania na receptę w najmniejszym terapeutycznym opakowaniu z wyłączeniem środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów grupy I-R**
- 3 Prawo do złożenia skargi na lekarza i lekarza dentystę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej przy właściwej izbie lekarskiej** w przypadku podejrzenia postępowania sprzecznego z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza
- 4 Prawo do złożenia skargi na pielęgniarkę i położną do rzecznika odpowiedzialności zawodowej przy właściwej izbie pielęgniarek i położnych** w przypadku podejrzenia postępowania sprzecznego z zasadami etyki zawodowej oraz za zawnione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej

Karta Praw Pacjenta zawiera również dodatkowe zapisy, konkretyzujące uprawnienia pacjenta korzystającego z zakładów opieki zdrowotnej, takich jak przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie czy ambulatoria. Najważniejsze z nich dotyczą między innymi<sup>4</sup>:

- 1 Wyboru i zmiany lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej**, spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego. Przedmiotowa zmiana może nastąpić nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku, każdej kolejnej zmiany pacjent jest zobowiązany wnieść opłatę w wysokości 80 złotych – nie dotyczy to zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych przyczyn niezależnych od woli pacjenta z zastrzeżeniami wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa.

4 Wyciąg z Karty Praw Pacjenta

- 2 Prawa kobiet w ciąży oraz w okresie połogu do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentystry** oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia dla nich gwarantowane.
- 3 Dostępu do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych** finansowanych ze środków publicznych udzielanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie nie jest jednak wymagane do skorzystania ze świadczeń: ginekologa i położnika, dentystry, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zakażonych wirusem HIV, dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego.
- 4 Możliwości zarejestrowania się na wizytę u lekarza w szczególności: osobiście, przez osoby trzecie i telefonicznie** (§12 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643)).
- 5 Dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych, jeżeli pacjent nie jest osobą ubezpieczoną, a jest w okresie ciąży, porodu i połogu** (art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach).

Odrębne uprawnienia przysługują niekiedy osobom przebywającym lub szpitalom do pobytu w szpitalu. Karta Praw Pacjenta wymienia między innymi:

- 1 Prawo wyboru szpitala** spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia z zastrzeżeniami wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa.
- 2 Prawo wnioskowania o zasięgnięcie przez lekarza (udzielającego świadczeń zdrowotnych) opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego** w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych, jeżeli wyżej wymieniony lekarz uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej (art. 37 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).
- 3 Prawo do bezpłatnych środków farmaceutycznych i materiałów medycznych**, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia w szpitalu (art. 20 ust. 1 pkt 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej; art. 35 ustawy o świadczeniach).

## Europejska Karta Praw Pacjentów

Mówiąc o ochronie praw pacjenta nie należy zapominać o aktach powstałych na poziomie Unii Europejskiej. W 2002 roku organizacja Active Citizenship Network (Sieć Aktywnego Obywatelstwa) skupiająca około 100 organizacji z 30 krajów, we współpracy z 12 organizacjami z krajów Unii Europejskiej sporządziła Europejską Kartę Praw Pacjentów. Jest to dokument nieformalny i pozarządowy. Zawiera on 14 podstawowych praw pacjenta, których zagwarantowanie ma prowadzić do urzeczywistnienia w Europie „wysokiego

poziomu ochrony ludzkiego zdrowia”, co postuluje art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Celem jest również zapewnienie wysokiej jakości usług dostarczanych przez różne systemy ochrony zdrowia. Należy pamiętać, że Europejska Karta Praw Pacjentów jest jedynie postulatem, a nie obowiązującym prawem, jednakże wolą twórców było, aby każdy kraj dążył do realizacji zawartych w niej założeń, zgodnie z własnym systemem ochrony zdrowia. Przysługujące pacjentom prawa muszą być także powiązane ze spoczywającymi na nich obowiązkami, które wynikają bezpośrednio z uprawnień (np. prawo do profilaktyki powinno być powiązane z obowiązkiem pacjenta do ochrony własnego zdrowia poprzez jego stałe kontrolowanie).

Na końcu Karty umieszczone są trzy tzw. prawa aktywnego obywatela. Ich celem jest umożliwienie jednostkom i grupom obywateli promowanie, monitorowanie i poddawanie społecznej kontroli respektowanie praw pacjenta. W sumie więc w Europejskiej Karcie Praw Pacjentów umieszczonych zostało 17 postulatów, z których znaczna większość znajduje odzwierciedlenie w prawie polskim, a mianowicie:

- 1** Prawo do profilaktyki
- 2** Prawo dostępu do opieki medycznej
- 3** Prawo do informacji
- 4** Prawo do wyrażenia zgody
- 5** Prawo do wolnego wyboru
- 6** Prawo do prywatności i poufności
- 7** Prawo o poszanowaniu czasu pacjenta
- 8** Prawo o przestrzeganiu norm jakościowych
- 9** Prawo do bezpieczeństwa
- 10** Prawo do innowacji
- 11** Prawo do unikania niepotrzebnego cierpienia i bólu
- 12** Prawo do leczenia dostosowanego do potrzeb
- 13** Prawo do zażaleń
- 14** Prawo do rekompensaty
- 15** Prawo do podejmowania działań leżących w interesie ogółu
- 16** Prawo do działalności na rzecz przysługującym pacjentom praw
- 17** Prawo do uczestnictwa w kształtowaniu polityki zdrowotnej

# RZECZNIK PRAW PACJENTA

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

Ustawa powołuje instytucję Rzecznika Praw Pacjenta, który jest centralnym organem administracji rządowej. Jego zadaniem jest czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta określonych w ustawie. Rzecznik powoływany i odwoływany będzie przez Prezes Rady Ministrów i to on sprawować będzie nadzór nad jego działalnością. Przy wykonywaniu swoich obowiązków Rzecznik wspierany będzie przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, a także nie więcej niż dwóch zastępców. Rzecznik nie ma obowiązku mieć wykształcenia medycznego, ale takie wymaganie musi spełniać jeden jego zastępca.

Do zakresu działania Rzecznika należą m.in. kwestie jak:

- 1)** prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- 2)** prowadzenie postępowań w zakresie ochrony praw pacjenta;
- 3)** w sprawach cywilnych o ochronę praw pacjenta może żądać wszczęcia postępowania albo brać udział w toczącym się postępowaniu na prawach przysługujących prokuratorowi;
- 4)** opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;
- 5)** występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta, przy czym organy te mają 30 dni na ustosunkowanie się do tych wniosków;
- 6)** opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;
- 7)** współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
- 8)** przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta, dając im 30 dni na ustosunkowanie się;
- 9)** współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;
- 10)** analizowanie skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
- 11)** wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów.

Każdy może złożyć wniosek do Rzecznika w przypadku gdy jego prawa pacjenta zostały naruszone lub gdy istnieje duże prawdopodobieństwo, że tak się stało. Wniosek musi być

pisemny i podpisany, gdyż Rzecznik nie rozpatruje spraw anonimowych. Konieczne jest również oznaczenie pacjenta, którego wniosek dotyczy, a także zwięzłe opisanie stanu faktycznego. Wniosek jest wolny od opłat. Rzecznik może również podjąć postępowanie wyjaśniające z własnej inicjatywy, jeśli uzyska informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie praw pacjenta.

Po zapoznaniu się ze sprawą Rzecznik może ją podjąć bądź nie, może ją przekazać według właściwości do innego organu albo może wskazać pacjentowi, jakie przysługują mu środki prawne do dochodzenia swoich praw. W każdym wypadku ma obowiązek zawiadomić wnioskodawcę o podjętej decyzji lub działaniach. Jeśli Rzecznik zdecyduje o podjęciu sprawy, może albo samodzielnie prowadzić postępowanie wyjaśniające, albo może zwrócić się do innych właściwych organów o zbadanie sprawy. Takimi organami mogą być organy nadzoru, prokuratury, kontroli państwowej, zawodowej lub społecznej, w zależności od kwestii i kompetencji.

Ustawa wskazuje, że Rzecznik ma dość rozległe możliwości samodzielnego badania zgłaszanych problemów. Przede wszystkim może on zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu, może żądać złożenia wyjaśnień, przedstawienia akt spraw prowadzonych przez organy administracji państwowej, rządowej, organy organizacji pozarządowych, organy jednostek samorządu terytorialnego, a także samorządy zawodów medycznych. Może również występować do sądów, prokuratury i innych organów ścigania z żądaniem udostępnienia informacji o stanie sprawy, a także ma uprawnienie do wglądu w akta sprawy po zakończeniu postępowania i zapadnięciu rozstrzygnięcia. W jego gestii leży również zlecenie ekspertyz i opinii do prowadzonych spraw.

Ważne jest, iż Rzecznik może odmówić ujawnienia danych pacjentki, której sprawą się zajmuje, jeżeli uzna, że jest to niezbędne w celu ochrony jej praw. W przypadku gdyby prowadzone przez Rzecznika działania nie potwierdziły naruszenia praw pacjentki, obowiązkowo powiadamia on nie tylko wnioskodawczynię, ale także podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, którego wniosek dotyczył. Ważne jest również, że wnioskodawczyni w takim przypadku, zgodnie z art. 127 kodeksu postępowania administracyjnego przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

W przypadku uwzględnienia wniosku, Rzecznik formułuje opinie lub wnioski co do sposobu załatwienia sprawy i kieruje je do właściwego organu, organizacji czy instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie praw pacjentki, albo zwraca się do organu nad tą jednostką nadrzędnego. Może także żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania odpowiednich sankcji służbowych, w stosunku do osób odpowiedzialnych za naruszenia. Wszelkie te działania nie mogą jednak naruszać niezawisłości sędziowskiej, co oznacza, że Rzecznik nie ma prawa podważać prawomocnych decyzji zapadających w sądzie.

Organ, organizacja lub instytucja, do których skierowane zostało wystąpienie, są obowiązane poinformować Rzecznika o podjętych działaniach lub o swoim stanowisku odnośnie danej sprawy. Ustawa daje im na to maksymalnie 30 dni. Jeśli Rzecznik ciągle nie będzie usatysfakcjonowany, może zwrócić się do właściwego organu nadrzędnego z wnioskiem o podjęcie odpowiednich środków w celu rozwiązania sprawy.

Rzecznik Praw Pacjenta, z założenia ma być niezależny i funkcjonować na podobnych zasadach, jak Rzecznik Praw Obywatelskich. Oferowana przez niego ochrona praw pacjenta, jak również i procedury występowania do tego organu z prośbą o pomoc powinny być łatwo dostępne dla obywateli i skuteczne w działaniu. Czasem jednak skierowanie sprawy do organu mieszczącego się w odległej miejscowości może być procesem zbyt długotrwałym i uciążliwym. Wówczas, można skontaktować się z Rzecznikiem Praw Pacjenta przy oddziale NFZ, który powołany został na terenie każdego województwa.

Dane kontaktowe do Rzeczników Praw Pacjenta przy oddziałach NFZ:

- 1 Narodowy Fundusz Zdrowia - Centrala**, ul. ul. Koszykowa 78, 00-671 Warszawa, Aleksandra Piątek, tel. (22) 572-61-55, faks: (22) 572-63-41, rzecznikprawpacjenta@nfz.gov.pl
- 2 Dolnośląski OW NFZ**, ul. Dawida 2, pokój 15, 50-525 Wrocław, Małgorzata Sadowy-Piątek, tel. (71) 797-91-49, rzecznikpp@nfz-wroclaw.pl
- 3 Kujawsko-Pomorski OW NFZ**, ul. J. Słowackiego 3, pokój 6, 85-071 Bydgoszcz, Mariola Tuszyńska, tel. (52) 325-27-37, mariola.tuszynska@nfz-bydgoszcz.pl
- 4 Lubelski OW NFZ**, ul. Szkolna 16, pokój 2, 20-124 Lublin, Krystyna Domańska, tel. (81) 531-05-45, krystyna.domanska@nfz-lublin.pl
- 5 Lubuski OW NFZ**, ul. Podgórna 9B, pokój 5, 65-057 Zielona Góra, Anna Gwara, tel. (68) 328-76-76, godz. pracy: pon. oraz śr.-pt. 8-16, wt. 8-18, a\_gwara@nfz-zielonagora.pl
- 6 Łódzki OW NFZ**, ul. Żeligowskiego 32/34, 90-032 Łódź, Małgorzata Zalewska, tel. (42) 275-41-44, rzecznikpp@nfz-lodz.pl
- 7 Małopolski OW NFZ**, ul. Batorego 24, 31-135 Kraków, Tomasz Filarski, tel. (12) 298-83-03, t.filarski@nfz-krakow.pl
- 8 Mazowiecki OW NFZ**, ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa, Władysława Wójcik, tel. (22) 582-84-15, 582-84-16, rpp@nfz-warszawa.pl
- 9 Opolski OW NFZ**, ul. Głogowska 37, pokój nr 7, 43-315 Opole, Elwira Bielak, tel. (77) 402-01-82, godz. pracy: pon.-pt. 8-16, e\_bielak@nfz-opole.pl
- 10 Podkarpacki OW NFZ**, ul. Zamkowa 8, 35-032 Rzeszów, Jadwiga Woś, tel. (17) 860-41-70, rzecznik\_praw@nfz-rzeszow.pl
- 11 Podlaski OW NFZ**, ul. Pałacowa 3, pokój 1, 15-042 Białystok, Anna Zajkowska-Głowacka, tel. (85) 745-95-77, dział skarg: tel. (85) 745 95 76, aglowacka@nfz-bialystok.pl
- 12 Pomorski OW NFZ**, ul. Podwale Staromiejskie 69, 80-844 Gdańsk, Jadwiga Styczeń, tel. (58) 321-86-36, rzecznik.praw.pacjenta@nfz-gdansk.pl
- 13 Śląski OW NFZ**, ul. Kossutha 13, pokój nr 109, 40-844 Katowice, Maria Kukawska, tel. (32) 735-17-07, mkukawska@nfz-katowice.pl
- 14 Świętokrzyski OW NFZ**, ul. Jana Pawła II 9, pokój 023, 25-025 Kielce, Wojciech Mazur, tel. (41) 364-61-06, godz. pracy: pon.-pt. 8-16 rzecznik.praw.pacjenta@nfz-kielce.pl

- 15 Warmińsko-Mazurski OW NFZ**, ul. Żołnierska 16, pokój 1, 10-561 Olsztyn, Ewa Szuba, godziny pracy: pon. godz. 10-18, wt.-pt. godz. 8-16, tel. (89) 539-97-93, ewa.szuba@nfz-olsztyn.pl
- 16 Wielkopolski OW NFZ**, ul. Piekary 14/15, pokój 608, 609, 61-823 Poznań, Jolanta Andrzejewska, tel./faks (61) 850-60-75, jolanta.andrzejewska@nfz-poznan.pl
- 17 Zachodniopomorski OW NFZ**, ul. Arkońska 45, pokój 4, 71-470 Szczecin, Bogumiła Machowicz, tel. (91) 425 10 50, tel./faks (91) 425-10-52, godz. pracy: pon.-pt. 8-16, bogumila.machowicz@nfz-szczecin.pl

## UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 roku, nr 210, poz. 2135)*

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych znajduje się bardzo szczegółowy wykaz osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, a także dodatkowe informacji o organach zobowiązanych do dokonania zgłoszenia jednostki w celu objęcia jej ubezpieczeniem.

Do najistotniejszych grup podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu należą:

- pracownicy w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,
- rolnicy lub ich domownicy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- osoby prowadząca działalność gospodarczą,
- osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, albo innej umowy o świadczenie usług,
- osoby pobierające emeryturę lub rentę, przy czym do ubezpieczenia zgłoszenia dokonuje ZUS,
- uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli, przy czym do ubezpieczenia zgłaszają szkoły lub zakłady kształcenia,
- studenci i uczestnicy studiów doktoranckich niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, przy czym do ubezpieczenia zgłoszenia dokonuje szkoła wyższa lub jednostka prowadząca studia doktoranckie,
- bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, przy czym do ubezpieczenia zgłasza właściwy powiatowy urząd pracy,
- osoby korzystające z urlopu wychowawczego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, przy czym do ubezpieczenia zgłoszenia dokonuje w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do ZUS pracodawca,
- osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Bez względu jednak na posiadanie lub nie ubezpieczenia zdrowotnego, ze świadczeń opieki zdrowotnej mogą także korzystać:

- osoby, które nie ukończyły 18 roku życia,
- kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu.

Wówczas nie wymagane jest przedstawienie dowodu ubezpieczenia, ani nawet posiadania jakiegokolwiek tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, obowiązkowym czy dobrowolnym, gdyż placówki służby zdrowia są zobowiązane do udzielenia niezbędnych świadczeń medycznych, które są finansowane ze środków publicznych. Mogą jednak żądać potwierdzenia uprawienia do korzystania ze świadczeń.

Wyjątkiem są również absolwenci szkół średnich i wyższych, którzy zachowują prawo do bezpłatnej opieki medycznej przez okres 4 miesięcy od zakończenia nauki, którą jest zarówno ukończenie szkoły lub szkoły wyższej, jak również skreślenie z listy uczniów lub studentów.

Ustawa daje również prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym obowiązkowym czy dobrowolnym, jeśli są one obywatelami polskimi, zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz spełniają określone kryterium dochodowe (określone w ustawie o pomocy społecznej).

Decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania pacjentki jest dokumentem potwierdzającym prawo osoby nie ubezpieczonej do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych. Taka decyzja wydawana jest na wniosek pacjentki, właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu lub z inicjatywy organu gminy. W przypadku stanu nagłego, z wnioskiem może zgłosić się placówka służby zdrowia udzielająca świadczenia, pod warunkiem wystąpienia z nim niezwłocznie po udzielenie świadczenia. Decyzja jest ważna przez okres 90 dni. Rozpoczyna on swój bieg w chwili wydania, bądź w chwili rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych. Okres ulega skróceniu, jeśli pacjentka zostanie w jego trakcie objęta ubezpieczeniem zdrowotnym wynikającym z jakiegokolwiek podstawy. Jeśli okaże się, że okres 90 dni nie jest wystarczający, a pacjentka nie jest ciągle uprawniona do korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego na innej podstawie, konieczne staje się ponowne wystąpienie z wnioskiem o wydanie kolejnej decyzji. Koszty udzielonych na podstawie takiej decyzji świadczeń finansowane są z budżetu państwa.

Istnieje także możliwość poddania się dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Osoby, które chciałyby zostać objęte tym ubezpieczeniem muszą spełniać odpowiednie warunki zapisane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Aby zostać objętym ubezpieczeniem dobrowolnym w pierwszej kolejności należy złożyć we właściwym wojewódzkim oddziale NFZ wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Następnym krokiem jest zawarcie umowy z NFZ. Objęcie ubezpieczeniem następuje z dniem określonym w umowie, nie wcześniej jednak niż z dniem złożenia wniosku. Ustaje natomiast z dniem jej rozwiązania lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek. Jednakże prawo do świadczeń zdrowotnych

przysługuje jeszcze przez 30 dni od dnia rozwiązania umowy. Objęcie ubezpieczonego dobrowolnie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym powoduje wygaśnięcie umowy zawartej z NFZ.

## ANTYKONCEPCJA

*Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 roku, nr 17, poz. 78), Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2007 roku, nr 97, poz. 646), Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 roku, nr 210, poz. 2135), ustawa z dnia 6 września 2001 roku wprowadzająca ustawę prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. z 2001 roku, nr 126, poz. 1382), ustawa z dnia 6 września 2001 roku prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2001 roku, nr 126, poz. 1381)*

Organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, powinny w zakresie swoich kompetencji zagwarantować obywatelom swobodny dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji, w tym do poradnictwa i środków antykoncepcyjnych. W ramach tych obowiązków mieści się więc nie tylko zapewnienie właściwego zaplecza medycznego, ale także zapewnienie dostępności różnych środków.

W roku 1993 ustawą o planowaniu rodziny uregulowano kwestie antykoncepcji. Już w preambule do ustawy znajduje się zapis, iż uznaje się „prawo każdego do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz prawo dostępu do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa”. W jednym z pierwszych zaś artykułów zapisane jest, iż organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego zobowiązane są w zakresie własnych kompetencji zapewnić swobodny dostęp do metod i środków służących dla świadomej prokreacji, rozumianych jako właściwej jakości poradnictwo i dostęp do metod regulacji poczęć.

Jednym z internetowych poradników o antykoncepcji jest strona [www.pigułka.com](http://www.pigułka.com)

W latach 1993 – 1998 na liście refundowanych leków znajdowało się 8 hormonalnych preparatów antykoncepcyjnych. Co jednak jest istotne to fakt, iż nie zostały one na nią wpisane ze względu na swoje działania antykoncepcyjne, ale z innych przyczyn leczniczych. W marcu 1998 roku rząd zaprzestał refundowania większej części środków ograniczając ich liczbę do 3. Ostatecznie status quo z tego roku zostało potwierdzone ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, która wprowadza definicje leków refundowanych, do których należą leki podstawowe i uzupełniające. W żadnej

definicji nie zostały uwzględnione preparaty antykoncepcji hormonalnej, co powoduje uzasadnioną obawę, że środki te mogą zupełnie zniknąć z listy refundacyjnej.

Obecnie na liście refundacyjnej znajdują się jedynie 4 preparaty antykoncepcji hormonalnej. Są to leki starej generacji, zaliczone w poczet leków refundowanych na podstawie ich działania leczniczego. Na rynku można dostać środki nie refundowane, kilkukrotnie droższe, choć także bezpieczniejsze, ze zmniejszoną dawką hormonów i lepsze dla zdrowia kobiet. Na ich stosowanie może sobie jednak pozwolić niewielki odsetek dobrze sytuowanych kobiet.

Oprócz wymienionych wyżej środków w Polsce dostępne są także domaciczne wkładki antykoncepcyjne (tzw. spirale domaciczne), plastry antykoncepcyjne i antykoncepcja postkoitalna (tzw. po stosunku) – również nie refundowane. W przypadku środków tzw. „72 godziny po stosunku” pojawia się również dodatkowy problem, a mianowicie fakt, iż lekarze potrafią odmówić wypisania recepty na ten środek zasłaniając się klauzulą sumienia. Wynika to z faktu mylenia antykoncepcji postkoitalnej z środkami wczesnoporonnymi. Istotne jest, iż receptę na jedyny, dostępny obecnie na polskim rynku środek możliwy do zastosowania w 72 godziny po stosunku, może wypisać każdy lekarz, w tym lekarz dentysta czy nawet weterynarz.

Wszystkie hormonalne środki antykoncepcyjne wydawane są jedynie na receptę. Taką receptę może wystawić każdy lekarz, nawet ten, który prowadzi prywatną praktykę, jeśli tylko zawarł umowę z odpowiednim wojewódzkim oddziałem NFZ, która upoważnia go do tego.

Lekarz może jednorazowo wypisać pacjentce receptę na maksymalnie 6 miesięcy. Taka recepta musi zostać zrealizowana najpóźniej w terminie 30 dni. Obecnie wiele aptek stosuje praktykę sporządzania tzw. „odpisów”. Polega to na wydaniu mniejszej liczby opakowań, niż zostało wypisanych na receptie i wydrukowanie odpisu, na którym umieszcza się liczbę opakowań, która nie została wydana. Z takiego odpisu zazwyczaj również można skorzystać w przeciągu 30 dni, oczywiście jedynie w aptece, która go wypisała. Stanowi to ułatwienie dla kobiet, których nie stać na jednorazowe wykupienie zapasu środków antykoncepcyjnych na okres 6 miesięcy, umożliwiając im realizację recepty, a następnie comiesięczne realizowanie odpisów.

