

ZDROWIE I PRAWO

Poradnik dla kobiet



Federacja na Rzecz Kobiet
i Planowania Rodziny

ZDROWIE I PRAWO

Poradnik dla kobiet



Publikację sfinansowano ze środków
Programu Operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich



ISBN 978-83-88568-42-8

Opracowanie:

Małgorzata Dziewanowska

Karolina Więckiewicz

Stan prawny na dzień: 1 stycznia 2016 roku

Wydawca:

FEDERACJA NA RZECZ KOBIET I PLANOWANIA RODZINY

ul. Nowolipie 13/15

00-150 Warszawa

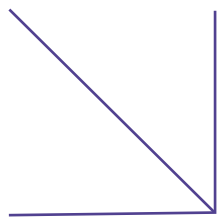
email: federacja@federa.org.pl

www.federa.org.pl

Spis treści

PRAWA PACJENTA	5
Prawo do świadczeń zdrowotnych.....	5
Prawo do informacji	6
Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych	8
Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych	9
Prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.....	10
Prawo do poszanowania intymności i godności.....	11
Prawo dostępu do dokumentacji medycznej	12
Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza	14
Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.....	15
Karta Praw Pacjenta.....	16
Europejska Karta Praw Pacjentów.....	17
UPRAWNIENIA I OBOWIĄZKI LEKARZA.....	19
Obowiązki lekarza	19
Udzielanie pomocy lekarskiej.....	20
Niepodjęcie lub odstąpienie od leczenia.....	20
Klauzula sumienia.....	21
UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE.....	24
PRAWO DO ANTYKONCEPCJI	26
Klauzula sumienia	28
Realizacja recepty	28
Refundacja	29
Antykoncepcja doraźna	29
Wkładki wewnątrzmaciczne - spirale	30
Salpingektomia (podwiązanie jajowodów).....	30
Dostęp do antykoncepcji osób małoletnich.....	31
OPIEKA OKOŁOPORODOWA.....	34
PRAWO DO BADAŃ PRENATALNYCH	41
Co to są badania prenatalne	41
Program badań prenatalnych.....	42
Egzekwowanie prawa do badań prenatalnych.....	44
Co zrobić, gdy lekarz odmówi wystawienia skierowania?.....	46

PRAWO DO PRZERYWANIA CIĄŻY	48
Prawo do przerwania ciąży w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia kobiety	49
Prawo do przerwania ciąży w sytuacji, gdy płód obciążony jest wadami rozwojowymi lub genetycznymi	51
Prawo do przerwania ciąży pochodzącej z czynu zabronionego	52
Kryminalizacja aborcji	53
Procedura udzielania świadczenia przerwania ciąży	55
Prawo kobiety małoletniej do przerwania ciąży	56
PORONIENTA I PRAWO DO POCHÓWKU PŁODU	57
Poronienia	57
Prawo do pochówku	59
LECZENIE NIEPŁODNOŚCI.....	61
PRZESTĘPSTWO ZGWAŁCENIA	64
PRZEMOC W RODZINIE	68
PROFILAKTYKA NOWOTWOROWA	72
Program profilaktyki raka szyjki macicy.....	73
Program profilaktyki raka piersi	74
PROBLEMATYKA HIV/AIDS	77
OCHRONA PRAWNA W PRZYPADKU NARUSZEŃ PRAW PACJENTEK	81
Przełożony lekarza, dyrektor, Rzecznik Praw Pacjenta	82
Sekcja do spraw Skarg i Wniosków przy oddziałach NFZ.....	84
Rzecznik Praw Obywatelskich.....	84
Narodowy Fundusz Zdrowia	85
Konsultanci do spraw ginekologii i położnictwa	88
Odszkodowanie i zadośćuczynienie w przypadku zdarzeń medycznych	90
Postępowanie administracyjne	92
Postępowanie cywilne	92
Postępowanie karne	95
Odpowiedzialność zawodowa lekarzy.....	96
Postępowanie na szczeblu międzynarodowym	98
CIĄŻA, PORÓD I POSIADANIE DZIECKA A PRACA.....	101
Praca w okresie ciąży	101
Rozwiązanie stosunku pracy w czasie ciąży.....	102
Urlop macierzyński i rodzicielski	103
Zasiłek macierzyński	103
POMOC FINANSOWA - ŚWIADCZENIA I ZASIŁKI	105



PRAWA PACJENTA

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

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (RPP) jest pierwszym aktem prawnym grupującym i porządkującym podstawowe prawa przysługujące pacjentom. Mimo istnienia ustawy w placówkach służby zdrowia znacznie częściej można spotkać dokument, który nazywa się Kartą Praw Pacjenta. Nie jest ona jednak oficjalnym aktem prawnym. Jej celem jest zwiększenie świadomości pacjentów w zakresie przysługujących im uprawnień, a także podanie ich źródeł. Podane w niej informacje o konkretnym uprawnieniu podparte są więc informacją na temat podstawy prawnej. Ustawa o prawach pacjenta jest źródłem prawa sama w sobie, chociaż niekiedy zawarte w niej przepisy ogólne, są uszczegóławiane w innych aktach prawnych, ustawach bądź rozporządzeniach. Przy każdym temacie poruszonym w tym poradniku, na wstępie podane zostaną dodatkowe akty prawne regulujące dane zagadnienie.

► PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

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 i zaznajamiania się z nowoczesnymi metodami leczenia, które zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą powinien stosować w praktyce lekarskiej. Lekarz ma także - zatem obowiązek doksztalcania się, aby zawsze tę najbardziej aktualną wiedzę posiadać.

Zdarza się, że 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.

Przykład: *Bardzo często na drzwiach gabinetu, w którym dokonuje się pobrań (krwi, moczu, kału) wisi informacja, że „Dzieci do lat 18 obsługiwane są poza kolejnością”. Jest to przykład jasnej i przejrzystej procedury, która gwarantuje dzieciom możliwość skorzystania ze świadczeń bez konieczności oczekiwania w kolejce.*

Przykład: *W przypadku korzystania z tzw. „ostrych dyżurów” należy liczyć się z tym, iż kolejność przyjęć ustala lekarz na podstawie wstępnych informacji zdobytych od pacjenta. Na przykład, na ortopedycznych ostrych dyżurach zazwyczaj najpierw przyjmowane są osoby z wypadków,*

potem osoby z ciężkimi złamaniami, dzieci, a na końcu osoby z lżejszymi urazami. To sprawia, że czas oczekiwania na otrzymanie świadczenia może być znacznie dłuższy niż wskazywałoby na to miejsce w kolejce.

Jeśli pacjentka nie zgadza się z diagnozą lekarza, albo ma co do niej jakiejkolwiek wątpliwości, może żądać zasięgnięcia opinii innego lekarza albo zwołania konsylium lekarskiego. Jest to element prawa do świadczeń zdrowotnych. Takie prawo obowiązuje każdego lekarza przy udzielaniu wszelkich 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 odmowy jego wypełnienia w dokumentacji medycznej pacjentki.

Ustawa wskazuje, że pacjentka ma prawo do natychmiastowego udzielenia jej świadczeń zdrowotnych w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia. Podkreślone zostało również prawo pacjentki do uzyskania świadczeń związanych z porodem. Ważne jest, że w tych przypadkach lekarz nie ma prawa uzależnić udzielenia świadczenia od posiadania ubezpieczenia zdrowotnego.

WAŻNE! Należy pamiętać, że wszelkie świadczenia związane z porodem i położeniem są udzielane niezależnie od posiadania przez pacjentkę ubezpieczenia zdrowotnego: na równych prawach należą się one osobom ubezpieczonym i tym, które ubezpieczenia nie posiadają.

Obowiązkiem lekarza jest udzielanie świadczeń z należytą starannością. Rodzi to po stronie pacjentki prawo wymagania staranności (przeprowadzenia dokładnego wywiadu, badania, wykonanie opisu stanu zdrowia w karcie pacjentki), a także przestrzegania zasad etyki lekarskiej, opisanych w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Pacjentka ma prawo wymagać, aby wszelkie usługi zdrowotne świadczone były w sposób fachowy, w warunkach sanitarnych spełniających określone standardy.

► PRAWO DO INFORMACJI

Prawo do informacji o stanie własnego zdrowia, a także o stanie zdrowia bliskich gwarantują zapisy dotyczące udostępniania informacji, jej formy, warunkach jej prawidłowego udzielania, kręgu osób upoważnionych do jej otrzymania i możliwościach odmowy jej przyjęcia. Zakres udzielanej informacji różni się w zależności od wieku pacjentki.

UWAGA! Pacjentkom poniżej 16. roku życia lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

Oznacza to, że prawdziwie pełną informację o stanie zdrowia takiej pacjentki 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.

Przykład: lekarz przepisując pacjentce leki informuje ją wyłącznie o tym, że mają one wyleczyć ją z zapalenia płuc.

UWAGA! Pacjentki w wieku powyżej 16 lat mają 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.

Przykład: *Lekarz informuje pacjentkę, że rozpoznaje u niej zapalenie płuc. Istnieją dwie możliwe metody leczenia, które następnie powinien zaprezentować. Osobiście uważa, że metoda numer jeden będzie skuteczniejsza. Istnieje jednak możliwość pojawienia się skutków ubocznych zastosowania tej metody, które są następujące (...). Jeśli pacjentka zdecyduje się nie poddać żadnemu leczeniu, może się okazać, że niezbędna będzie hospitalizacja. W przypadku zastosowania jednej z dwóch proponowanych metod rokowania są następujące (...).*

Oznacza to, że w sytuacji gdy pacjentka skończy 16 lat ma prawo do pełnej i wyczerpującej informacji na temat swojego stanu zdrowia, takiej samej jak ta, którą otrzymują osoby dorosłe.

WAŻNE: W Polsce nie istnieje możliwość samodzielnej oceny przez lekarza możliwości intelektualnych pacjentki i na tej podstawie podjęcia decyzji o udzieleniu jej pełnej informacji (takie rozwiązanie istnieje, między innymi, w Wielkiej Brytanii), a jedynym decydującym aspektem jest wiek pacjentki.

Ustawa przyznaje pacjentkom prawo do decydowania o tym, komu informacja zostanie udostępniona, co oznacza, że bez zgody pacjentki lekarz nie ma prawa przekazania jej komukolwiek, nawet w ograniczonym zakresie. Wyjątek stanowi przypadek osoby małoletniej, gdzie obowiązkiem lekarza jest udostępnienie informacji na temat jej stanu zdrowia opiekunowi prawnemu lub faktycznemu. Jednak od momentu osiągnięcia przez pacjentkę pełnoletności 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.

WAŻNE! Każda pacjentka powinna zadbać o to, aby w przychodniach, w których ma założoną kartę, znajdowała się informacja o zgodzie na udostępnianie informacji na temat jej stanu zdrowia konkretnym osobom. Można także jeden egzemplarz takiej zgody mieć w domu, na wszelki wypadek.

Możliwość udostępniania informacji o stanie zdrowia pacjentki osobom najbliższym jest szczególnie istotna w przypadku, gdy sama pacjentka nie jest w stanie wyrazić takiej zgody, ze względu na stan zdrowia lub śmierć. Placówki służby zdrowia nie mogą przekazać dokumentacji rodzinie, jeśli nie ma potwierdzenia, że pacjentka wyrażała na to zgodę. Ma to chronić prawa pacjenta, również w krytycznych sytuacjach oraz po śmierci.

Ważnym zapisem ustawowym jest również to, że pacjentka ma prawo żądać, aby 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 informacje zostaną czy nie zostaną jej przekazane. Jest to warunkowane jedynie wolą pacjentki, a nie lekarza.

Przykład: *Podczas badania USG pacjentka może poprosić lekarza o nieinformowanie jej o wadach płodu, jeśli takie istnieją. Jeśli jednak to lekarz sam decyduje się nie informować pacjentki o takich wadach, narusza jej prawo do informacji.*

Pacjentka ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie odnośnie diagnozy, stosowanej terapii, rozpoznaniu i wszystkich pozostałych udzielonych jej informacji. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do skuteczności stosowanej terapii taka wymiana informacji powinna przyczynić się do zastosowania lepszej, skuteczniejszej metody leczenia, opartej nie tylko na fachowej wiedzy medycznej, ale też indywidualnych potrzebach pacjentki.

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 tego świadczenia zdrowotnego w innej placówce, narusza prawo pacjentki do informacji.

WAŻNE! Nie tylko lekarz może odstąpić od leczenia pacjentki, ale także pacjentka ma prawo wyboru lekarza i jego zmiany, w przypadku gdy świadczone przez niego porady i usługi nie są dla pacjentki satysfakcjonujące. Zmiany dokonuje się pomiędzy lekarzami zatrudnionymi w danej placówce lub poprzez zmianę placówki.

Kolejnym założeniem ustawowym jest dostępność wiedzy na temat przysługujących pacjentkom praw, poprzez umieszczenie ich wykazu w formie pisemnej w miejscu ogólnodostępnym. Zobowiązany jest do tego każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych (oprócz ambulanсів czy udzielania świadczeń w domu pacjentki). 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 ze środków publicznych (np. program badań prenatalnych, o którym będzie mowa w dalszej części poradnika).

PRAWO DO ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH

Podstawowym aktem prawnym regulującym to prawo jest ustawa z dnia 6 września 2001 roku prawo farmaceutyczne (DZ. U. z 2001 roku, nr 126, poz 1381), w ustawie o prawach pacjenta zostało jedynie zasygnalizowane.

Każda pacjentka, jej przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do zgłaszania działań niepożądanych stosowanych produktów leczniczych. Taka informacja może zostać przekazana osobom wykonującym zawód medyczny (np. lekarz, pielęgniarka), Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu (np. firmie farmaceutycznej). Działaniem niepożądanym jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego, które nie zostało wykryte na poziomie badań klinicznych nad lekiem, a także w dotychczasowym okresie jego obecności na rynku.

Zgłoszenie powinno zawierać informację o wieku pacjentki, a także imię i nazwisko osoby dokonującej zgłoszenia. Zgłoszenie musi być podpisane, chyba, że jest przekazywane drogą elektroniczną. Należy też podać nazwę produktu i opis działania niepożądanego. Osoby wykonujące zawód medyczny, które otrzymują takie zgłoszenie od pacjentki, przy przekazywaniu go do Prezesa Urzędu podają także adres placówki, w której pracują.

WAŻNE! Takie zgłoszenie może nawet doprowadzić do wycofania leku lub partii zawierającej wadę z rynku. Nie wahaj się jeśli zauważysz niepokojące skutki stosowania leku lub stwierdzisz, iż posiada on jakąkolwiek wadę. W ten sposób możesz uchronić inne osoby przed negatywnymi skutkami jego stosowania.

► PRAWO PACJENTA DO TAJEMNICY INFORMACJI Z NIM ZWIĄZANYCH

Każda osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek zachowania w tajemnicy wszelkich informacji na temat pacjentki, w tym dotyczących jej stanu zdrowia, uzyskanych w związku z wykonywaniem swojego zawodu. Oznacza to, że lekarze czy pielęgniarki zgodnie z obowiązującym prawem nie mogą przekazywać takich informacji rodzinie, znajomym, innym swoim pacjentom czy nawet osobom bliskim pacjentki, bez jej wyraźnej, pisemnej zgody. Obowiązek ten istnieje także w przypadku śmierci pacjentki.

Przykład: *Lekarz przyjmujący w gabinecie mówi tak donośnie, że jego diagnozę i proponowaną terapię słyszą pacjenci oczekujący w poczekalni.*

Przykład: *Lekarz odmawia przyjęcia pacjentki w gabinecie i omawia jej przypadek na korytarzu, przy innych oczekujących na wizytę osobach.*

Przykład: *Ratownik medyczny po wizycie w domu pacjentki omawia z kolegami wystrój jej domu i jej kondycję finansową.*

Powyżej opisane sytuacje są przykładami naruszenia prawa do tajemnicy informacji związanych z pacjentką i mogą zostać zgłoszone, najpierw do przełożonego danej osoby wykonującej zawód medyczny, a jeśli to nie odniesie skutku do Rzecznika Praw Pacjenta.

Ustawodawca przewiduje wyjątki, kiedy osoby wykonujące zawód medyczny nie są zobowiązane do zachowania tajemnicy lekarskiej, a należą do nich:

- ograniczenie tajemnicy lekarskiej wynika z innych przepisów ustaw (np. lekarz jest zobowiązany do założenia Niebieskiej Karty w przypadku stwierdzenia przemocy stosowanej wobec pacjentki przez osobę najbliższą i przekazania tej informacji do zespołu interdyscyplinarnego działającego przy ośrodku pomocy społecznej),
- pacjentka lub jej przedstawiciel ustawowy wyrażają zgodę na ujawnienie tajemnicy (np. poprzez pisemną zgodę na przekazanie danych informacji konkretnym osobom),
- gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjentce związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń (np. lekarz zleca pielęgniarce podanie konkretnych leków na konkretną chorobę),
- w przypadku prowadzenia postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

► PRAWO DO WYRAŻANIA ZGODY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest bardzo ściśle związane z prawem do informacji. Podstawą wyrażenia takiej zgody, bądź niezgodzenia się na udzielenie świadczenia, musi być otrzymanie pełnej i wyczerpującej informacji na temat stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowaniu.

UWAGA! Osoba, która nie ukończyła lat 16 nie ma uprawnienia do podejmowania samodzielnych decyzji, a w jej zastępstwie robi to opiekun prawny lub faktyczny. Gdy takich opiekunów nie ma, zgodę wyraża sąd opiekuńczy.

Oznacza to, że pacjentki, które nie mają 16 lat nie mogą zgodnie z prawem wyrazić zgody na badanie lekarskie, przyjęcie leku czy nawet wypisanie recepty. Do każdej z tych czynności niezbędna jest zgoda opiekuna prawnego bądź faktycznego, ponieważ każda z nich jest świadczeniem zdrowotnym wymagającym wyrażenia zgody na jego udzielenie. Przepisy nie wyrażają wprost formy wyrażenia zgody przez opiekuna, nie musi być to obecność w gabinecie, ale zgoda wyrażona w taki sposób, żeby lekarz nie miał wątpliwości (może być na piśmie). Niektórzy lekarze przyjmują zapewnienie małoletniej pacjentki o zgodzie rodziców.

Przykład: 15-letnia dziewczynka w praktyce często nie może samodzielnie udać się na wizytę do ginekologa i przyjąć od niego recepty na antykoncepcję hormonalną (mimo, że zgodnie z prawem może już wyrazić zgodę na kontakty seksualne z inną osobą, która nie poniesie za nie odpowiedzialności karnej).

UWAGA! Jeśli małoletnia ukończyła 16 lat, ma prawo nie tylko do wyrażania zgody na proponowane leczenie, ale także do zgłaszania sprzeciwu.

Oznacza to, że osoba w wieku między 16. a 18. rokiem życia wyraża zgodę kumulatywną, czyli połączoną ze zgodą przedstawiciela prawnego bądź faktycznego. Zgłoszenie sprzeciwu, przy jednoczesnym wyrażeniu zgody przez opiekuna, skutkuje skierowaniem sprawy do sądu opiekuńczego, który zobowiązany będzie do podjęcia tej decyzji w zastępstwie za małoletnią i jej opiekuna.

Przykład: Gdy podczas wizyty ginekologicznej 16-letnia dziewczyna chce aby lekarz przepisał jej środki antykoncepcyjne na co nie zgadza się jej opiekun lekarz nie ma prawa przepisać tych środków. Jeśli sytuacja jest odwrotna i to rodzic naciska na przepisanie takich leków podczas, gdy małoletnia nie chce - sprawa może zostać rozstrzygnięta przez sąd opiekuńczy.

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty wprowadza jeszcze jedną sytuację. Stanowi, że po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego lekarz może udzielić pacjentowi powyżej 16. roku życia świadczenia pomimo jego sprzeciwu i pomimo braku zgody opiekuna prawnego.

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, że pacjentka właściwie poinformowana wyraża wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom, bądź takiej woli nie przejawia. Ważne jest, aby takie decyzje, szczególnie te wyrażane ustnie, podparte były rzetelną i prawdziwą informacją w zakresie potrzebnym do podjęcia świadomego wyboru.

WAŻNE! Nigdy nie należy podpisywać dokumentów in blanco lub wystandaryzowanych formularzy, które zawierają w sobie zapisy nieadekwatne do sytuacji, w jakiej znajduje się pacjentka. Należy pilnować, aby podpisywane dokumenty zawierały wszystkie informacje i ustalenia z lekarzem. W przypadkach spornych mogą one bowiem służyć jako dowód w sprawie, potwierdzając tezę pacjentki bądź lekarza.

Powyższe zasady 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 życia lub zdrowia. 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 nie cierpiących zwłoki może swoją decyzję, w miarę możliwości, jedynie skonsultować z innym lekarzem. Takie zapisy mają na celu ochronę życia i zdrowia osób, które na przykład są nieprzytomne, kontakt z nimi lub ich opiekunami jest utrudniony, albo działają oni w sposób niezgodny ze współczesną wiedzą medyczną.

Przykład: *Konieczne jest wykonanie cesarskiego cięcia bez zgody kobiety, która jest nieprzytomna lub wykonanie transfuzji krwi u dziecka, którego rodzice ze względów religijnych nie wyrażają na to zgody.*

► PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI

Przyrodzona i niezbywalna godność, zgodnie z Konstytucją RP, jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona są obowiązkiem władz publicznych. Prawo do życia w godności jest fundamentalnym prawem każdego człowieka, obowiązuje zawsze i w stosunku do każdego. Ze względu na specyfikę stosunku pacjentka - lekarz wymaga ono powtórzenia w ustawie o prawach pacjenta, szczególnie, że ustawodawca ściśle łączy ją 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.

Przykład: *Lekarz nie może komentować wyglądu pacjentki, jeśli nie ma to bezpośredniego związku z przeprowadzanym badaniem (np. mówiąc, że jest gruba czy niezadbana, ale także gdy jest jego zdaniem bardzo atrakcyjna). Podczas badania ginekologicznego do gabinetu nie powinien wchodzić nikt, nawet osoby z personelu medycznego, jeśli nie ma to bezpośredniego związku z badaniem (np. pielęgniarka przynosząca karty innych pacjentów). Lekarz nie może wyzywać pacjentki, podnosić na nią głosu, czy komentować jej stylu życia, jeśli nie ma to związku z leczeniem (np. krytykując decyzję pacjentki i rodziców o podjęciu przez małoletnią współżycia seksualnego i potrzebie zabezpieczenia się przed ciążą).*

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. Takie sytuacje muszą zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjentki.

Przykład: *Lekarz nie ma prawa wyprosić partnera kobiety, która poddaje się badaniu USG będąc w ciąży. ALE: pacjentce może towarzyszyć też inna bliska osoba. To prawo jest prawem pacjentki (a nie na przykład partnera, który będzie ojcem mającego urodzić się dziecka) i to jej wolę należy realizować.*

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. Także w tym przypadku 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.

WAŻNE! Wyjątek stanowią szpitale, w których praktyki odbywają studenci medycyny, tzn. szpitale uniwersyteckie, zwane klinicznymi. Korzystanie z ich usług wiąże się z obecnością osób uczących się podczas udzielania świadczeń i nie narusza do prawa do poszanowania intymności i godności.

► PRAWO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Poza przepisami ogólnymi jego zakres reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 roku, nr 252, poz. 1697).

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 dzieli się za zbiorową i indywidualną. Dokumentacja indywidualna dotyczy konkretnego pacjenta czy pacjentki i to do tej dokumentacji pacjentka i osoby przez nią upoważnione mają prawo. Jednak dokumentacja ta dzieli się za wewnętrzną i zewnętrzną. Dokumentacja wewnętrzna to te dokumenty, które potocznie określa się kartą pacjenta czy historią choroby.

Obecnie dokumentacja medyczna powinna być prowadzona w formie elektronicznej. Powinna zawierać najważniejsze dane pacjentki, takie 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 udostępniana jest 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.

W przypadku gdy pacjentka decyduje się na wykonanie kopii, wyciągu lub odpisu własnej dokumentacji musi liczyć się z poniesieniem pewnych kosztów. W chwili obecnej, opłata za jedną stronę wyciągu lub odpisu nie może przekroczyć około 7,70 zł, a za jedną stronę kopii około 77 groszy. Dokumentację w wersji elektronicznej można uzyskać na nośniku danych za opłatą wynoszącą również maksymalnie około 7,70 zł. Opłaty zwiększają się razem ze zwiększaniem się

przeciętnego wynagrodzenia (ogłaszanego co kwartał przez Główny Urząd Statystyczny), więc trzeba liczyć się, że w każdym kwartale mogą być nieznacznie wyższe. W przypadku długoletniego leczenia najlepiej starać się na bieżąco kompletować zestaw dokumentacji w domu, nie tylko po to aby mieć do niej stały dostęp, ale także aby nie narażać się na jednorazowe koszty sporządzania kopii bądź odpisów, szczególnie w przypadku wykonywania kopii każdej ze stron osobno.

Dokumentacja zewnętrzna natomiast to wszystkie skierowania do specjalistów, zlecenia wykonania badań oraz wyniki tych badań.

WAŻNE! Dokumentacja zewnętrzna, w tym wyniki badań, jest własnością pacjentki. Lekarz może zdecydować o tym, aby wyniki badań były częścią dokumentacji wewnętrznej, która zostaje w placówce, ale w tym celu powinien wykonać kopie.

Na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nałożony jest obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej pacjentki przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ostatnio dokonano wpisu. Warto wymienić wyjątki od tego zapisu:

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

Po upływie tych okresów dokumentacja jest niszczona.

Bardzo ważnym elementem prawa dostępu do dokumentacji medycznej 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 do dokumentacji medycznej powinno dla pewności zostać do niej dołączone w formie pisemnej, z konkretnym wskazaniem osób, które mogą po śmierci pacjentki sporządzać odpisy, wyciągi i kopie. Takie upoważnienie nabiera szczególnego znaczenia w przypadku podejrzenia, iż zgon pacjentki nastąpił w wyniku błędu popełnionego przez lekarza.