Lekarz, który wypisuje receptę na odpowiedni środek antykoncepcyjny, powinien wcześniej przeprowadzić wywiad z pacjentką i wykonać podstawowe badania, aby właściwie określić wskazania i przeciwwskazania do stosowania doustnej antykoncepcji hormonalnej. Odmowa jednakże wypisania recepty na podstawie ich „ogólnej szkodliwości” nie jest możliwa, gdyż wszystkie leki znajdujące się w aptekach, przeszły odpowiednie testy i badania dopuszczające je do sprzedaży i użytku w Polsce, a więc wyeliminowana została obawa, iż są „ogólnie szkodliwe”.

Apteki funkcjonujące na polskim rynku są związane zapisami ustawy prawo farmaceutyczne. Wprowadza ona zapis, iż każda apteka jest zobowiązana do posiadania

na stanie produktów leczniczych, do których zaliczyć możemy hormonalną antykoncepcję doustną, jak również i wyrobów medycznych, czyli prezerwatyw czy spirali domacicznych. Ilość i asortyment powinny być dostosowane do zaspokojenia potrzeb ludności mieszkającej na danym obszarze. Jeśli okaże się, iż w danej aptece nie ma bądź zabrakło jakiegoś z wymienionych wyżej środków kierownik apteki powinien po uzgodnieniu z klientem dogodnego terminu, sprowadzić dany lek lub produkt.

Farmaceuta nie ma prawa odmówić wydania środków przepisanych przez lekarza. Farmaceuta nie ma uprawnienia powoływania się na tzw. „klauzulę sumienia”, motywując swoją odmowę własnymi przekonaniem i światopoglądem. Kierownicy aptek nie mogą również wycofywać z asortymentu produktów leczniczych lub wyrobów medycznych jedynie w oparciu o osobiste przekonania. W przypadku odmowy należy bezzwłocznie skontaktować się z Rzecznikiem Praw Pacjenta.

Na pracowników aptek nałożony jest obowiązek udzielania informacji o produkcie leczniczym czy wyrobie medycznym. Informacje mają być rzetelne i prawdziwe, oparte na faktach i mające potwierdzenie w rzeczywistości.

## Dostęp do antykoncepcji osób małoletnich

*Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 roku, nr 17, poz. 78), kodeks karny, ustawa z dnia 29 sierpnia 10097 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 roku, nr 133, poz. 883), kodeks cywilny*

Dostęp do antykoncepcji jest szczególnie ograniczony w przypadku osób małoletnich. Ponieważ nie mają one możliwości samodzielnego podejmowania decyzji, ogranicza to także ich dostęp do świadczeń zdrowotnych, co wpływa znacząco na spadek ochrony ich praw reprodukcyjnych i seksualnych. Osoby poniżej 16 roku życia nie mają prawa decydowania o swoim zdrowiu, leczeniu i przyjmowanych środkach, gdyż wszystkie te decyzje należą wyłącznie do rodzica bądź opiekuna. Między 16 a 18 rokiem życia wymagana jest już zgoda kumulatywna, która daje małoletniej możliwość wyrażenia opinii i jeśli byłaby ona sprzeczna z opinią opiekunów, ostateczną decyzję podejmuje sąd opiekuńczy. Dopiero osiągnięcie pełnoletności daje prawo do samostanowienia w zakresie ochrony zdrowia.

Przepis kodeksu karnego dotyczący zakazu czynności seksualnych z osobą małoletnią wprowadza odrębną granicę wiekową. Stanowi on mianowicie, iż karane są jedynie czynności seksualne z osobami poniżej 15 roku życia, a powyżej tej granicy współżycie jest już dozwolone. Ustawa o zawodzie lekarza nie przyznaje jednak małoletnim pacjentkom prawa do samodzielnej ochrony swojego zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego, aż do osiągnięcia pełnoletności. Oznacza to, że zgodnie z regulacjami prawnymi kobiety poniżej 18 roku

życia mogą korzystać ze współczesnych metod antykoncepcyjnych jedynie pod nadzorem rodziców i za ich zgodą, ale mają prawo samodzielnie decydować o podjęciu współżycia. Stoi to w sprzeczności nie tylko z logiką, ale także z praktyką.

Lekarze, którzy odmawiają przepisania recepty na środki antykoncepcyjne często zasłaniają się faktem, że małaletnia może nie mieć dostatecznej wiedzy na temat swojego stanu zdrowia czy chorób dziedzicznych w rodzinie, co może owocować negatywnymi skutkami w połączeniu z przyjmowaną antykoncepcją. W sytuacji gdyby zdrowie małaletniej uległo pogorszeniu odpowiedzialnością obarczony byłby lekarza, który nie skonsultował swoich działań z opiekunami. Czasem zdarzają się również przypadki powoływania się na „klauzulę sumienia”, która daje lekarzowi możliwość odmowy świadczenia niezgodnego z jego sumieniem.

Szerokie kompetencje opiekunów małaletniej w zakresie decydowania o jej stanie zdrowia i podejmowanych interwencjach medycznych budzą także inne wątpliwości. Z ustawy wynika, że rodzic bądź opiekun mają prawo dostępu do wszelkich informacji na temat stanu zdrowia małaletniej, stosowanych przez nią leków, poddawanych się leczeniom i diagnozach na przyszłość. Jednocześnie jednak nakłada się na lekarza obowiązek zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z pacjentką, co jest również chronione zapisami kodeksu cywilnego o ochronie dóbr osobistych i ustawy o ochronie danych osobowych, która do informacji wrażliwych zalicza informacje o życiu seksualnym jednostki. Nie daje to jednak małaletniej prawa do korzystania z tych zapisów wobec lekarza, który ujawnił informacje na jej temat opiekunom. Z jednej strony jest więc chroniona tajemnicą lekarską jako pacjentka, ale już nie jako małaletnia. Taka regulacja może zniechęcać niepełnoletnie kobiety do korzystania z usług lekarzy ginekologów i mieć negatywny wpływ na stan ich wiedzy w zakresie współczesnych metod zabezpieczania się przed niechcianą ciążą i chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Kontakt z lekarzem jest szczególnie istotny w przypadku, kiedy małaletnia nie ma zapewnionej odpowiedniej edukacji seksualnej w szkole. Okazuje się, iż pomimo nałożenia na szkoły obowiązku wprowadzenia przedmiotów z zakresu wiedzy o życiu seksualnym człowieka i środkach świadomej prokreacji, nie wszystkie placówki wywiązują się z tego obowiązku. Czasem również okazuje się, że zajęcia w szkole, prowadzone są przez osoby nieprzygotowane, a przekazywane informacje są nieprawdziwe. Najnowsze badania z zakresu edukacji prowadzone były przez Grupę Edukatorów Seksualnych, a z ich wynikami można zapoznać się na stronie PONTONU.

## STERYLIZACJA

W systemie prawa polskiego nie ma regulacji, które by w sposób jednoznaczny odnosiły się do zabiegów sterylizacji. Nie została ona również uznana za jedną z metod kontroli płodności dostępną zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn. Istnieje pogląd, iż zabieg sterylizacji został prawnie zabroniony i uznany za przestępstwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci pozbawienia człowieka zdolności płodzenia (art. 156 Kodeksu karnego). Sprawia to, iż sterylizacja na życzenie, stosowana jako metoda antykoncepcyjna jest w Polsce praktycznie niedostępna.

Wykładnia powyższa przepisu musi jednak budzić poważne wątpliwości. Regulacja karna ma na celu ochronę człowieka przed działaniami, które w sposób znaczny wpływają na pogorszenie jego jakości życia. Wynika to z umieszczenia w jednym szeregu zapisów dotyczących „pozbawienia zdolności płodzenia” i „spowodowania innego ciężkiego kalectwa”. Z tego wynika, iż zamiarem ustawodawcy była ochrona przed działaniami niepożądanymi, powodującymi daleko idący dyskomfort. Trudno jest więc odnieść takie założenia bezpośrednio do sterylizacji na życzenie, która w swoim zamiarze ma właśnie wpłynąć na poprawę jakości życia osoby na nią się decydującej.

Sterylizacja, jako metoda antykoncepcyjna, ma za zadanie nie tylko chronić przed niechcianą ciążą, ale także poprawiać jakość życia poprzez zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i pewności w przypadku realizacji planów rodzinnych czy zawodowych. Ponadto, może stanowić alternatywę dla osób, które nie mogą stosować innych metod antykoncepcyjnych.

W krajach, w których dozwolone jest jej stosowanie, kobiety decydują się na ten krok w przypadku gdy:

- nie chcą mieć już więcej dzieci,
- nie mogą lub nie chcą stosować innych metod antykoncepcyjnych,
- nie chcą przekazywać potomstwu chorób lub wad wrodzonych,
- ciąża może zagrażać ich życiu lub zdrowiu.

Zaletą sterylizacji jest to, iż nie powoduje ona praktycznie żadnych skutków ubocznych. Ma bardzo wysoką skuteczność, jednocześnie nie wpływając w istotny sposób na czynności hormonalne narządów płciowych, a także na możliwości seksualne jednostki. Zapewnia komfort i poczucie bezpieczeństwa osobom, które w sposób świadomy podjęły decyzję o trwałym i nieodwracalnym pozbawieniu się możliwości posiadania dzieci. W niektórych przypadkach, może stanowić także jedyną skuteczną metodę gwarantującą całej rodzinie poczucie stabilizacji, zarówno emocjonalnej jak i materialnej, co ma szczególne znaczenie w najniższych i najbiedniejszych partiach społeczeństwa.

Należałoby więc wywieść z tego wniosek, iż sterylizacja stosowana jako metoda antykoncepcyjna, nie godzi w dobro chronione prawnie, ale wręcz wpływa na poprawę jakości życia, często nie tylko jednostki ale całych rodzin, a także jest przejawem realizacji prawa do świadomego planowania rodziny, zagwarantowanego ustawowo. Jeśli zatem pacjentka nie ma możliwości korzystania z innych metod antykoncepcyjnych o porównywalnie wysokiej skuteczności, niemożliwe staje się urzeczywistnienie prawa do świadomej prokreacji i świadomego rodzicielstwa. W sposób znaczny ogranicza więc to uprawnienia jednostki w zakresie jej praw reprodukcyjnych i seksualnych. Również w licznych aktach międzynarodowych pojawiały się postulaty, iż sterylizacja powinna być dostępna jako metoda kontroli płodności, a wszelkie jej ograniczenia stanowią przejaw dyskryminacji jednostki i w sposób znaczący wpływają na redukcję jej uprawnień.

W Polsce legalna pozostaje jedynie sterylizacja stosowana w celu leczniczym, czyli przykładowo w sytuacji, gdy ciąża lub poród stanowiłyby zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety. Interpretacja „celu leczniczego” niestety ciągle jest bardzo wąska i mieści w sobie niewiele przypadków. Wydaje się, iż brane pod uwagę jest jedynie zdrowie w aspekcie fizycznym, a zupełnie pomija się zdrowie psychiczne, w którym mieści się prawo do samorealizacji, do samodecydowania, poczucie bezpieczeństwa, wolność wyboru i wolność od strachu, lęku, niepewności.

W rzeczywistości, zawężające rozumienie pojęcia „sterylizacji leczniczej” i rozszerzające stosowanie karnego przepisu dotyczącego „pozbawienia zdolności płodzenia” w sposób prawie całkowity, a jednocześnie nielogiczny ze społecznego punktu widzenia, zdelegalizowały tą metodę regulacji poczęć, doprowadzając do sytuacji, w której brak jednoznacznego zakazu, oznacza jego istnienie w sposób domyślny.

## SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 roku, nr 210, poz. 2135), załącznik do tej ustawy z wykazem świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych*

Nawstępnie warto zaznaczyć, że leczenie niepłodności nie znajduje się w wykazie świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych, czyli w tzw. „negatywnym koszyku świadczeń”. Oznaczać to powinno, iż procedury związane z leczeniem niepłodności przysługują pacjentkom na zasadzie bezpłatności. Praktyka jednak wypracowała stanowisko nieco odmienne i uzależniła finansowanie takich świadczeń z środków publicznych od ich rodzaju. Umowy na leczenie niepłodności NFZ zawierać może z poradniami ginekologiczno – położniczymi, a także z poradniami leczenia niepłodności. W zależności od tego jaki jest stopień trudności leczenia danego przypadku, może się ono odbywać w poradni

ginekologiczno – położniczej, jeśli nie jest zbyt skomplikowany, lub kierowany powinien być bezpośrednio do kliniki leczenia niepłodności, w przypadkach wymagających dodatkowych specjalistycznych badań czy procedur. W ramach wszystkich zabiegów finansowane powinny być zarówno wizyty lekarskie, jak też zlecane badania diagnostyczne, chyba, że nie mogą one być wykonane ambulatoryjnie. W tym wypadku lekarz powinien wystawić skierowanie do szpitala.

Samo leczenie niepłodności nie wyczerpuje jednak zagadnienia, gdyż konieczne jest również poruszenie zagadnień związanych z procedurami wspomaganego zapłodnienia, które obecnie w Polsce wzbudzają wiele kontrowersji. Chodzi mianowicie o procedury sztucznego zapłodnienia, między innymi zapłodnienie in vitro.

Do metod zapłodnienia pozaustrojowego zalicza się cztery procedury: inseminacja domaciczna nasienia męża lub partnera, inseminacja nasienia dawcy (bank nasienia), pozaustrojowe zapłodnienie in vitro i mikroiniekcja plemnika do komórki jajowej.

Różnica między dwoma pierwszymi polega jedynie na innym źródle pochodzenia nasienia. Całość procedury jest identyczna i polega na selekcji plemników o prawidłowej budowie i ruchu, usunięciu bakterii i nieruchomych plemników, a także na oddzieleniu zdrowych plemników od płynu nasiennego. Inseminacja polega natomiast na podaniu do jamy macicy tego specjalnie przygotowanego nasienia. W przypadku, gdy uzyskanie plemników od partnera nie jest możliwe można skorzystać z banku nasienia, gdzie na podstawie odpowiedniej selekcji dotyczącej np. budowy ciała, koloru oczu i włosów dawcy dobiera się odpowiedni materiał genetyczny i inseminuje do macicy kobiety. Dawca pozostaje anonimowy i jego dane nigdy nie będą udostępnione przyszłym rodzicom. Nasienie w banku jest najpierw dokładnie badane, a następnie zamrażane. W takiej formie może być przechowywane przez bardzo długi okres.

Pozaustrojowe zapłodnienie in vitro w pierwszej fazie polega na stymulacji owulacji u kobiety w sposób farmakologiczny. Ma to doprowadzić do wyprodukowania przez jajniki więcej niż jednego pęcherzyka z komórką jajową. Następnie pobiera się od kobiety zawartość każdego pęcherzyka za pomocą cienkiej igły i przy zastosowaniu punktowego znieczulenia. Komórkę oddziela się od płynu pęcherzykowego i umieszcza w specjalnym podłożu do hodowli. Mężczyzna dostarcza nasienie, które należy przebadać pod względem ruchliwości i wszelkich innych nieprawidłowości, a następnie umieszcza się je razem z komórkami jajowymi. Po około 48 – 72 godzinach otrzymane embriony podawane są do macicy za pomocą elastycznej sondy w liczbie około 2 – 3, aby ograniczyć możliwość ciąży mnogiej. Nadliczbowe embriony mogą być zamrażane i wykorzystywane w przypadku niepowodzenia procedury. Utrzymywane w temperaturze ciekłego azotu mogą tak przetrwać nawet kilka lat.

Czwarta procedura jest bardzo podobna do zapłodnienia in vitro. Jedyna różnica polega na bezpośrednim wprowadzeniu jednego plemnika do środka komórki jajowej na

etapie laboratoryjnym, a następnie w dwa dni po mikroiniekcji podaje się zarodek do macicy kobiety.<sup>5</sup> Obie procedury charakteryzują się tym, iż sztucznie stymulują zapłodnienie komórki jajowej, która następnie umieszczana jest w środowisku, w którym naturalnie powinna się rozwijać.

Skuteczność wszystkich wymienionych wyżej procedur jest różna i zależy od wielu czynników. Wzrasta ona jednak wraz z rozwojem nauki i wzrostem świadomości społeczeństwa dotyczącego problemu niepłodności.

Ze wszystkich wymienionych zabiegów możliwe jest przeprowadzenie inseminacji nasienia męża lub dawcy, która to procedura znajduje się w katalogu świadczeń szpitalnych pod numerem 5.06.00.0000715. Jest ona kontraktowana przez NFZ i wykonywana normalnie w placówkach służby zdrowia. Pacjentka musi posiadać skierowanie od lekarza z poradni, która zawarła umowę z NFZ, a następnie zostać zakwalifikowana do zabiegu przez uprawnionego lekarza ze szpitala, w którym zabieg ma być wykonany. Ważne jest, iż pacjentka uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, może samodzielnie wybrać szpital, spośród tych, które mają takie świadczenia zakontraktowane z NFZ. W ramach tej procedury szpital obowiązany jest również do bezpłatnego wykonania niezbędnych badań diagnostycznych.

Nie w każdym przypadku jednak, inseminacja jest procedurą skuteczną i wystarczającą. W niektórych sytuacjach konieczne jest skorzystanie z zabiegu in vitro, który mimo, iż nie znalazł się w „koszyku negatywnym”, czyli w wykazie świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych, nie został również umieszczony w katalogu świadczeń szpitalnych, stanowiących podstawę umowną do rozliczeń finansowych pomiędzy szpitalem i NFZ. Skutkiem takiego stanu rzeczy jest niefinansowanie zabiegów in vitro, a także towarzyszących im terapii hormonalnych ze środków publicznych. Pary, decydujące się na taką procedurę, zmuszone są samodzielnie pokryć wszystkie koszty.

Obecnie, w kwestii zapłodnienia in vitro nie istnieje jeszcze żadna regulacja prawna, która obowiązywałaby w Polsce, ani krajowa ani międzynarodowa. Praktyka za to funkcjonuje dobrze i przynosi z biegiem lat coraz lepsze efekty, gdyż nie tylko poprawiły się warunki medyczne, ale także wzrosła świadomość społeczeństwa w zakresie niepłodności i możliwości jej zapobiegania. Jednocześnie ilość par dotkniętych niepłodnością zwiększyła się sięgając w Polsce już około miliona, co stanowi około 20% wszystkich par w wieku rozrodczym. Można wymienić wiele czynników, które mają wpływ na ten stan rzeczy, między innymi zalicza się do nich rozwój cywilizacyjny, zanieczyszczenie środowiska, stres, ale także wzrost zachorowalności na choroby przenoszone drogą płciową. Jednakże konieczność samodzielnego pokrycia wszelkich kosztów związanych z tym zabiegiem skutkowało i skutkuje tym, iż jest on dostępny jedynie dla elit i rodzin o wysokim statusie materialnym. Cena, która w przypadku inseminacji waha się między 900 a 1200 złotych za jeden zabieg, w przypadku zapłodnienia

---

<sup>5</sup> Opracowane na podstawie informacji ze strony [www.gameta.pl](http://www.gameta.pl)

in vitro, wymagającego większego nakładu środków może sięgać kwoty 5000 tysięcy złotych za zabieg. Dodatkowo przed rozpoczęciem jakiegokolwiek leczenia należy się poddać wielu badaniom i odpowiedniej diagnostyce. Niektóre kliniki leczące niepłodność, zapewniają także swoim klientom opiekę psychologiczną w trakcie leczenia, także dodatkowo płatną.

W prawie międzynarodowym znajdują się już pewne regulacje dotyczące zapłodnienia in vitro, między innymi w dyrektywach wynikających z zaleceń Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy, rezolucjach A2 327/88 i A2 372/88 przyjętych 16 marca 1989 roku przez Parlament Europejski oraz oświadczeniach Europejskiej Komisji Praw Człowieka 6574/71 i 7654/76. Także w innych, późniejszych dokumentach można znaleźć odniesienia do sztucznego zapłodnienia jak na przykład w Konwencji Bioetycznej. Podstawowymi założeniami regulacji międzynarodowych jest to, aby zapewnić szacunek dla embrionu i płodu ludzkiego już od samego początku. Podkreśla się, że „(...) życie ludzkie, a szczególnie prawo do ochrony osoby ludzkiej ma wielką wartość, znaczenie, dlatego należy, wykorzystując w tym celu odpowiednie techniki i metody, oszczędnie „wydatkować” embriony przy zapłodnieniu in vitro” (rezolucja 372/88). Również w tym samym dokumencie czytamy, iż in vitro można stosować tylko w celach leczniczych. Co się tyczy przechowywania zamrożonego embrionu, to nie powinno ono trwać dłużej niż 3 lata, a odbywać się powinno tylko w określonych warunkach, gdyż rezolucja zakłada, że „(...) przy zapłodnieniu in vitro liczba zapłodnionych komórek jajowych nie może przewyższać możliwości zagnieżdżenia i rozwoju w macicy (...)”, a także iż „(...) do przechowywania embrionów w banku nasienia można uciekać się tylko wtedy, gdy z różnych przyczyn niemożliwe jest szybkie umieszczenie embrionu w macicy.” Co więcej, zakłada się, iż w momencie gdy przeniesienie embrionu do macicy jest niemożliwe z jakichkolwiek przyczyn, na przykład z powodu śmierci kobiety, embriony rozmraża się aby zginęły. Zabrania się również transakcji handlowych i eksperymentów z embrionami. Oprócz tego, dodatkowe zalecenia precyzują, iż „(...) kupno i sprzedaż embrionów lub ich komponentów przez ich wytwórców albo osoby trzecie (...) muszą być zakazane.”<sup>6</sup>

W porównaniu z tzw. Konwencją o Biomedycynie uregulowania tam zawarte są bardzo szczegółowe. Wspomniana Konwencja natomiast wprowadza zasady bardzo ogólne, dotykając kwestii sztucznego zapłodnienia w niewielkim stopniu. W preambule wspomina o tym, że istotny jest rozwój praw człowieka i podstawowych wolności, a także zapewnienie jednostce poszanowanie jej godności. Wspomniane jest również to, że niewłaściwe wykorzystanie biologii i medycyny może zagrażać tejże i że postęp należy wykorzystywać dla dobra obecnych i przyszłych pokoleń. Ogólność tych przepisów sprawia, że jej interpretacja może dotyczyć zarówno kwestii związanych ze sztucznym zapłodnieniem jak i z transplantacją organów i klonowaniem komórek. Przede wszystkim jednakże postuluje przestrzeganie i realizację praw człowieka.

Przy okazji omawiania kwestii związanych z leczeniem niepłodności i metod wspomaganie rodzin niemogących, w sposób naturalny, doczekać się potomstwa, warto również wspomnieć

6 Medycyna a prawa człowieka, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 1996, str. 63

o nieco odmienną, ale także niekiedy spotykanej procedurze. Chodzi mianowicie o instytucję tzw. surrogate mothers, czyli matek zastępczych – kobiet decydujących się urodzić dziecko innej pary. Kwestia ta budzi wiele kontrowersji. Przede wszystkim usiłowano postulować, iż taki proceder powinien być kwalifikowany jako handel ludźmi i karany z artykułu 253 kodeksu karnego. Taki pomysł zrodził się na podstawie olbrzymich opłat, jakie bezdzietna para musi ponosić, na pokrycie kosztów utrzymania kobiety w okresie ciąży, kosztów badań, odpowiedniego leczenia, porodu i położu. Taka interpretacja nie znalazła jednak wielu zwolenników. Dodatkowo, starano się argumentować, iż nie ma możliwości w prawie, aby jedno dziecko miało dwie matki, a więc należy zastanowić się, która kobieta w tym wypadku nią jest. Ponieważ ustawy milczały na ten temat, nie podając jednoznacznej definicji, tutaj również nie było możliwości wprowadzenia zakazu procedury. Ta kwestia wzbudziła jednakże większe emocje i już 13 czerwca 2009 roku weszła w życie nowelizacja kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, która wprowadziła definicję pojęcia matki – od tej pory jest to kobieta, która dziecko urodziła, a nie ta, od której dziecko pochodzi genetycznie.

## OPIEKA OKOŁOPORODOWA

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 roku, nr 210, poz. 2135), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz. U. z 2004 roku, nr 276, poz. 2740), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2003 roku w sprawie rodzajów badań lekarskich i laboratoryjnych, którym podlegają kobiety w ciąży i noworodki oraz osoby narażone na zakażenie przez kontakt z osobami zakażonymi, chorymi lub materiałem zakaźnym (Dz. U. z 2003 roku, nr 61, poz. 550), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2003 roku w sprawie wykazu bezpłatnych dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa i materiałów stomatologicznych przysługujących dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie położu, a także określenia rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń (Dz. U. z 2003 roku, nr 115, poz. 1089), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 roku, nr 214, poz. 1816)*

W okresie ciąży, porodu i położu każda kobieta ma prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od tego, czy posiada ubezpieczenie zdrowotne czy nie. W przypadku braku takiego ubezpieczenia wszelkie koszty opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietą finansowane są bezpośrednio z budżetu państwa. Kobiety ciężarne mają prawo do korzystania z bezpłatnych wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, na które otrzymają skierowanie od lekarza z poradni mającej umowę z NFZ, a także dodatkowych świadczeń dentystrycznych

i materiałów stomatologicznych. W przypadku gdy jakiś badań nie można wykonać ambulatoryjnie, lekarz może wystawić skierowanie do szpitala.

Jeśli jednak kobieta zdecyduje się prowadzić ciążę w gabinecie, przychodni czy spółdzielni lekarskiej, które nie mają podpisanej umowy z NFZ, musi liczyć się z obowiązkiem pokrycia wszelkich wynikłych z tego kosztów samodzielnie. Odnosi się to zarówno do wizyt lekarskich, jak również i do zleconych przez lekarza badań.

Kobietom w ciąży przysługują również dodatkowe świadczenia, zarówno profilaktyczne jak i diagnostyczne. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane zawiera załącznik nr 1. Określa on dokładny zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej u kobiet w okresie ciąży. Poszczególne badania są przypisane do konkretnego stadium rozwoju ciąży, w którym ich wykonanie jest wskazane. Warto zaznaczyć, iż wykaz ten zawiera nie tylko badania diagnostyczne i konsultacje medyczne, ale także świadczenia profilaktyczne, które powinny być wykonywane przez lekarza lub położną.

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
1	2	3
Do 10 tygodnia ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe</li> <li>2. Badanie ginekologiczne (we wzroku i zestawione)</li> <li>3. Ocena pH wydzieliny pochwowej</li> <li>4. Ocena wydzieliny pochwowej (test z KOH)</li> <li>5. Badanie cytologiczne</li> <li>6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</li> <li>7. Badanie piersi</li> <li>8. Pomiar wysokości ciała</li> <li>9. Pomiar masy ciała</li> <li>10. Indeks masy ciała</li> <li>11. Ocena ryzyka ciążowego</li> <li>12. Propagowanie zdrowego stylu życia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grupa krwi i Rh (jeżeli nie wykonano przed ciążą)</li> <li>2. Przeciwciała odpornościowe (odczyn Coombsa)</li> <li>3. Morfologia krwi</li> <li>4. Badanie ogólne moczu</li> <li>5. Badanie poziomu glukozy we krwi na czczo</li> <li>6. VDRL</li> <li>7. Przeciwciała anti-HIV (u kobiet w okresie ciąży z podwyższonym ryzykiem po uprzednim uzyskaniu zgody – z poradą przed pobraniem krwi i po uzyskaniu wyniku) oraz oznaczenie przeciwciał anti-HIV u partnera ciężarnej po uprzednim uzyskaniu zgody</li> </ol>

1	2	3
	13. W przypadku opieki sprawowanej przez położną podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa	8. Konsultacja lekarza dentystry z oceną stanu uzębienia liczną PUW-z, stanu przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej. Edukacja prozdrowotna w zakresie zdrowia jamy ustnej matki i wpływu diety na prawidłowy rozwój narządu żucia u dziecka. Profilaktyka indywidualna
11 – 14 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe</li> <li>2. Badanie ginekologiczne (we wzierniku i zestawione)</li> <li>3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</li> <li>4. Pomiar masy ciała</li> <li>5. Ocena ryzyka ciążowego</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia</li> </ol>	1. Badanie ultrasonograficzne
15 – 20 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe</li> <li>2. Badanie ginekologiczne (we wzierniku i zestawione)</li> <li>3. Ocena pH wydzieliny pochwowej</li> <li>4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</li> <li>5. Pomiar masy ciała</li> <li>6. Ocena ryzyka ciążowego</li> <li>7. Propagowanie zdrowego stylu życia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi</li> <li>2. Badanie ogólne moczu</li> <li>4. Przeciwciała anti-Rh u kobiet z Rh (-)</li> </ol>
21 – 26 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe</li> <li>2. Badanie położnicze zewnętrzne (w tym ocena wysokości dna macicy)</li> <li>3. Ocena czynności serca płodu</li> <li>4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</li> <li>5. Pomiar masy ciała</li> <li>6. Ocena ryzyka ciążowego</li> <li>7. Propagowanie zdrowego stylu życia</li> <li>8. Przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie poziomu glukozy we krwi 1 godzinę po doustnym podaniu 50 g glukozy</li> <li>2. Badanie ultrasonograficzne</li> </ol>

1	2	3
27 – 32 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe</li> <li>2. Badanie ginekologiczne (we wzierniku i zestawione) oraz ocena wysokości dna macicy</li> <li>3. Ocena pH wydzieliny pochwowej</li> <li>4. Ocena czynności serca płodu</li> <li>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</li> <li>6. Pomiar masy ciała</li> <li>7. Ocena ryzyka ciążowego</li> <li>8. Propagowanie zdrowego stylu życia</li> <li>9. Przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi</li> <li>2. Badanie ogólne moczu</li> <li>3. Przeciwciała odpornościowe</li> <li>4. Badanie poziomu glukozy we krwi na czczo i 2 godziny po podaniu doustnym 75g glukozy (w przypadku nieprawidłowego testu z 50 g glukozy). W przypadku występowania wskazań – podanie globuliny anty-D (28 – 30 tydzień ciąży)</li> </ol>
33 – 37 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe</li> <li>2. Badanie położnicze zewnętrzne (w tym ocena wysokości dna macicy)</li> <li>3. Ocena wymiarów miednicy</li> <li>4. Badanie ginekologiczne (we wzierniku i zestawione)</li> <li>5. Ocena pH wydzieliny pochwowej</li> <li>6. Ocena czynności serca płodu</li> <li>7. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</li> <li>8. Badanie piersi</li> <li>9. Pomiar masy ciała</li> <li>10. Ocena ruchliwości płodu</li> <li>11. Ocena ryzyka ciążowego</li> <li>12. Propagowanie zdrowego stylu życia</li> <li>13. Przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa</li> <li>14. W przypadku opieki sprawowanej przez położną podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi</li> <li>2. Badanie ogólne moczu</li> <li>3. VDRL</li> <li>4. Antygen HBs</li> <li>5. Aminotransferazy</li> <li>6. Przeciwciała anty-HIV (u kobiet w okresie ciąży z podwyższonym ryzykiem po uprzednim uzyskaniu zgody – z poradą przed pobraniem krwi i po uzyskaniu wyniku)</li> <li>7. Badanie ultrasonograficzne</li> <li>8. Konsultacje lekarza dentystry z oceną stanu uzębienia liczbą PUW-z, stanu przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej. Kontynuacja edukacji prozdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia odpowiedniej diety i higieny jamy ustnej matki i dziecka</li> </ol>

1	2	3
38 – 39 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe</li> <li>2. Badanie położnicze zewnętrzne (w tym ocena wysokości dna macicy)</li> <li>3. Badanie ginekologiczne (we wzierniku i zestawione)</li> <li>4. Ocena czynności serca płodu</li> <li>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</li> <li>6. Pomiar masy ciała</li> <li>7. Ocena ruchliwości płodu</li> <li>8. Ocena ryzyka ciążowego</li> <li>9. Propagowanie zdrowego stylu życia</li> <li>10. Przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa</li> <li>11. W przypadku opieki sprawowanej przez położną podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne moczu</li> <li>2. Morfologia krwi</li> </ol>
40 – 41 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe</li> <li>2. Badanie położnicze ( w tym ocena wysokości dna macicy)</li> <li>3. Badanie ginekologiczne (we wzierniku i zestawione)</li> <li>4. Ocena czynności serca płodu</li> <li>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</li> <li>6. Pomiar masy ciała</li> <li>7. Ocena ruchliwości płodu</li> <li>8. Ocena ryzyka ciążowego</li> <li>9. Propagowanie zdrowego stylu życia</li> <li>10. Przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa</li> <li>11. Skierowanie do szpitala</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne moczu</li> <li>2. Morfologia krwi</li> </ol>

W ramach prowadzonych programów profilaktycznych kobiety mogą również otrzymać skierowanie na badania prenatalne, jeśli spełniają określone warunki (więcej w dziale badania prenatalne).

Rozporządzenie w sprawie rodzajów badań lekarskich i laboratoryjnych, którym podlegają kobiety w ciąży i noworodki oraz osoby narażone na zakażenie przez kontakt z osobami zakażonymi, chorymi lub materiałem zakaźnym uszczegóławia sposób i metody przeprowadzania niektórych badań u kobiet w ciąży.

Przed wszystkim uregulowaniu podlega przeprowadzenie u ciężarnej badania w kierunku zakażenia HIV. Lekarz opiekujący się kobietą powinien poinformować ją o możliwości wykonania badania w kierunku zakażenia HIV, wytłumaczyć jaką ono spełnia rolę, oraz przeprowadzić odpowiednie poradnictwo jeszcze przed wykonaniem badania. W przypadku zgody kobiety przeprowadza się je w surowicy krwi metodą immunoenzymatyczną (EIA). Jeśli w dwóch różnych próbkach krwi od tej samej osoby dwukrotnie uzyska się wynik dodatni, należy wykonać test potwierdzający określający białka HIV, przeciwko którym skierowane są wykryte przeciwciała. Jeśli u kobiety w ciąży wykryje się zakażenie HIV należy zastosować procedury medyczne wyznaczone przez lekarza (szczegółowo w dziale HIV/AIDS). Każdej osobie, niezależnie od wyniku badania należy zapewnić właściwe poradnictwo po otrzymaniu wyniku. Rozporządzenie wspomina również o obowiązku badania kobiet w ciąży w kierunku kiły, które to badanie powinno być przeprowadzone dwukrotnie, zaraz po stwierdzeniu ciąży i w 8 miesiącu.

System opieki zdrowotnej pozwala kobiecie na wybranie dowolnego szpitala, w którym chciałaby rodzić. Ograniczenia mogą być jednakże natury praktycznej, wynikające przykładowo z braku miejsc na sali porodowej czy dużego obłożenia szpitala. Kobieta może również zdecydować się czy chce porodu rodzinnego, porodu w wodzie, czy zgodzi się na znieczulenie lub cesarskie cięcie. Może okazać się bowiem, iż takie świadczenia nie będą w danym szpitalu objęte finansowaniem przez NFZ i powstanie obowiązek uiszczenia za nie opłaty.

Obecnie duże kontrowersje rodzą się wokół znieczulenia przy porodzie, które stało się w niektórych placówkach świadczeniem surowo reglamentowanym i często opłacanym prywatnie przez same pacjentki. Podstawowym wskazaniem do zastosowania znieczulenia jest niska odporność na ból pacjentki. Jednakże niektóre środowiska utrzymują, iż znieczulenie powinno stanowić świadczenie podstawowe, z którego kobieta może, acz nie musi skorzystać.

Równie wiele kontrowersji powstało także wokół cesarskich cięć. Z powodu zmian w przepisach kontraktowania świadczeń związanych z porodem, okazało się, iż poród naturalny jak i przez cesarskie cięcie finansowane są w tej samej wysokości, co wpłynęło na zwiększenie trudności w uzyskaniu dostępu do tej drugiej procedury, ze względu na towarzyszące jej wyższe koszty.

Z przyczyn wymienionych powyżej ważne jest, aby jeszcze w trakcie ciąży zorientować się w ofercie świadczeń poszczególnych szpitali, w ich podejściu do pacjentek i realnej możliwości uzyskania właściwych świadczeń opieki zdrowotnej.

Podczas pobytu w szpitalu w ciągu pierwszych czterech dób wykonywane są dodatkowe świadczenia zdrowotne mające na uwadze zdrowie pacjentki. Są to przede wszystkim:

- badanie podmiotowe matki – wywiad, analiza przebiegu ciąży i porodu,
- profilaktyka choroby krwotocznej w przypadku noworodków urodzonych przedwcześnie i porodów zabiegowych,
- podanie preparatu immunoglobulin ze względu na matkę będącą nosicielem żółtaczkę typu B.

Personel powinien również przeprowadzić poradnictwo z zakresu karmienia piersią, opieki nad noworodkiem i jego pielęgnacji.

Po wyjściu ze szpitala położna powinna zwizytować matkę i jej dziecko co najmniej 4 razy, w okresie między 1 a 6 tygodniem życia. Wizyty takie powinny obejmować poradnictwo w zakresie samoopieki, kontroli płodności, pielęgnacji noworodka, karmienia piersią, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, a także opieki medycznej i socjalnej.

Między 1 a 2 tygodniem życia noworodka lekarz powinien również złożyć tzw. wizytę patronażową matce i dziecku. Zdarza się jednakże, iż na taką wizytę matka wzywana jest do przychodni. Praktyka taka jednak narusza przepisy prawa.

Bardzo ważną funkcję w okresie okołoporodowym pełnią również położne podstawowej opieki zdrowotnej, które w ramach swoich obowiązków mają objąć kobiety kompleksową opieką. W niektórych szpitalach jest również możliwość wybrania sobie położnej, która będzie prowadzić kobietę w czasie porodu, może się to jednakże wiązać z poniesieniem dodatkowych kosztów.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nakłada na położną bardzo wiele obowiązków i zadań związanych z opieką nad kobietą ciężarną, w okresie ciąży, porodu i połogu.

- Podstawowy zakres zadań położnej obejmuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo –neonatologiczno –ginekologiczną obejmującą:
  - edukację w zakresie planowania rodziny;
  - opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu;
  - opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia drugiego miesiąca życia;
  - opiekę w chorobach ginekologicznych;
  - opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia.
- Podczas realizacji świadczeń opieki zdrowotnej położna ma za zadanie współpracować z:
  - lekarzem ginekologiem (położnikiem) udzielającym świadczeń specjalistycznych w zakresie jej zadań;
  - lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze;
  - pielęgniarką POZ;

- pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania;
  - pielęgniarką opieki długoterminowej domowej;
  - położną zatrudnioną w specjalistycznej poradni położniczo – ginekologicznej;
  - innymi placówkami zgodnie z potrzebami pacjentów;
  - przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.
- Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób udzielane przez położną podstawowej opieki zdrowotnej obejmują:
    - edukację w zakresie zdrowotnego stylu życia kobiety;
    - przygotowanie do porodu, z uwzględnieniem porodu rodzinnego;
    - poradnictwo w zakresie higieny odżywiania w okresie połogu;
    - poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia;
    - poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią;
    - kształtowanie postaw rodzicielskich;
    - edukację i udzielanie porad w zakresie powrotu płodności po porodzie, metod regulacji płodności;
    - profilaktykę chorób ginekologicznych i patologii położniczych;
    - edukację kobiety we wszystkich okresach życia w zakresie prowadzenia samoobserwacji oraz podejmowania działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego;
    - edukację w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową;
    - profilaktykę chorób wieku rozwojowego;
    - edukację w zakresie szczepień ochronnych.
  - Świadczenia diagnostyczne przeprowadzane przez położną obejmują:
    - przeprowadzenie wywiadu środowiskowego/rodzinnego;
    - monitorowanie rozwoju ciąży fizjologicznej;
    - wykonywanie badania położniczego u kobiet;
    - ocenę relacji rodziny z noworodkiem;
    - monitorowanie przebiegu połogu i rozwoju noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia;
    - obserwację i ocenę rozwoju psychoruchowego noworodka i niemowlęcia oraz adaptacji do środowiska zewnętrznego;
    - wykonywanie pomiarów u kobiety i noworodka oraz ocenę tych pomiarów;
    - ocenę poziomu bilirubiny w oparciu o topografię żażółceni według schematu Kramera oraz pobieranie materiałów do testów na fenyloketonurię i hypotyreozę u noworodków;
    - wykonywanie testów diagnostycznych poza laboratorium w oparciu o zestawy i aparaturę przeznaczoną do wykonywania oznaczeń w miejscu zamieszkania pacjenta;
    - pobieranie materiału do badań diagnostycznych zgodnie z odrębnymi przepisami.

- Świadczenia pielęgnacyjne udzielane przez położną podstawowej opieki zdrowotnej obejmują:
  - planowanie, realizację i ocenę opieki pielęgnacyjnej nad:
    - \* kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu,
    - \* noworodkiem i niemowlęciem do drugiego miesiąca życia,
    - \* kobietą ze schorzeniami ginekologicznymi;
  - przygotowanie i wspieranie rodziny w opiece świadczonej na rzecz noworodka, niemowlęcia i kobiety;
  - przygotowanie kobiety do samoopieki i samopielęgnacji.
- W zakresie zadań położnej znajdują się również świadczenia rehabilitacyjne, które obejmują:
  - ćwiczenia usprawniające w ciąży, połogu i schorzeniach ginekologicznych;
  - wykonywanie drenażu ułożeniowego u kobiety;
  - prowadzenie gimnastyki oddechowej, relaksacyjnej, przygotowującej do porodu oraz połogu.

## POCHÓWEK PŁODÓW

*Ustawa z dnia 29 września 1986 roku o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 1986 roku, nr 36, poz. 180), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2004 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. z 2004 roku, nr 219, poz. 2229 i 2230), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 roku w sprawie karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania (Dz. U. z 2001 roku, nr 153, poz. 1782), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 roku w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2001 roku, nr 153, poz. 1783)*

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 września 2004 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania wprowadza cztery bardzo istotne kryteria oceny stosowane przy dokonywaniu wpisów w dokumentacji medycznej dotyczących: czasu trwania ciąży, poronienia, urodzenia żywego, zgonu płodu.

Zgodnie z tym rozporządzeniem:

- czas trwania ciąży liczy się w tygodniach, od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięczkowego.
- poronienie, jest to wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha i nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jeśli nastąpiło to przed upływem 22 tygodnia ciąży.

- urodzenie żywe, jest to całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki noworodka, który oddycha lub wykazuje inne oznaki życia, niezależnie od czasu trwania ciąży, ani bez względu na to czy sznur pępowiny został przecięty lub czy łożysko zostało oddzielone.
- zgon płodu, czyli inaczej urodzenie martwe, jest to zgon następujący po całkowitym wydaleniu lub wydobyciu z ustroju matki, jeśli nastąpił po upływie 22 tygodnia ciąży, a płód nie oddycha ani nie wykazuje żadnych innych oznak życia.

Zgodnie z tymi definicjami istnieje możliwość rozróżnienia poronienia od zgonu płodu, a także istniała możliwość rozgraniczenia sytuacji, w której rodzice mogli domagać się dodatkowych świadczeń związanych z urodzeniem martwym. Należy jednakże pamiętać, iż te definicje mają zastosowanie do sporządzania dokumentacji medycznej. Natomiast karta zgonu ani też zgłoszenie urodzenia dziecka nie stanowią dokumentacji medycznej, dlatego też nie mają do nich zastosowania kryteria określone w ww. rozporządzeniu.

Po ustaniu obowiązywania rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 kwietnia 1994 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania, które regulowało, w którym momencie dokumentuje się przyjście na świat dziecka i jakie to dziecko powinno spełniać warunki fizjologiczne, nastąpiła swoista luka w prawie, w zakresie wystawiania kart zgonu i rejestrowania urodzenia dziecka, którą wypełniły regulacje zawarte w przepisach ogólnych dotyczących osób urodzonych, żywych lub martwych.

W chwili obecnej rodzice mają prawo ubiegać się od szpitala wystawienia pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka, niezależnie od tego, na jakim etapie zakończy się ciąża. Wynika to z prawa o aktach stanu cywilnego, które nakłada na zakład opieki zdrowotnej obowiązek zgłoszenia urodzenia. W przypadku, gdy dziecko rodzi się martwe, zgłoszenie ma nastąpić w przeciągu 3 dni. Takie uprawnienie przysługuje nawet w sytuacji poronienia ciąży na jej początkowym etapie. Zgłoszenie wystawione przez szpital upoważnia rodziców do rejestracji w Urzędzie Stanu Cywilnego, w którym otrzymują skrócony akt urodzenia dziecka z adnotacją w rubryce „Uwagi”, iż urodziło się martwe. W tym wypadku nie ma potrzeby sporządzania aktu zgonu, gdyż jego rolę pełni akt urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu. Prawo zezwala również na przeprowadzenie takiej rejestracji w sytuacji, gdy do poronienia doszło w domu, a nawet za granicą, niezależnie od obowiązujących w danym kraju regulacji odnośnie takich przypadków.

Jasno z tego wynika, iż jeśli rodzic ma prawo do żądania wydania karty zgonu dziecka, ma również prawo do jego pochowania, czy właściwie w przypadku poronień pochowania płodu, niezależnie od tego, na którym etapie ciąży się zakończyła. Pociąga to za sobą dalsze konsekwencje prawne, a mianowicie w przypadku podjęcia decyzji o pochówku rodzicom przysługuje zasiłek pogrzebowy. Do jego uzyskania należy przedstawić w ZUSie dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń oraz akt zgonu. Jeśli akt zgonu nie został sporządzony, wystarczy przedstawienie aktu urodzenia z adnotacją o martwych urodzinach. W tym

wypadku także, uprawnienie to przysługuje niezależnie od tego, na jakim etapie zakończyła się ciąża.

Dodatkowo, należy zaznaczyć, iż w przypadku narodzin martwego dziecka kobiecie przysługuje połowa urlopu macierzyńskiego, która obecnie, po nowelizacji kodeksu pracy, wynosi 10 tygodni, przysługująca oczywiście niezależnie od tego, na jakim etapie zakończyła się ciąża.

Na potrzeby rejestracji przypadków poronień na wczesnym etapie ciąży Ministerstwo Zdrowia zaproponowało wprowadzenie procedury „uprawdopodobniania płci”. Ma ona na celu dodatkowo ułatwić uzyskanie niezbędnej do pochówku dokumentacji, w której zawarte są informacje odnośnie płci. Takie uprawdopodobnienie nie ma znamion poświadczenia nieprawdy przez lekarza.

## PROBLEMATYKA HIV/AIDS

*Ustawa z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. z 2001 roku, nr 126, poz. 1384)*

Zakażenie wirusem HIV polega na tym, iż nie u każdej osoby ma ono jednakowy przebieg, a także, iż nie każda osoba jest jednakowo na nie narażona. Przyjmuje się, że kobiety łatwiej stają się nosicielkami niż mężczyźni. Wynika to ze specyfiki przenoszenia tego wirusa. Wymienia się cztery możliwe scenariusze przebiegu choroby od momentu zakażenia do naturalnej, lub nie, śmierci:

- przede wszystkim zakażenie może przebiegać zupełnie bezobjawowo – osoba jest nosicielem wirusa i może przekazywać go innym ludziom, sama jednak nie wykazuje żadnych objawów chorobowych. W tym wypadku może się nawet okazać, że żadne objawy nie zostaną ujawnione za życia osoby.
- drugą formą zakażenia jest tak zwany zespół limfadenopatyczny, łączący się jedynie z nieznacznymi następstwami zdrowotnymi dla zakażonego.
- wspomniany w punkcie poprzednim etap może jednak w wyniku ewolucji przekształcić się w zespół objawów związanych z AIDS, gdzie można zaobserwować znacznie poważniejsze następstwa zdrowotne.
- ostatecznie może też wystąpić w pełni rozwinięte AIDS, kiedy to konsekwencje zdrowotne są bardzo poważne i ponieważ ciągle nie odkryto skutecznego leku na tę chorobę, prowadzi ona nieuchronnie do śmierci osoby.