Przykład: Rodzina zmarłej pacjentki chce wytoczyć proces szpitalowi. Jeśli pacjentka za życia nie upoważniła nikogo do wglądu w jej dokumentację takie postępowanie nie będzie możliwe.

WAŻNE! 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

Jest to możliwość zgłoszenia sprzeciwu przez świadczeniobiorcę, 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 pacjentki małoletniej. Według przepisów ustawy wspomniany sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za jego pośrednictwem.

WAŻNE! Na wniesienie sprzeciwu pacjentka ma 30 dni od otrzymania opinii lub orzeczenia, z którymi się nie zgadza.

Komisja Lekarska składa się z trzech lekarzy, z czego dwóch musi posiadać tą samą specjalizację, co lekarz wydający opinię lub orzeczenie. Decyzje zapadają bezwzględną większością głosów, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty wniesienia sprzeciwu (ustawa stanowi, iż decyzje powinny zapadać niezwłocznie, czyli bez zbędnej zwłoki, w czasie jak najkrótszym, koniecznym do wydania takiego orzeczenia). Komisja przede wszystkim bada dokumentację medyczną pacjentki, ale także może w miarę potrzeby przeprowadzić odpowiednie badanie. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie, ale decyzja uwzględniająca skargę pacjentki zmienia opinię lub orzeczenie będące przedmiotem sprzeciwu.

WAŻNE! Sprzeciw wymaga wyczerpującego uzasadnienia, włączając w to wskazanie odpowiedniego przepisu ustawy, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjenta. Stanowić to może istotne utrudnienie dla pacjentki. Zaniedbanie wymogu skutkuje zwrotem sprzeciwu w celu jego uzupełnienia, co może powodować przedłużenie procedury. Należy starać się wskazać przepis prawa (ustawy, rozporządzenia, itp.), który nadaje pacjentce naruszane przez lekarza prawo lub nakłada na nią powoływany w uzasadnieniu obowiązek. Mimo, iż Biuro RPP deklaruje, że sprzeciwy są przyjmowane także bez podania odpowiednich przepisów prawa, praktyka wskazuje na to, że bez tego uzasadnienia są zwracane pacjentom.

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

Przykład: *Pacjentka cierpi na chorobę, w której nie powinna zachodzić w ciążę, ponieważ ciąża będzie stanowiła dla niej niebezpieczeństwo. Lekarz jednak wydaje opinię, że ciąża nie stanowi dla niej zagrożenia życia czy zdrowia. To zaś uniemożliwia jej podjęcie decyzji o przerwaniu ciąży. W takiej sytuacji należy złożyć sprzeciw, ponieważ tylko orzeczenie o zagrożeniu dla życia lub zdrowia uprawnia do przerwania ciąży.*

UWAGA! Według przepisów nie jest jasne, czy można złożyć sprzeciw od decyzji lekarza, który odmawia pacjentce wykonania zabiegu legalnego przerwania ciąży (art. 4a ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży). Warto jednak próbować. Szczegółowe informacje o prawie do przerywania ciąży znajdują się w dalszej części poradnika.

► PRAWO DO POSZANOWANIA ŻYCIA PRYWATNEGO I RODZINNEGO

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 pacjentkom prawo do odmówienia takiego kontaktu, co powinno zostać w pełni uszanowane przez personel placówki służby zdrowia, który staje się jednocześnie gwarantem przestrzegania tego prawa.

Przykład: *Matka z dzieckiem po porodzie może odmówić przyjmowania w szpitalu osób z zewnątrz, co personel placówki powinien jej zagwarantować, nawet jeśli osobą odwiedzającą jest ojciec dziecka.*

Każda pacjentka ma 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, gdy obecność osoby bliskiej nie skutkowałą poniesieniem jakichkolwiek kosztów, zakład nie ma prawa żądać takich opłat.

Przykład: *W przypadku uczestniczenia ojca przy porodzie szpital ma prawo żądać opłaty za specjalny strój ochronny, a w przypadku matki przebywającej z dzieckiem w szpitalu za dodatkowe wyżywienie czy miejsce do spania (oznacza to, że jeśli te osoby nie korzystały z tych świadczeń placówka nie ma prawa żądania dodatkowych opłat).*

► PRAWA PACJENTA PRZEBYWAJĄCEGO W PODMIOCIE LECZNICZYM WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W RODZAJU STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Każda pacjentka, która przebywa w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, czyli w szpitalu, ma dodatkowe uprawnienia wynikające z ustawy. Należą do nich prawo do opieki duszpasterskiej i prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

W zakresie opieki duszpasterskiej szpital jest zobowiązany do zapewnienia pacjentce kontaktu z duchownym jej wyznania, a kosztami realizacji tego prawa obciążona jest sama placówka, a nie pacjentka.

WAŻNE! Kontakt z duchownym jest prawem, a nie obowiązkiem pacjentki. Placówka służby zdrowia nie może narzucić pacjentce takiego kontaktu, ani nie może narzucić pacjentce kontaktu z duchownym wybranego przez placówkę wyznania.

W przypadku korzystania z depozytu koszty realizacji tego prawa ponosi placówka, a nie pacjentka. Dokładne wytyczne dotyczące prowadzenia takich depozytów: zakres spisu przedmiotów oddawanych do depozytu, sposób zabezpieczenia przedmiotów, a także sposób i warunki prowadzenia i przechowywania księgi depozytów określa rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 30 lipca 2009 roku w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2009 roku, nr 129, poz. 1068).

► KARTA PRAW PACJENTA

Karta Praw Pacjenta, która zawiera liczne dodatkowe uprawnienia, jest ważnym dokumentem z punktu widzenia ochrony zdrowia i poszanowania praw człowieka. Korzystając z jej pomocy przy ustalaniu istnienia danego uprawnienia, zawsze jednak należy dokładnie sprawdzić źródło prawa. W praktyce oznacza to prawo do powoływania się na konkretne ustawy lub rozporządzenia, w których zawarte są wyszczególnione w Karcie Praw Pacjenta przepisy, a nie na samą Kartę jako taką.

Do najistotniejszych z punktu widzenia ochrony zdrowia i życia kobiet praw, zawartych w Karcie Praw Pacjenta (a nie wymienionych powyżej) zalicza się:

1. Prawo do ochrony zdrowia
2. Prawo do natychmiastowej pomocy medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta
3. Prawo do pomieszczenia i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych
4. Prawo do wypisania ze szpitala, gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu bądź na własne żądanie - w takiej sytuacji pacjent ma prawo do informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia. Przy wypisie pacjent ma prawo do otrzymania oryginału oraz jednej kopii Karty Informacyjnej z Leczenia Szpitalnego z podaniem rozpoznania w języku polskim.
5. 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.
6. Prawo do złożenia skargi na lekarza i lekarza dentystę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej w przypadku podejrzenia postępowania sprzecznego z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza.
7. Prawo do złożenia skargi na pielęgniarkę i położną do rzecznika odpowiedzialności zawodowej w przypadku podejrzenia postępowania sprzecznego z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

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

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. W przypadku każdej kolejnej zmiany

pacjent jest zobowiązany wnieść opłatę w wysokości 80 złotych - chyba że zmiana jest wynikiem zmiany miejsca zamieszkania, czy sytuacji w której wybrany lekarz, pielęgniarka lub położna zaprzestali udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, oraz jeśli wystąpią inne przyczyny niezależne od woli pacjenta.

2. Prawa kobiet w ciąży oraz w okresie połogu do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty 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. W niektórych przypadkach skierowanie nie jest wymagane.
4. Możliwości zarejestrowania się na wizytę u lekarza w szczególności: osobiście, przez osoby trzecie i telefonicznie.
5. Dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych, jeżeli pacjentka nie jest osobą ubezpieczoną, a jest w okresie ciąży, porodu i połogu.

Odrębne uprawnienia przysługują niekiedy osobom przebywającym lub szpitalizującym się 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.
3. Prawo do bezpłatnych środków farmaceutycznych i materiałów medycznych, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia w szpitalu.

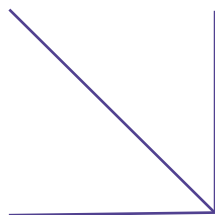
► EUROPEJSKA KARTA PRAW PACJENTÓW

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. Została ona zaprezentowana na drugim Kongresie Organizacji Pacjentów z Chorobami Nowotworowymi z Europy Środkowej i Wschodniej w listopadzie 2005 roku w Warszawie.

Jest to dokument nieformalny i pozarządowy. Zawiera 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 zostały trzy tzw. prawa aktywnego obywatela. Ich celem jest umożliwienie jednostkom i grupom obywateli promowanie, monitorowanie i poddawanie społecznej kontroli poziomu respektowania praw pacjenta. W sumie więc w Europejskiej Karcie Praw Pacjenta umieszczonych zostało 17 postulatów, z których znaczna większość znajduje odzwierciedlenie w prawie polskim. Wymienione prawa to:

1. Prawo do profilaktyki
2. Prawo dostępu do opieki zdrowotnej
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



UPRAWNIENIA I OBOWIĄZKI LEKARZA

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 roku, nr 52, poz. 417), Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2015 roku, poz. 464), uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r.

Kodeks Etyki Lekarskiej jest dokumentem, który określa prawa i obowiązki lekarza. Nie jest to źródło prawa powszechnego, ale stanowi bardzo istotny dokument dla środowiska lekarskiego, zawierający podstawowe założenia dotyczące wykonywania zawodu i przestrzegania jego zasad, ponieważ został stworzony przez samych lekarzy. Wymienione w Kodeksie obowiązki lekarza ściśle odzwierciedlają prawa pacjenta, ujęte w ustawie o prawach pacjenta i RPP oraz obowiązki wynikające z ustawy o zawodzie lekarza. Kodeks podkreśla autonomię lekarza w zakresie prowadzonego leczenia, a także wskazuje na istotność solidarności lekarskiej. Każdy lekarz ma obowiązek poszanowania praw pacjenta i godności ludzkiej.

W zakresie praw reprodukcyjnych i seksualnych kobiet bardzo istotne są zapisy dotyczące prokreacji, które wskazują na obowiązek lekarza udzielania zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, które uwzględniają ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko. Lekarz ma także obowiązek zapoznawania pacjentek z możliwościami współczesnej genetyki, diagnostyki i terapii przedurodzeniowej, informując jednocześnie o możliwych zagrożeniach.

Przykład: *Lekarz powinien poinformować ciężarną pacjentkę powyżej 35. roku życia o wyższym prawdopodobieństwie występowania chorób genetycznych u płodu, o możliwości wykonania badań prenatalnych, o ryzyku ich przeprowadzenia bądź zrezygnowania z nich, a także o możliwościach prowadzenia terapii przedurodzeniowej.*

► OBOWIĄZKI LEKARZA

Obowiązki lekarza są w sposób bardzo ścisły powiązane z prawami pacjenta. Opisane są w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w rozdziale 5 „Zasady wykonywania zawodu lekarza”. Lekarz ma obowiązek:

- udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z należytą starannością. Powinien także się dokształcać, aby tę aktualną wiedzę posiadać;
- informowania pacjentki o stanie zdrowia (a także stanie zdrowia jej płodu), o dostępnych metodach diagnostyki i leczenia. Powinien także zapewnić dostęp do badań, które mają

na celu uzyskanie dalszej informacji (np. badań prenatalnych), nie może ukrywać przed pacjentką informacji, chyba, że sama zrezygnowała z ich otrzymywania;

- utrzymywania w tajemnicy okoliczności związanych ze stanem zdrowia pacjentki oraz jej leczeniem;
- uzyskania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- szanować godność i intymność pacjentki,
- prowadzić dokumentację medyczną oraz nie ograniczać w sposób nieuprawniony dostępu do tej dokumentacji - w szczególności poprzez zatrzymywanie oryginałów wyników badań pacjentki.

W rozdziale tym są jednak także zasady inne niż te, które są ujęte w prawach pacjenta. Najważniejszymi są: zasada konieczności udzielania pomocy lekarskiej, niepodjęcie lub odstąpienie od leczenia i klauzula sumienia.

► UDZIELANIE POMOCY LEKARSKIEJ

Obowiązuje naczelna zasada wynikająca z art. 30 ustawy, w myśl której lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Oznacza to, że nawet w wyjątkowych sytuacjach, o których będzie mowa poniżej, w sytuacji, gdyby nieudzielenie świadczenia miało przynieść zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjentki (w postaci ciężkiej) oraz innego niebezpieczeństwa sprawiającego, że pomoc musi być udzielona natychmiast, lekarz nie może jej odmówić.

► NIEPODJĘCIE LUB ODSTĄPIENIE OD LECZENIA

Ustawa gwarantuje każdemu lekarzowi możliwość niepodjęcia bądź odstąpienia od leczenia pacjentki. Wynika to z art. 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.

Przykład: *Lekarz ma obowiązek wywołać poród lub przeprowadzić cesarskie cięcie, w sytuacji gdy ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjentki. Nie może odstąpić od takiej czynności jeśli zwłoka w jej wykonaniu niosłaby za sobą określone, negatywne skutki dla pacjentki.*

Lekarz podejmując 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. Dodatkowo, powinien on odnotować w dokumentacji medycznej pacjentki fakt odstąpienia bądź niepodjęcia się leczenia i poprzeć go uzasadnieniem. Odmowa wpisania takiej informacji, albo odmowa jej uzasadnienia jest działaniem niezgodnym z prawem. Każda pacjentka w takiej sytuacji ma więc prawo domagania się wykonania takiej czynności.

WAŻNE! Jeśli pacjentka zdecyduje się zgłosić naruszenie jej praw do instytucji nadrzędnych niezbędne może okazać się posiadanie pisemnych dowodów tych naruszeń. W każdej sytuacji należy zadbać o to, aby lekarz właściwie uzupełniał dokumentację medyczną pacjentki.

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 występowaniu w takiej sytuacji poważnych ku temu powodów.

► KLAUZULA SUMIENIA

W przypadku świadczeń z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego często spotkać można powoływanie się na tzw. „klauzulę sumienia”, która uzasadniać ma niewykonanie przez lekarzy takich świadczeń zdrowotnych, które mogłyby być niezgodne z ich sumieniem. Powoływanie się na sumienie zdarza się najczęściej w przypadku zabiegów przerywania ciąży, ale pojawia się także przy wykonywaniu badań prenatalnych, a nawet przepisywaniu środków antykoncepcyjnych. Stosowanie „klauzuli sumienia” w tych dwóch przypadkach uznane powinno być jednak za nadużycie, o czym będzie mowa w dalszej części poradnika.

Lekarz, pielęgniarka czy położna którzy chcą powstrzymać się do wykonania świadczenia niezgodnego z ich sumieniem, muszą spełnić pewne dodatkowe warunki. W ustawie jest zapis o tym, że muszą poinformować o tym pacjentkę i wskazać jej realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza (pielęgniarki, położnej) lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej. Powinny to być „realne możliwości”, a więc nie można uchylić się od wykonania świadczenia, jeśli nie posiada się informacji, gdzie może być ono wykonane.

UWAGA! Wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego ta część przepisu została uznana za niezgodną z Konstytucją RP. W związku z tym straciła moc obowiązującą choć ustawa nie została zmieniona. Teraz odpowiedzialność za udzielenie takiej informacji nie spoczywa już na lekarzu. To do Ministerstwa Zdrowia będzie należało rozwiązanie tej sytuacji. Aktualne informacje na ten temat będą zamieszczane na stronie internetowej Federacji, można je też uzyskać dzwoniąc na Telefon Zaufania.

Dodatkowo, odmowa musi być uzasadniona i odnotowana w dokumentacji medycznej. Właściwe uzasadnienie odmowy oznacza, że samo powołanie się na „klauzulę sumienia” nie jest wystarczające. Lekarz (pielęgniarka, położna) powinien zamieścić w dokumentacji medycznej uzasadnienie swojego działania. Każda pacjentka, której odmówiono świadczenia może żądać od lekarza odmowy na piśmie, a ten zobowiązany jest jej go udzielić. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, ma obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego o odmowie wykonania świadczenia na podstawie niezgodności tego świadczenia z jego sumieniem. Wprowadzenie w tym przepisie słowa „uprzednio” sugerować może, że lekarz powinien tego dokonać przed poinformowaniem pacjentki lub (co jest powszechnie przyjęte) z góry poinformować przełożonego o tym, że nie wykonuje określonych świadczeń.

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

WAŻNE! Możliwość powołania się na „klauzulę sumienia” przysługuje JEDNOSTCE, czyli konkretnemu lekarzowi czy pielęgniarce, a więc nie jest możliwe aby cały szpital lub inna placówka służby zdrowia na nią się powoływała.

Istnieje oczywiście prawdopodobieństwo, że wszyscy lekarze pracujący w szpitalu odmówią udzielania jednego 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. Niedopuszczalna jest też sytuacja, gdy ordynator oddziału lub dyrektor placówki odmawia świadczenia na podstawie swojego sumienia, gdy może ono być wykonane przez innego lekarza w danej placówce.

WAŻNE! Zapisy ustawowe odnoszące się do lekarzy, pielęgniarzek i położnych nie mogą być bezpośrednio stosowane w stosunku do innych zawodów.

Zdarza się, że na „klauzulę sumienia” powołują się farmaceuci, odmawiając realizacji recepty na środki antykoncepcji hormonalnej, czy nawet prokuratorzy prowadzący sprawy o zgwałcenie, którzy odmawiają wydania zaświadczenia, iż zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża kobiety jest wynikiem przestępstwa.

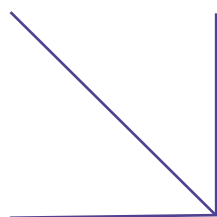
Jak dotąd żadna ustawa nie gwarantuje im takich uprawnień. Ani farmaceuta, ani prokurator nie zostali obdarzeni przez ustawodawcę przywilejem powoływania się na własne poglądy czy przekonania podczas wykonywania swojego zawodu. Ważne jest, aby świadomość bezprawności ich działań posiadały także kobiety, które głównie narażone są na negatywne konsekwencje wynikające z rozszerzania prawa do odmowy wykonania czynności z uwagi na przekonania. Szczegółowe informacje na temat „klauzuli sumienia” w tych przypadkach zostaną omówione w dziale „Prawo do antykoncepcji” oraz „Prawo do przerywania ciąży” w dalszej części poradnika.

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

1. Lekarz, powołujący się na „klauzulę sumienia” ma obowiązek:
 - odnotować w dokumentacji medycznej 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. System powinien zapewnić dostęp do świadczenia pomimo odmowy konkretnego lekarza.
3. Lekarz NIE MOŻE powołać się na „klauzulę sumienia”, jeśli zwłoka w nieudzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować dla pacjentki niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, a także w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki.

3. „Klauzula sumienia” przysługuje TYLKO lekarzowi (pielęgniарce, położnej), a nie całej placówce służby zdrowia.
4. „Klauzula sumienia” przysługuje TYLKO lekarzowi (pielęgniарce, położnej), więc nie mogą się na nią powoływać przedstawiciele innych zawodów.

WAŻNE! Często zdarza się, że pacjentki otrzymują odmowę wykonania jakiegoś świadczenia bez podawania podstawy takiej odmowy. Zawsze jednak warto żądać wydania takiej odmowy na piśmie i odnotowania tej odmowy w dokumentacji medycznej.



UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 roku, poz. 581)

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

Do grup podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu należą między innymi:

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

WAŻNE! Osoby posiadające obywatelstwo polskie i mieszkające na terenie Polski jeśli są:

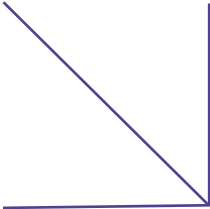
- małoletnie, czyli nie ukończyły 18. roku życia, lub
 - kobietami w okresie ciąży, porodu i połogu,
- mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na to czy są ubezpieczone czy nie.

W takim wypadku nie jest wymagane przedstawienie dowodu ubezpieczenia, ani nawet posiadanie jakiegokolwiek tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, obowiązkowym czy dobrowolnym, gdyż placówki służby zdrowia są zobowiązane do udzielenia świadczeń medycznych, które są finansowane ze środków publicznych. Mogą jednak pytać pacjentkę czy posiada ubezpieczenie zdrowotne czy nie po to, aby odpowiednio określić źródło finansowania.

Wyjątkiem są również absolwenci szkół ponadgimnazjalnych, którzy zachowują prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej przez okres 6 miesięcy od zakończenia nauki, czyli ukończenia szkoły lub skreślenia z listy uczniów. Okres 4 miesięcy obowiązuje w przypadku ukończenia szkoły wyższej, czyli studiów lub studiów doktoranckich, lub skreślenia z listy 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, zamieszkującymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz spełniają określone kryterium dochodowe (określone w ustawie o pomocy społecznej). W takim wypadku dokumentem potwierdzającym prawo osoby do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania pacjentki. 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 udzieleniu świadczenia. Decyzja jest ważna przez okres 90 dni. Rozpoczyna ona 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 innej podstawy. Jeśli okaże się, że okres 90 dni nie jest wystarczający, a pacjentka nadal nie jest 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 dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym należy złożyć odpowiedni wniosek we właściwym wojewódzkim oddziale NFZ. 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 opłacaniu składek. Prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje także przez okres 30 dni od dnia rozwiązania umowy. Objęcie dobrowolnie ubezpieczonego obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, na przykład poprzez zawarcie umowy o pracę, powoduje wygaśnięcie umowy zawartej z NFZ.



PRAWO DO ANTYKONCEPCJI

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 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), 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 19 kwietnia 1991 o izbach aptekarskich (Dz. U. z 1991 roku, nr 41, poz. 179), Kodeks Etyki Lekarskiej, Kodeks Etyki Aptekarza, Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 roku, nr 122, poz. 696), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 roku w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz rozporządzenie zmieniające z dnia 2 kwietnia 2015 roku (Dz. U. z 2015 roku, nr 0, poz. 477)

Polskie prawo zakłada swobodny dostęp do informacji i metod służących świadomej prokreacji. Zadanie polegające na zapewnieniu tego dostępu spoczywa na organach administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego. Powinny one w zakresie swoich kompetencji zagwarantować ten dostęp, także w zakresie poradnictwa i środków antykoncepcyjnych. Obowiązek ten wynika z zapisów ustawy o planowaniu rodziny. Wiąże się z realizacją zapisanego w preambule „prawa każdego do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz prawo dostępu do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa”. Prawo to wynika również z konstytucyjnych zapisów - w szczególności prawa do ochrony zdrowia, prawa do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego oraz decydowania o swoim życiu osobistym. Wiąże się także z prawem pacjenta do świadczeń zdrowotnych.

Zapisy te uzupełnione są przez ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a także ustawę prawo farmaceutyczne oraz ustawę o izbach aptekarskich. Jest to bardzo istotne, ponieważ większość środków antykoncepcyjnych jest dostępnych wyłącznie na receptę, którą należy uzyskać u lekarza oraz zrealizować w aptece.

W Polsce większość nowoczesnych środków jest dopuszczonych do obrotu handlowego. Jest to szeroka gama środków. Jedynie niektóre nie są dostępne (np. zastrzyk antykoncepcyjny).

Jedynymi środkami powszechnie (bez ograniczeń) dostępnymi są wyroby medyczne w postaci prezerwatyw męskich (dostępnych także poza aptekami) oraz środków chemicznych w postaci globulek, pianek i kremów plemnikobójczych (dostępnych w aptekach bez recepty). Prezerwatywy damskie nie są powszechnie dostępne.

WAŻNE! Pozostałe środki wymagają recepty lekarskiej (z jednym wyjątkiem, o którym będzie mowa w dalszej części).

Dostęp do antykoncepcji jest powiązany z prawami pacjenta i obowiązkami lekarza właśnie dlatego, że co do zasady wymaga uzyskania recepty. Porada antykoncepcyjna, zlecenie dodatkowych badań czy wypisanie recepty to świadczenia zdrowotne. Takie, za które płaci państwo, bo są finansowane ze środków publicznych (dla osób ubezpieczonych).

Pacjentka ma prawo do świadczeń zdrowotnych. Co więcej - ma prawo do tego, aby świadczenia te odpowiadały aktualnej wiedzy medycznej. Lekarz zaś ma obowiązek takich świadczeń udzielać zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Dodatkowo ma to się odbywać z należytą starannością oraz poszanowaniem zasad etyki zawodowej. Poza tym lekarz ma obowiązek doskonalenia zawodowego, a więc ciągłego kształcenia, aby tę aktualną wiedzę medyczną posiadać.

Przykład: Na rynku pojawia się nowoczesny środek antykoncepcyjny, którego wcześniej nie było. Gdy lekarz o nim nie wie, narusza zasadę wykonywania swojego zawodu w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną. Ma to miejsce także w sytuacji, gdy pojawiają się nowe badania na temat skuteczności czy bezpieczeństwa stosowania środków, a lekarz udziela przestarzałych informacji.

WAŻNE! Porada lekarska wprost jest wymieniona właśnie w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Jest to o tyle kluczowe, że ta porada ma być zgodna ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Dlatego lekarz powinien udzielać pełnej informacji o całej gamie dostępnych środków antykoncepcyjnych.

Z Kodeksu Etyki Lekarskiej wynika wprost, że naruszeniem godności zawodu lekarza jest każde zachowanie, które podważa zaufanie do zawodu.

Przykład: Sytuacja, w której lekarz udziela niepełnej, nierzetelnej informacji na temat dostępnych metod kontrolowania płodności, jeśli kwestionuje skuteczność tych metod albo kłamie na temat bezpieczeństwa ich stosowania, na pewno narusza tę zasadę.

Lekarz może odmówić wypisania recepty ze względów medycznych - na podstawie przeprowadzonego wywiadu oraz w związku z wynikami badań. Jednak musi to być związane ze stanem zdrowia konkretnej pacjentki, nie zaś ogólnym przekonaniem lekarza o „szkodliwości” środków hormonalnych.

Przykład: Lekarz informuje pacjentkę, że środki antykoncepcyjne to „trucizna” lub że nie są odpowiednie dla pacjentek „w jej wieku” i odmawia dalszej rozmowy.

WAŻNE: porady antykoncepcyjnej może udzielić również położna, w szczególnych przypadkach może ona także wypisać receptę na środki antykoncepcyjne.

► KLAUZULA SUMIENIA

Jest to wyjątek od reguły udzielania świadczeń zdrowotnych, dający możliwość lekarzowi, aby ich nie WYKONAŁ, jeśli są niezgodne z jego sumieniem.

Często bywa stosowana przy odmowie udzielenia świadczeń (porady oraz wypisania recepty) związanych z dostępem do antykoncepcji. Jest to jednak sprzeczne z prawem. Dlaczego? Ustawa mówi przecież o odmowie świadczeń - a porada i wypisanie recepty to świadczenia zdrowotne.

ALE: przepis mówi także o wykonaniu świadczenia a nie jego udzielaniu. Ma to znaczenie kluczowe, ponieważ oznacza, że chodzi tu wyłącznie o takie świadczenia, które są wykonywane osobiście przez lekarza i które w ogóle mogą być niezgodne z sumieniem lekarza.

Przykład: *Lekarz jest przeciwny stosowaniu antykoncepcji hormonalnej, informuje, że jest osobą wierzącą a jego żona nie stosuje pigułek i skutecznie zabezpiecza się przed ciążą.*

Wypisanie recepty nie może być niezgodne z sumieniem lekarza, zaś jego „niezgoda” na stosowanie środków antykoncepcyjnych przez pacjentkę, jeśli jest oparta na światopoglądzie nie może oznaczać odmowy wypisania recepty na te środki, ani udzielenia informacji o tym, jakie środki są dostępne.

Trzeba pamiętać, że klauzula sumienia to absolutnie wyjątkowe uprawnienie, które może być stosowane w wyjątkowych sytuacjach. Nie może i nie powinno być tak, że uprawnienie lekarza (wąskie i wyjątkowe) ma co do zasady moc ważniejszą niż prawa pacjenta i pozostałe obowiązki lekarza.

UWAGA! Pełna informacja o dostępnych metodach kontrolowania płodności może i powinna zawierać informację dotyczącą metod związanych z obserwacją cyklu (tak zwane naturalne). jednak nie może być to jedyna metoda, o której lekarz informuje pacjentkę, nawet jeśli jest przekonany, że jest ona skuteczna i wystarczająca.

► REALIZACJA RECEPTY

Ustawa prawo farmaceutyczne wprowadza zasadę, że każdy lek dopuszczony do obrotu na terenie Polski (środki antykoncepcyjne zaś są co do zasady właśnie produktami leczniczymi, czyli lekami) musi być dostępny w każdej aptece. Jeśli nie ma go aktualnie w konkretnej aptece, istnienie obowiązku sprowadzenia danego leku z hurtowni w terminie ustalonym z osobą, która chce go nabyć.

Nie ma zatem możliwości prawnej, aby dana apteka nie sprzedawała określonych środków. Żaden właściciel ani kierownik apteki nie może o tym swobodnie decydować.

Przykład: *Na drzwiach apteki pojawia się informacja - nie sprzedajemy pigułek antykoncepcyjnych (albo na przykład pigułki „po”).*

Takie działanie jest nieuprawnione i należy je zgłosić do Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego, najlepiej z dokumentacją fotograficzną.

Ustawa o izbach aptekarskich określa zasady wykonywania zawodu przez farmaceutę. Jej zapisy są uzupełnione przez Kodeks Etyki Aptekarza. Aptekarz nie może decydować dowolnie, jaki lek chce sprzedać a jakiego nie. Nie ma uprawnień do opierania swoich decyzji w tym zakresie na własnych poglądach, przekonaniach czy „sumieniu”. Dotyczy to wszystkich leków. W sprzedaży

antykoncepcji dodatkowo co do zasady aptekarz realizuje receptę wystawioną przez lekarza - dlatego jego „decyzje” tym bardziej są ograniczone. Co bardzo istotne sam KEA stanowi wyrażnie, że farmaceuta nie powinien wyrażać własnych opinii dotyczących przepisywanych środków oraz że każde zachowanie, które godzi w zaufanie do zawodu jest nieetyczne - za takie zaś na pewno należy uznać, jak w przypadku lekarzy, szerzenie fałszywych informacji na temat środków antykoncepcyjnych.

Przykład: *Farmaceuta czytając receptę pyta: na pewno chce pani to brać? Lub stwierdza: to pani zaszkodzi, tabletki powodują bezpłodność, itp.*

► REFUNDACJA

Zasady refundacji reguluje Ustawa o refundacji leków, środków medycznych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. W związku z tym istnieje lista leków refundowanych. Środki antykoncepcyjne to leki. Nie ma co do tego żadnych wątpliwości. Wystarczy spojrzeć na definicję produktu leczniczego z ustawy prawo farmaceutyczne. Lekiem jest bowiem także „substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne”. Dlatego też obecnie refundacja środków antykoncepcyjnych dotyczy nie tylko ich właściwości leczniczych, ale pełnego zakresu zastosowania.

Obecnie na liście refundacyjnej znajduje się jeden lek antykoncepcyjny. Jest on zarejestrowany pod czterema różnymi nazwami handlowymi (Microgynon, Levomine, Steridil, Rigevidon), co sugeruje, że są to cztery różne preparaty. Mają one jednak ten sam skład chemiczny. Są to leki oparte na hormonie lewonorgestrel, które zaliczane są do środków starej generacji. Są odpowiednie dla części kobiet, dla wielu jednak nie są wskazane do stosowania.

Refundowane są również tabletki, których podstawowe działanie to leczenie problemów ze skórą, ale które mają też działanie antykoncepcyjne - jest to jeden lek (zarejestrowany jako 5 produktów leczniczych), oparty na hormonie cyproteron.

Pozostałe środki nie są refundowane.

► ANTYKONCEPCJA DORAŻNA

Na polskim rynku dostępne są dwa środki. Jeden z nich oparty jest na hormonie lewonorgestrel, działa do 72 godzin po niezabezpieczonym stosunku i jest dostępny wyłącznie na receptę. Dotyczą go wszystkie zagadnienia związane z uzyskiwaniem i realizowaniem recepty opisane powyżej.

Drugi środek, zawierający octan uliprystalu, w związku z decyzją Komisji Europejskiej musi być w krajach UE dostępny bez recepty. Polska przyjęła to zobowiązanie. Zatem co do zasady lek ten powinien być dostępny w każdej aptece lub sprowadzony na życzenie osoby chcącej go kupić. Obowiązują tu wszystkie zasady opisane powyżej związane ze sprzedażą tego leku przez farmaceutę.

WAŻNE: dostępność tego leku bez recepty dotyczy osób powyżej 15. roku życia. Osoby młodsze muszą przestawić receptę (szczegółowe informacje dotyczące dostępu do antykoncepcji dla osób małoletnich znajdują się w dalszej części).

► WKŁADKI WEWNĄTRZMACICZNE - SPIRALE

Są to wyroby medyczne, które należy kupić w aptece (nie wymagają recepty). Obecnie dostępne są dwa rodzaje wkładek.

Założenie i usunięcie wkładki jest świadczeniem zdrowotnym gwarantowanym, finansowanym ze środków publicznych (dla osób ubezpieczonych). Wszystkie placówki, które mają kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, powinny to świadczenie wykonywać. Nieuzasadniona odmowa udzielenia tego świadczenia może stanowić naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych.

► SALPINGEKTOMIA (PODWIĄZANIE JAJOWODÓW)

Salpingektomia, czyli podwiązanie jajowodów u kobiet (czego odpowiednikiem u mężczyzn jest wazektomia, czyli podwiązanie nasieniowodów) jest trwałą i odwracalną metodą antykoncepcyjną. Niezwykle często mylona jest z zabiegiem sterylizacji (odpowiednikiem której u mężczyzn jest kastracja), która polega na przecięciu jajowodów lub całkowitym usunięciu jajników i prowadzi do całkowitego, trwałego i nieodwracalnego ubezpłodnienia.

Uznaje się, że w Polsce zarówno salpingektomia, jak i sterylizacja jest zabroniona pod groźbą kary. Artykuł 156 kodeksu karnego stanowi bowiem, że pozbawienie człowieka zdolności płodzenia jest ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu. Utożsamianie sterylizacji z zabiegiem salpingektomii prowadzi do przekonania, że oba te zabiegi są w Polsce prawnie zabronione. Coraz częściej pojawia się przekonanie, że nie jest to właściwa interpretacja. Jednak wciąż nie ma dostępu do żadnego z tych zabiegów.

WAŻNE! Ubezpłodnienie, czyli inaczej sterylizacja, polegająca na wycięciu jajowodów trwale i nieodwracalnie pozbawia jednostkę możliwości płodzenia. Salpingektomia, polegająca na podwiązaniu jajowodów, jest trwałą ale odwracalną metodą zapobiegania zapłodnieniu.

Regulacja karna ma na celu ochronę człowieka przed działaniami, które w sposób znaczny wpływają na pogorszenie jego jakości życia i są nieodwracalne. Wynika to z umieszczenia w jednym szeregu zapisów dotyczących „pozbawienia zdolności płodzenia” i „spowodowania innego ciężkiego kalectwa”. Z tego wynika, że zamiarem ustawodawcy była ochrona jednostki przed działaniami niepożądanymi, powodującymi daleko idący dyskomfort. Trudno jest w obecnym czasie odnieść takie założenie do salpingektomii, która w swoim zamiarze ma właśnie wpłynąć na poprawę jakości życia osoby na nią się decydującej. Nie jest to jednak myślenie powszechne i wciąż nie ma środków prawnych, które mogłyby spowodować skuteczne domaganie się przeprowadzenia zabiegu wyłącznie na życzenie pacjentki.

Salpingektomia, 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 stosowanie tej metody jest możliwe bez narażania się lekarzy na odpowiedzialność karną, kobiety decydują się na nią najczęściej w przypadku gdy:

- nie chcą mieć więcej dzieci,
- nie mogą lub nie chcą stosować innych metod antykoncepcyjnych,

- nie chcą przekazywać potomstwu chorób lub wad genetycznych,
- ciąża może zagrażać ich życiu lub zdrowiu.

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

Salpingektomia, tak jak wazektomia, są zabiegami odwracalnymi, choć w obu przypadkach skuteczność takich działań zależy od zastosowanej metody, czasu jaki upłynie od wykonania zabiegu czy też cech indywidualnych jednostki. Koszty takich zabiegów są bardzo wysokie, stąd decyzja o poddaniu się salpingektomii powinna być świadoma i przemyślana.

W Polsce oczywiście problemem jest również sterylizacja, czyli trwałe i nieodwracalne ubezplodnienie. Istnieje przy tym przekonanie, że może być stosowana w celu leczniczym, czyli na przykład w sytuacji gdy ciąża lub poród stanowiłyby zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety.

Przykład: *Kobieta przeszła kilka porodów metodą cesarskiego cięcia, jej macica jest w stanie wskazującym na duże ryzyko rozerwania przy kolejnej ciąży.*

Jednak wskazania medyczne i zgoda pacjentki musiałyby być rozpatrywane w kontekście kontratypu stanu wyższej konieczności, który wyłącza bezprawność danego czynu. Tu dobrem wyższym, chronionym byłoby być zdrowie i życie pacjentki - spowodowanie tego uszczerbku na jej zdrowiu miałoby na celu chronienie innych aspektów jej zdrowia i życia.

WAŻNE: nawet w sytuacji, gdy istnieje wskazanie medyczne do tego zabiegu, pacjentka musi wyrazić na nie świadomą zgodę. Nie wolno wykonać tego zabiegu bez jej zgody na przykład przy okazji cesarskiego cięcia.

Czasem konieczność przeprowadzenia zabiegu jest związana z tak zwanym „celem leczniczym”. Nie istnieje na to żadna podstawa prawna a w praktyce jego interpretacja jest bardzo wąska i mieści w sobie niewiele przypadków. Wydaje się, że brane pod uwagę jest jedynie zdrowie w aspekcie fizycznym, a zupełnie pomija się zdrowie psychiczne, w którym mieści się prawo do samorealizacji, do samodecydowania, poczucia bezpieczeństwa, wolności wyboru i wolności od strachu, lęku czy niepewności. W rzeczywistości, zawężające rozumienie pojęcia „sterylizacji leczniczej”, utożsamianie zabiegu salpingektomii ze sterylizacją i rozszerzające stosowanie regulacji karnej dotyczącej „pozbawienia zdolności płodzenia” w sposób prawie całkowity ograniczyły możliwość poddania się zabiegowi podwiązania jajowodów, doprowadzając do sytuacji, w której brak jednoznacznego zakazu, oznacza jego istnienie w sposób domyślny.

► DOSTĘP DO ANTYKONCEPCJI OSÓB MAŁOLETNICH

Dostęp do antykoncepcji jest szczególnie ograniczony w przypadku osób małoletnich, czyli takich które nie ukończyły 18. roku życia. 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 w ogóle nie mają prawa decydowania o swoim zdrowiu, leczeniu i przyjmowanych środkach, gdyż wszystkie te decyzje należą wyłącznie do rodzica bądź opiekuna. Wiąże się to z prawem rodzica do wyrażenia zgody na świadczenia, które wyłącza prawo osoby małoletniej do wyrażania takiej zgody.

Między 16. a 18. rokiem życia wymagana jest już tak zwana zgoda kumulatywna. Polega to na tym, że jeżeli istnieje konflikt pomiędzy osobą małoletnią a jej opiekunami prawnymi, decyduje o tym, czy świadczenie zostanie udzielone podejmuje sąd opiekuńczy. Zostało to już omówione w dziale „Prawa pacjenta”.

Przykład: W przypadku prawa do antykoncepcji dochodzi najczęściej do sytuacji, w której małoletnia pacjentka chce świadczeń a opiekunowie nie wyrażają zgody. Spór taki rozstrzyga sąd opiekuńczy.

WAŻNE! 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. Przyjmuje się zatem, że osoba powyżej 15. roku życia może samodzielnie zdecydować o tym, że podejmuje czynności seksualne, w tym takie, które mogą prowadzić do ciąży. Ustawa o zawodzie lekarza oraz ustawa o prawach pacjenta 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, mimo, że mają prawo samodzielnie decydować o podjęciu współżycia.

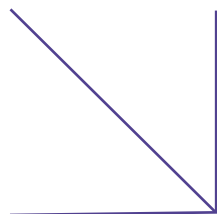
Warto pamiętać, że są lekarze, którzy przyjmują małoletnie pacjentki i nie wymagają zgody ich opiekunów na piśmie (prawo nie określa wymaganej formy takiej zgody). Decydują się pomóc młodym dziewczynom w sytuacji, kiedy wiedzą, że nie mogą one liczyć na wsparcie osób dorosłych. Jednocześnie robią to w przekonaniu, że gdy dziewczyna współżyje, powinna mieć dostęp do informacji na temat tego, w jaki sposób skutecznie zabezpieczyć się przed ciążą lub chorobami przenoszonymi drogą płciową.

UWAGA! Lekarze tacy narażają się na odpowiedzialność zawodową, ponieważ działają wbrew przepisom ustawy. Warto szukać takich, którzy podejmują to ryzyko, ale trzeba pamiętać, że nie można wymagać od każdego lekarza, aby naruszał przepisy, nawet w najlepszych intencjach.

WAŻNE: prawo rodziców do wyrażenia zgody na świadczenia nie oznacza tego, że lekarz musi ich poinformować o tym, że małoletnia pacjentka się do niego zgłosiła. Jest to nadużycie.

Szerokie kompetencje opiekunów małoletniej w zakresie decydowania o jej stanie zdrowia i podejmowanych interwencjach medycznych budzą także inne wątpliwości. Z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty wynika, że rodzic bądź opiekun mają prawo dostępu do wszelkich informacji na temat stanu zdrowia małoletniej, stosowanych przez nią leków, poddawanych się leczeniom i diagnozach na przyszłość. Jednocześnie jednak co do zasady nakłada się na lekarza

obowiązek zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z pacjentką, co jest również chronione zapisami ustawy o prawach pacjenta, 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 małoletniej 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 małoletnia, choć prawo do zachowania w tajemnicy okoliczności dotyczących zdrowia pacjenta nie jest ograniczone wiekiem.



OPIEKA OKOŁOPORODOWA

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 roku, poz. 581), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 roku, poz. 1100), 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 porodu 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 taką kobietą finansowane są bezpośrednio z budżetu państwa. Kobiety ciężarne mają prawo do korzystania z bezpłatnych wizyt lekarskich, a także badań diagnostycznych, na które otrzymują skierowanie od lekarza z poradni mającej umowę z NFZ. W przypadku, gdy jakiś badań nie można wykonać ambulatoryjnie, lekarz może wystawić skierowanie do szpitala.

Jeśli kobieta zdecyduje się prowadzić ciążę w gabinecie czy przychodni nie mającej podpisanej umowy z NFZ, musi liczyć się z obowiązkiem pokrycia wszelkich wynikających z tego kosztów samodzielnie. Dotyczy to zarówno wizyt lekarskich, jak i zleconych do wykonania badań.

Kobiety w ciąży (a także w okresie porodu i porodu) objęte powinny być specjalną opieką, która polegać powinna przede wszystkim na respektowaniu ich praw do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem (obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur), do wyboru miejsca porodu (w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych) i wyboru osoby sprawującej nad nimi opiekę (konkretny lekarz, konkretna położna).

Kobietom w ciąży przysługują dodatkowe świadczenia, zarówno profilaktyczne, jak i diagnostyczne. Poszczególne badania są przypisane do konkretnego stadium rozwoju ciąży, w którym ich wykonanie jest wskazane. Warto zaznaczyć, że wykaz ten zawiera nie tylko badania diagnostyczne i konsultacje medyczne, ale także świadczenia profilaktyczne, które powinny być wykonywane przez lekarza lub położną.

WAŻNE! Ciąża może być prowadzona zarówno przez lekarza jak i przez położną, a decyzję w tej kwestii podejmuje sama kobieta. Prowadzenie ciąży przez położną nie jest jednak refundowane.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem znajduje się tabelka określająca dokładnie jakie badanie i w jakim terminie powinno być wykonane przez kobiety będące w ciąży:

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
Do 10 tyg. ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzierniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Badanie gruczołów sutkowych. 5. Określenie wzrostu i masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 8. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie. 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.	1. Grupa krwi i Rh. 2. Przeciwciała odpornościowe. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie cytologiczne. 6. Badanie czystości pochwy. 7. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo. 8. VDRL. 9. Badanie stomatologiczne, uwzględniające ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, określenie potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustalenie planu leczenia. 10. Badanie HIV i HCV. 11. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) i różyczki.
11-14 tydz. ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzierniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 7. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej.	1. Badanie ultrasonograficzne. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wykonane we wcześniejszym okresie ciąży.

15-20 tydz. ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.	1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie czystości pochwy. 4. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
21-26 tydz. ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 8. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej. 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.	1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24-28 tyg. ciąży) - dwukrotne oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo) oraz po 2 godz. od podania glukozy. 2. Badanie ultrasonograficzne. 3. Badanie ogólne moczu. 4. Przeciwciała anty-Rh u kobiet z Rh (-). 5. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze - badanie w kierunku toksoplazmozy. 6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
27-32 tydz. ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 8. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.	1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała odpornościowe. 4. Badanie ultrasonograficzne. 5. W przypadku występowania wskazań - podanie globuliny anty-D (28-30 tydz. ciąży). 6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.

33-37 tydz. ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Badanie we wzierniku i zestawione. 5. Ocena czynności serca płodu. 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 7. Ocena aktywności płodu. 8. Badanie gruczołów sutkowych. 9. Pomiar masy ciała. 10. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej. 11. Ocena ryzyka ciążowego. 12. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 13. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 14. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.	1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie czystości pochwy. 4. Antygen HBs. 5. Badanie w kierunku HIV. 6. Posiew z przedsionka pochwy i okolic odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących. 7. W grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia: VDRL, HCV. 8. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
-------------------------	--	---

38-39 tydz. ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Ocena aktywności płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 10. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.	1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi.
Po 40 tyg. ciąży badanie co 2-3 dni	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Badanie we wzierniku i zestawione - według wskazań medycznych. 4. Ocena ruchów płodu. 5. Ocena czynności serca płodu. 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 7. Pomiar masy ciała. 8. Ocena ryzyka ciążowego. 9. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 10. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 11. Skierowanie do hospitalizacji po 41 tyg. ciąży.	1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne (jednorazowo).

W ramach prowadzonych programów profilaktycznych kobiety mogą również otrzymać skierowanie na badania prenatalne, jeśli spełniają określone warunki (więcej w dziale „Prawo do badań prenatalnych” w dalszej części poradnika).

WAŻNE! Lekarz (położna) może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeśli istnieje możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub położu.

System opieki zdrowotnej pozwala kobiecie wybrać dowolny szpital, w którym chciałaby rodzić. Zgodnie z istniejącymi regulacjami każda kobieta może także wybrać pozaszpitalne miejsce porodu, na przykład zdecydować się na poród domowy. W takim przypadku personel medyczny jest zobowiązany do poinformowania pacjentki, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cesarskich cięć sali operacyjnej, gdzie w sytuacji wystąpienia jakichkolwiek powikłań zarówno u matki, jak i płodu lub noworodka, możliwe jest natychmiastowe podjęcie interwencji medycznej.

Kobieta może zdecydować, czy chce porodu rodzinnego, porodu w wodzie, czy ma mieć podane znieczulenie lub czy wykonane zostanie cesarskie cięcie. Każda z tych decyzji powinna być oparta na wiedzy, która wynika z uzyskania prawdziwej i rzetelnej informacji od personelu medycznego.

WAŻNE! Znieczulenie podczas porodu jest wolne od opłat.

W szpitalu rodząca powinna uzyskać poradę w zakresie możliwych strategii uśmierzania bólu, do których należą:

- poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym pozycji wertykalnych, które są dla niej wygodne, przynoszą jej ulgę oraz umożliwiają nadzorowanie stanu płodu,
- stosowanie technik oddechowych i relaksacyjnych, a także technik masażu,
- wykorzystywanie imersji wodnej oraz relaksacji w wodzie,
- obecność osoby bliskiej podczas porodu.

WAŻNE! Nacięcie krocza nie jest procedurą standardową. Powinna ona być stosowana tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach. Lekarz musi uzyskać zgodę rodzącej na zastosowanie takiej techniki.

UWAGA! Istotne jest, aby jeszcze w trakcie ciąży zorientować się w ofercie świadczeń poszczególnych szpitali, w ich podejściu do pacjentek i realnej możliwości uzyskania wszystkich niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Tylko pełna świadomość w zakresie przysługujących praw, a także możliwość ich realnego wyegzekwowania pozwolą na uniknięcie niepotrzebnego stresu i napięć podczas porodu.

Po porodzie noworodek powinien zostać umieszczony bezpośrednio na brzuchu matki. Przecięcie pępowiny powinno nastąpić po ustaniu tętnienia. Zaleca się aby już w tym momencie podjęte zostały próby przystawienia noworodka do piersi. Bezpośredni kontakt z matką „skóra do skóry” powinien, jeśli nie ma ku temu przeciwwskazań, trwać co najmniej dwie godziny. Oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar może być dokonana na brzuchu matki. W celu zapewnienia prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka kobieta powinna uzyskać niezbędne informacje i pomoc od personelu medycznego.

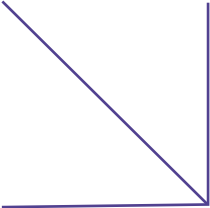
WAŻNE! Karmienie piersią nie jest obowiązkiem każdej rodzącej. W przypadku podjęcia decyzji o niekarmieniu piersią należy poinformować o tym personel medyczny placówki.

Pobyt w szpitalu po porodzie trwa zazwyczaj odpowiednio 3 dni przy porodzie naturalnym i 4 dni w przypadku cesarskiego cięcia (standardowo są to 2 lub 3 doby). Jeśli nie ma do tego przeciwwskazań dziecko cały czas przebywa przy matce, która powinna otrzymać od personelu oddziału właściwe poradnictwo związane z opieką nad noworodkiem i karmieniem piersią.

W ciągu tygodnia od porodu dziecko należy zarejestrować w urzędzie gminy/miasta w celu sporządzenia aktu urodzenia, a także zapisać do poradni dziecięcej i wybrać lekarza prowadzącego. Po wyjściu ze szpitala położna środowiskowa powinna zwizytować matkę i 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 prowadzący powinien również złożyć tzw. wizytę patronażową matce i dziecku. Zdarza się, że na taką wizytę matka z dzieckiem są zapraszani do przychodni. Praktyka taka jednak narusza przepisy prawa, a w związku z tym kobieta może zażądać wizyty domowej.

UWAGA! Poród nie jest chorobą, choć wymaga niekiedy intensywnej pomocy medycznej. Ścisła współpraca między kobietą w ciąży a osobą prowadzącą ciążę/poród (lekarz, położna), wzajemne zaufanie i szacunek wpływają nie tylko na jakość uzyskiwanych świadczeń zdrowotnych, ale również na ich skuteczność. W celu zapewnienia sobie maksymalnego komfortu rodzenia należy zapoznać się z istniejącymi możliwościami, warunkami i starannie przygotować plan porodu, a także plan opieki nad noworodkiem.



PRAWO DO BADAŃ PRENATALNYCH

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52, poz. 417), Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity, Dz.U. 2005 nr 226, poz. 1943), Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity, Dz.U. 2008 nr 164, poz. 1027), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 140, poz. 1148), Kodeks Etyki Lekarskiej - uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r., Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem

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 wyłącznie 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.

► CO TO SĄ BADANIA PRENATALNE

Nie ma prawnej definicji badań prenatalnych. To pojęcie pojawia się jednak w dwóch ustawach.