Każda z wymienionych powyżej możliwości rozwoju wirusa jest groźna zarówno dla nosiciela jak i dla otoczenia i powinna być traktowana z należytą powagą zarówno przez prawo jak i przez społeczeństwo. Epidemia zakażeń szerząca się w Europie Wschodniej wskazuje

na duże prawdopodobieństwo, iż niedługo stanie się ona faktem również w Polsce, jeśli w porę nie zapobiegniemy jej rozprzestrzenianiu się. Możliwość taką daje właściwa edukacja i przygotowanie medyczne do postępowania w przypadkach wykrycia choroby.

Na lekarzy nałożony jest obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej, który zawarty jest w aż trzech różnych ustawach.<sup>7</sup> Podobny zapis można znaleźć także w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Źródła tego zobowiązania można szukać już w brzmieniu przysięgi Hipokratesa, która w odpowiednim zakresie brzmiała: „Cokolwiek przy leczeniu albo też poza leczeniem w życiu ludzi ujrzę lub usłyszę, czego ujawnić nie można, przechowam w milczeniu.”<sup>8</sup> Najbardziej interesujące wydaje się zagadnienie informowania osób bliskich. Argumentowane jest to tym, iż zachowanie tajemnicy lekarskiej w tym wypadku może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia osób trzecich. Zdania w tej kwestii są podzielone, część autorów uważa, iż konieczne jest powiadomienie rodziny lub osób bliskich traktując niewykonanie tego obowiązku nawet w kategorii przestępstwa narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, inni konstatują, iż tajemnica lekarska nie powinna podlegać w tym wypadku wyjątkowi.

Trudno byłoby opowiedzieć się za którymś poglądem, gdyż niesie to za sobą w każdym wypadku naruszenie któregoś z praw jednej ze stron. Udzielenie informacji osobom trzecim na temat nosicielstwa skutkuje złamaniem prawa pacjentki do poufności i prywatności, a także może narazić ją na daleko idące konsekwencje społeczne, takie jak dyskryminacja, ostracyzm czy brak akceptacji w gronie osób najbliższych. Narusza to poniekąd jedno z najważniejszych praw pacjenta i człowieka, jakim jest prawo do godności. W przypadku, gdy lekarz zdecyduje się nie ujawniać tajemnicy zawodowej i informacje na temat zakażenia i potencjalnie choroby zatrzyma dla siebie, może narazić w ten sposób wiele osób na ponoszenie negatywnych skutków swojej decyzji. Konflikt interesów byłby trudny do rozstrzygnięcia pozaustawowo.

Ustawa z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach<sup>9</sup>, zalicza AIDS i zakażenie HIV do chorób zakaźnych. Zakłada ona obowiązek powiadomienia pracodawcy pacjentki, jeśli wykonuje ona pracę, do której istnieją przeciwwskazania. Lekarz ma również obowiązek poinformowania pacjentki o konieczności zgłoszenia się na badania jej partnera lub partnerów seksualnych, co ma zostać jednocześnie odnotowane w dokumentacji medycznej. Dodatkowo oczywiście istnieje obowiązek poinformowania właściwego ze względu na miejsce zachorowania wojewódzkiego inspektora sanitarnego lub wskazaną przez niego specjalistyczną jednostkę właściwą w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową. W przypadku zachorowania na AIDS istnieje jednakże możliwość zachowania w tym wypadku anonimowości osoby chorej.

7 W ustawie o zawodzie lekarza, o zakładach opieki zdrowotnej oraz w ustawie o ochronie danych osobowych  
8 Agnieszka Liszewska, Wojciech Robaczyński, AIDS a tajemnica lekarska, Wydawnictwo poznańskie, Poznań 2001, str. 17  
9 Dz. U. z roku 2001, nr 126, poz. 1384

Jeśli chodzi o dostęp do świadczeń medycznych, to dla osób zakażonych wirusem HIV jest ono jednakowe jak dla każdego innego świadczeniobiorcy. Jedynym wyjątkiem są tutaj ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, na które osoba seropozytywna nie potrzebuje skierowania od lekarza.

W przypadku gdy niezbędne staje się skierowanie pacjentki na leczenie lekami antyretrowirusowymi wystawić je musi lekarz z kliniki chorób zakaźnych. Trafia ono bezpośrednio do Krajowego Centrum ds. AIDS i tam podlega ocenie. Bardzo ważne jest, aby taka ocena została wykonana w sposób profesjonalny i kompleksowy ponieważ raz rozpoczęta kuracja musi być prowadzona już przez całe życie. Leczenie antyretrowirusowe odbywa się w ramach Krajowego Programu, prowadzonego przez Krajowe Centrum. Osoby zakwalifikowane nie ponoszą żadnych opłat za leki. Jednocześnie zobligowane są do przestrzegania zasad leczenia i poddawania się okresowym badaniom. Kobiety w ciąży, jeśli są nosicielkami wirusa, jak również ich dzieci, mogą także skorzystać z programu.

Zasadniczym zagadnieniem różnicującym kobiety i mężczyzn sero-pozytywnych są kwestie związane właśnie z ciążą i macierzyństwem. Obowiązek zapewnienia właściwej opieki kobiecie będącej w ciąży i zakażonej wirusem HIV wymaga znacznie większych nakładów i uwagi, niż w przypadku zwykłego leczenia nosicielstwa lub zwykłej ciąży.

Jak wskazują badania, ryzyko przeniesienia zakażenia podczas ciąży, porodu lub podczas karmienia piersią wynosi około 40%, w przypadku gdy kobieta nie jest świadoma swojego zakażenia. Jednakże, w przypadku gdy ma świadomość nosicielstwa i podczas ciąży pozostaje pod opieką nie tylko lekarza ginekologa, ale także specjalisty zajmującego się terapią osób zakażonych, ryzyko to spada do około 1%!<sup>10</sup>

Jak wynika z najnowszych badań, 70% zakażeń dzieci zdarza się podczas porodu. Może się to również stać w ostatnim trymestrze ciąży, tuż przed porodem lub podczas karmienia piersią. Świadomość, który etap jest najważniejszy może, jak pokazują statystki, znacznie ograniczyć przekazywanie wirusa potomstwu. W przypadku stwierdzenia zakażenia matki, w czasie ciąży, a także i porodu, może ona mieć podawane odpowiednie leki antyretrowirusowe, które w znacznej mierze ograniczają możliwość przekazania wirusa.

Właściwa profilaktyka wymaga ścisłego współdziałania specjalisty ginekologa – położnika oraz specjalisty od chorób zakaźnych. W każdym trymestrze sprawdza się poziom wirusa we krwi matki i oznacza się liczbę jego kopii. Jeśli jest ich mniej niż 1000, ryzyko zakażenia dziecka jest równe zeru, jeżeli jednak jest ich więcej niż 1000, ryzyko zakażenia gwałtownie wzrasta. Sterowaniem tego poziomu powinien zająć się specjalista, który wyznaczy ilość stosowanych leków antywirusowych i ich dawkę.

---

10 Dane Krajowego Centrum ds. AIDS, <http://www.aids.gov.pl/>

W czasie porodu dziecko jest bardziej narażone na zakażenie w przypadku inwazyjnych zabiegów, gdy zwiększa się ryzyko kontaktu dziecka z krwią matki. Dotyczy to takich zabiegów jak nacięcia krocza, w przypadku porodu kleszczowego, sztucznego przebicia pęcherza płodowego, stymulacji czynności skurczowej oraz zabiegów diagnostycznych podczas porodu. Wiadomo, iż cesarskie cięcie zmniejsza ryzyko zakażenia u dziecka o 25%, jednak stwarza realne zagrożenie powikłań u kobiety, której system odpornościowy i tak jest już osłabiony. Zabieg ten wykonany w 38 tygodniu, starannie zaplanowany, może być znacznie skuteczniejszy niż poród „siłami natury”. Pojawia się jednakże dodatkowy problem, w postaci ostatnio wprowadzonych „reglamentacji” cesarskich cięć. Pomimo wskazania, może się więc okazać, że szpital odmówi bezpłatnego zabiegu, gdyż może on nie zostać przez państwo zrefundowany.

Noworodek po porodzie powinien zostać poddany specjalistycznym badaniom, czy wirus został przekazany przez matkę, a w przypadku, gdy wykonany test na przeciwciała anty – HIV okaże się pozytywny, można podać mu natychmiastowo leki antywirusowe, które zwiększają szanse, że dziecka nie zostanie zakażone. W niektórych krajach, jak Wielka Brytania czy Stany Zjednoczone bada się wszystkie noworodki pod kątem przeciwciał anty – HIV, nawet, gdy nie ma żadnego podejrzenia, iż matka była zakażona.

W Polsce nie ma szeroko rozwiniętej profilaktyki związanej z ciążą i wirusem HIV. We wszystkich krajach zachodnioeuropejskich, a także w Stanach Zjednoczonych zachęca się kobiety do przeprowadzania testów wykrywających wirusa zanim zdecydują się na ciążę, albo już w jej trakcie. Nie zaproponowanie tego badania uznawane jest za błąd w sztuce! W Polsce ciągle rzadko spotykana jest taka praktyka, pomimo, iż wykonanie testu jest bezpłatne i można go zrobić w prawie każdym większym mieście. Równie istotne jest to, że prawo polskie przewiduje możliwość bezpłatnego skierowania kobiety w ciąży na test wykrywający przeciwciała HIV, jednakże obecnie musi być to kobieta z tzw. „grupy ryzyka”, czyli taka, która była narażona na zakażenie wirusem. Wydaje się, iż interpretacja celowościowa tego zapisu powinna prowadzić do wniosku, że każda kobieta, która odbyła niezabezpieczony stosunek powinna na wszelki wypadek zostać na takie badania skierowana.

W chwili obecnej resort zdrowia pracuje nad wprowadzeniem nowych przepisów odnośnie tej kwestii, które nałożyłyby na lekarza obowiązek proponowania przeprowadzenia testu każdej kobiecie ciężarnej i odnotowania tego w jej dokumentacji medycznej, także w sytuacji gdy kobieta odmówi. Badania miałyby całościowo być refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Póki jednak te regulacje nie zostaną wprowadzone, można skorzystać z oferty bezpłatnych badań w punktach prowadzonych przez Krajowe Centrum do spraw AIDS. Aktualna lista tych punktów znajduje się na ich stronie internetowej<sup>11</sup>.

Każdy, kto zdecyduje się na wykonanie testu w tych punktach, ma prawo do zachowania w tajemnicy jego wyników, a także prawo do uzyskania fachowego poradnictwa z zakresu

---

11 <http://www.aids.gov.pl/?page=testy>

zapobiegania i leczenia HIV/AIDS. W celu zapewnienia profesjonalnej pomocy, zazwyczaj ostatni klient przyjmowany jest na pół godziny przed zamknięciem punktu.

Należy pamiętać, iż art. 161 Kodeksu karnego stanowi, iż kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV, naraża bezpośrednio inną osobę na takie zarażenie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

## PRAWO DO PRZERYWANIA CIĄŻY

*Konstytucja RP, ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 roku, nr 17, poz. 78), rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 roku w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzania, 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. z 1997 roku, nr 9, poz. 48 i 49)*

Prawo polskie zakłada dostępność przerwania ciąży w bardzo nielicznych przypadkach. Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży jest jedną z najbardziej restrykcyjnych regulacji na terenie Unii Europejskiej w tym zakresie. Potocznie, właśnie z tego względu nazywana jest także „ustawą antyaborcyjną”. Przerwanie ciąży może być dokonane w trzech przypadkach (art. 4a):

- gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej,
- gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu,
- gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

W tych trzech, enumeratywnie wymienionych przypadkach prawo zezwala kobiecie na podjęcie decyzji odnośnie tego, czy chce ona urodzić czy nie. Wynika to z uprawnień nadanych każdemu człowiekowi i potwierdzonych w Konstytucji RP, takich jako prawo do samostanowienia (art. 47), prawo do ochrony życia (art. 38) i zdrowia (art. 68) czy prawo do prywatności. Nikt nie ma prawa ingerować czy zmieniać woli kobiety, jeśli mamy do czynienia z którąś z wyżej wymienionych sytuacji.

## Prawo do przerwania ciąży w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia kobiety

Prawo do życia i zdrowia, jak zostało wcześniej wspomniane, zostało zapisane w Konstytucji RP, czyli w akcie o najwyższej randze. Nie powinno więc dziwić, iż w sytuacji w której te dwa dobra, lub jedno z nich są zagrożone, jednostka ma prawo do podejmowania decyzji mających na celu ich ochronę. Kobieta, która poweźmie wiadomość, iż ciąża zagraża jej życiu lub zdrowiu ma prawo do podjęcia suwerennej decyzji odnośnie tego, czy chce poddać się zabiegowi czy nie. Ważne jest to, iż nikt inny nie ma prawa podjęcia tej decyzji za kobietę.

Lekarz ma obowiązek stwierdzić, czy ciąża stanowi dla kobiety zagrożenie czy nie. Ważne jest, aby lekarz stwierdzający posiadał tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej. Na przykład, jeśli w wyniku urodzenia dziecka mogłoby dojść do znacznego pogorszenia wzroku lub do jego utraty, zaświadczenie, iż ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety, powinien wydać okulista. Ważne w praktyce jest także to, aby taką opinię uzyskać w formie pisemnej, aby następnie móc ją zaprezentować lekarzowi, który będzie wykonywał zabieg.

Zgodnie z przepisami, zabiegu przerwania ciąży musi dokonać inny lekarz niż ten, który wydał zaświadczenie. Jedynym wyjątkiem jest tutaj sytuacja, w której okazuje się, iż ciąża bezpośrednio zagraża życiu kobiety. Prawo w takim wypadku zezwala lekarzowi jednocześnie stwierdzić występowanie tego czynnika, a następnie dokonać zabiegu usunięcia ciąży. Taka procedura zapewnić ma pełne przestrzeganie prawa kobiety do decydowania w zakresie ochrony swojego zdrowia lub życia.

Należy pamiętać, iż lekarz, do którego zgłasza się pacjentka z zaświadczeniem odpowiedniej treści, kwalifikującym ją do zabiegu usunięcia ciąży, nie ma prawnych możliwości podważenia takiego zaświadczenia. Nie może on go weryfikować, nie ma prawa go w żaden sposób kwestionować, nie może także odmówić wykonania świadczenia na podstawie własnej oceny sytuacji. Działaniem bezprawnym, narażającym pacjentkę na utratę uprawnień, jest także nanoszenie na zaświadczenie własnych komentarzy, przekreślanie go czy w jakikolwiek sposób zmienianie jego zawartości. Może to bowiem prowadzić do utraty ważności zaświadczenia.

Nie ma wykazu zagrożeń, które uzasadniałyby przyznanie kobiecie prawa do aborcji. Przepis ma charakter otwarty, co powinno chronić pacjentkę przed zbytnim zawężaniem kręgu sytuacji ryzykownych dla jej życia lub zdrowia. W praktyce okazuje się jednak, iż daje to lekarzom znaczne uprawnienie do decydowania, co jest już zagrożeniem, a co jeszcze nie. Łączy się to również częściowo z prawem pacjentki do posiadania pełnej informacji na temat swojego stanu zdrowia. Lekarz ma nie tylko obowiązek informowania jej o możliwych

zagrożeniach, ale także powinien zlecać odpowiednie badania, nawet te, które potencjalnie mogłyby wpłynąć na decyzję o przerwaniu ciąży. Niedochowanie tego obowiązku, jest znacznym ograniczeniem prawa do informacji, ale także stanowi naruszenie prawa do zdrowia. Ustawa nie deklaruje, iż uszczerbek na zdrowiu, jaki może ponieść kobieta w wyniku donoszenia ciąży, musi być ciężki. Pozostawia się tutaj wolną wolę kobiecie, która ma prawo samodzielnie zdecydować, czy będzie on dla niej osobiście ciężki czy nie. Tak samo jest w przypadku ustalania prawdopodobieństwa wystąpienia uszczerbku na zdrowiu. Z ustawy wynika, iż każde realne prawdopodobieństwo poniesienia uszczerbku na zdrowiu powinno uprawniać kobietę do podjęcia decyzji o możliwości przerwania ciąży. Powoływanie się więc przez niektórych lekarzy na wymóg ustalenia wysokiego prawdopodobieństwa nie jest zgodny z zapisami ustawowymi.

Prawa do zdrowia nie należy traktować zawężająco i odnosić jedynie do kwestii zdrowia fizycznego. Istotnym elementem tego prawa jest bowiem również ochrona zdrowia psychicznego, które także w wypadku ustalania prawa do legalnego przerwania ciąży ma bardzo istotne znaczenie. Kobieta powinna mieć zagwarantowane prawo do przerwania ciąży, jeśli zagraża ona jej zdrowiu psychicznemu, np. powodując depresję czy doprowadzając do prób samobójczych. W takiej sytuacji również należy rozważyć możliwość ochrony zdrowia matki poprzez umożliwienie jej dostępu do zabiegu przerywania ciąży.

Prawo kobiety do wyboru nie zostało w tym wypadku ograniczone żadnym terminem. Aż do samego końca ciąży, w wypadku gdyby nastąpiły okoliczności zagrażające życiu lub zdrowiu kobiety może ona podjąć decyzję o przerwaniu ciąży. Po raz kolejny podkreślenia wymaga kwestia dostępności do prawdziwej i rzetelnej informacji na temat stanu zdrowia, która w każdym wypadku powinna być przekazywana kobiecie, chyba, że podejmie ona decyzję o tym, iż nie życzy sobie takich informacji otrzymywać.

Jedną z ważniejszych kwestii, na jakie należy zwrócić uwagę, rozpatrując powyższe regulacje prawne, jest fakt, iż ustawodawca jednoznacznie dał do zrozumienia, że życie i zdrowie matki powinno być traktowane priorytetowo. Oznacza to, że w przypadku konfliktu praw przysługujących matce i nienarodzonemu dziecku, pierwszeństwo zawsze powinno uzyskać prawo matki.

## **Prawo do przerwania ciąży w sytuacji, gdy płód obciążony jest wadami rozwojowymi lub genetycznymi**

Kobieta ma prawo do podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu.

Ustawa nie wspomina o całkowitej pewności istnienia tych przesłanek, a jedynie odwołuje się do dużego prawdopodobieństwa. Nie ma więc konieczności stwierdzania ze stu procentową pewnością istnienia bądź nieistnienia wymienionych wyżej przesłanek, aby kobieta mogła legalnie podjąć decyzję.

Pewnym ograniczeniem jest tutaj jednak czas, gdyż ustawodawca zezwolił kobiecie na skorzystanie z prawa wyboru aż do momentu, w którym płód osiągnie zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety. Aktualny stan wiedzy zakreśla tą granicę na 22 tygodniu ciąży. W sytuacji więc odkrycia poważnej wady rozwojowej lub genetycznej u płodu po upływie 22 tygodni od początku ciąży, kobieta nie ma już możliwości podjęcia decyzji o aborcji. Istnieją jednak sytuacje, w których wykryte wady są tak poważne, iż nigdy nie pozwolą one płodowi na osiągnięcie zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki, takie jak przykładowo bezmózgowie czy brak innych organów niezbędnych do życia. W tym wypadku ograniczenie czasowe na podjęcie przez kobietę decyzji nie powinno być stosowane.

Dostwierdzenia dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu potrzebna jest opinia lekarza, posiadającego tytuł specjalisty w danej dziedzinie. Orzeczenie takie wydaje się na podstawie badań genetycznych, w przypadku stwierdzania wad genetycznych, lub obrazowych badań ultrasonograficznych (USG), które mogą potwierdzić wady rozwojowe płodu.

Wady płodu musi stwierdzić inny lekarz niż ten, który dokonuje aborcji. Wyjątkowo może to być jednak ten sam lekarz, ale tylko jeśli ciąża bezpośrednio zagraża życiu kobiety. Należy przy tym pamiętać, iż tak jak w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia kobiety, lekarz zobowiązany do dokonania zabiegu nie ma możliwości kwestionowania zaświadczenia wydanego przez lekarza specjalistę, weryfikowania zamieszczonych tam danych, czy wydawania własnej diagnozy.

## **Prawo do przerwania ciąży pochodzącej z czynu zabronionego**

Określenie czyn zabroniony jest bardzo pojemne i poza intuicyjnym przestępstwem zgwałcenia (art. 197 kk) dotyczy również:

- czynności seksualnej z osobą bezradną lub niepoczytalną (art. 198 kk)
- czynności seksualnej z dzieckiem, które nie ukończyło 15 lat (art. 200 kk)
- kazirodztwa (art. 201 kk)
- nadużycia stosunku zależności (art. 203 kk)
- zmuszania do prostytucji (art. 203 kk)
- handlu ludźmi w celu uprawiania prostytucji za granicą (art. 204 kk).

Dodatkowo, należy stwierdzić, iż w zakres pojęcia przestępstwo zgwałcenia wlicza się również tzw. gwałt małżeński, a więc także ten przypadek pozwala kobiecie na dokonanie zabiegu przerwania ciąży, jeśli wynikiem gwałtu jest niechciana ciąża.

Wszystkie wymienione wyżej przypadki skutkujące ciążą, dają kobiecie prawo do podjęcia decyzji o możliwości usunięcia ciąży.

W przypadku współżycia z osobą małoletnią poniżej 15 roku życia ważny jest sam fakt współżycia, a nie kwestia zgody małoletniej. Nawet jeśli taka zgoda istniała, czyn ciągle stanowi przestępstwo, a więc wynikiem tego jest ustawowe zezwolenie na dokonanie aborcji.

Kobieta, która w wyniku czynu zabronionego zaszła w ciążę, ma 12 tygodni na podjęcie decyzji odnośnie przeprowadzenia zabiegu i zdobycie odpowiedniego zaświadczenia. Termin liczony jest on momentu zajścia w ciążę. Zaświadczenie, w którym zawarta jest informacja o uzasadnionym podejrzeniu, iż ciąża jest wynikiem czynu zabronionego wydaje prokurator. Dopiero z takim zaświadczeniem można udać się do szpitala. Dodatkowo utrudnienie pojawia się w przypadku kobiet małoletnich, gdyż tutaj może być również wymagane odpowiednie zaświadczenie od sądu rodzinnego. Dlatego w przypadku, gdy kobieta podejmie decyzję o dokonaniu przerwania ciąży musi się liczyć z tym, iż ograniczona jest nieprzekraczalnym terminem 12. tygodni. Jeśli przekroczy tą granicę, nie ma możliwości ubiegania się o dokonanie przerwania ciąży.

Prokurator, wydając zaświadczenie, stwierdza jedynie uzasadnione podejrzenie tego, że ciąża powstała w wyniku przestępstwa. Nie ma więc wymogu, aby prokurator miała całkowitą pewność, iż nie tylko doszło do przestępstwa, ale także tego, że jego wynikiem jest ciąża kobiety. Ustawa wymaga uzasadnionego podejrzenia, więc nie ma konieczności ustalania faktów i zbierania dowodów potwierdzających podejrzenie ponad wszelką wątpliwość. Zaświadczenie potwierdza prawdopodobieństwo zaistnienia takich okoliczności, a nie pewność ich zaistnienia. Prokurator może więc wydać takie zaświadczenie, w przypadku gdy dysponuje dowodami uzasadniającymi samo podejrzenie. Jest to ważne, szczególnie w przypadku gdy procedury zbierania dowodów przedłużają się, a kobiecie kończy się ustawowy termin 12 tygodni. Należy również pamiętać, iż prokurator nie może powoływać się na własne sumienie i odmówić wydania zaświadczenia. W przypadku odmowy należy żądać wydania jej na piśmie, najlepiej z właściwym uzasadnieniem.