Dostęp do badań w sposób ogólny określa ustawa o planowaniu rodziny poprzez zapis, że państwo ma za zadanie „zapewnić swobodny dostęp do informacji i badań prenatalnych, szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu”. Ponadto zapewnia się opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży. Opieka taka oznacza również realizację prawa do informacji. Elementem prawa do informacji o zdrowiu kobiety ciężarnej jest także informacja o tym, w jakim stanie jest noszony przez nią płód.

Zaś w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 27 wymienione są świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób. Obejmują one (w punkcie 5) prowadzenie badań profilaktycznych u kobiet w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia. Jest to jedyny akt w randze ustawy, który w jakikolwiek sposób określa istotę badań prenatalnych - to, że są to procedury dotyczące kobiet w ciąży, które osiągnęły pewien określony wiek (choć przywołana w tym przepisie granica wiekowa nie jest spójna z innymi zapisami oraz nie odzwierciedla poglądów nauki w kontekście wskazań do dodatkowej diagnostyki płodu) oraz że dotyczą grup ryzyka. Ustawa nadal nie precyzuje jednak tego określenia.

Badania prenatalne w szerokim znaczeniu obejmują wszelkie procedury diagnostyczne, które wykonywane są w celu oceny stanu zdrowia i rozwoju płodu (czyli w okresie ciąży kobiety). Badania prenatalne są niejako składową szerszego pojęcia „opieka prenatalna”. Określenie „prenatalny” odnosi się do czasu przed urodzeniem. Dotyczy zatem płodu, która rozwija się w organizmie kobiety. Niekiedy można spotkać określenie „opieka prenatalna” w kontekście opieki sprawowanej nad kobietą w ciąży. Wydaje się, że jest to jednak błędne rozumienie słowa „prenatalny”, które odnosi się do istoty jeszcze nieurodzonej. Nad kobietą w ciąży sprawowana jest opieka medyczna lub zdrowotna. Takie zapisy widnieją w ustawie o planowaniu rodziny.

W szerokim znaczeniu są to badania, do których prawo ma każda kobieta w ciąży, bez względu na to, czy jest ubezpieczona czy nie. Ich zakres został opisany w dziale „Opieka okołoporodowa”.

Badania prenatalne w wąskim, specjalistycznym rozumieniu to zaawansowana diagnostyka u kobiet w ciąży. Rozumie się przez to procedury diagnostyczne wykonywane u kobiet w ciąży, które znajdują się w grupie tak zwanego podwyższonego ryzyka wystąpienia choroby lub wady (w tym genetycznej) płodu. Obecnie realizowane są poprzez program badań prenatalnych.

► PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH

Jest to program zdrowotny funkcjonujący na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Załącznik do tego rozporządzenia określa zakres świadczeń oraz warunki ich realizacji. W punkcie 4 opisany jest program badań prenatalnych.

Program badań prenatalnych podzielony jest na cztery części - badania biochemiczne, diagnostykę wad wrodzonych, badania genetyczne „zwykłe” oraz badania genetyczne z pobraniem materiału płodowego.

Pierwsza grupa to poradnictwo i badania biochemiczne, do których zaliczają się takie badania, jak:

1. estriol;
2. α-fetoproteina (AFP);
3. gonadotropina kosmówkowa - podjednostka beta (β-HCG);
4. białko PAPP-A - osoczowe białko ciążowe A z komputerową oceną ryzyka wystąpienia choroby płodu.

Druga grupa to poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych.

Trzecia grupa to poradnictwo i badania genetyczne:

1. klasyczne badania cytogenetyczne (techniki prążkowe - prążki GTG, CBG, Ag-NOR, QFQ, RBG i wysokiej rozdzielczości HRBT z analizą mikroskopową chromosomów)
2. cytogenetyczne badania molekularne (obejmuje analizę FISH - hybrydyzacja in situ z wykorzystaniem fluorescencji - do chromosomów metafazowych i prometafazowych oraz do jąder interfazowych z sondami molekularnymi centromerowymi, malującymi, specyficznymi, telomerowymi, Multicolor-FISH);
3. badania metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, SSCP, HD, sekwencjonowanie i inne) dobranymi w zależności od wielkości i rodzaju mutacji.

Czwarta grupa to pobranie materiału płodowego do badań genetycznych, które obejmują amniopunkcję, biopsję trofoblastu lub kordocentezę.

Każda grupa uzupełniona jest kryteriami kwalifikacji. Są one identyczne dla każdej z grup. Zatem badania w ramach programu mogą uzyskać kobiety, które spełniają co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

1. wiek od ukończenia 35 lat (badanie przysługuje kobiecie począwszy od roku kalendarzowego, w którym kończy 35 lat)
2. wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
3. stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka
4. stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową;
5. stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

WAŻNE: Do udziału w programie wymagane jest skierowanie od lekarza prowadzącego ciążę.

UWAGA! Niektórzy lekarze są „przeciwni” badaniom, w związku z czym mogą utrudniać uzyskanie informacji na ich temat oraz wystawienie skierowania. Warto przy wyborze lekarza prowadzącego ciążę wziąć pod uwagę tę kwestię. Zmiana lekarza prowadzącego w przypadku, gdy odmówi wystawienia skierowania może znacznie wydłużyć procedurę jego uzyskania.

Lekarz nie powinien odmawiać skierowania na badanie. Co więcej - powinien udzielać pacjentce rzetelnej informacji na temat tego, jakie są możliwości diagnostyczne w jej sytuacji. Jest to element prawa do informacji. Lekarz nie tylko powinien udzielać informacji o stanie płodu, które już posiada, ale także udzielić informacji o tym, jak takie dane uzyskać oraz wystawić skierowanie na badania, które na to pozwalają.

WAŻNE! Kryteria kwalifikacji do programu oznaczają, że tylko kobiety je spełniające mogą takie badania wykonać bezpłatnie. Nie oznacza to, że pozostałe kobiety nie mogą ich wykonać. Muszą po prostu za nie zapłacić. Lekarz powinien informować o możliwościach diagnostycznych bez względu na to, czy kobieta spełnia kryteria czy nie. Tylko wtedy może ona podjąć decyzję, czy poddać się badaniom na własny koszt.

► EGZEKOWANIE PRAWA DO BADAŃ PRENATALNYCH

Podstawowym problemem w dostępie do badań prenatalnych jest uzyskanie odpowiedniego skierowania od lekarza prowadzącego ciążę. Stanowi ono podstawę do przeprowadzenia tych dodatkowych procedur diagnostycznych. Problem ten ma dwojaki charakter:

Przykład 1: *Lekarze odmawiają wystawienia skierowania pacjentkom, które spełniają wymogi zawarte w programie badań prenatalnych,*

Przykład 2: *Lekarze odmawiają takich skierowań tym kobietom, które nie spełniają wymogów (kryteriów kwalifikacji), ale z różnych powodów istnieje domniemanie, że znajdują się w grupie podwyższonego w stosunku do populacyjnego ryzyka wystąpienia wady płodu.*

Sytuacje te różnią się od siebie nieznacznie w zakresie możliwości i podstaw działania w celu uzyskania odpowiedniego świadczenia przez pacjentkę, która jest przekonana o konieczności przeprowadzenia u niej tych badań.

Podstawą do ubiegania się o wystawienie skierowania jest występowanie okoliczności świadczących o tym, że pacjentka znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka - bądź tych wymienionych wśród kryteriów programu, bądź innych.

Kwestią zasadniczą może być zatem posiadanie odpowiednich dokumentów medycznych świadczących o występowaniu tych okoliczności (poza kryterium wieku).

W pierwszym przypadku (gdy u pacjentki w ciąży występuje choć jedno ze wskazań opisanych w rozporządzeniach) lekarz w zasadzie nie ma prawa odmówić wystawienia skierowania.

Jedyną przyczyną, na którą może próbować się powoływać lekarz przy odmowie jest tak zwana klauzula sumienia opisana w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Oznacza ona, że lekarz co do zasady może powstrzymać się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem. Mimo tego, że udzielenie informacji oraz wystawienie skierowania są świadczeniami zdrowotnymi, to jednak nie są świadczeniami, które lekarz WYKONUJE, ale świadczeniami, których udziela. Ustawa wyraźnie mówi o wykonywaniu, zatem o sytuacjach, w których lekarz osobiście wykonuje świadczenie niezgodne z jego sumieniem. Wystawienie skierowania nie jest świadczeniem, które lekarz wykonuje, nie jest też świadczeniem, które może być niezgodne z jego sumieniem.

WAŻNE! Niezgodne z sumieniem zazwyczaj bywa wykonywanie badań oraz ewentualne przerwanie ciąży, gdy wynik badania okaże się niepomyślny. Jednak nadal nie są to podstawy do niewystawienia skierowania.

Co więcej - niewystawienie skierowania może być naruszeniem prawa do świadczeń zdrowotnych i prawa pacjentki do informacji oraz konstytucyjnych praw pacjentek - do ochrony zdrowia, do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego oraz swobody podejmowania decyzji na temat życia osobistego.

Warto wspomnieć, że istnieje jeszcze jeden bardzo ważny standard wykonywania zawodu lekarza, który mówi o tym, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej i należytą starannością. Należy stwierdzić, że

odmawianie pacjentkom skierowania na badania, które gwarantują im rzetelną wiedzę na temat ich stanu zdrowia oraz stanu, w jakim znajduje się noszony przez nie płód, stanowi naruszenie tej zasady.

UWAGA! Często odmowa związana z poglądami lekarza jest oparta na tym, że przesłanką do legalnego przerwania ciąży jest między innymi fakt uszkodzenia płodu, który może być stwierdzony na podstawie wyniku badań prenatalnych. Lekarze zatem przewidują, że kobiety po to chcą te badania przeprowadzić, aby móc ciążę usunąć i bazując na tym przekonaniu odmawiają wystawienia skierowania. Należy pamiętać, że nie istnieją żadne prawne podstawy takiego argumentowania odmowy wydania skierowania na badania prenatalne. Warto to lekarzowi uświadomić.

Ponadto zapisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty powinno się też interpretować w połączeniu z tymi zawartymi w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Nie znajdziemy w nim jednak zapisu, który dotyczyłby możliwości odmowy wystawienia skierowania na badanie. Co więcej - art. 39 stwierdza, że podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Oznacza to, że lekarz nie wydając skierowania na badania prenatalne działa nieetycznie. Choć Kodeks Etyki Lekarskiej nie stanowi źródła prawa i jest wyłącznie zbiorem norm deontologicznych, jest jednocześnie dokumentem, którego standardy każdy lekarz jest zobowiązany stosować w swojej pracy. Z powodzeniem pacjentki mogą powoływać się na jego zapisy.

Nieetyczność postępowania lekarza należy też rozpatrywać z innej perspektywy, związanej z tym, że w kontekście badań prenatalnych lekarz ma nad pacjentką pewną władzę. To od tego lekarza oraz faktu, czy wystawi odpowiednie skierowanie, zależy faktyczny dostęp pacjentki do procedur prenatalnych. Nadużywanie tej władzy przez lekarza, skutkujące brakiem możliwości skorzystania przez pacjentkę z możliwości poddania się badaniom, należy uznać za zachowanie sprzeczne ze standardami etycznymi, zarówno w świetle zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, jak i szerzej pojętej moralności. Warto bowiem zauważyć, że zachowanie lekarza nie może stać w opozycji do praw kobiety jako obywatelki i pacjentki. Interesy obu stron są chronione przez prawo poprzez odpowiednie gwarancje dla lekarzy i prawa pacjenta. Jest kluczowym to, aby w swoich codziennych działaniach lekarz przestrzegał praw pacjentów i nie ograniczał ich dostępu do świadczeń.

WAŻNE: Niewystawienie skierowania na badania prenatalne skutkuje uniemożliwieniem kobiecie ciężarnej dostępu do diagnostyki stanu płodu, co stanowi tak zwany błąd diagnostyczny z zaniechania.

UWAGA! Wobec powyższego należy uznać, że lekarz nie ma możliwości zgodnej z prawem odmowy wystawienia skierowania na badania prenatalne kobiecie, która spełnia wymogi zawarte w obowiązujących w tym zakresie przepisach. Lekarz powinien stosować się do wskazań do badań prenatalnych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

W drugim przypadku - w razie ewentualnych wątpliwości lekarza dotyczących okoliczności zdrowotnych pacjentki oraz historii jej zdrowia, powinien zlecić dodatkowe badania lub przeprowadzić dodatkową konsultację w celu utwierdzenia się w przekonaniu o braku występowania odpowiednich przesłanek. Jeśli jednak ich występowanie jest potwierdzone wydaje się, że lekarz jest zobowiązany wystawić skierowanie na badania prenatalne.

Ważnym argumentem w rozmowie z lekarzem, który może być przywoływany w celu wyegzekwowania przez pacjentkę skierowania na badania prenatalne jest to, w jaki sposób realny dostęp do tych

procedur jest traktowany w kontekście orzecznictwa sądowego sądów polskich oraz Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Ograniczanie dostępu do badań traktowane jest jako naruszenie art. 8 Europejskiej Konwencji o ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności mówiącego o prawie do prywatności i poszanowania życia rodzinnego. W orzecznictwie sądów polskich problem dostępu do badań prenatalnych coraz częściej poruszany jest w kontekście ochrony dóbr osobistych. Ograniczanie dostępu do badań może zatem być przedmiotem postępowania przed sądem lub Trybunałem, szczególnie, gdy w związku z brakiem przeprowadzenia odpowiednich procedur kobieta nie miała świadomości wady występującej u płodu.

Warto także mieć świadomość tego, że błędy związane z diagnostyką prenatalną mogą być w przyszłości przedmiotem postępowania sądowego. Dotyczy to nie tylko faktycznych błędów wsztace medycznej związanych z tym, że badanie zostało nieprawidłowo wykonane lub źle odczytany był jego wynik. W sposób szczególny dotyczy to sytuacji, w której pacjentce niesłusznie odmawia się wystawienia skierowania na badania prenatalne, w związku z czym pozbawia się ją możliwości uzyskania informacji na temat stanu jej płodu oraz podjęcia decyzji o ewentualnym poddaniu się zabiegowi przerwania ciąży. Taka sytuacja miała miejsce w sprawie państwa Wojnarowskich, którym odmówiono badań prenatalnych pomimo faktu, że ich pierwsze dziecko urodziło się z poważną wadą genetyczną. Wobec braku skierowania na badania prenatalne nie zostały one wykonane, a drugie dziecko państwa Wojnarowskich urodziło się z tą samą wadą, co pierwsze. Proces w tej sprawie zakończył się orzeczeniem wobec rodziców dziecka zadośćuczynienia w związku z uznaniem winy placówki, w której doszło do tego zaniedbania. Dodatkowo stwierdzono też naruszenie praw pani Wojnarowskiej jako pacjentki. Wyrok w tej sprawie jest bardzo ważnym fundamentem dla standardów wykonywania tych badań i może stanowić ważny argument w procesie egzekwowania tych świadczeń przez kobiety ciężarne.

► CO ZROBIĆ, GDY LEKARZ ODMÓWI WYSTAWIENIU SKIEROWANIA?

Jeśli próby przekonania lekarza nie skutkują, należy podjąć próbę rozmowy z przełożonym tego lekarza bądź dyrektorem placówki. Taka rozmowa nie ma charakteru oficjalnej skargi na lekarza. Podczas niej należy przedstawić okoliczności sprawy oraz sposób zachowania lekarza. Jest to sposób, który może w krótkim czasie doprowadzić do zakończenia sporu z lekarzem i spowodować wyegzekwowanie świadczenia. Dlatego warto podejmować takie próby.

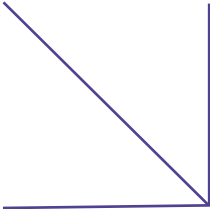
Jeśli mimo zastosowania przez pacjentkę opisanych powyżej działań, lekarz nadal odmawia wystawienia skierowania na badania prenatalne pacjentka może podjąć inne działania. Należy bowiem pamiętać, że wystawienie przez lekarza skierowania to jedno ze świadczeń zdrowotnych. Każdy pacjent ma do nich prawo na podstawie odpowiednich zapisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta a także ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Jeśli lekarz bezpodstawnie odmawia wykonania świadczenia należnego pacjentce (w tym przypadku wystawienia skierowania na badania prenatalne pomimo zachodzenia przesłanek do jego wystawienia) dochodzi do naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych wynikającego z zapisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W związku z tym pacjentka, której prawo zostało naruszone (lub inna osoba, która o tym fakcie wie) może zgłosić się do Biura Rzecznika Praw Pacjenta z wnioskiem o wszczęcie postępowania wyjaśniającego w tej sprawie. Ułomność tego sposobu działania polega jednak na tym, że obowiązują tu terminy administracyjne, opisane w kodeksie postępowania administracyjnego, które co prawda obligują Rzecznika do załatwienia sprawy bez zbędnej zwłoki, ale najpóźniej w ciągu miesiąca (a w przypadku spraw skomplikowanych dwóch miesięcy). W powiązaniu z wymogami czasowymi dotyczącymi możliwości przeprowadzenia badań prenatalnych, takie wydłużenie drogi do uzyskania dostępu do nich może mieć dla pacjentek istotne znaczenie skutkujące faktycznym brakiem możliwości przeprowadzenia tych procedur.

Można też próbować złożyć sprzeciw do Rzecznika Praw Pacjenta. Prawo do sprzeciwu nie określa wprost, że przysługuje ono także w sytuacji odmowy wystawienia skierowania, jednak z licznych deklaracji Biura RPP wynika, że można go także w takich sprawach składać powołując się na to, że brak skierowania ogranicza możliwość skorzystania z praw pacjenta - w tym przypadku prawa do świadczeń w zakresie programu badań prenatalnych.

Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku procedur związanych z postępowaniem dyscyplinarnym lub odpowiedzialnością zawodową. W oparciu o obowiązujące przepisy na lekarza naruszającego ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty pacjentka może złożyć skargę do przełożonego konkretnego lekarza bądź do rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarzy działającego przy okręgowej izbie lekarskiej. Tutaj również obowiązują wspomniane terminy administracyjne, które mogą mieć znaczenie w kontekście ograniczeń czasowych dotyczących przeprowadzania badań prenatalnych, o czym była mowa powyżej.

W razie niepowodzenia wyegzekwowania skierowania na badania oraz w efekcie braku ich przeprowadzania, w sytuacji, gdy okaże się, że narodzone dziecko posiada poważną wadę, która za pomocą odpowiednich procedur mogła być wykryta w fazie prenatalnej, kobieta, której odmówiono skierowania, może dochodzić swoich praw na drodze cywilnej - w związku z naruszeniem jej dóbr osobistych oraz praw pacjenta. Gdy natomiast procedury krajowe w tym względzie zawiodą, istnieje możliwość złożenia skargi do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, gdy w danej sprawie zostaną naruszone postanowienia Europejskiej Konwencji o ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.



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), Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 1997 roku, nr 28, poz. 152), Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 roku, nr 52, poz. 417)

W Polsce co do zasady przerywanie ciąży jest zakazane. Ustawa o planowaniu rodziny zakłada dostępność przerwania ciąży w trzech wyjątkowych (i najrzadziej występujących) przypadkach, przez co 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.

Wyłącznie w tych trzech przypadkach prawo zezwala kobiecie na podjęcie decyzji odnośnie tego, czy chce kontynuować ciążę i urodzić dziecko, 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.

Nielegalne przerywanie ciąży oznacza takie sytuacje, w których naruszone są zapisy ustawy. To zaś powoduje odpowiedzialność karną osób, które takich naruszeń się dopuszczają. Zostaną one szczegółowo opisane w części dotyczącej kryminalizacji aborcji.

WAŻNE: kobieta ciężarna, która poddaje się zabiegowi, nigdy nie popełnia przestępstwa, niezależnie od okoliczności przerywania ciąży.

Przerwanie ciąży w przypadku zagrożenia dla kobiety oraz w sytuacji uszkodzenia płodu może być dokonane wyłącznie w szpitalu. Nie może odbywać się w innym miejscu - w przychodni czy też prywatnym gabinecie. Jedynie w sytuacji, gdy ciąża pochodzi z czynu zabronionego, przerwanie ciąży może odbyć się poza szpitalem (ze względu na to, że dokonuje się go wyłącznie w pierwszych 12 tygodniach trwania 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 przerwania ciąży.

WAŻNE! Przerwanie ciąży jest świadczeniem gwarantowanym finansowanym ze środków publicznych, niezależnie od tego czy kobieta ciężarna posiada ubezpieczenie zdrowotne czy nie.

WAŻNE! Do wykonania zabiegu przerwania ciąży niezbędna jest pisemna zgoda kobiety. Niedopuszczalne jest zmuszanie kobiety do przeprowadzenia zabiegu.

► PRAWO DO PRZERYWANIA CIĄŻY W SYTUACJI ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA KOBIETY

Prawo do ochrony życia i ochrony 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 otrzyma informację, iż ciąża zagraża jej życiu lub zdrowiu ma prawo do podjęcia suwerennej decyzji odnośnie tego, czy chce poddać się zabiegowi przerwania tej ciąży czy nie. Ważne jest to, iż nikt inny nie ma prawa podjęcia tej decyzji za kobietę. Dotyczy to zarówno sytuacji zmuszania do kontynuowania ciąży, jak i do jej przerwania.

Lekarz ma obowiązek stwierdzić, czy ciąża stanowi dla kobiety zagrożenie czy nie. Ważne jest to, że orzeczenie o takim zagrożeniu lub jego braku wystawia lekarz posiadający 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 ginekologowi, który będzie wykonywał zabieg. W szczególnych sytuacjach takie orzeczenie może wydać lekarz ginekolog. Dotyczy to takich okoliczności zdrowotnych, które związane są z układem rozrodczym kobiety, a więc wchodzą w zakres specjalizacji ginekologicznej. Taką sytuację może stanowić na przykład fakt, że kobieta przeszła kilka porodów, w których przeprowadzono cesarskie cięcie i jej macica jest w stanie, który w kolejnej ciąży może doprowadzić do tragicznych konsekwencji dla niej.

Zgodnie z przepisami, zabiegu przerwania ciąży musi dokonać inny lekarz niż ten, który wydał orzeczenie. Jedynym wyjątkiem jest tutaj sytuacja, w której okazuje się, iż ciąża bezpośrednio zagraża życiu kobiety. Prawo w takim wypadku zezwala lekarzowi jednocześnie stwierdzić

występowanie tych okoliczności, a następnie dokonać zabiegu przerwania 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 orzeczeniem odpowiedniej treści, kwalifikującym ją do zabiegu usunięcia ciąży, nie ma prawnych możliwości podważenia takiego orzeczenia. 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 uprawnienia, jest także nanoszenie na orzeczenie własnych komentarzy, przekreślanie go czy w jakikolwiek sposób zmienianie jego zawartości. Może to bowiem prowadzić do utraty ważności orzeczenia.

Nie istnieje oficjalny wykaz zagrożeń, które co do zasady powodują 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 ochrony zdrowia. Ustawa nie stanowi, iż zagrożenie, jakie istnieje dla zdrowia kobiety w związku z ciążą musi być wysokie, czy też że uszczerbek na zdrowiu, jaki może ona ponieść ma być ciężki.

Prawo do ochrony zdrowia i pojęcie zdrowia należy traktować w zgodzie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia i nie wolno odnosić go 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. Odpowiednie orzeczenie powinno być wydane przez lekarza psychiatrę.

Prawo kobiety do przerwania ciąży ze względu na zagrożenie jaki stanowi ona dla jej zdrowia lub życia nie zostało w tym wypadku ograniczone żadnym terminem. Oznacza to, że do końca ciąży, gdy takie okoliczności nastąpią, kobieta może podjąć decyzję o przerwaniu ciąży. Co więcej - gdyby okoliczności nastąpiły na wcześniejszym etapie ciąży, kobieta może wstrzymać się z podjęciem ostatecznej decyzji, na przykład w nadziei, że okoliczności te ustaną.

UWAGA! Kobieta ma również prawo do podjęcia ryzyka zdrowotnego lub też narażenia się na ryzyko utraty życia. 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 kobiety ciężarnej powinno być traktowane priorytetowo. Często prawo do ochrony życia i zdrowia kobiety ciężarnej jest stawiane w swoistym konflikcie z „prawem” płodu, który w sobie nosi. Zaznaczyć jednak należy, że płód nie jest podmiotem praw na tych samych zasadach co człowiek już narodzony. Ustawa o planowaniu rodziny wprowadza co prawda obowiązek zapewnienia opieki prenatalnej nad płodem, ale w połączeniu z opieką nad kobietą w ciąży. Dlatego decyzja o przerwaniu ciąży należy do kobiety ciężarnej i lekarzowi nie wolno jej kwestionować w oparciu o przekonanie ochrony płodu.

WAŻNE! Także w przypadku przerwania ciąży, kobiecie przysługują uprawnienia związane z pochówkiem płodu oraz zasiłkiem macierzyńskim i urlopem, które opisane są w dalszej części poradnika.

► PRAWO DO PRZERWANIA CIĄŻY W SYTUACJI, GDY PŁÓD OBARCZONY 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 stuprocentową pewnością istnienia bądź nieistnienia wymienionych wyżej przesłanek, aby kobieta mogła legalnie podjąć decyzję.

UWAGA! W praktyce jednak dąży się do całkowitego potwierdzenia występowania tych wad. Jest to związane z tym, że lekarze wolą mieć pewność zanim dokonają zabiegu przerwania ciąży, w obawie przed konsekwencjami prawnymi. Jest to jednak także często związane z tym, że kobieta bądź para, która spodziewa się dziecka ma nadzieję na to, że specjalistyczna zaawansowana diagnostyka płodu wykluczy podejrzewanę wcześniej wady.

WAŻNE! Prawo do przerwania ciąży jest tutaj jednak ograniczone terminem.