Faktem jest, iż często nawet uzasadnienie podejrzenia w przypadku przestępstw przeciwko wolności seksualnej może być utrudnione. Nie każde z nich bowiem musi być popełnione przy użyciu przemocy, a więc może to w znacznym stopniu ograniczać możliwości dowodowe z, przykładowo, obdukcji, czy badania lekarskiego. Również istotne jest to, że naruszają one niezwykle wrażliwą sferę intymną człowieka, co doprowadzić może do tego, iż ofiara wcale nie będzie miała ochoty dzielić się swoimi przeżyciami z osobami trzecimi, aby nie narażać się na dodatkowy stres i poniżenie. Ściganie sprawcy, szczególnie jeśli jest to osoba bliska, w ogóle nie jest brane pod uwagę. Dopiero w sytuacji, gdy w wyniku

czynu zabronionego kobieta zaszła w ciążę lub została zakażona chorobą przenoszoną drogą płciową, decydują się one na złożenie zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa do organów ścigania, oczekując jednocześnie ochrony własnych praw, szczególnie właśnie prawa do usunięcia ciąży, bądź leczenia na koszt sprawcy. Takie sytuacje wymagają olbrzymiej dozy zrozumienia po stronie prokuratora, jak również świadomości istnienia określonych warunków społeczno – środowiskowych, które często ograniczają prawa ofiar przestępstw seksualnych do dochodzenia ukarania sprawcy.

Zbieranie dowodów może być niezmiernie trudne. Często w przypadku przestępstw zgwałcenia, czy innych przestępstw na tle seksualnym, brakuje zeznań świadków, gdyż dzieją się one bez ich obecności. Jeśli więc nie ma dodatkowo śladów przemocy, bo przykładowo sprawca użył podstęp lub groźby, nie ma możliwości potwierdzenia zeznań kobiety obdukcją czy badaniem lekarskim. Jeśli dodatkowo, ofiara zgłosi się dopiero po kilku dniach niemożliwe staje się pobranie próbek spermy, czy innych wydzielin sprawcy. Nie oznacza to jednak, że do przestępstwa nie doszło! W takich wypadkach największe znaczenie ma więc zeznanie pokrzywdzonej i nie ma przeciwwskazań, aby na tej podstawie prokurator uznał, że zachodzi uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa.

Odrębnym przykładem, nie nasuwającym już podobnych wątpliwości, jest tzw. czyn lubieżny, czyli obcowanie płciowe z osobą poniżej 15 roku życia. Jak zostało już wcześniej wspomniane, nie ma tutaj znaczenia, czy małoletnia zgodziła się na współżycie, ani czy sprawcą przestępstwa jest również osoba małoletnia czy dorosła. W sytuacji, gdy do prokuratora zgłasza się rodzic lub opiekun dziewczynki, która nie ukończywszy 15 lat zaszła w ciążę, prokurator nie ma możliwości odmówienia wydania zaświadczenia, gdyż ciąża nieletniej jest zupełnie wystarczającą przesłanką. Należy pamiętać jedynie o dostarczeniu zaświadczenia od ginekologa o stopniu zaawansowania ciąży, gdyż tutaj również obowiązuje limit 12 tygodni na dokonanie zabiegu przerwania ciąży.

## Procedura udzielania świadczenia przerwania ciąży

Istotne jest, aby ubiegając się o możliwość legalnego przerwania ciąży pamiętać o kilku ważnych elementach:

- 1 Przed wszystkim limity czasu, które wyznaczają nam możliwość dokonania aborcji. Należy pamiętać aby w sytuacji gdy ustawa je wprowadza, w żadnym razie ich nie przekraczać. Przekroczenie takiego terminu stanowi wystarczającą przesłankę do odmówienia świadczenia.
- 2 Ważne jest, aby w przypadku zaświadczenia wydawanego przez lekarza, zawierało ono odpowiedni zapis, potwierdzający prawo kobiety do legalnego przerwania ciąży. Opis

stanu zdrowia pacjentki może okazać się niewystarczający. Jeśli jest to zaświadczenie od prokuratora, wystarczy, aby było w nim zaznaczone uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa poparte pisemną informacją od ginekologa o stopniu rozwoju ciąży.

- 3** 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.
- 4** Do wykonania zabiegu przerwania ciąży niezbędna jest pisemna zgoda kobiety. W przypadku osoby małoletniej wymagana jest zgoda pisemna jej przedstawiciela ustawowego. Jeśli jednak małoletnia ukończyła 13 lat, prawo wymaga także i jej pisemnej zgody. W sytuacji gdy osoba małoletnia nie ukończyła lat 13, wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii.
- 5** Osobom objętym ubezpieczeniem społecznym, a także uprawnionym do korzystania bezpłatnie ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.
- 6** W przypadku gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety, a także w przypadku gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, przerwania ciąży dokonuje się tylko w szpitalu.
- 7** W sytuacji gdy lekarz zobowiązany do udzielenia świadczenia usunięcia ciąży odmawia wywiązania się z nałożonych na niego obowiązków, albo zasłania 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.
- 8** Należy pamiętać, iż wydanie zaświadczenia przez prokuratora o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia przestępstwa nie wymaga wcześniejszego wykrycia sprawcy, jego ujęcia bądź skazania. Wymagane jest jedynie prawdopodobieństwo, a nie pewność popełnienia czynu zabronionego.
- 9** Nieuzasadnione odwołanie wydania odpowiednich zaświadczeń, czy też wyznaczanie nieproporcjonalnie długich okresów oczekiwania na wyniki badań czy wizyty kontrolne jest również naruszeniem prawa kobiety do świadomego decydowania o sobie, swoim zdrowiu i życiu.
- 10** Każdy lekarz ma obowiązek udzielania 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 ciąży na nim obowiązku stosując „klauzulę

sumienia". Niedoinformowanie o istotnych kwestiach rzutuujących na odrębne prawa pacjentki, jest jednocześnie naruszeniem jej prawa do informacji.

## Prawo kobiety małoletniej do przerwania ciąży

Obwarowane licznymi przesłankami prawo do dokonania legalnej aborcji ulega jeszcze większemu ograniczeniu w przypadku kobiet poniżej 18 roku życia. Tutaj, nawet jeśli spełnione są przesłanki ustawowe niezbędne do wykonania zabiegu, potrzebna jest także zgoda przedstawiciela ustawowego, czyli rodzica bądź opiekuna prawnego osoby małoletniej. Jeśli tym przedstawicielem jest jednak opiekun prawny dziecka, potrzebna będzie również zgoda sądu opiekuńczego. Taki stan prawny wynika z tego, iż opiekun jest zobligowany do uzyskania zezwolenia sądu opiekuńczego we wszystkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby małoletniej.

Jeśli małoletnia nie ukończyła 13 roku życia decyzję w sprawie zabiegu usunięcia ciąży musi podjąć sąd opiekuńczy, a małoletnia może wyrazić w tym względzie swoją opinię.

Między 13 a 18 rokiem życia prawo wymaga nie tylko pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego, ale także samej małoletniej. Jest to wyrazem tzw. „zgody kumulatywnej”, czyli jednakowej po stronie obu zainteresowanych stron. We wszystkich przypadkach, w razie braku pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego, decyzję w sprawie musi podjąć sąd opiekuńczy. W tym wypadku niezwykle ważne może więc okazać się szybkie i sprawne działanie, gdyż jak zostało już wielokrotnie podkreślone, ogromne znaczenie ma stadium rozwoju ciąży, które nie może w chwili zabiegu przekroczyć ustawowego limitu.

Szczególne wątpliwości może budzić taka regulacja odnośnie czynu zabronionego jakim jest kazirodztwo. Małoletnia, która w wyniku tego przestępstwa zajdzie w ciążę, może zostać bez wsparcia rodziców czy opiekunów, a więc niezbędne jest skierowanie takiej sprawy do sądu rodzinnego. Uzyskanie właściwych zaświadczeń u prokuratora też wydaje się być znacznie utrudnione, ze względu na brak przedstawiciela ustawowego. Wszystko to zostaje ograniczone poczuciem wstydu, krzywdą psychiczną i fizyczną, a także 12 tygodniowym limitem czasu. Tego typu sprawy wymagają ogromnego wyczucia wszystkich uczestniczących w procesie stron.

## Kto może wykonać zabieg usunięcia ciąży?

Zabieg przerwania ciąży może być wykonany jedynie przez lekarza. Wymaga się aby lekarz ten posiadał tytuł specjalisty w zakresie położnictwa lub ginekologii, albo specjalizację

pierwszego stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii. Dopuszczalne jest również, aby zabieg został wykonany przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w celu uzyskania pierwszego stopnia specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii, ale tylko w obecności i pod kierunkiem lekarza uprawnionego do dokonywania przerywania ciąży.

W sytuacji gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety, albo gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu zabieg przerywania ciąży może być wykonany jedynie w szpitalu. Nie ma w tym wypadku znaczenia czy jest to szpital prywatny czy publiczny. Prawo nie wprowadza także ograniczeń odnośnie statusu własnościowego w innych przypadkach. Nie ma więc przeciwwskazań, aby prywatne gabinety ginekologiczne objęły swoją ofertą także zabiegi przerywania ciąży.

## Co robić gdy lekarz odmawia wykonania świadczenia?

Gdy pojawiają się trudności z uzyskaniem świadczenia zdrowotnego, należy pamiętać, iż każda pacjentka ma prawo:

- 1 Uzyskania **odmowy na piśmie** z uzasadnieniem, podpisem lekarza, datą i pieczętką.
- 2 Skierowania sprawy do **przełożonego lekarza** w postaci zawiadomienia bądź skargi, jeśli działanie lekarza jest niezgodne z prawem.
- 3 Wskazania **realnej możliwości** uzyskania danego świadczenia u innego lekarza lub w innej placówce służby zdrowia.
- 4 **Odnotowania w dokumentacji medycznej** odmowy wykonania danego świadczenia przez lekarza.

W przypadku gdy lekarz bądź jego przełożony, nie będą wypełniać swoich obowiązków w zakresie udzielania informacji, wydania zaświadczenia o odmowie świadczenia lub odnotowania prośby i odmowy w dokumentacji medycznej, pacjentka ma prawo odwołać się do odrębnych instytucji. Skargi na działanie lekarzy powinno składać się w formie pisemnej, jednakże w sytuacjach nie cierpiących zwłoki najlepszy będzie kontakt osobisty bądź telefoniczny.

Właściwymi instytucjami będą:

- 1 **Rzecznik Praw Pacjenta** przy oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia
- 2 **Wojewódzki Konsultant** do spraw Ginekologii i Położnictwa
- 3 **Krajowy Konsultant** do spraw Ginekologii i Położnictwa
- 4 **Biuro Rzecznika Praw Pacjenta** w Warszawie
- 5 **Ministerstwo Zdrowia** – Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg
- 6 **Rzecznik Praw Obywatelskich**
- 7 **Rzecznik odpowiedzialności zawodowej** lekarzy przy okręgowej izbie lekarskiej

Reguły postępowania przed tymi organami zostały bliżej przedstawione w dziale „Ochrona prawna”.

## BADANIA PRENATALNE

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 roku, nr 210, poz. 2135), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane: Załącznik nr 3 zakres badań prenatalnych (przedurodzeniowych), u kobiet o podwyższonym, w stosunku do populacyjnego, ryzyku wystąpienia choroby lub wady, w tym genetycznej, wraz z okresami ich przeprowadzania (Dz. U. z 2004 roku, nr 276, poz. 2740)*

Tematyka badań prenatalnych często wzbudza wiele kontrowersji. Za ich ograniczoną popularnością przemawia kilka elementów. Przede wszystkim są to badania, na podstawie których można wykryć wady płodu, co niesłusznie jest kojarzone z prawem do przerwania ciąży. Po drugie, panuje ogólne przeświadczenie, iż są to badania wysoce inwazyjne, niosące ryzyko dla płodu. Po trzecie, wymagają one wystawienia skierowania przez lekarza ginekologa, gdyż w innym wypadku są bardzo kosztowne. Negatywne przesłanki niekiedy całkowicie przesłaniają kwestie najistotniejsze dotyczące badań prenatalnych. Przede wszystkim są one dopełnieniem realizacji prawa do ochrony zdrowia i życia, prawa do informacji i prawa do samostanowienia. Dodatkowo, pomagają one w wykryciu wad płodu na wczesnym etapie, co skutkować może wprowadzeniem specjalistycznego leczenia jeszcze w fazie prenatalnej, a także daje przyszłym rodzicom czas i sposobność na przygotowanie się do wdrożenia natychmiastowej opieki medycznej zaraz po urodzeniu dziecka.

W ostatnich latach można zaobserwować, iż średnia wieku kobiet rodzących wzrosła. Wynika to zarówno z przyczyn ekonomicznych czy społecznych, ale także jest skutkiem zwiększenia się przeciętnej długości życia człowieka. Obecnie szacuje się, że około 8-10% rodzących, są to kobiety powyżej 35 roku życia. Oznacza to także, iż w około 8-10% przypadków wzrasta ryzyko ciążowe. Możliwość urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną wynosi około 3-5%. Część z tych wad można rozpoznać już we wczesnym okresie ciąży, czyli w 1 lub 2 trymestrze, właśnie za pomocą badań, w tym badań prenatalnych. Dlatego zgodnie z zaleceniami Narodowego Funduszu Zdrowia sam fakt, iż kobieta w ciąży jest w wieku powyżej 35 lat, powinien być wystarczającym wskazaniem do skierowania jej na badania prenatalne. Jeśli zaś ciąża zaliczana jest do grupy wysokiego ryzyka (nieprawidłowe wyniki USG, występowania aberracji chromosomowej w poprzedniej ciąży, itp.) diagnostyka prenatalna jest bezwzględny wskazaniem medycznym. Oznacza to, iż lekarz ma obowiązek skierować pacjentkę na specjalistyczne badania, które znacznie zwiększą prawdopodobieństwo wykrycia poważnych wad płodu i pozwolą na wprowadzenie odpowiednich procedur leczniczych.

Obowiązek zapewnienia swobodnego dostępu do informacji i badań prenatalnych spoczywa na organach administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego. W zakresie swoich kompetencji są one zobowiązane do zapewnienia tego dostępu szczególnie w sytuacji, gdy istnieje podwyższone ryzyko albo podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu.

Podstawowymi wskazaniami do wykonania badań prenatalnych są:

- wiek matki, jeśli ma ona powyżej 40 lat,
- wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka,
- stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u matki lub u ojca dziecka,
- stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową,
- stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowych wyników badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Nie są to wszystkie wskazania, które uzasadniają przeprowadzenie badań. W swoich programach NFZ np. obniża wiek kobiety do 35 lat, co również często wynika z praktyki lekarzy i szpitali, którzy uważają, że osiągnięcie tego wieku jest przesłanką uzasadniającą przeprowadzenie badań prenatalnych.

Badania ultrasonograficzne (USG) wykonywane są co najmniej trzykrotnie w okresie ciąży. Wykonanie tego badania nie jest zależne od dodatkowych przesłanek. 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 określa, iż takie badanie powinno być przeprowadzone w okresie między 11 a 14 tygodniem ciąży, następnie między 21 a 26 tygodniem ciąży, a także pomiędzy 33 a 37 tygodniem ciąży. Stwierdzenie jakichkolwiek nieprawidłowości powinno skutkować wystawieniem skierowania na badania prenatalne. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w niektórych wypadkach zaleca również przeprowadzenie badania USG przed 10 tygodniem ciąży, podczas którego określa się między innymi wiek ciążowy, ocenia liczbę zarodków czy stwierdza nieprawidłowości w rozwoju ciąży. Towarzystwo na swojej stronie internetowej zamieściło dokładne rekomendacje odnośnie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu, które dostępne są pod adresem: <http://www.gpsk.am.poznan.pl/ptg/rekomendacje/rekomendacjaopiekapredporodowa.htm>.

Badania prenatalne powinny być wykonywane w 1 i 2 trymestrze ciąży, jednak nie później niż do 22 tygodnia ciąży. Zalecane są u kobiet o podwyższonym, w stosunku do populacyjnego, ryzyku wystąpienia choroby lub wady, także genetycznej. Są one zaliczane do procedur diagnostycznych.

Dzieli się je na:

- procedury nieinwazyjne:
  - \* badania USG płodu wg standardów przewidzianych dla badania USG pod kątem wad i chorób genetycznie uwarunkowanych,
  - \* badania biochemiczne (oznaczenie poziomów w surowicy krwi kobiety ciężarnej),
  - \* osoczowe białko ciążowe A, test PAPP-A (polega na przeprowadzeniu szczegółowego wywiadu lekarskiego, pobraniu krwi kobiety ciężarnej i wykonaniu badania USG przezierności karkowej, 10 – 14 tydzień ciąży),
  - \* alfa fetoproteina (AFP),
  - \* wolna gonadotropina kosmówkowa – podjednostka beta – (wolne B-hCG)
  - \* wolny estriol – Estriol,
  
- a także procedury inwazyjne, do których zalicza się:
  - \* biopsję trofoblastu,
  - \* amniopunkcję (pobranie przez powłoki skórne (w znieczuleniu miejscowym), zazwyczaj ok. 20 ml płynu owodniowego, 13-19 tydzień ciąży),
  - \* kordocentezę (pobranie krwi z żyły pępowinowej po nakłuciu pępowiny przez powłoki brzuszne pod kontrolą USG, 18 tydzień ciąży),
  - \* badanie krwi pępowinowej.

Inwazyjność tych badań polega na tym, iż do ich przeprowadzenia niezbędne jest pobranie materiału, który zawiera komórki płodu. Podstawową zaletą jest więc możliwość precyzyjnego zdiagnozowania zaburzeń w rozwoju płodu, jednakże przeprowadzenie tych badań niesie ze sobą także ryzyko poważnych komplikacji ciąży, które pojawiają się w około 0,5 – 1% przypadków.

Dodatkowo stosowanymi procedurami są badania cytogenetyczne i molekularne w postaci:

- \* hodowli komórkowej,
- \* wykonywania preparatów do analizy cytogenetycznej (techniki prążkowe),
- \* analizy mikroskopowej kariotypu,
- \* analizy FISH (hybrydyzacja in situ z wykorzystaniem fluorescencji),
- \* analizy molekularnej i biochemicznej w przypadku chorób monogenicznych.

## Program badań prenatalnych Narodowego Funduszu Zdrowia

W roku 2008 Narodowy Fundusz Zdrowia prowadził „Program badań prenatalnych”, którego celem było popularyzowanie korzystania z tych świadczeń medycznych, a także propagowanie wiedzy i edukacja z zakresu ryzyka występowania wad genetycznych i rozwojowych płodu.

Głównym założeniem było umożliwienie wczesnej identyfikacji ryzyka wad płodu w przypadkach, kiedy prawo wyraźnie wskazuje konieczność wykonania badań prenatalnych.

W chwili obecnej Narodowy Fundusz Zdrowia nie podał jeszcze informacji, czy program będzie kontynuowany w roku 2009 i następnym. Niemniej, fakt prowadzenia tak sprofilowanych działań stanowi istotną zmianę w podejściu do badań prenatalnych i niesie nadzieje na przyszłość, iż staną się one jednym z podstawowych świadczeń oferowanych kobietom, u których istnieje prawdopodobieństwo występowania wad płodu.

## NIEPODJĘCIE LUB ODSTĄPIENIE OD LECZENIA

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

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty gwarantuje każdemu lekarzowi możliwość niepodjęcia bądź odstąpienia od leczenia pacjenta. Wynika to z artykułu 38 ustawy i choć uzależnione jest jedynie od woli lekarza, to podlega również pewnym ograniczeniom. Przede wszystkim, lekarz nie ma prawa odmówić bądź odstąpić od udzielenia pomocy lekarskiej w przypadku, gdyby zwłoka w jej udzieleniu mogła skutkować poważnymi konsekwencjami dla pacjentki, takimi jak ciężkie uszkodzenie ciała, ciężki rozstrój zdrowia czy niebezpieczeństwem utraty życia, a także w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Gdy lekarz podejmuje decyzję o odstąpieniu od leczenia, ma ustawowy obowiązek poinformowania o tym pacjentki, jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna na tyle wcześnie, aby mogła ona dane świadczenie uzyskać w innym miejscu. Co więcej, lekarz ma również obowiązek wskazać takiej pacjentce realne możliwości uzyskania danego świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej.

Kolejnym obowiązkiem nałożonym na lekarza jest odnotowanie odstąpienia bądź niepodjęcia leczenia w dokumentacji medycznej pacjentki. Taka informacja powinna być poparta uzasadnieniem. Odmowa wpisania takiej informacji do dokumentacji medycznej pacjentki, albo odmowa jej uzasadnienia jest działaniem niezgodnym z prawem. Każda pacjentka w takiej sytuacji ma więc prawo domagania się wykonania tej czynności.

Lekarz, który wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, musi na dodatek uzyskać zgodę swojego przełożonego na odstąpienie lub niepodjęcie leczenia pacjentki, jak również wymagane jest występowanie w takiej sytuacji poważnych ku temu powodów.

## KLAUZULA SUMIENIA

*Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 1997 roku, nr 28, poz. 152), ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 roku, nr 57, poz. 602)*

W przypadku świadczeń z zakresu praw reprodukcyjnych i seksualnych znacznie częściej niż niepodjęcie lub odstąpienie od leczenia spotkać można powoływanie się na tzw. „klauzulę sumienia”, która uzasadniać ma niewykonywanie przez lekarzy takich świadczeń zdrowotnych, które miałyby być niezgodne z ich sumieniem. Powoływanie się na sumienie, jest niezmiernie częste w przypadku zabiegów usuwania ciąży, ale pojawia się także przy wykonywaniu badań prenatalnych, a nawet przepisywaniu antykoncepcji.

Lekarz, który chce powstrzymać się od wykonania świadczenia niezgodnego z jego sumieniem, musi spełnić pewne dodatkowe warunki. Przede wszystkim musi poinformować o tym pacjentkę i wskazać jej realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej. Mają to być „realne możliwości”, a więc lekarz nie może uchylić się od wykonania świadczenia, jeśli nie posiada informacji, gdzie może być ono wykonane. Dodatkowo, musi swoją odmowę uzasadnić i odnotować w dokumentacji medycznej. Podkreślenie uzasadnienia odmowy oznacza, że samo powołanie się na „klauzulę sumienia” nie jest wystarczające. Lekarz powinien dodatkowo zamieścić w dokumentacji medycznej uzasadnienie swojego działania. Każda pacjentka, której odmówiono świadczenia może także żądać od lekarza odmowy na piśmie, a ten zobowiązany jest jej udzielić. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, ma obowiązek przedniego powiadomienia na piśmie przełożonego o odmowie wykonania świadczenia na podstawie niezgodności tego świadczenia z jego sumieniem. Wprowadzenie w tym przepisie słowa „uprzednio” sugerować może, iż lekarz powinien tego dokonać nawet przed zgłoszeniem się do niego pacjentki.

Ważne jest znów to, iż lekarz nie może powołać się na „klauzulę sumienia”, jeśli zwłoka w nieudzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować dla pacjenta niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, a także w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki. W takiej sytuacji obowiązany jest on do udzielenia świadczenia zdrowotnego, mimo, iż jest ono niezgodne z jego sumieniem.

„Klauzula sumienia” może przysługiwać jedynie jednostce, nie może więc dojść do sytuacji, w której szpital czy inna placówka służby zdrowia będzie się na nią powoływać. Istnieje oczywiście prawdopodobieństwo, że wszyscy lekarze pracujący w szpitalu odmówią udzielenia świadczenia medycznego na tej podstawie, nie jest to jednak równoznaczne z powołaniem się na „klauzulę sumienia” przez instytucję. Niezgodne z prawem byłoby więc powoływanie się dyrekcji jednostki na zbiorowe sumienie, w imię którego wszyscy lekarze

mają obowiązek odmawiania pewnych świadczeń. „Klauzula sumienia” może być zastosowana jedynie przez konkretnego lekarza i tylko w konkretnym przypadku, gdyż wynika ona z wolności sumienia jednostki, a nie podmiotu zbiorowego.