Ustawa określa możliwość przeprowadzenia zabiegu wyłącznie do czasu, kiedy płód osiągnie zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety. Nie określa tego jednak przy pomocy konkretnego terminu. Aktualny stan wiedzy medycznej określa tę granicę pomiędzy 22. a 24. tygodniem ciąży. W sytuacji więc odkrycia poważnej wady rozwojowej lub genetycznej u płodu po upływie 24 tygodni od początku ciąży, kobieta nie ma już praktycznie 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 na przykład bezmózgowie czy brak innych organów niezbędnych do życia. Takie wady sprawiają, że nawet w sytuacji donoszenia ciąży i porodu, dziecko nie przeżyje. W tym wypadku ograniczenie czasowe na podjęcie przez kobietę decyzji nie powinno być stosowane, lekarze zaś nie powinni odmawiać aborcji powołując się na argument, że płód osiągnął zdolność do samodzielnego życia, ponieważ w takich przypadkach ona nie następuje.

Do stwierdzenia 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. Stwierdzanie wad płodu powiązane jest z zagadnieniem badań prenatalnych, które opisane zostało w osobnej części poradnika.

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 orzeczenia wydanego przez lekarza specjalistę, weryfikowania zamieszczonych tam danych, czy wydawania własnej diagnozy.

► PRAWO DO PRZERWANIA CIĄŻY POCHODZĄCEJ Z CZYNU ZABRONIONEGO

Określenie czynu zabronionego jest bardzo pojemne. Dotyczy wszystkich czynów opisanych w Kodeksie karnym. Mimo powszechnej opinii nie dotyczy wyłącznie sytuacji zgwałcenia (art. 197 kk) czy kazirodztwa (art. 201 kk), ale również takich czynów, jak:

- seksualne wykorzystanie bezradności (art. 198 kk),
- seksualne nadużycie zależności lub krytycznego położenia (art. 199 kk),
- relacji seksualnych z osobą poniżej 15 lat (art. 200 kk),
- zmuszanie do prostytucji (art. 203 kk),
- handel ludźmi w celu wykorzystania seksualnego (art. 189a kk).

Dodatkowo, należy stwierdzić, iż w zakres pojęcia przestępstwo zgwałcenia wlicza się również tzw. gwałt małżeński, a więc takiej sytuacji, gdy do wymuszenia seksualnego dochodzi w relacji z partnerem intymnym (niekoniecznie mężem).

WAŻNE! We wszystkich wymienionych wyżej sytuacjach, jeśli w wyniku tych czynów kobieta zachodzi w ciążę, której nie chce kontynuować, może podjąć decyzję o przerwaniu ciąży.

UWAGA! Kobieta, która w wyniku czynu zabronionego zaszła w ciążę, ma bardzo ograniczony czas na dokonanie wszelkich formalności. Czas na legalne przeprowadzenie zabiegu wynosi 12 tygodni od momentu zajścia w ciążę.

Czas ten powinien być liczony od konkretnego czynu, jednak w praktyce jest oznaczany podobnie jak w przypadku ciąży nie pochodzącej z czynu zabronionego, tj. od ostatniej miesiączki, co może znacznie skrócić czas na przeprowadzenie zabiegu. Kobieta musi uzyskać odpowiednie zaświadczenie, w którym zawarta jest informacja o uzasadnionym podejrzeniu, iż ciąża jest wynikiem czynu zabronionego. Takie zaświadczenie wydaje prokurator. Dopiero z takim zaświadczeniem można udać się do szpitala.

Prokurator, wydając zaświadczenie, stwierdza jedynie uzasadnione podejrzenie tego, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. Nie ma więc wymogu, aby prokurator miał całkowitą pewność, iż nie tylko doszło do przestępstwa, ale także tego, że jego wynikiem jest ciąża kobiety.

UWAGA! Prokurator nie może odmówić wydania zaświadczenia, nawet jeśli deklaruje sprzeciw wobec przerywania ciąży.

Ustawa wymaga uzasadnionego podejrzenia, więc nie ma konieczności ustalania faktów i zbierania dowodów (w szczególności przesłuchiwanie świadków) potwierdzających podejrzenie ponad wszelką wątpliwość. Nie ma też obowiązku wykrycia sprawcy czynu. Zaświadczenie potwierdza prawdopodobieństwo zaistnienia takich okoliczności, a nie pewność ich zaistnienia. Prokurator może więc wydać takie zaświadczenie w przypadku gdy dysponuje dowodami potwierdzającymi okoliczności uzasadniające 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.

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, na przykład poprzez informacje z obdukcji czy badania lekarskiego. Również istotne jest to, że naruszają one niezwykle wrażliwą sferę intymną człowieka, co doprowadzić może do tego, iż osoba, która doświadczyła przemocy wcale nie będzie miała ochoty dzielić się swoimi przeżyciami z osobami trzecimi, aby nie narażać się na dodatkowy stres i poniżenie. Należy zwrócić uwagę, że złożenie zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa w celu uzyskania zaświadczenia może spowodować wszczęcie postępowania przygotowawczego. Zatem sprawa nie kończy się wyłącznie na uzyskaniu zaświadczenia. Może to być sytuacja, której osoba doświadczająca przemocy nie chce. Szczególnie ściganie sprawcy, zwłaszcza, jeśli jest to osoba bliska, może stanowić dodatkowy czynnik utrudniający.

Zbieranie dowodów w celu uzyskania podejrzenia popełnienia czynu zabronionego 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 sprawca użył podstępów 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 ani ograniczeń prawnych, aby wyłącznie na tej podstawie prokurator uznał, że zachodzi uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa.

Odrębnym przykładem, nie nasuwającym już podobnych wątpliwości, jest obcowanie płciowe lub inna czynność seksualna z osobą poniżej 15. roku życia. Należy przy tym zaznaczyć, że 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. Ciąża małoletniej jest wystarczającym dowodem na to, że doszło do tego czynu. Stanowi on czyn zabroniony bez względu na to, w jakim wieku jest sprawca i jaką poniesie odpowiedzialność oraz czy ta dziewczynka również jest sprawczynią czynu zabronionego, bo współżyła z chłopcem poniżej 15. roku życia.

KRYMINALIZACJA ABORCJI

Zapisy ustawy uzupełnione są przepisami Kodeksu karnego, które wprowadzają odpowiedzialność karną za określone zachowania powiązane z zakazem aborcji. Art. 152 i 153 kk stanowią również swoistą definicję nielegalności aborcji w Polsce poprzez wskazanie, jakie faktyczne zachowania są nie tylko niezgodne z obowiązującym prawem, ale także zagrożone określoną sankcją karną. Art. 154 wprowadza surowsze kary za nielegalne przerwanie ciąży w sytuacji, gdy następuje śmierć kobiety.

Zgodnie z zapisami Kodeksu karnego, zachowaniem nielegalnym jest:

- **przerwanie ciąży kobiety wbrew przepisom Ustawy**

Przestępstwo to może być popełnione przez lekarza, który: przerywa ciążę w sytuacji innej niż te, które dopuszcza Ustawa, przerywa ciążę, choć samodzielnie stwierdził okoliczności uprawniające kobietę do decyzji o aborcji (chyba, że występuje bezpośrednie zagrożenie dla jej życia), wykonuje zabieg poza szpitalem lub po upływie określonego w Ustawie terminu. Przestępstwo to może być też popełnione przez jakąkolwiek inną osobę, która nie jest lekarzem, ale przerywa

ciążę kobiety, nawet w sytuacji, gdy wypełnione są przesłanki legalności zabiegu. Ustawa bowiem wyraźnie mówi o tym, że ciążę przerywa lekarz w szpitalu.

- **udzielenie kobiecie pomocy w przerwaniu ciąży wbrew przepisom Ustawy**

Przestępstwo takie może być popełnione przez każdą osobę, która pomaga kobiecie przerwać ciążę. W doktrynie istnieją spory, co do tego, jaki jest zakres działań, które objęte są kryminalizacją. Według podstawowej konstrukcji pomocnictwa chodzi o takie zachowania, jak: dostarczenie narzędzia, środka przewozu lub udzielenie rady bądź informacji. Najważniejszym jednak elementem pomocy musi być leżący po stronie osoby jej udzielającej zamiar, aby osoba, której się tej pomocy udziela, dokonała określonego czynu. O ile zamiar ten istnieje, pomocą w przerwaniu ciąży jest między innymi: wskazanie lekarza, transport, sfinansowanie zabiegu, a także dostarczenie kobiecie środków służących farmakologicznej aborcji, bez względu na to, czy są to środki dopuszczone do obrotu w Polsce czy nie.

- **nakłanianie kobiety ciężarnej do przerwania ciąży**

Przestępstwo to polega na tym, że określona osoba działa w zamiarze bezpośrednim chcąc, aby kobieta przerwała ciążę. Forma działania (naleganie, prośba, obietnica korzyści i inne, które nie są przemocą, groźbą ani podstępem) nie jest dla bytu tego przestępstwa istotna. Ważny jest cel, który sprawca chce osiągnąć i przestępstwo zostaje popełnione nawet wtedy, gdy tego celu nie osiągnie i kobieta nie przerwie ciąży.

- **przerwanie ciąży z użyciem przemocy wobec kobiety ciężarnej (lub w inny sposób bez jej zgody)**

Przemoc oznacza działania bezpośrednie skierowane przeciwko kobiecie, które ma na celu doprowadzenie do poronienia. Są to zachowania polegające na ataku na ciało kobiety, poprzez bicie, kopanie, używanie niebezpiecznych narzędzi, ale także fizyczny przymus poddania się zabiegowi aborcji. Inne sposoby obejmują takie działania, jak: oddziaływanie środkami farmakologicznymi czy przeprowadzenie zabiegu bez świadomości kobiety ciężarnej.

- **doprowadzenie kobiety do przerwania ciąży przy użyciu przemocy, groźby lub podstępu**

Czyny te polegają na tym, aby w sposób nieprawidłowy uzyskać zgodę na przerwanie ciąży. Dla bytu tego przestępstwa jest konieczne działanie w określony sposób. Przemoc polega tu nie tylko na przemocy fizycznej, ale także przemocy psychicznej, szantażu czy manipulacji. Groźba bezprawna to nie tylko groźba popełnienia przestępstwa na szkodę kobiety ciężarnej lub osoby jej najbliższej, ale także groźenie postępowaniem karnym, czy ujawnieniem okoliczności uwłaczających czci kobiety lub osoby jej najbliższej. Natomiast jako podstęp należy rozumieć wprowadzenie drugiej osoby w błąd, co do okoliczności mających wpływ na jej decyzję o określonym zachowaniu lub działaniu oraz innych okoliczności mających wpływ na daną sytuację.

- **sprzedaż środków farmakologicznych służących poronieniu niedopuszczonych do obrotu w Polsce stanowi przestępstwo na mocy przepisów karnych Ustawy Prawo farmaceutyczne.**

Zachowaniem nielegalnym nie jest natomiast:

- **przerwanie ciąży przez kobietę ciężarną**

Kobieta ciężarna nie może być poddana odpowiedzialności karnej za poddanie się nielegalnemu zabiegowi aborcji ani za żaden inny czyn, który doprowadzi do poronienia, chociażby poronienie było celem jej działania. Odpowiedzialność karna kobiety ciężarnej za czyny skierowane przeciwko płodowi, który w sobie nosi, zaczyna się dopiero w sytuacji, gdy dochodzi do porodu. Po tej chwili „dziecko poczęte” staje się w rozumieniu prawa karnego „dzieckiem w okresie porodu” (art. 149 Kodeksu karnego,

czyli dzieciobójstwo), a potem „człowiekiem” (wszystkie inne przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu). Przestępstwem nie jest również zakupienie przez kobietę środków służących aborcji farmakologicznej ani za granicą, ani przez Internet za pośrednictwem serwisu zagranicznego, ani też w kraju - zarówno osobiście, jak i za pośrednictwem Internetu, ponieważ zakup w kraju lub przywiezienie z zagranicy leków niedopuszczonych do obrotu w Polsce w ilościach służących do użytku własnego nie stanowi czynu zabronionego na mocy Ustawy Prawo farmaceutyczne.

- **udzielenie informacji lub rady kobiecie ciężarnej na temat możliwości przerywania ciąży**

Takie zachowanie bywa kwalifikowane jako przestępstwo, ale nie wpisuje się w żadną z powyższych definicji pomocy, bowiem udzielanie informacji, a nawet rady, bądź rozwiewanie określonych wątpliwości kobiety, dopóki nie stanowi formy nakłaniania jej do zabiegu (a temu musi towarzyszyć określony cel i zamiar) bądź doprowadzania jej do zabiegu, nie jest działaniem zabronionym. Istnieją poglądy, jakoby takie działanie stanowiło pomoc w przeprowadzeniu aborcji, jednak, jak już było wspomniane, pomoc w przerwaniu ciąży może mieć miejsce wyłącznie, gdy sprawca działa w zamiarze popełnienia określonego czynu przez inną osobę. O ile z konstrukcji pomocnictwa (na zasadach ogólnych) wynika takie działanie, jak udzielenie informacji lub rady, o tyle częścią składową tego zachowania musi być zamiar osoby pomagającej.

- **udzielenie kobiecie pomocy w przerwaniu ciąży poza granicami kraju**

Wykonanie zabiegu poza granicami kraju, nawet w sytuacji, gdy zabieg taki wykracza poza przesłanki dopuszczalności aborcji na mocy Ustawy, nie może być interpretowane w świetle tej Ustawy oraz Kodeksu karnego. Przepisy Kodeksu wskazują bowiem wyraźnie na zasadę działania „wbrew przepisom Ustawy”. Lekarz wykonujący zabieg w innym kraju, w którym aborcja jest legalna w szerszym zakresie, nie działa wbrew przepisom polskiej Ustawy, dlatego pomoc w uzyskaniu takiego zabiegu (na przykład w postaci sfinansowania go lub pomocy w transporcie) nie jest przestępstwem.

► PROCEDURA UDZIELANIA ŚWIADCZENIA PRZERYWANIA CIĄŻY

Nie istnieje żadna jednolita procedura obowiązująca wszystkie placówki. W związku z tym, że przepisy ustawy o planowaniu rodziny oraz rozporządzeń nie określają szczegółowo sposobu, w jaki te świadczenia mają być udzielane, szpitale często wprowadzają swoje własne zasady, często skutkujące dodatkowymi utrudnieniami dla pacjentek, które chcą przerwać ciążę.

WAŻNE! Warto pamiętać o kilku ważnych elementach, które stanowią o prawie do przerywania ciąży i mogą stanowić niezbędny argument na drodze egzekwowania tego prawa.

- Przede wszystkim należy pamiętać, że przerwanie ciąży jest świadczeniem zdrowotnym gwarantowanym, finansowanym ze środków publicznych. Nieudzielenie świadczenia może wiązać się z naruszeniem prawa pacjentki do świadczeń medycznych.
- Wprowadzanie pacjentki w błąd na temat okoliczności uprawniających do przerywania ciąży a także udzielanie jej fałszywych informacji oraz zatajanie okoliczności mogących wpłynąć na jej decyzję o przerwaniu ciąży, należy traktować jako możliwe naruszenie prawa do informacji.
- Wszelkie okoliczności związane ze świadczeniami zdrowotnymi powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjentki. W szczególności w sytuacji, gdy zgłasza się ona do lekarza w celu przerywania ciąży i następuje odmowa. W przeciwnym razie zostaje naruszone prawo pacjentki do dokumentacji medycznej.

W sytuacji braku jednolitych procedur, placówki często postępują w sposób, który może znacznie ograniczyć dostęp do zabiegu oraz znacznie wydłużyć oczekiwanie na taki zabieg. Powszechne jest wymaganie dodatkowych zaświadczeń, ale także zwoływanie konsyliów czy też komisji etycznych, które mają za zadanie ocenić dopuszczalność przerwania ciąży w danej sytuacji. Takie praktyki mogą prowadzić do naruszeń praw pacjenta, nierzadko także mają na celu doprowadzenie do sytuacji, w której na legalny zabieg będzie już za późno. Dlatego też należy jak najszybciej skontaktować się z prawnikiem lub prawniczką specjalizującą się w prawie medycznym. W sprawach takich można kontaktować się z prawniczką dyżurującą w Telefonie Zaufania Federacji.

UWAGA! Szczegółowa instrukcja dotycząca postępowania w przypadku odmowy wykonania aborcji (ale także tego, co robić, aby zminimalizować ryzyko takiej odmowy) znajduje się na końcu poradnika.

► PRAWO KOBIETY MAŁOLETNIEJ DO PRZERYWANIA CIĄŻY

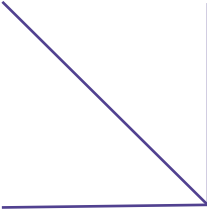
Obwarowane licznymi przesłankami prawo do dokonania legalnej aborcji ulega jeszcze większemu ograniczeniu w przypadku kobiet poniżej 18. roku życia. Tutaj, nawet jeśli spełnione są przesłanki ustawowe niezbędne do wykonania zabiegu, potrzebna jest także zgoda przedstawiciela ustawowego, czyli rodzica 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 zasadzie podejmują jej rodzice. Jednak nawet w sytuacji, gdy wyrażą oni taką zgodę, nie można przeprowadzić zabiegu. Potrzebna jest dodatkowo zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia może wyrazić w tym względzie swoją opinię. Jeśli jednak rodzice nie zgadzają się na zabieg, nadal jest on możliwy do przeprowadzenia, ponieważ niezbędną zgodę może wyrazić sąd opiekuńczy.

Gdy ciężarna nastolatka ukończyła 13 lat, ale nie jest pełnoletnia prawo wymaga nie tylko pisemnej zgody jej przedstawiciela ustawowego, aby można było przerwać ciążę, ale także samej małoletniej. Jest to zasada tzw. „zgody kumulatywnej”, czyli jednakowej po stronie obu zainteresowanych stron. W sytuacji, gdy nastolatka chce przerwać ciążę, ale zgody nie wyrażają rodzice, sąd opiekuńczy może taką zgodę wyrazić i jej uzyskanie jest niezbędne do przerwania ciąży.

WAŻNE! W sytuacji, gdy to ciężarna dziewczyna nie chce przerwać ciąży do zabiegu nie dochodzi, gdyż potrzebna jest jej zgoda. Nie można jej zgody zastąpić ani zgodą przedstawiciela ustawowego, ani sądu.

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 może okazać się 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.



PORONIENIA I PRAWO DO POCHÓWKU PŁODU

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 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania, 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), Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 1959 roku, nr 11, poz. 62, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. z 1 grudnia 2015 roku, poz. 2007)

► PORONIENIA

Rozporządzenie ws. dokumentacji medycznej zawiera definicję poronienia oraz martwego urodzenia. Zgodnie z tym rozporządzeniem (załącznik nr 1):

- czas trwania ciąży liczy się w tygodniach, od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięczkowego,
- poronienie to wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni),
- urodzeniem żywym to całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiekolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone,
- urodzeniem martwym to całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

Do niedawna sposób postępowania z pacjentką doświadczającą utraty ciąży regulowały wewnętrzne procedury sporządzane przez placówki. Ich zakres często był niepełny i nie obejmował zagadnień w sposób kompleksowy. Obecnie wprowadzono rozporządzenie, które obejmuje standardy postępowania w sytuacji niepowodzeń położniczych. Te zapisy odzwierciedlają najważniejsze potrzeby zgłaszane przez takie pacjentki. Standardy powinny być wdrażane w każdej placówce, podobnie jak standardy opieki okołoporodowej dotyczące ciąży, porodu i połogu fizjologicznego. Mają rangę ogólnego rozporządzenia Ministra Zdrowia, dlatego można się na nie powoływać.

Poniżej przytaczamy treść standardów opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych (cz. VII rozporządzenia).

Niepowodzeniem położniczym jest sytuacja, w której pacjentka w wyniku ciąży nie zabierze do domu zdrowego dziecka z powodu: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami; jako niepowodzenie położnicze należy traktować także sytuację, w której kobieta spodziewa się urodzenia chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi.

Personel medyczny oddziału, na którym znajduje się pacjentka doświadczająca niepowodzenia położniczego, powinien być przeszkolony w zakresie pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka, narodzin dziecka chorego oraz każdorazowo informowany o przebywaniu danej pacjentki na oddziale celem uwrażliwienia na jej sytuację.

Pacjentce w sytuacji niepowodzenia położniczego zapewnia się szczególną pomoc, realizowaną w następujący sposób:

1. Przy przekazywaniu informacji na temat niepowodzenia położniczego lub istotnego zagrożenia niepowodzeniem położniczym, osoba sprawująca opiekę jest obowiązana, jeżeli jest taka wola pacjentki, zapewnić pacjentce czas pozwalający na możliwość oswojenia się z informacją przed wyjaśnianiem szczegółowo przyczyn niepowodzenia i zanim pacjentka będzie współuczestniczyła w procesie dalszego podejmowania decyzji, chyba że dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych będzie niezbędne;
2. Po przekazaniu informacji, należy umożliwić pacjentce pomoc psychologiczną i wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem pacjentki;
3. Pacjentka po niepowodzeniu położniczym nie powinna przebywać w sali razem pacjentkami ciężarnymi, bądź w połogu, których ciąża zakończy się urodzeniem zdrowego dziecka; należy zadbać o to, aby w czasie pobytu w oddziale, pacjentka po urodzeniu martwego dziecka nie miała stałego kontaktu z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci;
4. Pacjentkę po niepowodzeniu położniczym przebywającą w oddziale traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji, związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym; osoby sprawujące opiekę powinny umieć nawiązać z nią dobry kontakt słowny i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do pacjentki po utracie dziecka; należy zapytać o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania podczas pobytu w oddziale; badania i zabiegi winny być wykonywane w intymnej atmosferze;
5. W celu nawiązania dobrego kontaktu, zgodnie z częścią I ust. 4, osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nad pacjentką, w szczególności:

- a) przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad pacjentką,
 - b) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę,
 - c) szanują jej prywatność i poczucie intymności,
 - d) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań;
6. Pacjentce udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia;
 7. Pacjentce udziela się także wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji jak i przysługujących jej prawach;
 8. Pacjentce udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła;
 9. Personelowi medycznemu zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacji niepowodzenia położniczego.

PRAWO DO POCHÓWKU

W Polsce obecnie istnieje uprawnienie pary do pochowania płodu w przypadku poronienia lub do pochowania martwo urodzonego dziecka. Nie jest ono wyrażone wprost w żadnym akcie prawnym, zaś szczegółowe zasady mogą się różnić pomiędzy placówkami, które tworzą odrębne wewnętrzne procedury postępowania w takich przypadkach.

Istniejące przepisy wyznaczają pewne ogólne zasady, które powinny być przestrzegane.

Aby możliwy był pochówek, należy uzyskać kartę zgonu w szpitalu. Jest to możliwe także w przypadku poronienia. Jest to związane z zapisami zawartymi w rozporządzeniu dotyczącym kart zgonu (które można wydać bez względu na czas trwania ciąży) i rozporządzeniu dotyczącym postępowania ze szczątkami ludzkimi (również w związku z tym, że zawiera ono to określenie).

Rodzice mają też prawo ubiegać się od szpitala wystawienia dokumentów pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka, niezależnie od tego, na jakim etapie zakończy się ciąża. Wynika to z prawa o aktach stanu cywilnego, które nakłada na placówkę 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.

Zdarza się, że szpitale odmawiają wystawienia dokumentów ze względu na konieczność określenia płci dziecka, co w sytuacji wczesnego poronienia płodu może nie być możliwe. Wprowadzono jednak zasadę „uprawdopodobnienia płci”, która sprawia, że wpisanie określonego oznaczenia płci nie jest interpretowane jako niezgodne z prawem i nie stanowi tak zwanego poświadczenia nieprawdy. Jednak te zasady nie mają umocowania w prawie, stanowią jedynie interpretację

odpowiednich ministerstw - w tym przypadku Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Zdrowia. Opinie te się zmieniają, co prowadzi do tego, że nie ma żadnej gwarancji dla par, które doświadczają takiej sytuacji.

WAŻNE! Rodzice mają prawo do pochowania szczątków płodu czy martwo urodzonego dziecka, 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 zasilek 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.

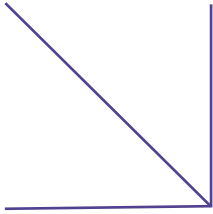
WAŻNE! W przypadku martwego urodzenia kobiecie przysługuje urlop macierzyński. Więcej na ten temat w dziale „Ciąża, poród i posiadanie dzieci a praca”.

WAŻNE! Należy pamiętać, że prawo do pochowania szczątków płodowych czy ciała dziecka martwo urodzonego nie oznacza takiego obowiązku.

Wystawienie karty zgonu przez szpital w obydwu tych sytuacjach odbywa się na wniosek rodziców. To rodzice decydują o tym, czy szczątki poronionego płodu czy też ciało martwo urodzonego dziecka stanowią zwłoki w rozumieniu prawa czy też mają zostać zutylizowane (najczęściej spopielane, czego nie należy mylić z kremacją zwłok) na zasadach takich, jakie dotyczą odpadów medycznych. Wszelkie praktyki polegające na zmuszaniu rodziców do odebrania „ciała” oraz pochowania go nie powinny mieć miejsca i stanowią naruszenie przepisów.

Często pojawia się też konieczność złożenia oświadczenia o „rezygnacji” z pochówku. Taka praktyka nie ma odzwierciedlenia w przepisach, stanowi jednak pewne zabezpieczenie ze strony placówek, które w sytuacji braku woli rodziców do pochówku muszą zdecydować o utylizacji szczątków płodowych.

UWAGA! Niektóre placówki w swoich procedurach mają zawartą zasadę, że w razie rezygnacji rodziców z pochówku szczątki są przechowywane w szpitalu jako zwłoki ludzkie i przekazywane cyklicznie do zakładu pogrzebowego w celu przeprowadzenia zbiorowego pochówku na koszt gminy. Taki proceder nie znajduje odzwierciedlenia w obowiązujących przepisach.