Czasem spotykane są przypadki, kiedy to uprawnienie, zapisane w ustawie o zawodzie lekarza i ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, stosowane jest również przez przedstawicieli innych zawodów, którzy odmawiają wykonania pewnych czynności powołując się właśnie na swoje sumienie. Należy jednak pamiętać, iż zapisy ustawowe odnoszące się do lekarza, pielęgniarki czy położnej nie mogą być bezpośrednio stosowane w stosunku do innych zawodów. Charakterystyczną próbą rozszerzenia uprawnień lekarza w zakresie wolności sumienia, jest powoływanie się na „klauzulę sumienia” przez farmaceutów, w przypadku realizacji recepty na środki antykoncepcji hormonalnej. Aptekarze odmawiają wydania tabletek zasłaniając się swoimi przekonaniem. Taki sposób działania stosują także niekiedy prokuratorzy w przypadku prowadzenia spraw o zgwałcenie, kiedy zgodnie z prawem zobowiązani są do wydania zaświadczenia, iż zachodzi uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa, którego wynikiem jest ciąża ofiary. Mając świadomość, iż takie zaświadczenie będzie przez kobietę wykorzystane w celu realizacji jej prawa do przerwania ciąży, odmawiają zasłaniając się wolnością własnego sumienia i przekonaniem.

Jak dotąd, żadna ustawa nie daje im takiego prawa. Ani farmaceuta, ani prokurator nie został przez ustawodawcę obdarzony przywilejem powoływania się na własne poglądy czy przekonania podczas wykonywania swojego zawodu. Ważne jest, aby świadomość bezprawności ich działań posiadały także kobiety, które głównie narażone są na negatywne konsekwencje wynikające z rozszerzania prawa do odmowy wykonania czynności z uwagi na przekonania człowieka. W przypadku nieuzasadnionej odmowy wydania zaświadczenia, leku lub świadczenia bądź udzielenia informacji należy bezzwłocznie zgłaszać się do Rzecznika Praw Pacjenta.

Podsumowując, warto zaznaczyć najistotniejsze kwestie związane z prawem lekarza do odmowy wykonania świadczenia medycznego na podstawie „klauzuli sumienia”:

- 1** Lekarz, powołując się na „klauzulę sumienia”, ma obowiązek:
  - wskazać REALNE możliwości otrzymania świadczenia w innej placówce lub u innego lekarza,
  - odnotować w dokumentacji pacjentki swoją odmowę i ją UZASADNIĆ,
  - na życzenie pacjentki wydać jej odmowę na piśmie wraz z uzasadnieniem,
  - jeśli wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, ma obowiązek UPRZEDNIEGO powiadomienia na piśmie przełożonego.
- 2** Lekarz NIE MOŻE powołać się na „klauzulę sumienia”, jeśli zwłoka w udzielaniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować dla pacjentki niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, a także w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.
- 3** „Klauzula sumienia” przysługuje TYLKO lekarzowi (pielęgniarce, położnej), a nie całej placówce służby zdrowia.

- 4 „Klauzula sumienia” przysługuje TYLKO lekarzowi (pielęgniarsce, położnej), więc nie mogą się na nią powoływać przedstawiciele innych zawodów.

## PRZESTĘPSTWO ZGWAŁCENIA

*Kodeks karny, kodeks postępowania karnego*

Czynem zabronionym uderzającym bezpośrednio w wolność seksualną osoby i jej prawo do decydowania o samym sobie jest przestępstwo zgwałcenia. Ze specyfiki tego przestępstwa, a także z uwagi na jego skutki wynika wiele kwestii, które bezpośrednio związane są z medycyną i wkraczają w zakres szeroko pojętych praw pacjenta. Wiele z tych zagadnień łączy się także z pojęciem zdrowia i praw reprodukcyjnych i seksualnych.

Przestępstwo zgwałcenia nie tylko naraża na cierpienia fizyczne i psychiczne związane z samym aktem przemocy, ale również może skutkować niechcianą ciążą, zarażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową (STD), w tym HIV, traumą przy odbywaniu stosunków płciowych. W takich wypadkach profesjonalna opieka, zarówno medyczna jak i psychologiczna, gwarantowana nie tylko przez placówki służby zdrowia, ale także przez organy stykające się z ofiarą w pierwszej kolejności, staje się niezwykle istotna.

Zgłaszalność wypadków gwałtu jest niska, gdyż kobiety boją się dalszych upokorzeń. W przypadku gwałtu w małżeństwie mają obawy, że nikt im nie uwierzy, chcą jak najszybciej zapomnieć o zdarzeniu, itp. Dodatkowo należy zaznaczyć, iż jest to przestępstwo tzw. „wnioskowe”, co nie pozwala na ingerencję osób trzecich w celu inicjacji dochodzenia. Przepis, który stworzony został w celu ochrony kobiet przed kolejnymi traumami i upokorzeniami, pozwalający im decydować, czy chcą ukarania sprawcy, jednocześnie sprawia, iż ci właśnie sprawcy wielokrotnie pozostają bezkarni, zastraszając swoje ofiary i w ten sposób unikając kary. Jak się okazuje, specyficznie rozumiane dobro kobiety skutkuje tym, iż wielu sprawców nigdy nie zostaje ukaranych.

Kobieta decydując się na ściganie sprawcy, musi złożyć oficjalne zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa, które sporządzone powinno być w formie protokołu. W nim zamieścić można wniosek o ściganie, aby następnie prokuratura lub policja mogły, już na zasadzie postępowania z urzędu, przeprowadzić śledztwo. W przypadku osoby najbliższej należy złożyć odrębny wniosek o ściganie.

W tym przypadku dokonania przestępstwa na szkodę osoby małoletniej, wniosek mogą złożyć przedstawiciele małoletniej, jej opiekunowie prawni lub faktyczni. Jeśli z jakiś przyczyn nie wyrażaliby na to zgody, wtedy małoletni może samodzielnie zgłosić się do sądu rodzinnego, aby ten skierował sprawę do organów ścigania w jej imieniu.

Stosunek seksualny z małoletnim poniżej 15 roku życia karany jest bezwzględnie, niezależnie od tego czy był on dobrowolny, czy w postaci zgwałcenia. Z przepisów jednakże jasno wynika, iż ochrona ofiary poniżej 18 roku życia może być mniej skuteczna, gdyż do swojego działania wymaga zaangażowania większej liczby osób i może to zdecydowanie utrudnić dochodzenie praw przez jednostkę poszkodowaną.

W przypadku tego przestępstwa niezmiernie ważne dowodowo jest, aby ofiara jak najszybciej zgłosiła się do organów ścigania. Biorąc pod uwagę uprawnienia kobiety w zakresie jej zdrowia i praw reprodukcyjnych i seksualnych czas ten ogranicza się właściwie do kilku dób. Szczególnie dużą wagę przywiązuje się do badania lekarskiego, które stanowi zazwyczaj główny dowód w sprawie. Podkreśla się, iż powinno zostać wykonane w przeciągu 48 godzin od zdarzenia. Ma to dwojakie znaczenie. Przede wszystkim ważne jest, aby ewentualne doznane obrażenia zostały opatrzone przez lekarza – specjalistę, ale także, aby wszelkie tego typu ślady, jak również ślady spermy, obrażenia wewnętrzne, zostały szczegółowo opisane i zabezpieczone. Policja posiada uprawnienia do zlecenia przeprowadzenia takiego badania, które w tym wypadku jest dla kobiet badaniem bezpłatnym. Kobieta może również sama udać się do lekarza i prosi o sporządzenie świadectwa lekarskiego. Musi wtedy za nie zapłacić. Podczas sprawy sądowej może ona ubiegać się o zwrot takich wydatków od sprawcy przestępstwa.

Tak jak w przypadku obdukcji, przy zdobywaniu zaświadczenia napotkać można szereg przeszkód natury psychicznej i fizycznej. Należy pamiętać, iż zgwałcona kobieta może nie mieć siły, aby poddawać się długotrwałej procedurze uzyskiwania zaświadczenia, które, jak zaznaczono wcześniej, powinno być sporządzone przez lekarza – specjalistę. Już samo stwierdzenie „zabranie materiału dowodowego” odnoszące się do ciała kobiety może odstraszać. Poza tym w społeczeństwie krąży mityczne przekonanie o „dodatkowym upokorzeniu”, jakie kobieta musi przejść decydując się na takie badanie. Wiele z nich rezygnuje już na tym etapie, godząc się na wiele dalszych konsekwencji, które mogą okazać się dla nich nieodwracalne.

Tego typu badania często powtarzane są w trakcie postępowania karnego przez biegłego lekarza powoływanego przez policję lub prokuraturę. W tym wypadku koszty obciążają już Skarb Państwa.

Samo badanie ofiary, pomimo olbrzymiej wagi dowodowej, nie rozwiązuje wszelkim problemów kobiety poszkodowanej przez przestępstwo zgwałcenia. Często nie jest ona informowana o dodatkowych czynnikach, które mogą ujemnie wpłynąć na jej zdrowie fizyczne i psychiczne, a powiązane są one bezpośrednio z jej zdrowiem i prawami reprodukcyjnymi i seksualnymi. Chodzi tu głównie o zastosowanie antykoncepcji postkoitalnej i przeprowadzenie testu na wirus HIV, a także profilaktyczne podanie leków antyretrowirusowych.

Kwestia antykoncepcji po stosunku jest dokładnie poruszona w dziale „Antykoncepcja”, choć tutaj należy zwrócić uwagę na dodatkowe elementy. W przypadku uzasadnionego podejrzenia przestępstwa zgwałcenia nie ma regulacji zobowiązujących przedstawicieli organów ścigania do poinformowania ofiary o możliwości zabezpieczenia się przed niechcianą ciążą. Oczywiście pociąga to za sobą w konsekwencji brak refundacji antykoncepcji postkoitalnej w tym wypadku. Chcąc z niej skorzystać kobieta samodzielnie musi uzyskać receptę od lekarza i wykupić lek. W przypadku, gdy kobieta w wyniku czynu zabronionego zaszła w ciążę, może ona legalnie domagać się jej przerwania, co zagwarantowane zostało w ustawie. Ma 12 tygodni na uzyskanie zaświadczenia od prokuratora o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia przestępstwa, a następnie na uzyskanie świadczenia usunięcia ciąży.

Ofiary gwałtów nie są również informowane o tym, iż odbycie niezabezpieczonego stosunku płciowego może skutkować zakażeniem wirusem HIV. Aby zminimalizować prawdopodobieństwo zakażenia można zastosować kurację lekami antyretrowirusowymi, dostępnymi na rynku polskim i znajdującymi się na liście leków refundowanych. Ich stosowanie nie eliminuje możliwości zakażenia, ale podane odpowiednio wcześniej mogą wytworzyć przeciwciała, które będą w stanie obronić organizm przed atakiem wirusa. W tym przypadku, jak to ma miejsce również w przypadku antykoncepcji po stosunku, kobieta nie ma możliwości uzyskania takiego świadczenia zdrowotnego nieodpłatnie w momencie stwierdzenia przez organy ścigania „uzasadnionego podejrzenia” dokonania przestępstwa.

Po około trzech miesiącach od odbycia niezabezpieczonego stosunku, szczególnie w przypadku gwałtu dokonanego przez osobę ofierze nieznaną, kobieta powinna poddać się testom, których celem jest wykrycie istnienia prawdopodobieństwa zakażenia wirusem HIV. Na terenie całego kraju działa 26 punktów konsultacyjnych Krajowego Centrum ds. AIDS, w których można bezpłatnie wykonać badanie (więcej w dziale „Problematyka HIV/AIDS”).

W ostatnich latach coraz większą popularnością cieszą się środki farmakologiczne stosowane przez sprawców przestępstw seksualnych w celu odurzenia ofiary. Potocznie nazywane są one „tabletkami gwałtu” i stanowią narastający problem, wynikający nie tylko z powszechności dostępu do nich, czy lekkomyślności ofiar, ale także z przyczyn czysto dowodowych.

Tabletką gwałtu może być każda substancja, która wyłącza świadomość, wolną wolę i powoduje, że ofiara nie jest w stanie skutecznie bronić się przed napastnikiem. Na rynku obecne są trzy specyfiki tego rodzaju o nazwach GHB, Ketamina i Rohypnol. Mają one wspólne cechy takie jak: łatwość aplikacji, utrudnione lub nawet często niemożliwe rozpoznanie substancji, podobne skutki działania w postaci np. czasowej utraty świadomości, a co najgorsze, także niewielka wykrywalność, gdyż wszystkie dość szybko wydalane są z organizmu.

GHB jest groźnym narkotykiem zaliczanym do depresantów stymulującym wydzielanie dopaminy. Kiedyś stosowany był jako anestetyk, w przypadku znieczuleń przedoperacyjnych. Bywa również stosowany w terapii odwykowej u osób uzależnionych od alkoholu. W przypadku

przedawkowania jego zażycie może prowadzić nawet do śmierci. Jego działanie sprzyja sprawcom zgwałceń, gdyż podany ofierze, powoduje u niej częściową utratę przytomności, działa obezwładniająco, powoduje okresową amnezję. Jeśli chodzi o inne objawy zażycia, to można tu wyliczyć zwolnioną czynność serca, ruchy mimowolne, wymioty i zaburzenia oddychania, a także dezorientację, zaburzenia koordynacji ruchów, oczopląs i słabą reakcję źrenic na światło. Zazwyczaj pod wpływem innych czynników, takich jak na przykład alkohol, objawy te mogą się nasilać. Stosowany w małych dawkach, ma działanie podobne do alkoholu – powoduje odprężenie, zawroty głowy czy zaburzenia równowagi. Jednakże GHB łatwo jest przedawkować, a wtedy może to prowadzić do śpiączki, zaburzeń oddychania, a nawet śmierci. W Polsce jest on nielegalny.

GHB jest związkem bezbarwnym, bez zapachu i bez smaku, dobrze rozpuszcza się w wodzie. Najczęściej występuje w formie płynnej lub sproszkowanej, a możliwości wykrycia są bardzo niewielkie – we krwi utrzymuje się około ośmiu godzin, w moczu następne cztery. Co więcej, składniki potrzebne do produkcji są legalne i łatwo dostępne, a przepisy można znaleźć m. in. w Internecie. Poza tym cena za ten specyfik nie jest zbytnio wygórowana.

Innym często stosowanym narkotykiem jest legalny środek kojąco – uśmierzający ból o nazwie Ketamina, także stosowany jako anestetyk. Zażycie tego środka powoduje, iż osoba traci kontakt z rzeczywistością, staje się nieświadoma tego, co się wokół niej dzieje. Do najczęstszych efektów stosowania zalicza się także majaczenie, migotanie komórek serca, uczucie mieszanina, nierzeczywistości, niezwykle realistyczne halucynacje, zapaści, silne zawroty głowy, euforię, brak czucia, problemy z koordynacją, spowolnienie czasu reakcji, uczucie bycia kimś innym, amnezję, śpiączkę, a przedawkowanie prowadzi nawet do śmierci.

Przyjmowana ustnie lub przez śluzówkę nosową zaczyna działać po około 10 – 20 minutach, gdy podawana jest dożylnie skutek następuje natychmiast i trwa około 3 godzin. Przez kolejne 48 godzin istnieje możliwość wykrycia jej w organizmie, jednak częste mieszanie jej z innymi narkotykami takimi jak heroina czy amfetamina zdecydowanie to utrudnia. Przy rozpuszczaniu w napojach powoduje niewielkie zmęczenie, wykrywalne jedynie w bardzo klarownych płynach.

Ostatnim środkiem szeroko stosowanym jako tabletką gwałtu jest Rohypnol – bardzo silny antydepresant i środek uspokajający, jak jego poprzednicy także stosowany jako anestetyk. W niektórych krajach dostępny jest jako środek nasenny. Tabletki Rohypnolu bardzo szybko rozpuszczają się w wodzie; jako substancja bezzapachowa, bezbarwna i bezsmakowa jest praktycznie niewykrywalny przez ofiary. Także niska cena plasująca się między 2 a 4 dolary za sztukę gwarantuje jego częste stosowanie.

Efektami zażycia Rophynolu są najczęściej amnezja, problemy z oddychaniem, halucynacje, utrata kontroli nad własnym zachowaniem, podrażnienie układu trawiennego i nadmierne wydzielanie moczu. Nawet jednorazowe użycie może prowadzić do silnego uzależnienia! Środek działa niezmiernie szybko, bo już po około 20 minutach i jego skuteczność

utrzymuje się w przedziale ośmiu do dwunastu godzin, jednakże w przypadku zmieszania z alkoholem nawet trzydzieści sześć godzin! Przyjmuje się, że wykrywalność tego środka sięga 24 godzin we krwi i 48 w moczu od chwili podania. Zakładając, że sprawca dosypał środek do alkoholu, można założyć, że w chwili skończenia działania środka jest on już praktycznie niewykrywalny.

Wszystkie wymienione powyżej środki są dostępne na polskim rynku i stanowią duże wyzwanie dla wymiaru sprawiedliwości, ze względu na specyfikę działania, a także na trudności ich wykrycia. Należy wziąć pod uwagę fakt, że przestępstwo zgwałcenia jest przestępstwem wnioskowym, a ofiara może nie być nawet świadoma tego, co się z nią stało i nie wszcząć ścigania sprawcy. Poza tym w tych przypadkach sprawcą staje się często osoba przypadkowa, nieznana ofierze, a zebranie materiału dowodowego jest niezwykle trudne. Wynikiem tego jest fakt, iż organy ścigania często nie przywiązują dostatecznie dużej wagi do tego typu aktów łamania prawa. Ofiara nie jest w stanie złożyć zeznań, świadkowie często są niemożliwi do zidentyfikowania, a materiał dowodowy jest możliwy do zebrania tylko przy użyciu specjalistycznych testów i na dodatek w bardzo krótkim okresie czasu – to wszystko sprawia, że tabletki gwałtu są niezmiernie niebezpiecznym i skutecznym narzędziem w przypadku przestępstwa zgwałcenia.

Świadomość społeczna w kwestii dostępności i skutków zastosowania tych substancji odurzających jest ciągle zbyt mała, żeby możliwe było skuteczne przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się zjawiska. Przeraza dodatkowo fakt, iż w takiej sytuacji możliwość ukarania sprawcy, jak również i dochodzenia swoich praw w kwestii usunięcia niechcianej ciąży jest praktycznie żadna. Co więcej, w przypadku gdy do zapłodnienia nie doszło, ale ofiara została zakażona wirusem HIV może ona nieświadomie rozprzestrzeniać tą groźną chorobę.

Próbowano już różnych metod zapobiegania stosowaniu substancji odurzających w stosunku do ofiar przestępstwa zgwałcenia. W chwili obecnej najskuteczniejsze jednak jest edukowanie kobiet na temat zagrożeń, jakie mogą je spotkać. Najłatwiejszym sposobem zaaplikowania ofierze środków odurzających jest dosypanie ich do napoju. Takich sytuacji oczywiście najwięcej zdarza się podczas imprez w klubach, ale również podczas spotkań w mieszkaniach prywatnych, czy akademikach. Wszędzie tam, gdzie pojawia się alkohol, wzrasta zagrożenie zastosowania tabletek gwałtu.

Kobiety powinny pamiętać, aby nigdy:

- nie zostawiać swojego drinka bez opieki (oznacza to również „patrzenie na ręce” barmanom, którzy go przygotowują!),
- nie przyjmować napojów od nieznajomych (nawet jeśli są to kobiety!), a także
- nie przyjmować zaproszeń na imprezy od obcych osób.

Są to najbardziej podstawowe zalecenia. Ważne jest także to, aby wychodząc na spotkanie lub imprezę informować bliską osobę o miejscu swojego pobytu i planowanej godzinie powrotu. Takie środki ostrożności minimalizują szanse na stanie się ofiarą tego przestępstwa.

## PROFILAKTYKA NOWOTWOROWA

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 1993 roku, nr 210, poz. 2135), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz. U. z 2004 roku, nr 276, poz. 2740)*

Coraz bardziej otwarcie mówi się o zagrożeniu nowotworami, siejącymi spustoszenie w ludzkim organizmie, ale także i profilaktyce nowotworowej, która zastosowana we wczesnym stadium rozwoju choroby, może przyczynić się do całkowitego wyleczenia bądź zaleczenia ogniska raka, a także do zahamowania jego rozwoju.

Nie znamy jeszcze ciągle wszystkich czynników wpływających na rozwój nowotworów, jednakże wypracowane zostały skuteczne metody zapobiegania ich rozrostowi w organizmie, wymagające jedynie cyklicznego poddawania się określonym nieinwazyjnym badaniom. Właściwe stosowanie się do zaleceń profilaktyki rakowej gwarantuje bliską stu procent skuteczność walki z nowotworem pod warunkiem, jednakże, przestrzegania zasad leczenia i poddawania się określonym procedurom medycznym.

Kobiety coraz bardziej zdają sobie sprawę z tego, jakie nowotwory stanowią dla nich największe i najbardziej realne zagrożenie. Nie oznacza to jednak, że w znacznym stopniu zwiększyły się ich działania zapobiegawcze rozwojowi raka. Ciągłe nie traktują wystarczająco poważnie badań profilaktycznych i nie stosują się do ogólnych zaleceń lekarzy, omijają wizyty u ginekologów, jak również nie korzystają z promowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia programów profilaktycznych, takich jak przykładowo program wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

Pewne działania profilaktyczne są również zapisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane. Znajduje się tam wykaz badań, które powinien wykonywać lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i lekarz ginekolog, jak również okresy, w których ich wykonywanie powinno się odbywać.

Jedynym z podstawowych zadań instytucji zajmujących się ochroną zdrowia jest w chwili obecnej przekonanie jak największej ilości kobiet do dbania o stan swojego zdrowia i skorzystania z przysługujących im świadczeń zdrowotnych. Niekiedy ciągle, choć obecnie zdarza się do znacznie rzadziej, potrzebne byłoby również wyedukowanie samych lekarzy, a także lekarzy ginekologów, aby stosowali się do norm regulujących profilaktykę nowotworową.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia wspomniane wcześniej, nakłada na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej znaczące obowiązki z zakresu ochrony zdrowia kobiet, które stanowią, iż lekarz zobowiązany jest do:

- przeprowadzenia wywiadu w kierunku obciążenia rodzinnym występowaniem nowotworów podczas pierwszej wizyty pacjentki,
- wykonania instruktażu samobadania piersi u kobiet w wieku powyżej 18 lat,
- palpacyjnego badania piersi w odstępach jednorocznych u kobiet w wieku powyżej 35 lat,
- badania co roku skóry, warg, jamy ustnej i gardła,
- badania co roku per rectum kobiet powyżej 45 roku życia.

Lekarz ginekolog przeprowadza natomiast badania, mające na celu wczesne wykrycie zmian nowotworowych narządu rodnoego. Zalicza się do nich:

- badanie ginekologiczne (we wzierniku i badanie zestawione oraz badanie palpacyjne piersi) w dostęпах jednorocznych w przypadku kobiet w wieku powyżej 35 lat,
- badanie cytologiczne szyjki macicy u kobiet w wieku od 30 do 59 lat, które w przypadku prawidłowego wyniku powtarza się po upływie trzech lat.

Nie oznacza to oczywiście, iż kobiety młodsze lub znajdujące się w innym przedziale wiekowym pozbawione są dostępu do badań profilaktycznych. Założenia wynikające z rozporządzenia, mają na celu jedynie objęcie szczególną ochroną grup kobiet w sposób znaczący narażonych na choroby nowotworowe, jak również zwrócenie uwagi na palący problem zapobiegania rozwojowi raka.

W celu rozszerzenia ochrony zdrowia i umożliwienia dostępu do badań profilaktycznych szerokiej grupie odbiorców tworzone są tzw. programy zdrowotne, które mogą być prowadzone i finansowane przez ministrów, jednostki samorządu terytorialnego lub NFZ. Warto zwrócić tutaj uwagę na dwa programy prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia co roku, dotyczące profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. Programy będą również prowadzone w roku 2009, a szczegółowych informacji na ich temat można szukać na stronach NFZ, albo u regionalnego Rzecznika Praw Pacjenta, jak również w placówkach służby zdrowia. Realizacja programów odbywa się pod hasłem „Życie jest bezcennym darem”.