LECZENIE NIEPŁODNOŚCI

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 21 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności (Dz. U. z 31 lipca 2015 roku, poz. 1087)

Ustawa o leczeniu niepłodności jest bardzo szczegółowa.

Do najważniejszych zagadnień, które mogą być istotne z punktu widzenia uprawnień osób, które potrzebują świadczeń związanych z leczeniem niepłodności, uregulowanych tą ustawą należą:

- sposoby leczenia niepłodności, w tym stosowania procedury medycznie wspomaganej prokreacji;
- warunki dawstwa, pobierania, przetwarzania, testowania, przechowywania i dystrybucji komórek rozrodczych oraz zarodków przeznaczonych do zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji;
- zasady funkcjonowania ośrodków medycznie wspomaganej prokreacji oraz banków komórek rozrodczych i zarodków.

W poradniku opisujemy tylko podstawowe regulacje zawarte w ustawie.

Podstawową zasadą jest to, że leczenie niepłodności jest prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Kolejną istotną zasadą jest to, że leczenie niepłodności jest prowadzone z poszanowaniem godności człowieka, prawa do życia prywatnego i rodzinnego. Nie można pozbawiać prawa do rozrodu także tych osób, które są nosicielami chorób warunkowanych genetycznie.

Pojawia się również zapis o szczególnym uwzględnieniu prawnej ochrony życia, zdrowia, dobra i praw dziecka.

Ustawa stanowi, że leczenie niepłodności obejmuje:

- poradnictwo medyczne, które obejmuje w szczególności przekazywanie pacjentom informacji na temat płodności, fizjologii rozrodu, warunków, jakie muszą być zachowane dla urodzenia zdrowego dziecka, i właściwych zachowań prekoncepcyjnych a także poradnictwo psychologiczne.

- diagnozowanie przyczyn niepłodności, które obejmuje postępowanie diagnostyczne mające na celu pełną ocenę stanu zdrowia pacjentów i określenie wpływu stwierdzonych chorób na płodność, z uwzględnieniem psychologicznych uwarunkowań niepłodności.
- zachowawcze leczenie farmakologiczne i leczenie chirurgiczne, które są prowadzone w celu wyeliminowania zdiagnozowanych chorób mających wpływ na płodność.
- procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, obejmują procedury medyczne, w których są wykorzystywane wcześniej pobrane komórki rozrodcze.
- zabezpieczenie płodności na przyszłość, które obejmuje działania medyczne podejmowane w celu zabezpieczenia zdolności płodzenia w przypadku niebezpieczeństwa utraty albo istotnego upośledzenia zdolności płodzenia na skutek choroby, urazu lub leczenia.

Procedura zapłodnienia pozaustrojowego, czyli in-vitro, może być wykonywana tylko wtedy, kiedy para wyczerpie inne metody leczenia prowadzone przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy.

Jest jednak wyjątek od tej reguły. W sytuacji, gdy zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie jest możliwe uzyskanie ciąży w wyniku zastosowania innych metod, procedurę zapłodnienia pozaustrojowego można podejmować od razu.

Ustawa wprowadza także limit liczbowy w zakresie zapłodnienia pozaustrojowego - co do zasady w procedurze in-vitro można zapłodnić tylko 6 komórek rozrodczych kobiety. Wyjątek od tej reguły stanowi przekroczenie przez kobietę wieku 35 lat lub wskazania medyczne wynikające z choroby współistniejącej z niepłodnością lub dwukrotnego nieskutecznego wcześniejszego leczenia tą metodą. Nie ma jednak wskazanej liczby komórek, które w takiej sytuacji można zapłodnić.

Zarodki powstają z użyciem komórek rozrodczych biorczyni (kobiety, która chce zajść w ciążę) oraz jej partnera lub dawcy nie będącego jej partnerem. W sytuacji, gdy partner kobiety wycofa zgodę lub umrze nie można zastosować jego komórek. Może się też okazać, że istnieją przeciwwskazania medyczne do użycia komórek dawcy, wtedy nie można tego zrobić.

Istnieje również ograniczenie w stosowaniu komórek dawcy związane z liczbą dzieci, które urodziły się wcześniej z tych komórek w sytuacji, gdy komórki te zostały wykorzystane w dawstwie nie-partnerskim. Liczba ta wynosi 10 dzieci. Jednak to ograniczenie nie dotyczy dawstwa partnerskiego, co oznacza, że para, która ma już 10 dzieci urodzonych w wyniku procedury in-vitro może mieć tych dzieci więcej, ale nie mogą być tworzone zarodki z nasienia dawcy, z którego miałyby skorzystać inna kobieta niż jego partnerka.

Procedura in-vitro dostępna jest tylko dla par. Określają to zapisy art. 20, który reguluje, w jakich przypadkach można przenieść do organizmu biorczyni zarodków powstałych z komórek rozrodczych pobranych w celu dawstwa partnerskiego albo dawstwa innego niż partnerskie oraz zarodków przekazanych w celu dawstwa zarodka. Wymagane są bowiem zgody biorczyni oraz partnera kobiety, który może być jednocześnie dawcą nasienia (dawstwo partnerskie), ale nie musi (nasienie pochodzi od innego mężczyzny - dawstwo inne niż partnerskie). Oznacza to, że jeśli kobieta nie posiada partnera, z którym pozostaje we wspólnym pożyciu albo partner ten nie złoży odpowiedniego oświadczenia, transfer nie jest możliwy. Oznacza to brak możliwości skorzystania z tej procedury dla kobiet samotnych. Jednak w związku z tym, że zgoda wyrażana jest przed przystąpieniem do całej procedury, a możliwość jej wycofania przysługuje według ustawy wyłącznie biorczyni, nie zaś partnerowi (bez względu na to, czy jest dawcą czy nie). W sytuacji zaś, gdy partner-dawca nie zgadza się na transfer (tj. nie wyraża pisemnej zgody przed przystąpieniem do procedury) zgodę taką można uzyskać w sądzie opiekuńczym.

Oznacza to, że nie dochodzi do zablokowania możliwości zajścia w ciążę dla kobiety, która na przykład rozstanie się ze swoim partnerem już po tym, jak powstaną zarodki.

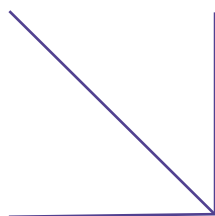
Obowiązek pisemnej zgody dawców zarodka jest konieczny do spełnienia, aby można było dokonać transferu. Dawcom przysługuje też prawo wycofania tej zgody.

WAŻNE: w sytuacji, gdy to partner jest dawcą nasienia (dawstwo partnerskie), do stworzenia zarodków można użyć wyłącznie komórek jajowych biorczyni. Oznacza to, że dla pary, w której kobieta nie ma komórek jajowych, ale jej partner jest płodny, jedyną możliwością na ciążę jest skorzystanie z dawstwa zarodka od innej pary. Nie można bowiem stworzyć zarodka z nasienia partnera i komórki jajowej zewnętrznej dawczyni.

Ustawowe przekazanie zarodka do dawstwa następuje w przypadku upływu określonego w umowie terminu na przechowywanie zarodków, nie dłuższego jednak niż 20 lat, licząc od dnia, w którym zarodki zostały przekazane do banku komórek rozrodczych i zarodków w celu ich przechowywania, albo w przypadku śmierci obojga dawców zarodka albo, jeżeli zarodek został utworzony w wyniku dawstwa innego niż partnerskie - śmierci biorczyni i jej męża lub osoby pozostającej z nią we wspólnym pożyciu.

UWAGA! Ustawa nie zakłada refundacji leczenia niepłodności. Refundację zakłada wyłącznie program Ministerstwa Zdrowia. Obowiązuje on do 30 czerwca 2016 roku a aktualne informacje można znaleźć na stronie www.invitro.gov.pl

WAŻNE! Wśród zabiegów mających na celu doprowadzenie do zapłodnienia znajduje się przeprowadzenie inseminacji nasienia męża lub dawcy, która to procedura znajduje się w katalogu gwarantowanych świadczeń szpitalnych. Jest ona kontraktowana przez NFZ i wykonywana w placówkach służby zdrowia w ramach ubezpieczenia. 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.



PRZESTĘPSTWO ZGWAŁCENIA

Kodeks karny (Dz. U. z 1997 roku, nr 88, poz. 553), Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 1997 roku, nr 89, poz. 555)

Czynem zabronionym uderzającym bezpośrednio w wolność seksualną jednostki i jej prawo do decydowania o 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 pojęciami zdrowia i praw reprodukcyjnych i seksualnych.

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

Zgwałceniem nazywamy taką sytuację, w której jedna osoba przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do obcowania płciowego. Istnieją jednak jeszcze inne zabronione formy wymuszania kontaktów seksualnych, takie jak współżycie płciowe z osobą w stanie ograniczonej poczytalności, wymuszenie współżycia płciowego na osobie podległej lub w krytycznym położeniu, obcowanie płciowe z osobą małoletnią poniżej 15. roku życia czy też zachowania o charakterze kazirodczym. W zależności więc do zaistniałych warunków, organy ścigania mogą przyporządkować dane wydarzenie do różnych przepisów.

Co do zasady jednak istotne jest aby kontakt seksualny był dobrowolny, tzn. opierał się na świadomej zgodzie partnerów i aby obie strony miały ukończony 15. rok życia i nie były ze sobą blisko spokrewnione. W innych przypadkach rozpatrywać można istnienie przestępstwa.

Od stycznia 2014 roku przestępstwo zgwałcenia ścigane jest z urzędu, a nie tak jak do tej pory na wniosek osoby pokrzywdzonej. Oznacza to, że Policja i prokuratura powziawszy informację o możliwości zaistnienia przestępstwa, z jakiegokolwiek źródła, mają obowiązek wszcząć postępowanie. Utrzymujący się przez wiele lat tryb wnioskowy miał gwarantować osobie pokrzywdzonej prawo wyboru, czy chce przechodzić przez całe postępowanie karne, czy woli po prostu zapomnieć. Ustawodawca uznał jednak, że takie regulacje potęgują poczucie bezkarności sprawców (zgłaszalność przestępstwa zgwałcenia szacowana była jako bardzo niska). Warunkiem jednak wprowadzenia ścigania z urzędu było zagwarantowanie osobie pokrzywdzonej

takich warunków, w których mogłaby w sposób komfortowy i jak najmniej potęgujący poczucie pokrzywdzenia przechodzić przez proces gromadzenia dowodów, konstruowania aktu oskarżenia i prowadzenia rozprawy sądowej.

Do najważniejszych zmian zaliczyć należy te, które wprowadzone zostały do kodeksu postępowania karnego, a mianowicie:

- osoba pokrzywdzona zgłaszając przestępstwo zgwałcenia ma obowiązek przedstawienia tylko najważniejszych faktów i dowodów. Przesłuchanie przeprowadza sąd na posiedzeniu w obecności prokuratora/torki, obrońcy/czyni i pełnomocnika/czki ofiary, a w przypadku osoby małoletniej także jej/jego prawnego/ej opiekuna/ki;
- osoby pokrzywdzone w wieku poniżej lat 15 przesłuchuje się tylko wtedy, jeśli ich zeznania mogą mieć istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy;
- przesłuchanie, poza sytuacjami wyjątkowymi, odbywa się raz, jest nagrywane i odtwarzane podczas rozprawy sądowej;
- w przypadku osób małoletnich powyżej lat 15 przesłuchanie odbywa się na odległość (za pomocą transmisji) jeśli zachodzi obawa, że bezpośrednia obecność sprawcy mogłaby źle wpływać na pokrzywdzonego/ną;
- przesłuchania mają odbywać się w odpowiednio przystosowanych do tego pomieszczeniach.

Zapewnienie osobie pokrzywdzonej komfortu podczas kontaktów z Policją, prokuraturą czy sądem ma zabezpieczyć ją przed wtórną wiktymizacją. Niezwykle ważne są delikatność i wyczucie przy prowadzeniu takich spraw. Nie tylko dlatego, że przestępstwo to narusza niezwykle intymną sferę jednostki, ale także dlatego, że bardzo często jego sprawcami okazują się osoby bliskie ofierze, znane, niekiedy darzone zaufaniem. To może potęgować poczucie upokorzenia, bezsilności i pokrzywdzenia.

W przypadku przestępstwa zgwałcenia bardzo ważne, dla potrzeb dowodowych, jest aby ofiara jak najszybciej zgłosiła się do organów ścigania. Jednym z głównych bowiem dowodów w sprawie są wyniki badania lekarskiego, które powinny zostać wykonane w przeciągu około 48 godzin od zdarzenia. Należy jednak pamiętać, że wszelkie zabiegi higieniczne, jak mycie czy czasem nawet zmiana ubrania mogą w sposób znaczący zatrzeć ślady przestępstwa. Stąd, wizyta u lekarza powinna odbyć się jak najszybciej. Przede wszystkim ważne jest, aby lekarz opatrzył ewentualne obrażenia, a także zabezpieczył wszystkie ślady, takie jak ślady spermy, a wszystkie obrażenia, w tym te wewnętrzne zostały szczegółowo opisane i zabezpieczone. Takie badanie powinno zostać zlecone przez Policję lub prokuraturę.

WAŻNE! Równie skutecznym i istotnym dowodem w sprawie może okazać się dokumentacja medyczna sporządzona przez lekarza pierwszego kontaktu, który powinien rzetelnie odnotować wszystkie istotne dla postępowania dowodowego kwestie. Lekarz powinien też zawiadomić organy ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa i przekazać im zebrane przez siebie materiały.

Osoby pokrzywdzone powinny zadbać nie tylko o swoje zdrowie fizyczne i psychiczne w danym momencie, ale podjąć odpowiednie kroki w celu zabezpieczenia swoich interesów w przyszłości. Stosunek seksualny, w szczególności niezabezpieczony, niesie za sobą ryzyko wystąpienia negatywnych następstw, przed którymi można się uchronić, jeśli działania zostaną podjęte w niedługim okresie czasu po wystąpieniu zdarzenia.

► OCHRONA PRZED NIECHCIANĄ CIĄŻĄ

Każda kobieta powyżej 15. roku życia może kupić w aptece bez recepty środek antykoncepcyjny, tzw. postkoitalny (antykoncepcja po stosunku) z możliwością jego zażycia do 120 godzin po niezabezpieczonym stosunku. Zastosowanie tego środka we wskazanym terminie zwiększa prawdopodobieństwo tego, iż nie dojdzie do zapłodnienia (im szybciej środek zostanie zaaplikowany, tym wyższe są szanse na jego skuteczność).

Gdyby jednak okazało się, że kobieta zajdzie w ciążę w wyniku czynu zabronionego, jakim jest między innymi zgwałcenie, może ona domagać się wykonania legalnego zabiegu jej przerwania. Warunkiem wykonania takiego świadczenia jest uzyskanie zaświadczenia od prokuratora prowadzącego sprawę o prawdopodobieństwie pochodzenia ciąży z przestępstwa, a następnie zgłoszenia się z takim dokumentem do publicznej placówki służby zdrowia. Usunięcie ciąży jest możliwe w terminie do 12. tygodnia ciąży.

► OCHRONA PRZED ZAKAŻENIEM WIRUSEM HIV

Odbycie niezabezpieczonego stosunku seksualnego może także skutkować zarażeniem się chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym także zakażeniem wirusem HIV. W sytuacji, w której osoba pokrzywdzona podejrzewa, iż sprawca przestępstwa mógł być nosicielem tego wirusa (lub ma pewność, że tak jest) powinna jak najszybciej zgłosić się do najbliższego szpitala, w którym leczy się choroby zakaźne. Tak może otrzymać leki antyretrowirusowe, które podane w krótkim czasie po potencjalnym zakażeniu, mają duże szanse na wyeliminowanie wirusa z organizmu.

Po około trzech miesiącach wskazane jest przeprowadzenie testu, którego celem jest wykrycie prawdopodobieństw zakażenia wirusem HIV. Każda osoba powyżej 18 roku życia może go wykonać samodzielnie i bezpłatnie w jednym z punktów prowadzonych przez Krajowe Centrum ds. AIDS (lista punktów znajduje się na stronie Centrum). W przypadku osób poniżej 18 roku życia może być konieczna obecność rodzica lub opiekuna.

► „TABLETKI GWAŁTU”

W ostatnich latach coraz częściej zdarzają się akty przemocy seksualnej z użyciem środków farmakologicznych stosowane przez sprawców w celu odurzenia swojej ofiary. Potocznie nazywane one są „tabletkami gwałtu” i stanowią narastający problem, wynikający nie tylko z powszechności ich dostępności, czy niekiedy 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 istnieje wiele specyfików tego rodzaju, do najbardziej znanych zalicza się GHB, Ketaminę i Rohypnol. Ich wspólnymi cechami są: łatwość aplikacji, utrudnione lub wręcz niemożliwe rozpoznanie substancji, podobne skutki działania.

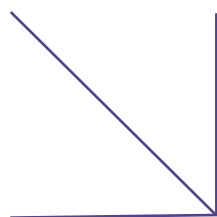
GHB jest groźnym narkotykiem, zaliczanym do depresantów, stymulującym wydzielanie dopaminy. Kiedyś był stosowany jako anestetyk w przypadku znieczuleń przedoperacyjnych czy w terapii odwykowej osób uzależnionych od alkoholu. Przedawkowanie może prowadzić nawet do śmierci. Powoduje utratę przytomności, działa obezwładniająco, powoduje okresową amnezję. Dodatkowo może wywoływać uczucie dezorientacji czy zaburzać koordynację ruchową. W małych dawkach ma działanie podobne do alkoholu: odpręża, powoduje zawroty głowy czy zaburzenia równowagi. GHB jest związkiem bezbarwnym, bez zapachu i smaku, dobrze rozpuszcza się w wodzie. We krwi

utrzymuje się około ośmiu godzin, w moczu kolejne cztery. Składniki potrzebne do jego produkcji są legalne i łatwo dostępne.

Ketamina jest lekiem kojąco-uśmierzającym ból, stosowana także jako anestetyk. Po zażyciu ofiara traci kontakt z rzeczywistością, staje się nieświadoma tego, co się wokół niej dzieje. Mogą też pojawić się halucynacje, silne zawroty głowy, problemy z koordynacją czy spowolnienie czasu reakcji. Przyjmowana ustnie zaczyna działać po około 10-20 minutach. Możliwość jej wykrycia ogranicza się do około 48 godzin po podaniu. Przy rozpuszczaniu w napojach powoduje lekkie zmęczenie, widoczne jedynie w bardzo klarownych płynach.

Rohypnol jest bardzo silnym antydepresantem i środkiem uspokajającym, także stosowanym jako anestetyk. Bardzo szybko rozpuszcza się w wodzie, jest bezzapachowy, bezbarwny i bezsmakowy. Może wywoływać halucynacje, utratę kontroli nad własnym zachowaniem, podrażnienie układu trawiennego i nadmierne wydzielanie moczu. Nawet jednorazowe użycie może prowadzić do silnego uzależnienia! Środek działa po około 20 minutach od zażycia, a skuteczność utrzymuje się przez około osiem do dwunastu godzin. W przypadku zmieszania z alkoholem może to być jednak okres aż trzydziestu sześciu godzin! Biorąc pod uwagę fakt, iż możliwość jego wykrycia plasuje się na poziomie 24 godzin w krwi i 48 godzin w moczu od chwili podania, zmieszanie go z alkoholem sprawia, że staje się on praktycznie niewykrywalny.

WAŻNE! Każda niestandardowa reakcja osoby po wypiciu drinka/napoju w klubie, na imprezie w domu czy akademiku powinna wzbudzić niepokój osób towarzyszących. Wzajemne wsparcie i opieka może stanowić najlepszą gwarancję i ochronę przed niechcianymi zachowaniami.



PRZEMOC W RODZINIE

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2015 roku, poz. 1390), kodeks karny (Dz. U. z 1997 roku, nr 88, poz. 553), ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 roku o Policji (Dz. U. z 1990 roku, nr 30, poz. 179), rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 kwietnia 2011 roku w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz. U. z 2011 roku, nr 209, poz. 1245), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 roku w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2010 roku, nr 201, poz. 1334), Konwencja o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy w rodzinie

Przemoc w rodzinie jest to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członka (członków) rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienie i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą.

Rozróżnia się cztery rodzaje przemocy:

- przemoc fizyczna (bicie, szarpanie, kopanie, zadawanie ran cielesnych)
- przemoc psychiczna (wyzywanie, nękanie, zastraszanie, więzienie)
- przemoc seksualna (zmuszanie do kontaktów seksualnych, stręczycielstwo, kuplerstwo)
- przemoc ekonomiczna (pozbawianie środków do życia)

Konwencja o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy w rodzinie dodaje, iż przemoc w rodzinie może występować w relacjach między byłymi lub obecnymi partnerami, niezależnie od wspólnego zamieszkiwania. Oznacza to, że nie jest konieczne aby sprawca i ofiara dzielili jedno mieszkanie; liczą się przede wszystkim relacje jakie są między nimi, istnienie bądź nie elementu zależności i podległości jednej ze stron, a także wykorzystywanie przewagi przez drugą stronę w celu zastraszania, gnębienia i poniżania swojej ofiary.

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie stanowi, że osobie dotkniętej przemocą udziela się bezpłatnej pomocy medycznej, psychologicznej, prawnej, socjalnej, zawodowej i rodzinnej.

WAŻNE! Badanie lekarskie w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie oraz wydanie zaświadczenia lekarskiego w tym przedmiocie jest bezpłatne.

Zgodnie z ustawą obowiązkiem gminy jest powołanie zespołów interdyscyplinarnych, których celem jest przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. W skład zespołów wchodzi przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty, ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych. Wszystkie te podmioty mogą inicjować procedurę „Niebieskiej Karty” w przypadku podejrzenia jej występowania w rodzinie.

Przykład: *Procedurę „Niebieskiej Karty” może wszcząć nauczyciel, który podejrzewa, że w rodzinie jednego z uczniów istnieje przemoc, lub lekarz, który zauważy niepokojące objawy stosowania przemocy wobec jednego/j z jego pacjentów/ek.*

WAŻNE! Wszczęcie procedury „Niebieskiej Karty” nie musi skutkować skierowaniem sprawy do organów ścigania. Jeśli uda się rozwiązać problem przemocy na drodze pozasądowej, procedura jest zamykana.

Istnieje możliwość zobowiązania sprawcy przemocy do opuszczenia miejsca wspólnego zamieszkiwania, w przypadku gdy swoim zachowaniem sprawia on, że przebywanie z nim w jednym mieszkaniu staje się szczególnie uciążliwe dla pozostałych domowników. Postępowanie toczy się w trybie nieprocesowym na podstawie kodeksu postępowania cywilnego. Postanowienie w tej sprawie odbywa się po przeprowadzeniu rozprawy, która powinna odbyć się w terminie maksymalnie jednego miesiąca od dnia wpływu wniosku.

Pracownik socjalny posiada uprawnienie odebrania dziecka z rodziny i umieszczenia go w innym miejscu w przypadku gdy przemoc w rodzinie stanowi bezpośrednie zagrożenie dla jego życia lub zdrowia. Taka decyzja powinna zapaść wspólnie z funkcjonariuszem Policji, lekarzem lub ratownikiem medycznym albo pielęgniarką. Pracownik socjalny ma obowiązek poinformowania o tym fakcie sąd opiekuńczy najpóźniej w terminie 24 godzin. Rodzice lub opiekunowie mogą złożyć zażalenie na taką decyzję, które powinno być rozpatrzone przez sąd opiekuńczy nie później niż w ciągu 24 godzin od jego wpłynięcia. W przypadku bezzasadności takiego odebrania sąd nakazuje natychmiastowy powrót dziecka do rodziny.

Wspomniana Konwencja podkreśla potrzebę tworzenia i wspierania programów mających na celu nauczenie sprawców przemocy domowej zachowań w relacjach międzyludzkich bez użycia przemocy, a także programów zapobiegających ponownemu popełnianiu przestępstw, w szczególności przestępstw seksualnych. Istotne jest także zobowiązanie państw-stron do tworzenia łatwo dostępnych i bezpiecznych schronisk dla ofiar przemocy, w szczególności kobiet i ich dzieci, a także utworzenia ogólnokrajowego, całodobowego, bezpłatnego telefonu zaufania świadczącego porady w sprawach dotyczących przemocy w rodzinie, który zapewni korzystającym poufność lub anonimowość. Zgodnie z Konwencją niezbędne jest także powołanie ośrodków świadczących pomoc dla ofiar przemocy seksualnej w zakresie badań lekarskich i sądowych, wsparcia pourazowego i poradnictwa.

WAŻNE! Konwencja jasno stanowi, że lekarz nie jest zobowiązany tajemnicą lekarską w sytuacji gdy podejrzewa, że wobec jego pacjenta/ki stosowana jest przemoc.

Jeśli przemoc wypełnia znamiona przestępstwa można wszcząć postępowanie karne na podstawie określonych przepisów penalizujących konkretne zachowania. Najczęściej wykorzystywany jest art. 207 kodeksu karnego, który stanowi, iż „kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy

albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny (...) podlega karze”. Możliwe jest jednak także ściganie innych zachowań, które mogą stanowić element przemocy w rodzinie:

- ciężki, średni lub lekki uszczerbek na zdrowiu;
- narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia;
- nieudzielenie pomocy;
- pozbawienie wolności;
- groźba popełnienia przestępstwa;
- przemoc lub groźna bezprawna w celu zmuszenia do określonego zachowania;
- naruszenie miru domowego;
- zgwałcenie;
- wymuszenie współżycia płciowego;
- doprowadzenie innej osoby do uprawiania prostytucji, stręczycielstwo, sutenerstwo;
- rozpijanie małoletniego;
- porzucenie małoletniego lub osoby nieporadnej;
- uprowadzenie lub zatrzymanie małoletniego wbrew woli opiekuna;
- kradzież czy przywłaszczenie, uszkodzenie lub niszczenie mienia.

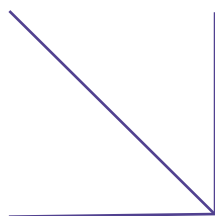
WAŻNE! Większość z tych przestępstw jest ściganych z urzędu, co oznacza, że organy ścigania mają obowiązek zbierania i gromadzenia dowodów. Zeznania osoby pokrzywdzonej są ważnym, ale nie jedynym dowodem, na którym Policja czy prokuratura powinny opierać akt oskarżenia. W przypadku przemocy w rodzinie ofiary często wycofują się z postępowania i odmawiają zeznań bojąc się o swoje bezpieczeństwo. Jest to zupełnie normalne i uzasadnione. Prawidłowo prowadzone postępowanie pozwala na oparcie aktu oskarżenia na innych, zebranych, istotnych dowodach.

Istnieje wiele organizacji pozarządowych, które zajmują się pomocą ofiarom przemocy w rodzinie. Są to zarówno organizacje kobiece, jak Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny czy Feminoteka, organizacje zajmujące się niesieniem pomocy prawnej, jak na przykład Helsińska Fundacja Praw Człowieka czy Komitet Ochrony Praw Dziecka, ale przede wszystkim organizacje ściśle wyspecjalizowane w temacie, do których należą:

- Centrum Praw Kobiet, www.cpk.org.pl;
- Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy „Niebieska Linia”, www.niebieskalinia.pl;
- Fundacja Dzieci Niczyje, www.fdn.pl.

W przypadku zgłoszenia się ofiary przemocy zapewniają one kompleksową pomoc, zarówno psychologiczną czy prawną, jak też, w miarę swoich możliwości i zapotrzebowania, materialną. Niektóre mogą także prowadzić schroniska dla kobiet uciekających od sprawców przemocy.

Jeśli jesteś ofiarą przemocy lub jej świadkiem nie wahaj się prosić o pomoc i informować o tym odpowiednie służby. Im szybciej uda się zatrzymać przemoc, tym większe szanse na skuteczną i szybką rehabilitację ofiar, a także resocjalizację sprawcy.



PROFILAKTYKA NOWOTWOROWA

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 roku, poz. 581), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2013 roku, poz. 1505), ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z 2005 roku, nr 143, poz. 1200), uchwała nr 95/2014 Rady Ministrów z dnia 28 maja 2014 roku w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2014 i 2015

Zagrożenie nowotworami jest obecnie jedną z najczęściej poruszanych kwestii z zakresu ochrony zdrowia. 1 stycznia 2015 roku wprowadzony został tzw. pakiet onkologiczny, mający przyspieszyć diagnostykę i leczenie w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego u pacjentki. Profilaktyka nowotworowa, zastosowana we wczesnym stadium rozwoju choroby może przyczynić się bowiem do całkowitego wyleczenia bądź zaleczenia ogniska raka, a także do zahamowania jego rozwoju.

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

Ustawa z 2005 roku powołała do życia wieloletni „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Jego realizację przewidziano na lata 2005-2016, a do celów podstawowych należy w szczególności podejmowanie działań w zakresie wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i raka piersi, a także upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia nowotworów.

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. Co roku na stronach wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia można znaleźć informacje o prowadzonych, bezpłatnych programach profilaktyki nowotworowej. Na szczególną uwagę zasługują dwa: profilaktyki raka szyjki macicy i profilaktyki raka piersi.

► PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

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, że tym wczesnym zmianom nowotworowym, zachodzącym powoli w organizmie kobiety, nie towarzyszą żadne widoczne lub odczuwalne symptomy. Odkładanie wizyty u lekarza do czasu, aż zauważymy niepokojące sygnały lub zaczniemy mieć pewne dolegliwości powoduje znacznie 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, że najczęściej wykrywa się go u kobiet powyżej 30 roku życia, ale wskazują również, że w ostatnich latach średnia wieku kobiet z rakiem szyjki macicy systematycznie się obniża.

ZAPOBIEGANIE

Skuteczną metodą wykrywania zmian (przed)nowotworowych jest badanie cytologiczne, wykonywane w gabinecie ginekologicznym. Jest to bardzo proste badanie, krótkie i bezbolesne. Polega na pobieraniu złuszczonych komórek nabłonka z pochwy i kanału szyjki macicy, które następnie oglądane są pod mikroskopem. Nie wymaga ono od pacjentki specjalnego przygotowania. Należy jedynie pamiętać, aby 24 godziny przed badaniem nie stosować leków dopochwowych ani irygacji. Jeśli wynik badania jest prawidłowy, należy je powtórzyć po około 2-3 latach, albo w przypadku pojawienia się niepokojących objawów.

WAŻNE! Istnieje możliwość odpłatnego zaszczepienia się przeciwko wirusowi HPV. Taka szczepionka chronić ma przed rakiem szyjki macicy. Zaleca się jej wykonywanie u dzieci w wieku między 9. a 15. rokiem życia, i u dziewcząt między 16. a 26. rokiem życia. Szczepienia wykonuje się profilaktycznie, nie są więc wskazane w leczeniu rozwijającego się nowotworu.

CZYNNIKI RYZYKA

Zazwyczaj do czynników, które mogą wpływać na rozwinięcie się nowotworu szyjki macicy zalicza się:

- zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)
- wiek pomiędzy 45 a 55 rokiem życia
- wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego
- duża liczba partnerów seksualnych
- duża liczba odbytych porodów
- palenie papierosów
- stwierdzona wcześniej zmiana patologiczna w badaniu cytologicznym

W przypadku występowania któregokolwiek z wyżej wymienionych czynników ryzyko zachorowania wzrasta. Dlatego tak istotne jest poddawanie się cyklicznie badaniu cytologicznemu, którego celem jest wykrycie nieprawidłowości i ewentualne rozpoczęcie wczesnego przeciwdziałania rozwojowi nowotworu. Należy jednak pamiętać, że pozostawanie poza grupą wzmożonego ryzyka nie gwarantuje braku zachorowalności - jedynie właściwa profilaktyka jest w stanie uchronić przed rakiem.

PROGRAM ZDROWOTNY

Program profilaktyki raka szyjki macicy skierowany jest do kobiet w wieku między 25 a 59 rokiem życia, które posiadają ubezpieczenie zdrowotne i w ciągu ostatnich trzech lat nie wykonały badania cytologicznego, lub które są obciążone czynnikami ryzyka (zakażenie wirusem HIV, przyjmowanie leków immunosupresyjnych, zakażenie wirusem HPV) i nie wykonały badania cytologicznego w okresie ostatnich 12 miesięcy. Kobiety, które były leczone z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy zostają objęte programem po zakończeniu kontroli onkologicznej. Decyzję w sprawie zakończenia kontroli podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne.

Pacjentki, które kwalifikują się do programu powinny zgłosić się do dowolnej, wybranej przez siebie poradni ginekologiczno-położniczej, która ma podpisany kontrakt z NFZ na tego typu świadczenia. Lekarz ginekolog przeprowadza wywiad i ocenia czynniki ryzyka wystąpienia nowotworu. Pytania dotyczą występowania nowotworów w rodzinie, przyjmowania środków antykoncepcyjnych, daty pierwszej miesiączki i palenia, bądź nie, papierosów. Następnie pobiera się materiał do badania cytologicznego. Wyniki badania kobieta odbiera osobiście w poradni (lub przez osobę upoważnioną). Jeśli wynik jest nieprawidłowy wykonuje się badania pogłębione, takie jak kolonoskopia czy badanie histopatologiczne wycinków.

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

► PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Program wczesnego wykrywania raka piersi ma na celu ochronę kobiet przed jednym z najgroźniejszych i najczęściej występującym nowotworem złośliwym. Ciągłe nie wiemy jak skutecznie zapobiegać zachorowaniom, ale poprzez wczesne wykrycie zwiększa się szanse na całkowite wyleczenie. Niewykryty w porę i nieleczony jest śmiertelny.

Badania wskazują, że ryzyko zachorowania wzrasta po 50. roku życia, po menopauzie. Nie oznacza to jednak, że młode kobiety nie mają szans na zachorowanie - nowotwór może atakować właściwie w każdym wieku. Ważna jest właściwa profilaktyka, zarówno ta prowadzona w poradni ginekologicznej, jak i ta odbywająca się w domu, na przykład pod postacią palpacyjnego samodzielnego badania piersi na okoliczność pojawiania się drobnych guzków czy niepokojących zmian.

WAŻNE! Możliwe jest wykonanie bezpłatnych badań genetycznych w kierunku raka piersi. W celu zgłoszenia się na badania należy wypełnić kartę informacyjną pacjenta, w której umieszcza się informację o przypadkach nowotworów w rodzinie. Pacjentka jest na tej podstawie kwalifikowana, bądź nie, na bezpłatne badania. Na wynik czeka się zazwyczaj około trzech miesięcy.

ZAPOBIEGANIE

Zapobieganie rozwojowi nowotworu i wykrywanie go we wczesnym, niezaawansowanym stadium jest bardzo proste. Służy do tego badanie mammograficzne, polegające na prześwietleniu piersi promieniami rentgenowskimi. Jest to badanie całkowicie nieinwazyjne, ponieważ dawka promieniowania jaką otrzymuje pacjentka jest bardzo zbliżona do dawki otrzymywanej podczas prześwietlania zęba. Aby badanie było przeprowadzone w sposób komfortowy, należy się na nie zgłosić w dwuczęściowym ubraniu, aby można było łatwo się rozebrać 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 dociśnięciu 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 ono na wczesne rozpoznanie i wykrycie guzków o niewielkiej średnicy, a także zmian tzw. bezobjawowych. Kobiety zgłaszające się na to badanie mają znacznie większe szanse na wczesne wykrycie, rozpoczęcie leczenia i całkowite wyleczenie.

WAŻNE! Oprócz badań mammograficznych wskazane jest poddawanie się cyklicznie badaniom USG piersi, na które skierowanie wypisać może np. lekarz ginekolog. W przypadku występowania raka piersi w bliskiej rodzinie, zaleca się przeprowadzanie takiego badania co najmniej raz do roku!

CZYNNIKI RYZYKA

Podczas badań nad nowotworem piersi wyodrębniono pewne czynniki zwiększające ryzyko zachorowania. Należą do nich między innymi:

- rak piersi wśród członków rodziny (stopień ryzyka zależy od liczby przypadków i stopnia 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.

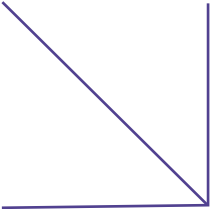
Zawsze należy jednak pamiętać, że jedynie częste kontrolowanie swojego stanu zdrowia daje wysoką gwarancję braku zachorowalności na nowotwory i inne groźne choroby.

PROGRAM ZDROWOTNY

Program profilaktyki raka piersi kierowany jest do kobiet w wieku między 50 a 69 rokiem życia, które posiadają ubezpieczenie zdrowotne i spełniają następujące, dodatkowe kryteria:

- nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat, lub
- otrzymały pisemne wskazanie do ponownego wykonania mammografii po upływie 12 miesięcy z powodu obciążenia następującymi czynnikami ryzyka: rak piersi wśród członków rodziny, lub mutacja w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA 2.

Kobieta może wykonać takie badanie bez skierowania w dowolnej placówce wykonującej takie świadczenia zdrowotne. Należy pamiętać, że nawet wykrycie guzka nie musi oznaczać od razu nowotworu. Część wykrytych zmian jest zupełnie nieszkodliwa i tylko około 10% okazuje się być nowotworem złośliwym. Jeśli wynik mammografii ujawnia jakieś nieprawidłowości, kobieta kierowana jest na dalsze badania, między innymi USG piersi, biopsję cienkoigłową lub biopsję gruboigłową z badaniami histopatologicznymi. Cała ta diagnostyka odbywa się w ramach tego samego programu, a więc jest również bezpłatna.



PROBLEMATYKA HIV/AIDS

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 roku, poz. 947), rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. z 2011, nr 44, poz. 227), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 roku, poz. 1100)

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

- zakażenie może przebiegać bezobjawowo - osoba jest nosicielem wirusa i może przekazywać go innym ludziom, sama jednak nie wykazuje żadnych objawów chorobowych. Objawy mogą się w ogóle nie ujawnić za życia osoby;
- drugą formą zakażenia jest tzw. zespół limfadenopatyczny, łączący się jedynie z nieznacznymi następstwami zdrowotnymi dla zakażonego;
- zespół limfadenopatyczny może przekształcić się w zespół objawów związanych z AIDS, gdzie obserwuje się znacznie poważniejsze następstwa zdrowotne;
- ostatnią formą jest w pełni rozwinięte AIDS, czyli zespół nabytego upośledzenia odporności, który nieuchronnie prowadzi do śmierci.

Każda z wymienionych powyżej możliwości rozwoju wirusa jest groźna zarówno dla nosiciela, jak i dla jego otoczenia i powinna być traktowana z należytą powagą zarówno przez prawo jak i społeczeństwo. Współczesny rozwój medycyny pozwala na długoterminowe leczenie pacjentów zakażonych HIV i minimalizowanie objawów chorobowych, a także możliwości rozwinięcia się AIDS. Do tej pory jednak nie wynaleziono skutecznej metody umożliwiającej całkowite wyleczenie pacjentów.

WAŻNE! Przeniesienie wirusa jest możliwe poprzez kontakt z krwią osoby zakażonej, a także przez spermę, wydzielinę żeńskich narządów rodnych i mleko matki.

TAJEMNICA LEKARSKA

Na lekarzy nałożony jest obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej. Wynika to z odpowiednich przepisów i zostało szczegółowo opisane w dziale „Prawa Pacjenta”. W przypadku zakażeń wirusem HIV pojawia się jednak problem, czy lekarz powinien poinformować osoby bliskie pacjentki o takim rozpoznaniu. Jednym z argumentów jest fakt, że zachowanie tajemnicy lekarskiej w takiej sytuacji może stanowić niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia osób trzecich. Zdania w tej kwestii są jednak podzielone. Część osób uważa, że konieczne jest powiadomienie rodziny lub osób bliskich traktując niewykonanie tego obowiązku nawet w kategorii przestępstwa narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, inni konstatują, że tajemnica lekarska nie powinna podlegać w tym wypadku wyjątkowi. Przekazanie informacji osobom trzecim skutkuje bowiem naruszeniem prawa do poufności i prywatności, a także może narazić osobę zakażoną na daleko idące konsekwencje społeczne, takie jak dyskryminacja, ostracyzm czy brak akceptacji w gronie najbliższym. Takie działanie naruszać może również jedno z najważniejszych praw pacjenta i człowieka, jakim jest prawo do godności. Konflikt interesów jest bardzo trudny do rozstrzygnięcia.

ZAPOBIEGANIE I ZWALCZANIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zalicza AIDS i zakażenie wirusem HIV do chorób zakaźnych. W przypadku potwierdzenia nosicielstwa niezbędne jest poinformowanie o tym wojewódzkiego inspektora sanitarnego lub wskazaną przez niego specjalistyczną jednostkę właściwą w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową. Istnieje możliwość zachowania anonimowości nosiciela poprzez podanie samych inicjałów.

Osoby zakażone wirusem HIV mają taki sam dostęp do świadczeń medycznych, jak każdy inny świadczeniobiorca. Jedynym wyjątkiem mogą być ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, na które osoby seropoztywne nie potrzebują skierowania od lekarza.

Gdy niezbędne jest 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.

WAŻNE! Jeśli zdarzyła się sytuacja narażająca na zakażenie należy jak najszybciej zgłosić się do szpitala zakaźnego, w którym leczone są osoby żyjące z HIV. Tam lekarze podejmą decyzję o podaniu leków antyretrowirusowych, które mogą wyeliminować wirusa z organizmu. Skuteczność takiego działania jest możliwa tylko w okresie 48 godzin od kontaktu z wirusem!

HIV/AIDS A MACIERZYŃSTWO

Zasadniczym zagadnieniem różnicującym kobiety i mężczyzn seropoztywnych są kwestie związane 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 nosicielstwa lub zwykłej ciąży.

UWAGA! 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. 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%!

WAŻNE! Każda kobieta będąca w ciąży powinna poddać się badaniom na obecność wirusa HIV do 10. tygodnia i między 33. a 37. tygodniem ciąży. Jeśli lekarz nie zaproponuje takiego badania, pacjentka powinna sama poprosić o jego zlecenie. Partner pacjentki może także wykonać takie badanie, bezpłatnie i anonimowo w punktach prowadzonych przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

Badanie przeprowadza się 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 wirusem HIV, należy zastosować procedury wyznaczone przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób zakaźnych.

Jak wynika z badań, około 70% zakażeń dzieci zdarza się podczas porodu. Może się to również stać w ostatnim trymestrze ciąży, tuż przed porodem lub podczas karmienia piersią. Świadomość nosicielstwa znacznie ogranicza przekazywanie wirusa potomstwu. W przypadku stwierdzenia zakażenia matki, w czasie ciąży i porodu może ona mieć podawane odpowiednie leki antyretrowirusowe, które w znaczniej 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, jeśli jednak jest ich więcej niż 1000, ryzyko zakażenia gwałtownie wzrasta. Sterowaniem tego poziomu powinien zająć się specjalista, który wyznaczy ilość stosowanych leków antyretrowirusowych i ich dawkę.

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 nacięcie krocza, w przypadku porodu kleszczowego, sztucznego przebicia pęcherza płodowego, stymulacji czynności skurczowej oraz zabiegów diagnostycznych podczas porodu. 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 okazać się jednak znacznie skuteczniejszy, niż poród „siłami natury”. Świadomość zarówno kobiety jak i personelu medycznego ma kluczowe znaczenie dla zagwarantowania prawidłowej i bezpiecznej formy działania.

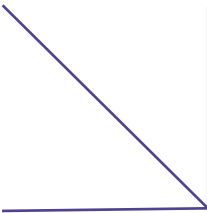
Noworodek po porodzie powinien zostać poddany specjalistycznym badaniom, czy wirus został przekazany przez matkę, a w przypadku, gdy wykonany test na przeciwciała anty-HIV okaże się pozytywny, można podać mu natychmiastowo leki antyretrowirusowe, które zwiększają szanse, że dziecko nie zostanie zakażone. W niektórych krajach bada się wszystkie noworodki, nawet jeśli nie ma podejrzenia, że matka była zakażona.

WAŻNE! Każdy, kto zdecyduje się na wykonanie testu, może to zrobić bezpłatnie w punktach prowadzonych przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Taka osoba ma prawo do zachowania w tajemnicy jego wyników, a także do uzyskania fachowego poradnictwa z zakresu zapobiegania i leczenia HIV/AIDS.

Na początku 2011 roku Rada Ministrów ustaliła Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, który w swoich założeniach przewiduje zapewnienie powszechnego dostępu do diagnostyki HIV/AIDS. Cele szczegółowe wymienione w załączniku do rozporządzenia zakładają usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży, a także zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV. Takie szeroko zakrojone działania profilaktyczne są niezmiernie ważne i świadczyć mogą o coraz lepszym zrozumieniu problemu.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA

Kodeks karny w art. 161 stanowi, że każda osoba, która wie o byciu nosicielem wirusa HIV naraża bezpośrednio inną osobę na takie zakażenie podlega karze. Ściganie wymaga złożenia wniosku na Policję lub do prokuratury przez osobę pokrzywdzoną. Znacznym utrudnieniem w zakresie udowodnienia sprawcy winy jest możliwość ustalenia, czy miał on świadomość bycia nosicielem. Przepis nie zezwala więc na karanie osób, które nie posiadają właściwej wiedzy na temat swojego stanu zdrowia. Najlepszym dowodem w sprawie może być test na obecność wirusa HIV w organizmie, wykonany przed narażeniem na zakażenie innej osoby.



OCHRONA PRAWNA W PRZYPADKU NARUSZEŃ PRAW PACJENTEK

W przypadku 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.

WAŻNE! Warto na początku zastanowić się jaki ma być skutek podjętych działań, a następnie wybrać drogę interwencyjną.

Na początku zaprezentowane zostaną środki, które pacjentka może wykorzystać w celu doprowadzenia do konkretnego działania bądź zaniechania, kiedy takie działanie bądź zaniechanie może doprowadzić do zaprzestania naruszania jej praw. Postępowanie cywilne, karne oraz zawodowe i dyscyplinarne przedstawicieli zawodów medycznych odnoszą się do sytuacji, gdzie krzywda bądź naruszenie praw pacjentki już się stały i przyniosły jej nieodwracalne skutki. Należy jednak zaznaczyć, że również na tym etapie zgłoszenie sprawy do którejkolwiek instytucji wymienionej wcześniej może być dla pacjentki pomocne w zakresie zdobywania informacji czy poradnictwa prawnego. Na końcu zaprezentowano możliwość wniesienia skargi do Trybunału w Strasburgu.

► PRZEŁOŻONY LEKARZA, DYREKTOR, KIEROWNIK PLACÓWKI SŁUŻBY ZDROWIA

W przypadku naruszenia uprawnień pacjentki lub niestosownego 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 naruszone zostały prawa, a także z adnotacją żądania ustosunkowania się do wniosku na piśmie. Jeśli brak będzie takiego zapisu zażalenie może zostać uznane jako

informacja i jedynie dołączone do akt. Należy więc jasno określić, że oczekuje się informacji zwrotnej. Przyjęło się, że powinna ona zostać wystosowana w terminie 30 dni. W sytuacji, gdy okaże się, że lekarz (czy osoba wykonująca inny zawód medyczny) nie zachowała się w zgodzie ze standardami pracy i swoimi obowiązkami, może to skutkować odpowiedzialnością dyscyplinarną tak, jak w każdym innym miejscu pracy.

► 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. Rzecznik ma rangę ministra - powoływany i odwoływany jest przez Prezesa Rady Ministrów i to on sprawuje nadzór nad jego działalnością. Przy wykonywaniu swoich obowiązków Rzecznik wspierany jest przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, a także nie więcej niż dwóch zastępców. Rzecznik nie ma obowiązku posiadania wykształcenia medycznego, ale takie wymaganie musi spełniać jeden jego zastępca.

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

- prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- prowadzenie postępowań wyjaśniających w zakresie ochrony praw pacjenta;
- możliwość żądania wszczęcia postępowania albo brania czynnego udziału w już toczącym się postępowaniu na prawach przysługujących prokuratorowi w sprawach cywilnych o ochronę praw pacjenta;
- opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;
- występowanie do właściwych organów z wnioskiem 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 takich wniosków;
- opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;
- współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
- 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;
- współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, d których celów statutowych należy ochrona praw pacjentów;
- analizowanie skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
- wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa albo zleconych przez Prezesa Rady Ministrów.

WAŻNE! Każdy, czyje prawa zostały naruszone może złożyć wniosek do Rzecznika o wszczęcie postępowania. Wniosek musi być podpisany, należy oznaczyć pacjenta, którego dotyczy, a także zwięźle opisać stan faktyczny. Wniosek jest wolny od opłat.

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, zawsze można skontaktować się z Działem Skarg i Wniosków w wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia, które przejęły obowiązki dawnych wojewódzkich Rzeczników Praw Pacjenta.

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta mieści się pod adresem:

ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa

Ogólnopolska bezpłatna infolinia: 800-190-590
(z telefonów stacjonarnych i komórkowych) czynna pn-pt w godzinach 9.00-21.00

Przyjęcia interesantów w Biurze: pn-pt w godzinach 9.00-15.00

Rzecznik może podjąć **postępowanie wyjaśniające** z własnej inicjatywy, jeśli uzyska informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie praw pacjenta. Po zapoznaniu się ze sprawą Rzecznik może ją podjąć, lub nie, może ją przekazać według właściwości do innego organu albo 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 się podjąć sprawę może albo samodzielnie prowadzić postępowanie wyjaśniające, albo 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.

Rzecznikowi przysługują dość rozległe kompetencje. 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. Ma prawo wglądu w akta spraw po zakończeniu postępowania i zapadnięciu rozstrzygnięcia. W jego gestii leży również zlecenie ekspertyz i opinii do prowadzonych spraw.

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 niego działania nie potwierdziły naruszenia praw pacjentki, obowiązkowo powiadamia on nie tylko wnioskodawczynię, ale także podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, którego wniosek dotyczył. Ważne jest, że wnioskodawczyni w takim przypadku, zgodnie z art. 127 kodeksu postępowania administracyjnego, przysuguje 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 nadrzędnego nad tą jednostką. 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.

► SEKCJA DO SPRAW SKARG I WNIOSKÓW PRZY ODDZIAŁACH NFZ

Sekcje do spraw skarg i wniosków są właściwe do rozpatrywania zgłoszeń pacjentów, związanych z udzielaniem świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej przez przychodnie, szpitale i innej jednostki zakontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Można tam również uzyskać wszelkie informacje związane z ochroną zdrowia i prawem medycznym. W każdym województwie znajduje się co najmniej jeden oddział NFZ, w którym działa sekcja do spraw skarg i wniosków.

Przedmiotem skargi może być sprawa naruszenia praw pacjenta, przewlekłego lub biurokratycznego załatwiania spraw przez Fundusz, zaniedbania lub nienależytego wykonania zadań przez pracowników Funduszu. Przedmiotem wniosku natomiast mogą być wszystkie kwestie dotyczące ulepszenia organizacji, usprawnienia pracy, zapobiegania nadużyciom, a także lepszego zaspokajania potrzeb świadczeniobiorców.

Sekcje do spraw Skarg i Wniosków znajdują się w każdym oddziale NFZ. Dane teleadresowe oddziałów w każdym województwie znajdują się w części dotyczącej NFZ.

► 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 jakiekolwiek prawo przysługujące jednostce, niezależnie od dziedziny. Możliwe jest więc także interweniowanie w zakresie praw pacjentów, choć aktywność Rzecznika Praw Obywatelskich w tym obszarze jest ograniczona przez działania Rzecznika Praw Pacjentów, który powinien być pierwszą instytucją, w której pacjentka szuka pomocy.