## **Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy**

Program ma na celu ochronę zdrowia kobiet, poprzez wprowadzenie skutecznych środków wykrywania raka szyjki macicy w jak najwcześniejszym stadium, pozwalającym na całkowite wyleczenie pacjentki. Stał się on odpowiedzią na wprowadzane w Europie i na świecie programy profilaktyczne, które w wielu krajach przyczyniły się do spadku wskaźnika śmiertelności z powodu tego nowotworu.

W Polsce, jest to drugi co do częstości występowania nowotwór u kobiet. Krajowy Rejestr Nowotworów co roku notuje około 13 przypadków raka szyjki macicy na 100 tysięcy kobiet. Wskaźnik śmiertelności z powodu tego nowotworu wynosi około 7 przypadków na 100 tysięcy kobiet i w ciągu ostatnich 25 lat nie uległ znaczącej zmianie. W tym samym czasie w niektórych krajach Unii Europejskiej, takich jak Szwecja czy Finlandia, a także w USA współczynnik umieralności obniżył się o 2-3 przypadki na 100 tysięcy. Obecnie w Finlandii plasuje się on na poziomie 1,8 na 100 tysięcy kobiet.

W Polsce liczby ciągle są bardzo niepokojące. Szacunkowo, co roku u około 4 tysięcy kobiet diagnozuje się raka szyjki macicy. Z powodu tego nowotworu w tym samym czasie umiera około 2 tysięcy chorujących.

## Rozwój nowotworu

Cechą charakterystyczną raka szyjki macicy jest to, że rozwija się on bardzo długo, proces ten jest wolny i wieloetapowy. W większości przypadków trwa on nawet kilka lat. Taka specyfika choroby przy regularnym prowadzeniu badań kontrolnych, pozwala na zauważenie wczesnych postaci nowotworowych, albo nawet zmian przednowotworowych, w których to stadiach odpowiednia profilaktyka i diagnostyka są w stanie uchronić organizm przed rozwojem nowotworu, jak również pozwalają na całkowite wyleczenie.

Taka forma rozwoju powoduje także, iż tym wczesnym zmianom nowotworowym, zachodzącym powoli w organizmie kobiety, nie towarzyszą żadne widoczne lub odczuwalne symptomy. Odkładanie więc wizyty u lekarza do czasu, aż zauważymy niepokojące sygnały lub zaczniemy mieć pewne dolegliwości powoduje znaczne obniżenie prawdopodobieństwa wyleczenia bądź zatrzymania rozwoju raka.

Należy wyrobić w sobie nawyk wizyt lekarskich i kontroli ginekologicznych w jak najwcześniejszym okresie. Rak szyjki macicy może się objawić w każdym wieku. Statystyki mówią, iż najczęściej wykrywa się go u kobiet powyżej 30 roku życia, ale wskazują również, iż w ostatnich latach średnia wieku kobiet z rakiem szyjki macicy systematycznie się obniża.

## Jak zapobiegać?

Skuteczną metodą wykrywania zmian przednowotworowych czy samego nowotworu jest badanie cytologiczne, wykonywane w gabinecie ginekologicznym. Jest to bardzo proste badanie, krótkie i bezbolesne. Polega na pobieraniu złuszczonej komórki nabłonka z pochwy i kanału szyjki macicy, które następnie oglądane są pod mikroskopem. Nie wymaga ono od pacjentki specjalnego przygotowania; jedynie należy pamiętać, aby 24 godziny przed badaniem nie stosować leków dopochwowych ani irygacji.

Jeśli badanie cytologiczne ma wynik prawidłowy, należy je powtórzyć po około 2-3 latach.

## Dla kogo program?

Program profilaktyki raka szyjki macicy skierowany jest do kobiet w wieku od 25 do 59 lat, które posiadają ubezpieczenie zdrowotne i w ciągu ostatnich trzech lat nie wykonywały badania cytologicznego. Powinny one zgłosić się do dowolnej, wybranej przez siebie poradni ginekologiczno – położniczej, która ma podpisany kontakt z NFZ na tego typu świadczenia. Lekarz ginekolog przeprowadza wywiad i ocenia czynniki ryzyka wystąpienia nowotworu szyjki macicy. Rozmowa powinna dotyczyć między innymi występowania nowotworów w rodzinie, przyjmowania środków antykoncepcyjnych itp. Następnie pobiera się materiał do badania cytologicznego. Wynik badania kobieta odbiera osobiście w poradni. Jeśli jest on nieprawidłowy, wykonuje się badania pogłębione, takie jak kolonoskopia czy badanie histopatologiczne wycinków.

Kobiety, które ze względu na wiek nie zakwalifikowały się do uczestnictwa w programie, mają oczywiście możliwość wykonania takiego badania, w ramach porady udzielanej przez lekarza specjalistę, w swojej poradni ginekologiczno – położniczej.

## Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi

Program wczesnego wykrywania raka piersi ma na celu ochronę kobiet przed jednym z najgroźniejszych i najczęściej u nich występującym nowotworze złośliwym. Szacuje się, iż stanowi on około 20% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek. Ciągłe nie wiemy jak zapobiegać zachorowaniom, ale poprzez wczesne wykrycie w początkowym stadium rozwoju, mamy szansę nawet na całkowite wyleczenie. Jednakże nie wykryty w porę i nie leczony jest śmiertelny.

Podczas badań nad tym rodzajem nowotworu wyodrębniono pewnie czynniki zwiększające ryzyko zachorowania. Należą do nich między innymi:

- rak piersi wśród członków rodziny (stopień ryzyka zależy od liczby przypadków i stopniu pokrewieństwa),
- mutacje w genach BRCA 1 lub/i BRCA 2,
- wczesna pierwsza miesiączka, czyli przed 12 rokiem życia,
- późna menopauza, czyli po 55 roku życia,
- urodzenie dziecka po 35 roku życia,
- bezdzietność,
- poprzednie leczenie z powodu raka piersi,
- leczenie z powodu innych schorzeń piersi.

Badania wskazują, że ryzyko zachorowania wzrasta po 50 roku życia. Nie oznacza to jednak, że młode kobiety nie mają szans za zachorowanie, ponieważ nowotwór ten może atakować kobiety w każdym wieku.

## Jak zapobiegać?

Zapobieganie rozwojowi nowotworu i wykrywanie go we wczesnym, niezaawansowanym stadium jest bardzo proste. Służy do tego badanie mammograficzne, polegające na prześwietlaniu piersi promieniami rentgenowskimi. Jest to badanie całkowicie nieinwazyjne, ponieważ dawka promieniowania jaką otrzymujemy jest bardzo zbliżona do dawki otrzymywanej podczas prześwietlenia zęba. Aby badanie było przeprowadzone w sposób komfortowy, należy się na nie zgłosić w dwuczęściowym ubraniu, aby można było łatwo rozebrać się do pasa. Istotne jest także to, aby przed badaniem nie stosować dezodorantów, talku, balsamów czy kremów.

Badanie mammograficzne polega na umieszczeniu każdej z piersi na małej podstawce, a następnie docięnięciu plastikową płytką od góry i z boku, co pozwala na uzyskanie szczegółowego obrazu każdego sutka. Trwa to zaledwie kilka sekund. Obrazy powstałe w wyniku badania są analizowane przez specjalistę – lekarza radiologa.

Istotną przewagą badania mammograficznego nad samobadaniem czy badaniem palpacyjnym wykonywanym przez lekarza jest to, że pozwala ona na wczesne rozpoznanie i wykrycie guzków nawet o średnicy około 0,5 cm, a także zmian tzw. bezobjawowych. Tego typu nieprawidłowości nie mogą być zdiagnozowane w inny sposób. Kobiety zgłaszające się na to badanie mają znacznie większe szanse na wczesne wykrycie, rozpoczęcie leczenia i całkowite wyleczenie.

## Dla kogo program?

Program profilaktyki raka piersi skierowany jest do kobiet w wieku od 50 do 69 lat, które posiadają ubezpieczenie zdrowotne i nie wykonywały mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat. Powinny zgłosić się z dowodem ubezpieczenia do placówki wykonującej takie świadczenia zdrowotne. Nie jest w tym wypadku wymagane skierowanie.

Istotne jest to, że nawet wykrycie guzka nie musi od razu oznaczać raka. Część z nich jest zupełnie nieszkodliwa i tylko około 10% okazuje się nowotworem złośliwym. Warto jednak wiedzieć, czy przypadkiem nie znajdujemy się właśnie w tej jednej dziesiątej.

W przypadku, gdyby wyniki mammografii okazały się nieprawidłowe, kobiety kierowane są na dalsze badania, między innymi USG piersi, biopsję cienkoigłową lub biopsję gruboigłową z badaniami histopatologicznymi. Cała ta diagnostyka uzupełniająca odbywa się w ramach tego samego programu, a więc jest również bezpłatna dla kobiety.

Dodatkowe informacje o programach profilaktycznych prezentowanych powyżej można znaleźć na stronach:

[www.profilaktykarako.coi.waw.pl](http://www.profilaktykarako.coi.waw.pl)

[www.rakszykimacicy-profilaktyka.pl](http://www.rakszykimacicy-profilaktyka.pl)

## OCHRONA PRAWNA

W sytuacji naruszenia praw pacjentki przez lekarza lub placówkę służby zdrowia istnieje kilka sposobów dochodzenia swoich roszczeń. Tryb, który powinien zostać wybrany zależy od wielu czynników, przede wszystkim jednak od tego, czy pacjentka ubiega się o zaniechanie naruszania jej praw, o zapewnienie jej dostępu do prawnie gwarantowanych świadczeń lub umożliwienie jej realizacji uprawnień, czy może chodzi o kwestie wyrównania szkody jaka już powstała w wyniku niewłaściwego działania lekarza bądź całej instytucji. Warto więc na początku zastanowić się, jaki chcemy osiągnąć skutek, a następnie wybrać drogę interwencyjną. Pierwsze prezentowane drogi, możliwe są do wykorzystania gdy pacjentce zależy na konkretnym działaniu lub zaniechaniu w konkretnym momencie, a takie działanie lub zaniechanie jest jeszcze możliwe. Prezentowane na końcu (postępowanie cywilne, karne, dyscyplinarne) odnoszą się do sytuacji gdy krzywda, bądź naruszenie praw pacjentki już się stało i przyniosło pacjentce nieodwracalne skutki. Niemniej również na tym etapie zgłoszenie sprawy do którejkolwiek instytucji wymienionej wcześniej może być dla pacjentki pomocne w zakresie zdobywania informacji czy poradnictwa prawnego. Nowym uregulowaniem jest także prawo pacjenta do wnoszenia sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza.

### 1 Przełożony lekarza, dyrektor, kierownik placówki służby zdrowia

W przypadku naruszenia uprawnień pacjentki lub nieostojnego albo nieprofesjonalnego zachowania lekarza pierwszym krokiem interwencyjnym powinno być poinformowanie jego przełożonego. Może to być ordynator oddziału, kierownik lub dyrektor placówki służby zdrowia. Takie zażalenie najlepiej składać pisemnie, z dokładnym opisem sytuacji, podaniem faktów, uzasadnieniem dlaczego narusza to nasze prawa, a także z adnotacją, iż żądamy ustosunkowania się do naszego wniosku na piśmie. Jeśli brak będzie takiego zapisu nasze zażalenie może zostać uznane jako informacja i jedynie dołączone do akt. Należy więc jasno określić, iż oczekujemy informacji zwrotnej. Przyjęło się, iż powinna ona zostać wystosowana w terminie 30 dni.

## 2 Rzecznicy Praw Pacjenta przy oddziałach NFZ

W sytuacji gdy zażalenie do przełożonego lekarza nie przyniesie skutków, albo w sprawach większej wagi, można zgłosić się do wojewódzkiego Rzecznika Praw Pacjenta przy oddziale NFZ. Zapytanie bądź skargę można zgłosić telefonicznie, pisemnie lub osobiście, jednakże w sprawach poważniejszych preferowana jest forma pisemna. Do głównych zadań Rzeczników należy udzielanie informacji i porad o możliwych formach działania. Nie mają oni jednak żadnego szczególnego umocowania prawnego, lecz w przypadku podmiotów wykonujących świadczenia zdrowotne i mającymi podpisaną umowę z NFZ, mogą okazać się skuteczni, gdyż mają silny argument w postaci kar finansowych lub kontroli sprawowanej przez NFZ. Jeśli więc naruszenie polegałoby na niewykonywaniu lub nieprawidłowym wykonywaniu umowy z Funduszem, mogą służyć realną pomocą.

W zakresie ich kompetencji znajduje się:

- kontrola przestrzegania praw pacjenta i podejmowanie działań w sytuacji naruszeń tychże praw,
- udzielania informacji w zakresie trybu interwencyjnego,
- współpraca z:
  - \* Rzecznikiem Praw Obywatelskich,
  - \* Biurem Rzecznika Praw Pacjenta,
  - \* placówkami służby zdrowia,
  - \* Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej w Izbie Lekarskiej i Izbie Pielęgniarek i Położnych,
  - \* organizacjami rządowymi i pozarządowymi,
  - \* Rzecznikiem Prasowym NFZ i biuletynem NFZ,
- monitorowanie przestrzegania praw pacjenta,
- przyjmowanie i analizowanie skarg i wniosków do nich wpływających, a także prowadzenie odpowiedniego rejestru tych skarg,
- współdziałanie z Departamentem Spraw Ubezpieczonych i innymi komórkami organizacyjnymi NFZ,
- wnoszenie wniosku do Zastępcy Prezesa NFZ do spraw medycznych o przeprowadzenie kontroli kontraktu w przypadku rażącego naruszenia praw pacjenta,
- a także utrzymywanie bieżącego kontaktu z ubezpieczonymi w NFZ.

### 3 Rzecznik Praw Pacjenta

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta powołała do życia nowy centralny organ administracji rządowej, który jest właściwy w sprawach ochrony praw pacjentów. Nazwa Rzecznik Praw Pacjenta była już od jakiegoś czasu znana i używana, ale w chwili obecnej organ ten uzyskał status organu ustawowego, na którego prawo nakłada konkretne obowiązki, jednocześnie dając mu spory zakres uprawnień. Przy wykonywaniu swoich zadań korzysta z pomocy Biura i maksymalnie dwóch zastępców. Może również zwrócić się do Rzecznika Praw Obywatelskich lub Rzecznika Praw Dziecka, jeśli planowane działania mieszczą się w zakresie ich kompetencji.

Postępowanie przed Rzecznikiem Praw Pacjenta zostało bliżej omówione w dziale poświęconym temu organowi, a także w dziale o prawach pacjenta, przy okazji omawiania prawa do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarskiego.

Obecnie Biuro Rzecznika Praw Pacjenta mieści się pod adresem:

**Biuro Rzecznika Praw Pacjenta**

ul. Długa 38/40

00-238 Warszawa

tel./faks (022) 635-75-78

Funkcjonuje również infolinia dla pacjentów czynna od poniedziałku do piątku w godzinach 9-21 pod bezpłatnym numerem 0-800-190-590. W najbliższym czasie można jednakże spodziewać się zmiany siedziby Biura. Numer telefonicznej infolinii pozostanie bez zmian.

### 4 Rzecznik Praw Obywatelskich

W kompetencjach tego organu znajduje się ochrona praw i wolności człowieka i obywatela. Tak szeroko zakrojone kompetencje pozwalają na zajmowanie się każdą sprawą, która w swoim zasięgu ma jakiegokolwiek prawo przysługujące jednostce, niezależnie od dziedziny. Możliwe jest więc również interweniowanie w zakresie praw pacjentów, jednakże w chwili obecnej, po powołaniu odrębnego uprawnionego do tego organu, prawdopodobnie aktywność Rzecznika Praw Obywatelskich znacznie zmaleje na tym polu. Niemniej, w dalszym ciągu możliwe jest złożenie do niego skargi na działanie organu władzy państwowej, lub sprawującego funkcję publiczną. Skarga powinna być podpisana przez osobę skarżącą, gdyż Rzecznik nie rozpoznaje zgłoszeń anonimowych. Wniesienie skargi jest wolne od opłat.

Dane kontaktowe:

### **Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich**

Aleja Solidarności 77

00 - 090 Warszawa

telefon (+ 48 22) 55 17 700

faks (+ 48 22) 827 64 53

e-mail: rzecznik@rpo.gov.pl

Przyjęcia interesantów:

poniedziałki w godzinach od 9.00 do 17.00

wtorki - piątki w godzinach od 9.00 do 15.00

telefon: (+ 48 22) 55 17 760, (+ 48 22) 55 17 811

### **Pełnomocnik Terenowy w Gdańsku (dla woj. zachodniopomorskiego, pomorskiego, warmińsko-mazurskiego)**

ul. Chmielna 54/57

80 -748 Gdańsk

sekretariat (+ 48) 58 764 73 02

faks (+ 48) 58 764 73 03

Przyjęcia interesantów:

telefon (+ 48) 58 764 73 06

poniedziałek w godz. 10.00-17.00

wtorek, środa, czwartek w godz. 9.00-15.00

### **Pełnomocnik Terenowy w Katowicach (dla woj. śląskiego, małopolskiego, świętokrzyskiego)**

ul. Jagiellońska 25 pokój 122

40 - 032 Katowice

telefon (+ 48 32) 72 86 800

faks (+ 48 32) 72 86 823

Przyjęcia interesantów:

poniedziałek, środa, piątek w godzinach od 9.00 do 15.00

wtorek w godzinach od 10.00 do 17.00

### **Pełnomocnik Terenowy we Wrocławiu (dla woj. dolnośląskiego, lubuskiego, opolskiego)**

ul. Wierzbowa 5

50 - 056 Wrocław

sekretariat (+ 48) 71 34 69 115

faks (+ 48) 71 343 43 25

Przyjęcia interesantów:

telefon (+48) 71 34 69 100

poniedziałek, wtorek, czwartek w godzinach od 9.00 do 15.00

środa w godzinach od 10.00 do 17.00

## 5 Narodowy Fundusz Zdrowia

W niektórych kwestiach warto również zwrócić się do wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, szczególnie, jeśli kwestie sporne wymagają wyjaśnień dotyczących kontraktowania świadczeń, lub niewłaściwego nimi gospodarowania przez placówki służby zdrowia. Fundusz ma prawo kontrolowania jednostek jemu podległych w zakresie wykonywanych przez nie świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu Funduszu.

Dane teleadresowe Funduszu i jego oddziałów:

### **NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA, Centrala**

02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186  
tel.572-60-00  
faks 572-63-33  
[www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)

### **Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ**

50-525 Wrocław, ul. Joannitów 6  
tel. (71) 797-91-00  
faks (71) 797-93-25  
Infolinia (71) 94-88  
[www.nfz-wroclaw.pl](http://www.nfz-wroclaw.pl)

### **Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ**

85-071 Bydgoszcz, Al. Mickiewicza 15  
tel. (52) 325-27-00  
faks (52) 325-27-09  
[www.nfz-bydgoszcz.pl](http://www.nfz-bydgoszcz.pl)

### **Delegatura w Toruniu:**

87-100 Toruń, ul. Grudziądzka 46/48  
tel. 056 65-82-600  
faks 056 65-82-621

### **Delegatura we Włocławku:**

ul. Kilińskiego 16, 87-800 Włocławek  
telefon: 054 412-74-00  
faks: 054 412-74-03  
e-mail: [wloclawek@nfz-bydgoszcz.pl](mailto:wloclawek@nfz-bydgoszcz.pl)

### **Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ**

20-124 Lublin, ul. Szkolna 16  
tel. (81) 531-05-00, -01, -02  
faks (81) 531-05-28  
[www.nfz-lublin.pl](http://www.nfz-lublin.pl)

### **Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ**

65-057 Zielona Góra, ul. Podgórna 9b  
tel. (68) 328-76-00  
faks (68) 328-76-57  
[www.nfz-zielonagora.pl](http://www.nfz-zielonagora.pl)

### **Delegatura w Gorzowie Wlkp.**

ul. Przemysłowa 14/15, 66-400 Gorzów Wlkp.,  
tel. 095 733 63 00 faks 095 733 63 05

### **Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ**

90-032 Łódź, ul. Kopcińskiego 58  
tel. (42) 94-88, 275-40-30  
[www.nfz-lodz.pl](http://www.nfz-lodz.pl)

### **Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ**

31- 053 Kraków, ul. Ciemna 6  
ul. Ciemna 6, tel. (12) 298-81-00  
ul. Batorego 24, tel. (12) 298-83-00  
ul. Raclawicka, tel. (12) 298-84-50  
faks (12) 430-64-40  
[www.nfz-krakow.pl](http://www.nfz-krakow.pl)  
e mail: [nfz@nfz-krakow.pl](mailto:nfz@nfz-krakow.pl)

### **Adres do korespondencji**

31-056 Kraków, ul. Józefa 21  
tel. (012) 29 88 100  
faks (012) 430 64 40  
e-mail: [nfz@nfz-krakow.pl](mailto:nfz@nfz-krakow.pl)

### **Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ**

00-613 Warszawa, ul. Chałubińskiego 8  
tel. (022) 582-84-40, (022) 582-84-42  
[www.nfz-warszawa.pl](http://www.nfz-warszawa.pl)

### **Opolski Oddział Wojewódzki NFZ**

45-315 Opole, ul. Głogowska 37  
tel. (77) 402-01-00, 402-01-02  
[www.nfz-opole.pl](http://www.nfz-opole.pl)

### **Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ**

35-032 Rzeszów, ul. Zamkowa 8  
tel. (017) 860 41 00  
faks (017) 860 42 28  
www.nfz-rzeszow.pl

### **Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ**

15-042 Białystok, ul. Pałacowa 3  
tel. (85) 745-95-00  
faks (85) 745-95-39  
www.nfz-bialystok.pl

### **Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ**

80-865 Gdańsk, ul. Marynarki Polskiej 148  
tel. (58) 75-12-500  
faks (58) 75-12-516

#### **Obsługa Ubezpieczonych**

#### **Dział Lecznictwa Uzdrawiskowego**

#### **Rzecznik Praw Pacjenta**

80-844 Gdańsk, ul. Podwale Staromiejskie 69  
tel. (58) 321-86-98, 321-86-35  
faks (58) 321-85-51  
www.nfz-gdansk.pl

#### **Delegatura w Słupsku**

76-200 Słupsk, ul. Poniatowskiego 4  
tel. (59) 840 03 85  
faks (59) 840 03 85

### **Śląski Oddział Wojewódzki NFZ**

40-844 Katowice, ul. Kossutha 13  
tel. (32) 735-19-00  
www.nfz-katowice.pl

### **Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ**

25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9  
tel. (41) 343-03-24, 343-06-14  
faks (41) 343-04-90, 362-90-72  
www.nfz-kielce.pl

### **Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ**

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 16  
tel. (89) 532-74-14  
faks (89) 533-91-74  
www.nfz-olsztyn.pl

### **Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ**

61-823 Poznań, ul. Piekary 14/15

tel./faks: (61) 850 60 00

(61) 850 61 02

#### **adres do korespondencji:**

60-309 Poznań, ul. Grunwaldzka 158

www.nfz-poznan.pl

### **Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ**

71-470 Szczecin, ul. Arkońska 45

tel. (91) 425-10-00

faks (91) 425-11-88

www.nfz-szczecin.pl

#### **Delegatura w Koszalinie**

75-820 Koszalin, ul. Konstytucji 3 Maja 7 (pomieszczenia na parterze)

tel. (94) 346-52-27, 346-52-28, 346-36-60

faks (94) 341-54-22

e-mail:koszalin@nfz-szczecin.pl

## **6 Konsultanci wojewódzcy**

W kwestii ochrony praw związanych ściśle ze sferą praw reprodukcyjnych i seksualnych również przydatny może być kontakt z konsultantami do spraw ginekologii i położnictwa, których można znaleźć w każdym województwie. Ich pomoc może być nieoceniona w zakresie ich uprawnień i specjalizacji, ponieważ, między innymi, mogą przeprowadzać kontrole dostępności świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej.

### **Krajowy Konsultant ds. Położnictwa i Ginekologii**

Prof. Stanisław Radowski

Klinika Endokrynologii Ginekologicznej AM w Warszawie, Szpital Kliniczny in. Ks. Anny Mazowieckiej

Ul. Karowa 2, 00-315 Warszawa

tel. 022 629 12 40

Faks 022 828 69 25

Email: rado@szpitalkarowa.wp

## Konsultanci Wojewódzcy ds. Położnictwa i Ginekologii:

### Dolnośląski

prof. dr hab. Mariusz Zimmer  
II Katedra i Klinika Ginekologii, Położnictwa  
i Neonatologii AM  
ul. Dyrekcyjna 5/7,  
50-528 Wrocław  
tel. 071 733-14-00, tel. kom. 602-335-648  
faks 071 733-14-09  
WL-26.2@am.wroc.pl

### Kujawsko – Pomorski

prof. dr hab. med. Wiesław Szymański  
Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób  
Kobiety i Ginekologii Onkologicznej  
Collegium Medicum im. L. Rydygiera,  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,  
SP ZOZ Wojewódzki Szpital im. dr J. Bizuela  
ul. Ujejskiego 75  
85-168 Bydgoszcz  
tel. 052 36-55-636  
faks 052 36-55-245

### Lubelski

prof. dr hab. n. med. Jan Oleszczuk  
Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii  
AM w Lublinie  
ul. Jaczewskiego 8  
20-090 Lublin  
tel. 081 742-52-35

### Lubuski

prof. dr hab. med. Grzegorz Bręborowicz  
Klinika Perinatologii i Ginekologii  
Szpital Kliniczny AM SP ZOZ  
ul. Polna 33, 69-535 Poznań  
tel. 061 659 92 83, tel. kom. 0605319627  
faks 061 659 92 04

### Łódzki

Prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski  
Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”  
Klinika Perinatologii i Ginekologii  
93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289  
tel. 042 271 11 24, 271 12 46, 271 13 09  
faks 042 646 66 53

### Małopolski

prof. dr hab. med. Antoni Basta  
Katedra Ginekologii i Położnictwa CM UJ,  
ul. Kopernika 23  
31-501 Kraków  
tel. 012 424-85-60,  
faks 424-85-84  
basta@gin.cm-uj.krakow.pl

### Mazowiecki

prof. nadz. dr hab. med. Mirosław Wielgoś  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
I Klinika Położnictwa i Ginekologii  
Pl. Starynkiewicza 1/3 02-015 Warszawa  
tel. 022 502 14 60, 022 502 14 21  
faks 022) 502 21 57  
miroslaw.wielgos@wum.edu.pl

### Opolski

dr n. med. Wojciech Guzikowski  
Samodzielny Specjalistyczny Zakład Opieki  
Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem  
ul. Reymonta 8  
45-057 Opole  
tel. 077 453-61-06

### Podkarpacki

prof. dr hab. med. Andrzej Skręt  
Wojskowy Szpital Specjalistyczny.  
ul. Szopena 2  
35-026 Rzeszów  
tel. 017 866 63 50/51

### **Podlaski**

prof. dr hab. n. med. Maciej Kinałski  
Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki  
Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego  
Oddział Ginekologii  
Ul. Warszawska 15, 15-067 Białystok  
tel. 085 748-88-02; 085 748-88-07  
faks 085 748-88-15  
e-mail: ginekologia\_wsz@o2.pl

### **Pomorski**

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Preis  
ACK AMG Instytut Położnictwa i Chorób  
Kobiących  
Kliniczna 1 A  
80-402 Gdańsk  
tel. 058 349 34 45, 058 341 80 03

### **Śląski**

dr hab. n. med. prof. nadzw. ŚUM  
Anita Olejek  
Katedra i Oddział Kliniczny Położnictwa  
i Ginekologii ŚAM  
Szpital Kliniczny Nr 9 ŚUM  
ul. Stefana Batorego 15  
41 - 902 Bytom  
tel. 032 786 15 40 wew. 542  
faks 032 786 16 47  
e-mail: bytomobstgyn@slam.katowice.pl

### **Świętokrzyski**

lek. med. Rafał Rudziński  
Wojewódzki Szpital Zespolony  
ul. Grunwaldzka 45  
25-736 KIELCE  
tel. 041 36 71 200, 34 51 009  
faks 041 34 50 623

### **Warmińsko – Mazurski**

lek.med. Jerzy Kozerski  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
ul. Żołnierska 18  
10-561 Olsztyn  
tel. 089 539 33 51  
faks 089 533 78 82  
email: ginekologiaolsztyn@wp.pl

### **Wielkopolski**

dr hab. n. med. Mariola Ropacka  
Ginekologiczno-Położniczy Szpital  
Kliniczny Uniwersytetu Medycznego  
im. K. Marcinkowskiego, Pracownia  
Dydaktyczna  
ul. Polna 33  
60-535 Poznań  
tel./faks 0 61 841 96 46, 061 841 92 83  
Faks 061 841 92 04

### **Zachodnio – Pomorski**

dr hab. n. med. Zbigniew Celewicz  
Oddział Ginekologii SPSZOZ „Zdroje”  
Ul. Mączna 4, 78 – 738 Szczecin  
kom. 0602 658-207

## 7 Postępowanie administracyjne

Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych pozwala na wnoszenie skarg do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, w tym w szczególności spraw dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz ustalenia prawa do świadczeń. W przypadku ochrony praw reprodukcyjnych i seksualnych może to być szczególnie istotne jeśli pacjentka spotyka się z odmową udzielenia świadczenia, odmową wystawienia skierowania, lub też odmową pokrycia kosztów określonych świadczeń. Skarga oczywiście powinna być poparta odpowiednim uzasadnieniem.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ ma 30 dni na rozpatrzenie skargi i wydanie decyzji. Jest to decyzja w rozumieniu prawa administracyjnego, czyli istnieje możliwość odwołania się od niej, w terminie 7 dni. Odwołanie wnosi się do Prezesa Funduszu. Na podstawie kodeksu postępowania administracyjnego, od decyzji Prezesa Funduszu istnieje również możliwość wniesienia skargi bezpośrednio do sądu administracyjnego.

Warto zapamiętać, iż sądy administracyjne będą badać wyłącznie kwestię prawidłowości decyzji, w zakresie jej zgodności z prawem. Nie ma więc możliwości, aby taki sąd wypowiedział się w kategoriach celowości tej decyzji. Niemniej, może się to okazać skuteczną drogą dochodzenia swoich praw.

## 8 Postępowanie cywilne

Jeśli wskutek niewłaściwego leczenia bądź zaniechania leczenia została pacjentce wyrządzona szkoda, może ona na drodze postępowania cywilnego ubiegać się o odszkodowanie, zadośćuczynienie lub nawet rentę od zakładu opieki zdrowotnej, który przyczynił się do powstania szkody.

Ustawa o prawach pacjenta wprowadziła regulacje, art. 4, iż w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Pozew składa się do sądu rejonowego lub okręgowego, w zależności od wartości żądania. Sądy rejonowe rozpatrują sprawy, w których wysokość roszczenia nie przekracza 75 tysięcy złotych. Jeśli jest ono wyższe, pozew powinien zostać skierowany do sądu okręgowego.

Pozew powinien zawierać:

- 1** oznaczenie sądu, do którego jest skierowane, imię i nazwisko lub nazwę stron, ich przedstawicieli ustawowych i pełnomocników i ich adresy;
- 2** oznaczenie rodzaju pisma;
- 3** osnowę wniosku lub oświadczenia oraz dowody na poparcie przytoczonych okoliczności;
- 4** podpis strony albo jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika;
- 5** wymienienie załączników;
- 6** dokładnie określone żądanie, a w sprawach o prawa majątkowe także oznaczenie wartości przedmiotu sporu, chyba że przedmiotem sprawy jest oznaczona kwota pieniężna;
- 7** przytoczenie okoliczności faktycznych uzasadniających żądanie, a w miarę potrzeby uzasadniających również właściwość sądu.

Pozew może zawierać wnioski o zabezpieczenie powództwa, nadanie wyrokowi rygoru natychmiastowej wykonalności i przeprowadzenie rozprawy w nieobecności powoda oraz wnioski służące do przygotowania rozprawy, a w szczególności wnioski o:

- 1** wezwanie na rozprawę wskazanych przez powoda świadków i biegłych;
- 2** dokonanie oględzin;
- 3** polecenie pozwanemu dostarczenia na rozprawę dokumentu będącego w jego posiadaniu, a potrzebnego do przeprowadzenia dowodu, lub przedmiotu oględzin;
- 4** zażądanie na rozprawę dowodów znajdujących się w sądach, urzędach lub u osób trzecich.

Odszkodowanie jest świadczeniem pieniężnym, którego celem jest pokrycie strat materialnych powstałych w majątku osoby poszkodowanej. Można się tutaj ubiegać o zwrot kosztów leczenia, kosztów dojazdu na leczenie lub rehabilitację, kosztów dojazdu rodziny do chorej, kosztów zakupu materiałów medycznych, środków pomocniczych, czy wreszcie zwrot utraconych wskutek czasowej niezdolności do pracy zarobków. W toku postępowania niezbędne będzie przedstawienie rachunków, biletów i wszelkich innych dowodów poniesienia kosztów, choć sąd ma pewną swobodę w ocenie kwestii, jeśli istniałyby trudności w zakresie dowodowym. Odszkodowania można się domagać także w przypadku uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia. Zwrot kosztów przysługuje również wtedy, kiedy w wyniku działania szpitala lub lekarza konieczne było przekwalifikowanie do innego zawodu, z powodu niemożności wykonywania dotychczasowego.

Jeśli w wyniku działania lub zaniechania zakładu opieki zdrowotnej nastąpiła śmierć pacjenta, odszkodowanie przysługuje osobie, która poniosła koszty leczenia, osobie, która poniosła koszty pogrzebu, a także rodzinie, jeśli w wyniku tej śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji majątkowej.

W wypadku żądania odszkodowania na drodze cywilnej, możliwe jest to zarówno od placówki publicznej służby zdrowia, jak i lekarzy wykonujących prywatną praktykę. Odmienna będzie jedynie podstawa prawna, gdyż zakład opieki zdrowotnej odpowiadałby z tytułu czynu niedozwolonego, a lekarz prywatny z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania.

Jeśli osoba poszkodowana utraciła całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej lub jeżeli zwiększyły się jej potrzeby, albo jeżeli zmniejszyły się widoki powodzenia na przyszłość może żądać przyznania renty. Dotyczy to w szczególności przypadków inwalidztwa czy uniemożliwienia oczekiwanego awansu. Jeśli w chwili orzekania sąd nie będzie w stanie dokładnie ustalić wymiaru szkody, może przyznać rentę tymczasową. Również, na żądanie pokrzywdzonej i z ważnych powodów, sąd może zdecydować o przyznaniu jednorazowego odszkodowania zamiast renty lub jej części. W szczególności dotyczy to przypadków, gdy takie odszkodowanie może pomóc osobie w przysposobieniu się do nowego zawodu.

Jeśli w wyniku niewłaściwego działania placówki służby zdrowia nastąpiła śmierć, renty mogą także domagać się dzieci, oraz inne osoby, wobec których na zmarłej ciążył ustawowy obowiązek alimentacyjny. Jeśli zmarła pomagała stale innym osobom bliskim, one również mogą domagać się świadczeń na zasadach współżycia społecznego.

W końcu, osoba poszkodowana może ubiegać się zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Już sama nazwa wskazuje, iż nie jest to szkoda majątkowa, a raczej szkoda moralna. W tym wypadku możliwe jest żądanie wynagrodzenia za doznane cierpienia, zarówno fizyczne jak i psychiczne lub emocjonalne. Chodzi tutaj nie o pokrycie konkretnych wydatków czy utraconych korzyści, ale o rekompensatę za doznane krzywdy, głównie w wyniku naruszenia dóbr osobistych, takich jak prawo do prywatności, swobody sumienia, prawo do zdrowia, wolności czy czci.

Zadośćuczynienie przysługuje także w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Taka sytuacja może powstać, gdy w wyniku odmowy lekarza wykonania świadczenia, pacjentka doznaje uszczerbku na zdrowiu. Jak wspomniano, zadośćuczynienie przysługuje w wypadku zawinionego naruszenia któregoś z przysługujących pacjentce praw, wymienionych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Chodzi tu przede wszystkim o prawo dostępu do dokumentacji medycznej, do informacji, do wyrażania zgody, do godności, ale także prawo do świadczeń zdrowotnych.

Ważną kwestią jest też możliwość dochodzenia naprawienia szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym, po upływie pewnego czasu. Warto tutaj pamiętać, iż roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowana dowiedziała się o szkodzie, jak również i o osobie zobowiązanej do jej naprawienia (zgodnie z doktryną, termin ten liczy się dopiero od dnia, w którym obie te przesłanki zostają spełnione). Termin ten jednak nie może być dłuższy niż 10 lat od chwili, w której nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Termin dwudziestoletni został ustanowiony dla wypadków, w których szkodę wyrządzono w wyniku zbrodni lub występku – liczony od dnia popełnienia tego przestępstwa, bez względu na to, kiedy poszkodowana dowiedziała się o szkodzie i osobie zobowiązanej. Jeśli zaś szkoda została wyrządzona osobie małoletniej, termin przedawnienia nie może się ukończyć wcześniej, niż z upływem lat dwóch od dnia uzyskania pełnoletniości. Przedawnienie jest specyficzną instytucją, gdyż sąd może ją wziąć pod uwagę jedynie na zarzut pozwanego. Jeśli więc przykładowo, zakład opieki zdrowotnej nie

podniesie tej kwestii mimo jej zaistnienia, sprawa może toczyć się dalej aż do prawomocnego rozstrzygnięcia. Czasami również sądy, mimo zgłoszenia takiego zarzutu, oddalają go jako sprzeczny z zasadami współżycia społecznego.

Decydując się na postępowanie cywilne, należy stosować się do jego reguł, ustalonych w kodeksie cywilnym. Przede wszystkim należy pamiętać, iż zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa swojego działania lub zaniechania. Dodatkowo, to na skarżącej leży obowiązek udowodnienia winy lekarza czy całej placówki. Wina może tutaj być jednakże rozumiana dwojako – jako wina umyślna, w sytuacji gdy sprawca chciał wyrządzić komuś szkodę swoim działaniem lub zaniechaniem, lub przynajmniej świadomie się na to godził, albo jako niedbalstwo, czyli niedołożenie należytej staranności. Następnie należy przygotować się do udowodnienia adekwatnego związku przyczynowo – skutkowego, czyli wykazać, iż konkretne działanie lub zaniechanie doprowadziło do danego skutku.

Kwestią niezwykle istotną, w przypadku kierowania sprawy do postępowania sądowego, jest wcześniejsze uzyskanie wglądu we własną dokumentację medyczną i sporządzenie jej kopii, wyciągów lub odpisów. Może ona przede wszystkim dostarczyć nam niezbędnej wiedzy o przebiegu zdarzenia, ale także może służyć jako dowód w sprawie. Warto również zawnoczu pilnować, aby była ona pełna i zawierała wszystkie informacje odnośnie pacjentki, przebiegu wykonania (bądź nie) świadczenia i jego konsekwencjach.

Postępowanie sądowe podlega opłacie sądowej, w zasadzie jest to 5 % wartości żądania. Osoba, której nie stać na uiszczenie opłaty lub chce skorzystać z pomocy prawnej świadczonej z urzędu musi złożyć oświadczenie o stanie rodzinnym, majątkowym. Wiele informacji oraz wzór oświadczenia znajduje się na stronie Ministerstwa Sprawiedliwości [www.ms.gov.pl](http://www.ms.gov.pl)

## 9 Postępowanie karne

Postępowanie karne może być wszczęte na podstawie kilku przepisów, które bezpośrednio związane są z ochroną życia i zdrowia człowieka. Należą do nich:

- art. 155 kk: nieumyślne spowodowanie śmierci;
- art. 156 kk: spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zszpecenia lub zniekształcenia ciała;
- art. 160 kk: narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu;
- art. 162 kk: nieudzielenie pomocy osobie znajdującej się w położeniu grożącym utratą życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu;

- art. 231 kk: przestępstwo niedopełnienia obowiązków przypisywane jednakże jedynie osobie, która posiada przymiot funkcjonariusza publicznego, czyli przykładowo ordynator szpitala.

Postępowanie karne prowadzić ma do stwierdzenia, iż lekarz dopuścił się przestępstwa wobec pacjentki, a uznanie go winnym grozi karą grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności. Warto również pamiętać, iż przykładowo w kontekście wydania zaświadczenia o pochodzeniu ciąży z czynu zabronionego, zaniechanie prokuratora, który bezpodstawnie odmówi wydania takiego zaświadczenia kwalifikuje się do odpowiedzialności z art. 231 kk.

O popełnieniu przestępstwa może zawiadomić każdy, zarówno pisemnie jak i ustnie. Zawiadomienie pisemne można wysłać pocztą, lub doręczyć do właściwej ze względu na miejsce popełnienia przestępstwa prokuratury rejonowej bądź komendy policji. Zawiadomienie ustne powinno być złożone do protokołu. W przypadku przestępstw przeciwko życiu lub zdrowiu, które są ścigane w trybie publiczno – skargowym, teoretycznie nie powinno być potrzebne zawiadamianie i składanie wniosku o ściganie, gdyż organy policji i prokuratury mają obowiązek podjęcia postępowania, jeśli istnieje uzasadnione podejrzenie, że doszło do przestępstwa.

Osoba zawiadamiająca jak również pokrzywdzona powinni być informowani o wszczęciu, odmowie wszczęcia lub umorzeniu postępowania. Jeśli prokurator odmówi wszczęcia, można złożyć zażalenie do sądu. Sąd może nakazać ponowne rozpatrzenie sprawy. Jeśli prokurator drugi raz odmówi wszczęcia, pokrzywdzona może wnieść własny akt oskarżenia w przeciągu miesiąca od dnia doręczenia zawiadomienia o odmowie. Musi on jednakże być podpisany przez adwokata. W przypadku, gdy w ciągu 6 tygodni zawiadamiająca o przestępstwie nie uzyska informacji o jego wszczęciu lub odmowie wszczęcia, może złożyć zażalenie do prokuratora nadrzędnego.

W toczącym się postępowaniu przygotowawczym pokrzywdzona jest stroną. Oznacza to, iż może przeglądać akta, składać zażalenia na czynności organów, albo wnioskować o dokonanie czynności. Czasem może również brać w nich udział, szczególnie jeśli są niepowtarzalne. W sprawie wniesionej przez prokuratora, osoba pokrzywdzona może aż do rozpoczęcia przewodu sądowego na rozprawie głównej złożyć oświadczenie o przyłączeniu się do sprawy w charakterze oskarżyciela posiłkowego. Daje to prawo do zaskarżania orzeczeń i do składania wniosków dowodowych. Oskarżyciel posiłkowy utrzymuje swoje uprawnienia nawet wtedy, kiedy prokurator odstępuje od oskarżenia.

Pokrzywdzona może korzystać z pomocy pełnomocnika.

## 10 Postępowanie dyscyplinarne

Lekarze podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej, jeśli ich czyny naruszają zapisy kodeksu etyki lekarskiej lub przepisy o wykonywaniu zawodu. Zalicza się tu także przepisy z zakresu praw pacjenta. Istotne jest jednak to, że jest to odpowiedzialność jedynie w ramach samorządu zawodowego. Oznacza to, iż pacjentka w tym postępowaniu nie ma możliwości uzyskania rekompensaty za naruszenie jej praw, gdyż celem tego postępowania jest jedynie ukaranie lekarza za działania niezgodne z prawem. Formami kary są: upomnienie, nagana, zawieszenie prawa wykonywania zawodu i pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Skargę składa się do rzecznika odpowiedzialności zawodowej przy właściwej miejscowo Okręgowej Izbie Lekarskiej. W tym postępowaniu rzecznik pełni funkcję oskarżyciela. Pierwszą instancją są okręgowe sądy lekarskie, od których decyzji można odwołać się do Naczelnego Sądu Lekarskiego.

W połowie 2006 roku do Trybunału Konstytucyjnego wpłynęła skarga na niektóre regulacje postępowania dyscyplinarnego wobec lekarzy. Przede wszystkim podniesione zostało, iż termin 5 lat, po którym bezwzględnie ustaje karalność czynu lekarza jest zbyt krótki, szczególnie biorąc pod uwagę dowolność przy przedłużaniu trzymiesięcznego okresu na zakończenie postępowania wyjaśniającego. Dodatkowo, stronami postępowania są jedynie lekarz i rzecznik odpowiedzialności zawodowej, który jest przecież przedstawicielem środowiska lekarskiego. Pokrzywdzona nie jest stroną, nie musi być poinformowana o terminie rozprawy, a więc może jedynie zeznawać jako świadek, pod warunkiem, że zostanie wezwana. Postępowanie nie jest również jawne.

Obecnie toczą się prace nad zmianą zapisów o postępowaniu dyscyplinarnym. Projekt przede wszystkim zakłada, iż takie postępowanie będzie uregulowane w ustawie o Izbach Lekarskich, a nie jak dotychczas w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Postępowanie będzie jawne, a od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego będzie się można odwołać do Sądu Najwyższego. Dodatkowo, rządowy projekt zakłada rozszerzenie katalogu kar dla lekarzy, o kary finansowe i odsunięcie od wykonywania pewnych czynności zawodowych. Tylko Naczelny Sąd Lekarski będzie mógł przedłużyć postępowanie wyjaśniające na okres ponad roku, a strona dostanie prawo złożenia zażalenia na przewlekłość postępowania prowadzonego przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Projekt został skierowany przez sejmową komisję zdrowia do prac w podkomisji.

## 11 Postępowania na szczeblu międzynarodowym – Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu

Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu jest organem przyjmującym skargi od osób indywidualnych ale także organizacji na nieprzestrzeganie lub złamanie ich praw gwarantowanych w Konwencji. Na portalu internetowym Trybunału można znaleźć formularz skargi oraz wszelkie niezbędne informacje w języku polskim. [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int)

Skargę może wnieść osoba fizyczna, grupa osób, a także organizacja pozarządowa. Podstawą musi być naruszenie prawa, wymienionego w Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, przez państwo lub jego organy. Nie ma jednakże możliwości wniesienia skargi na działania osób prywatnych, firm czy instytucji takich jak fundacje, stowarzyszenia lub związki zawodowe.

Skarga może dotyczyć naruszenia:

- prawa do życia,
- zakazu tortur,
- prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego,
- prawa do rzetelnego procesu sądowego,
- prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- wolności myśli, sumienia i wyznania,
- wolności wyrażania opinii,
- prawa do skutecznego środka odwoławczego,
- zakazu dyskryminacji.

Należy jednakże pamiętać, iż zapis o zakazie dyskryminacji nie jest stosowany samodzielnie, ale jedynie w powiązaniu z naruszeniem innego prawa lub wolności.

Skarga może być wniesiona osobiście lub za pośrednictwem adwokata w języku polskim, ale także angielskim lub francuskim.

Warunki podstawowe rozpoznania skargi to:

- wyczerpanie wszelkich możliwych środków odwoławczych w systemie państwa skarżącego,
- złożenie skargi najpóźniej w terminie 6 miesięcy od ostatecznego zakończenia sprawy przed sądami krajowymi,
- odnośnie działań organów polskich, skarga może dotyczyć czynów, decyzji czy faktów, które nastąpiły po 30 kwietnia 1993 roku (data ratyfikacji Konwencji).



**FEDERACJA NA RZECZ KOBIEŃ  
I PLANOWANIA RODZINY**

**ul. Nowolipie 13/15, 00-150 Warszawa  
tel./fax 0 22 635 93 95  
e-mail: [federacja@federa.org.pl](mailto:federacja@federa.org.pl)  
[www.federa.org.pl](http://www.federa.org.pl)**

**Telefon Zaufania dla Kobiet  
0 22 635 93 92  
od poniedziałku do piątku między 16.00 a 20.00**