Możliwe jest jednak złożenie skargi do Rzecznika Praw Obywatelskich na działanie organu władzy państwowej lub sprawującego funkcję publiczną. Skarga powinna być podpisana przez osobę skarżącą, ponieważ Rzecznik nie rozpoznaje spraw anonimowych. Wniesienie takiej skargi jest wolne od opłat.

Dane kontaktowe:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Aleja Solidarności 77

00 - 090 warszawa

Infolinia obywatelska 800 676 676

Przyjęcia interesantów w Warszawie:

poniedziałki: od 9.00 do 17.00

wtorki - piątki: od 9.00 do 15.00

Biuro pełnomocnika terenowego RPO w Gdańsku

ul. Chmielna 54/57

przyjęcia interesantów:

poniedziałek od 10.00-17.00

wtorek, środa, czwartek w godz. 9.00-15.00

telefon (+ 48 58) 76 47 302

Biuro pełnomocnika terenowego RPO w Katowicach

ul. Jagiellońska 25

przyjęcia interesantów:

w pokoju 122

poniedziałek, środa, piątek od 09:00 do 15:00

wtorek od 10:00 do 17:00

telefon (+ 48 32) 72 86 800

Biuro pełnomocnika terenowego RPO we Wrocławiu

ul. Wierzbowa 5

przyjęcia interesantów:

poniedziałek, wtorek, czwartek od 9.00 do 15.00

środa od 10.00 do 17.00

telefon (+48 71) 34 69 100

Punkt przyjęć interesantów RPO w Bydgoszczy:

ul. Jagiellońska 3

w pokoju 28

w każdy trzeci piątek miesiąca w godzinach od 11:00 do 15:00

Punkt przyjęć interesantów RPO w Częstochowie:

ul. Śląska 11/13

w pokoju 108

w każdy ostatni czwartek miesiąca w godzinach od 10:00 do 15:00

Punkt przyjęć interesantów RPO w Lublinie:

ul. Spokojna 4

w pokoju 46

w każdy ostatni piątek miesiąca w godzinach od 10.00 do 15.00

 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 wykonywania przez nie świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu Funduszu.

Dane teleadresowe Funduszu i jego oddziałów:

Narodowy Fundusz Zdrowia

ul. Grójecka 186

02-390 Warszawa

tel. 22 572 60 00

faks 22 572 63 33

Infolinia: 22 573 60 42, 800 392 976

infolinia@nfz.gov.pl

Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ

50-525 Wrocław, ul. Joannitów 6

tel. 71 797 91 00

faks 71 797 93 25

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

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

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

Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ

90-032 Łódź, ul. Kopcińskiego 58

tel. (42) 194-88, 275 40 30

www.nfz-lodz.pl

Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ

31- 053 Kraków, ul. Ciemna 6

Centrala na ul. Ciemnej 6 - tel. (12) 298 81 00

ul. Batorego 24 - tel. (12) 298 83 00

ul. Racławicka - tel. (12) 298 84 00

faks (12) 430 64 40

www.nfz-krakow.pl

e mail: nfz@nfz-krakow.pl

Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ

00-613 Warszawa, ul. Chałubińskiego 8

tel. (22) 456 74 01

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

Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ

35-032 Rzeszów ul. Zamkowa 8

tel. (17) 860-41-00

faks (17) 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

80-844 Gdańsk, ul. Podwale Staromiejskie 69

tel. (58) 321-86-71, 321-86-35

faks (58) 321-85-51

www.nfz-gdansk.pl**Śląski Oddział Wojewódzki NFZ**

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice

tel. 32 735 16 00

faks 32 735 15 71

www.nfz-katowice.pl**Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ**

25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9

tel. (41) 364 61 00

faks (41) 343 04 90

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. 801 00 22 72 - dla telefonów stacjonarnych,

91 881 99 72 - dla telefonów komórkowych i połączeń zza granicy

aks 91 425 11 88

www.nfz-szczecin.pl

► KONSULTANCI DO SPRAW GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA

W kwestii ochrony praw ściśle związanych ze sferą praw reprodukcyjnych i seksualnych przydatny może być kontakt z konsultantami do spraw ginekologii i położnictwa, których można znaleźć w każdym województwie. Ich pomoc może być nieoceniona w zakresie uprawnień i specjalizacji, ponieważ, między innymi, mogą przeprowadzać kontrole dostępności świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej. Warto w szczególności wiedzieć o tym, gdzie konsultant urzęduje, ponieważ szpitale często w ramach wewnętrznych procedur w zakresie prawa do przerywania ciąży, wymagają właśnie zgody konsultanta. Nawet jeśli takiej zgody nie wymagają, ale istnieje domniemanie, że mogą naruszyć prawo pacjentki do tego świadczenia, interwencja ze strony konsultanta może okazać się potrzebna. Konsultanci zmieniają się, warto zatem zawsze upewnić się, kto jest konsultantem w danym województwie. Warto również mieć na względzie, że konsultanci to lekarze, którzy też mają określone poglądy i postawy, dlatego warto wcześniej zorientować się, czy rzeczywiście może to być pomocna osoba.

Krajowy Konsultant ds. Ginekologii i Położnictwa

Prof. dr hab. Stanisław Radowski
Klinika Endokrynologii Ginekologicznej WUM
Szpital Kliniczny im. Księżnej Anny Mazowieckiej
ul. Karowa 2, 00-315 Warszawa
tel. (22) 629-12-40, 596-61-25
faks (22) 828-69-25, 596-64-90
rado@szpitalkarowa.pl

Konsultanci Wojewódzcy ds. Ginekologii i Położnictwa

Dolnośląski

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Zimmer
Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersytecki Szpital Kliniczny
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
tel. 71/ 733-14-00
faks 71/ 733-14-09
mzimmer@wp.pl

Kujawsko-Pomorski

prof. dr hab. n. med. Marek Grabiec
Klinika Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr J. Bizziela
ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz
tel. 52 36 55 526
faks 52 36 55 245
grabiecm@cm.umk.pl

Lubelski

prof. dr hab. n. med. Jan Oleszczuk
Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii UM w Lublinie
ul. Jaczewskiego 8, 20-090 Lublin
tel. 81 724-47-69, 81 724-47-70
faks 81 724-48-41
jan.oleszczuk@umlub.pl

Lubuski

prof. dr hab. n. med. Jana Skrzypczak
Klinika Rozrodczości Katedry Ginekologii, Położnictwa i Onkologii Ginekologicznej Uniwersytet Medyczny
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel. 618419302
faks 618419625

Łódzki

Dr n. med. Mariusz Grzesiak
Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”
Klinika Medycyny Matczyno - Płodowej i Ginekologii, Klinika Perinatologii i Ginekologii
ul. Rzgowska 281/290, 93-338 Łódź
tel. 42 271 10 00, 42 271 10 81
mariusz.grzesiak@gmail.com

Małopolski

Prof. UJ dr hab. med. Hubert Huras
Klinika Położnictwa i Perinatologii UJ CM
ul. Kopernika 23, 31-501 Kraków
tel. 12 424 84 12
faks 12 424 84 43
hhuras@su.krakow.pl

Mazowiecki

dr hab. n. med. Bronisława Pietrzak
Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o.
Pl. Starynkiewicza 1/3
02-015 Warszawa
tel. 22 583 03 00
bronslawa.pietrzak@wum.edu.pl

Opolski

dr n. med. Wojciech Guzikowski
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 42 15 772
habibi48@op.pl

Podkarpacki

dr n. med. Jarosław Janeczko
Szpital Specjalistyczny Pro-Familia T. Wapiński Z. Sobieszczański i wspólnicy Sp. J.
ul. Witolda 6 B, 35-302 Rzeszów
tel. 17 773 57 10
faks 17 773 58 00
szpital@pro-familia.pl, www.pro-familia.pl

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. 85 748-88-02; 85 748-88-07
faks 85 748-88-15
mkinalski@wp.pl

Pomorski

vacat

Śląski

Prof. dr hab. n. med. Anita Olejek
Szpital Specjalistyczny Nr 2 SUM
Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej
ul. Batorego 15, 41 - 902 Bytom
tel. sekr. 32/786-15-40
faks 32/786-16-47
klingin1@interia.pl

Świętokrzyski

dr hab. n. med. Rokita Wojciech
Wojewódzki Szpital Zespolony
ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce
tel. 41-36-71-262
faks 41-34-50-623
rokita@complex.com.pl

Warmińsko-Mazurski

dr n. med. Janina Lipińska
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn
tel. /89/538 65 03 (407,453)
lipinskajaoan@yahoo.com

Wielkopolski

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

Zachodnio-Pomorski

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Celewicz
Klinika Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii SPSK Nr 1
ul. Siedlecka 2 72-010 Police
tel. (91) 425 39 11
faks (91) 425 39 12
kom. 602 658 207
celko@post.pl

 **ODSZKODOWANIE I ZADOŚĆUCZYNIENIE
W PRZYPADKU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH**

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

Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych ma na celu skrócenie i ułatwienie drogi do otrzymania rekompensaty za rozstrój zdrowia wywołany przez niewłaściwe działanie bądź zaniechanie służb medycznych szpitali.

Ustawa precyzuje, że **zdarzeniem medycznym** jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnej z aktualną wiedzą medyczną

- diagnozy, w przypadku gdy w jej wyniku pacjent był leczony niewłaściwie, albo opóźniła ona leczenie co przyczyniło się do rozwoju choroby;
- leczenia, w tym także wykonania zabiegu operacyjnego;
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego wnieść może pacjent, a w razie jego śmierci spadkobiercy, w terminie 1 roku od dowiedzenia się o zdarzeniu skutkującym pogorszeniem stanu zdrowia, nie później jednak niż w 3 lata od zaistnienia tego zdarzenia. Do tych terminów nie wlicza się okresu ewentualnie prowadzonego postępowania spadkowego. Sprawy takie rozpatrywać będzie specjalnie do tego powołana wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniu medycznym z siedzibą we właściwym urzędzie wojewódzkim.

WAŻNE! Właściwym urzędem wojewódzkim jest ten, na obszarze którego doszło do zdarzenia medycznego.

Wniosek zawierać musi wszelkie dane pacjentki, a także uzasadnienie, dowody uprawniające do wnioskowania o wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, przy czym maksymalnie kwota ta łącznie może wynosić 1 200 000 złotych, z tym że w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia jest to 100 000 złotych. W wypadku śmierci pacjenta granicą jest kwota 300 000 złotych. Złożenie wniosku kosztuje 200 złotych.

Kompletny i należyście opłacony wniosek komisja wojewódzka przekazuje do kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego dany szpital i do ubezpieczyciela, który zobowiązany jest do przedstawienia swojego stanowiska. Jego nieprzedstawienie w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku jest równoważne z akceptacją roszczenia.

Celem postępowania przed komisją wojewódzką jest ustalenie czy w danej sytuacji doszło do zdarzenia medycznego, którego następstwem była szkoda powoływana przez pacjentkę. W posiedzeniu może uczestniczyć podmiot składający wniosek, przedstawiciel kierownika podmiotu leczniczego i przedstawiciel ubezpieczyciela. Komisja wydaje orzeczenie nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Istnieje możliwość wnioskowania o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Wojewódzka komisja, w zmienionym składzie, musi rozpatrzyć taki wniosek w terminie 30 dni.

UWAGA! Komisja wojewódzka nie orzeka o winie lekarza czy placówki. Stwierdza wyłącznie, czy doszło do zdarzenia, czyli, czy określone we wniosku okoliczności wypełniają definicję zdarzenia medycznego. Kwestia winy - która jest kluczowa w postępowaniu cywilnym czy karnym - nie ma tutaj znaczenia.

W sytuacji ustalenia, że opisywana przez pacjentkę szkoda jest wynikiem zdarzenia medycznego, ubezpieczyciel ma obowiązek przedstawienia propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia w terminie 30 dni. Jeśli tego nie zrobi będzie obowiązany dokonać wypłaty określonej we wniosku. Podmiot składający wniosek ma następnie 7 dni na przyjęcie bądź odrzucenie propozycji. Całość procesu odbywa się za pośrednictwem komisji wojewódzkiej.

WAŻNE! W przypadku orzeczenia o braku zdarzenia medycznego koszty postępowania przed komisją ponosi podmiot składający wniosek.

▶ POSTĘPOWANIE ADMINISTRACYJNE

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 roku, poz. 581), kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 1960 roku, nr 30, poz. 168)

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 dotyczących objęcia takim ubezpieczeniem czy 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 (również tych poniesionych w innym państwie będącym członkiem Unii Europejskiej). Skarga powinna być poparta rzetelnym, właściwym i całościowym 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 odwołania się bezpośrednio do sądu administracyjnego.

▶ POSTĘPOWANIE CYWILNE

Kodeks cywilny (Dz. U. z 1963 roku, nr 16, poz. 93), kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 1964 roku, nr 43, poz. 296), ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 roku, nr 52, poz. 417)

Jeśli wskutek niewłaściwego leczenia bądź zaniechania leczenia została pacjentce wyrządzona szkoda, może ona na drodze postępowania cywilnego ubiegać się o odszkodowanie, zadośćuczynienie lub rentę od placówki/jednostki, które przyczyniły się do powstania szkody.

Ustawa o prawach pacjenta w art. 4 stanowi, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego. Czyli w sytuacji, gdy postępowanie wyjaśniające (opisane w części dotyczącej rzecznika Praw Pacjenta) przyniesie rozstrzygnięcie w postaci stwierdzenia naruszenia, takie rozstrzygnięcie otwiera drogę do roszczeń finansowych.

Pozew można jednak złożyć bez uprzedniego postępowania prowadzonego przez Rzecznika Praw Pacjenta.

W sytuacji, gdy doszło do naruszeń praw pacjenta lub niedozwolonego zachowania lekarza, można złożyć pozew z tytułu naruszenia dóbr osobistych lub czynów niedozwolonych. W prawidłowym sformułowaniu pozwu konieczna może się okazać pomoc prawnika, ponieważ postępowanie przez sądem cywilnym jest czasochłonne i może wiązać się z wysokimi kosztami.

Pozew składa się do sądu rejonowego lub okręgowego, w zależności od wartości żądania. Sąd rejonowy rozpatruje sprawy, w których wysokość roszczenia nie przekracza **75 tysięcy złotych**. Jeśli roszczenie jest wyższe, pozew powinien zostać skierowany do sądu okręgowego.

WAŻNE! Pozew powinien zawierać:

1. oznaczenie sądu, imię i nazwisko lub nazwę stron, dane przedstawicieli ustawowych oraz pełnomocników i ich adresy;
2. oznaczenie rodzaju pisma;
3. treść wniosku/oświadczenie z uwzględnieniem dowodów na poparcie przytoczonych okoliczności;
4. podpisy właściwych stron, przedstawicieli, pełnomocników;
5. listę załączników;
6. określenie żądania, w sprawach o prawa majątkowe także oznaczenie wartości przedmiotu sporu;
7. przytoczenie okoliczności faktycznych uzasadniających żądanie.

Pozew może zawierać wnioski o zabezpieczenie powództwa, o nadanie wyrokowi rygoru natychmiastowej wykonalności i przeprowadzenie rozprawy pod nieobecność powoda oraz wnioski służące do przygotowania rozprawy. Tutaj w szczególności wnioski o wezwanie na rozprawę świadków i biegłych, dokonanie oględzin, polecenie pozwanemu dostarczenia na rozprawę właściwych dokumentów będących w jego posiadaniu, czy żądanie udostępnienia na rozprawie innych dowodów znajdujących się w posiadaniu sądów, urzędów czy osób trzecich.

Odszkodowanie jest świadczeniem pieniężnym, którego celem jest pokrycie strat materialnych powstałych w majątku osoby poszkodowanej.

Wnosząc o przyznanie odszkodowania można ubiegać się 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 sytuacji, 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 pacjentki, odszkodowanie przysługuje osobie, która poniosła koszty leczenia czy koszty pogrzebu, a także rodzinie, jeśli w wyniku tej śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie jej sytuacji majątkowej.

W przypadku żądania odszkodowania na drodze cywilnoprawnej, możliwe jest pozywanie placówki publicznej służby zdrowia, ale także lekarzy wykonujących prywatną praktykę. Odmierna będzie jedynie podstawa prawna, gdyż zakład opieki zdrowotnej odpowiada z tytułu czynu niedozwolonego, a prywatny lekarz 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 pacjentki, renty mogą też 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.

Osoba poszkodowana może ubiegać się o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę. Już sama nazwa wskazuje, że nie chodzi tutaj o szkodę majątkową, ale raczej szkodę moralną. W tym wypadku możliwe jest żądanie wynagrodzenia za doznane cierpienia, zarówno fizyczne, jak i psychiczne czy emocjonalne.

UWAGA! Zadośćuczynienie nie pokrywa konkretnych wydatków czy utraconych korzyści, ale jest rekompensatą 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. Chodzi tu przede wszystkim o prawo dostępu do dokumentacji medycznej, do informacji, do wyrażania zgody, do godności, ale także o prawo do świadczeń zdrowotnych.

Dochodzenie naprawienia szkody jest możliwe tylko z zachowaniem określonych w ustawie terminów:

- roszczenie naprawienia szkody ulega przedawnieniu z upływem 3 lat 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;
- jeśli szkodę wyrządzono w wyniku zbrodni lub występku termin ulega wydłużeniu do 20 lat, licząc od dnia popełnienia przestępstwa, bez względu na to kiedy poszkodowana dowiedziała się o szkodzie i osobie zobowiązanej;
- jeśli szkoda została wyrządzona osobie małoletniej termin przedawnienia nie może ukończyć się wcześniej niż z upływem 2 lat od uzyskania przez nią pełnoletności.

WAŻNE! Przedawnienie jest specyficzną instytucją, gdyż sąd może ją wziąć pod uwagę jedynie na zarzut pozwanego. Jeśli więc na przykład, zakład opieki zdrowotnej nie podniesie tej kwestii mimo jej zaistnienia, sprawa może się toczyć aż do prawomocnego rozstrzygnięcia.

Decydując się na postępowanie cywilne należy stosować się do jego reguł ustalonych w kodeksie cywilnym. Przede wszystkim należy pamiętać, że 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 być 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 wina nieumyślna, w postaci niedbalstwa czy niedołożenia należytej staranności. Ważne jest udowodnienie adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego, czyli wykazanie, że konkretne działanie lub zaniechanie doprowadziło do określonego 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 niezbędnej wiedzy o przebiegu zdarzenia, a także służyć jako dowód w sprawie. Warto również zawczasu pilnować, aby była ona pełna i zawierała wszystkie informacje odnośnie pacjentki, przebiegu wykonania (bądź nie) świadczenia i jego konsekwencjach.

WAŻNE! Postępowanie sądowe podlega opłacie. Osoba, której nie stać na uiszczenie opłaty lub chce skorzystać z pomocy prawnej świadczonej z urzędu, musi złożyć stosowny wniosek poparty oświadczeniem o stanie rodzinnym i majątkowym uzasadniających prośbę.

► POSTĘPOWANIE KARNE

Kodeks karny (Dz. U. z 1997 roku, nr 88, poz. 553), kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 1997 roku, nr 89, poz. 555)

Postępowanie karne może być wszczęte na podstawie kilku przepisów, które są bezpośrednio związane z ochroną życia i zdrowia człowieka, a sprawcami mogą okazać się osoby wykonujące zawód medyczny. Należą do nich:

- art. 153 kk: przerwanie ciąży bez zgody kobiety;
- 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 zespечения lub zniekształcenia twarzy;
- art. 157 kk: naruszenie czynności narządu ciała lub spowodowanie rozstroju zdrowia;
- art. 157a kk: uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub spowodowanie rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu;
- 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. 192 kk: wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta
- art. 231 kk: przestępstwo niedopełnienia obowiązków przypisywane jednakże jedynie osobie, która posiada przymiot funkcjonariusza publicznego, może to być na przykład ordynator oddziału w szpitalu.

Postępowanie karne prowadzić ma do stwierdzenia, że lekarz/pielęgniarka/położna dopuścili się przestępstwa wobec pacjentki, a uznanie winy grozi karą grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności.

WAŻNE! Warto pamiętać, że na przykład w kontekście wydania zaświadczenia o pochodzeniu ciąży z czynu zabronionego zaniechanie prokuratora, który bezpodstawnie odmawia jego wydania, kwalifikować się może do odpowiedzialności karnej na podstawie art. 231 kk.

O popełnieniu przestępstwa **ściganego z urzędu** (czyli w przypadku większości przestępstw) 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 ściganych w **trybie wnioskowym** niezbędny jest odpowiedni wniosek o ściganie złożony przez osobę pokrzywdzoną lub jej przedstawiciela prawnego; natomiast w przypadku przestępstw ściganych z **oskarżenia prywatnego** to osoba pokrzywdzona zobowiązana jest do zebrania dowodów, świadków, sporządzenia aktu oskarżenia, itp. wykonując całą pracę przypisaną w innych warunkach organom ścigania.

Osoba zawiadamiająca jak również pokrzywdzona powinny być poinformowane o wszczęciu, odmowie wszczęcia lub umorzeniu postępowania. W przypadku, gdy osoba zawiadamiająca w przeciągu 6 tygodni nie otrzyma informacji o wszczęciu lub odmowie wszczęcia postępowania, może złożyć zażalenie do prokuratora nadzrędnego. Jeśli prokurator odmówi wszczęcia postępowania, pokrzywdzona może złożyć zażalenie do sądu. Sąd może nakazać ponowne rozpatrzenie sprawy i wskazać na istotne braki w materiale dowodowym. 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 toczącym się postępowaniu przygotowawczym pokrzywdzona jest stroną. Oznacza to, że może przeglądać akta, składać zażalenia na czynności organów, albo wnioskować o dokonanie określonych czynności. Czasem może również brać w nich udział, szczególnie jeśli są niepowtarzalne. W sprawie wniesionej przez prokuratora pokrzywdzona może aż do rozpoczęcia przewodu sądowego na rozprawie głównej złożyć oświadczenie o przyłączeniu się do sprawy w charakterze **oskarżyciela posiłkowego**. Daje jej to prawo do zaskarżania orzeczeń i do składania wniosków dowodowych. Oskarżyciel posiłkowy utrzymuje swoje uprawnienia nawet wtedy, kiedy prokurator odstępuje od oskarżenia.

WAŻNE! Pokrzywdzona może korzystać z pełnomocnika.

► ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA LEKARZY

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2009 roku, nr 219, poz. 1708)

Każdy lekarz, członek izby lekarskiej, podlega odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu, w tym dotyczących praw pacjenta. Są to tzw. przewinienia zawodowe. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obejmuje cztery etapy:

- **czynności sprawdzające**, czyli wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Na tym etapie istnieje możliwość przesłuchania osoby składającej skargę w charakterze świadka;
- **postępowanie wyjaśniające**, którego celem jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, ewentualne ustalenie obwinionego, czyli właściwego lekarza wobec którego zostaną przedstawione zarzuty, a także zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów. Postępowanie wyjaśniające powinno zakończyć się w terminie 6 miesięcy;
- **postępowanie przed sądem lekarskim**, którym w pierwszej instancji jest okręgowy sąd lekarski, natomiast w drugiej Naczelny Sąd Lekarski;
- **postępowanie wykonawcze**, którego celem jest wykonanie nałożonej na lekarza kary i ewentualne wpisanie go do Rejestru Ukaranych Lekarzy prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską. Rejestr jest jawny dla osób i podmiotów, które wykażą interes prawny.

Stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej są:

- **pokrzywdzony**, a w razie jego śmierci małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia lub jej małżonek, albo osoba pozostająca we wspólnym pożyciu,
- obwiniony lekarz,
- **rzecznik odpowiedzialności zawodowej**.

Istotne jest przestrzeganie przez ustawę terminów. Możliwość wszczęcia postępowania wobec lekarza jest możliwa w okresie 3 lat od chwili popełnienia czynu, a całość postępowania musi zakończyć się w okresie 5 lat od tego momentu. Wyjątkiem są sytuacje, gdy dane działanie bądź zaniechanie lekarza wypełnia również znamiona przestępstwa - wtedy karalność ustaje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa.

Pokrzywdzonemu przysługuje prawo zażalenia na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego i postanowienie o jego umorzeniu. Wnosi się je do właściwego okręgowego sądu lekarskiego lub Naczelnego Sądu Lekarskiego (jeśli postanowienie wydał Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej) w terminie 14 dni od dnia otrzymania odpisu postanowienia.

Sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy rozpoznają okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski. Postępowanie jest jawne. Na lekarza mogą zostać nałożone następujące kary:

- upomnienie,
- nagana,
- kara pieniężna w wysokości maksymalnie czterokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku,
- zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do 5 lat,
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od 6 miesięcy do dwóch lat,
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do 5 lat,
- pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Od orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego stronom przysługuje prawo odwołania do Naczelnego Sądu Lekarskiego (za pośrednictwem okręgowego sądu lekarskiego) w terminie 14 dni od dnia doręczenia. Orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego są prawomocne z chwilą ogłoszenia. Istnieje również możliwość wniesienia kasacji do Sądu Najwyższego w terminie 2 miesięcy od dnia doręczenia orzeczenia. Może ją wnieść strona, minister właściwy do spraw zdrowia i Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

W trakcie postępowania wyjaśniającego lub w czasie postępowania przed sądem sprawa może zostać skierowana do postępowania mediacyjnego, które toczyć się będzie pomiędzy pokrzywdzonym a obwinionym lekarzem. Czas trwania takiego postępowania to maksimum 2 miesiące, a mediatorem w sprawie jest godny zaufania lekarz wybierany przez radę lekarską.

► POSTĘPOWANIE NA SZCZEBLU MIĘDZYNARODOWYM

EUROPEJSKI TRYBUNAŁ PRAW CZŁOWIEKA W STRASBURGU

Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Dz. U. z 1993 roku, nr 61, poz. 284)

Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu jest organem przyjmującym skargi od osób indywidualnych, ale także organizacji na nieprzestrzeganie, naruszenie lub złamanie praw gwarantowanych w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Na portalu internetowym Trybunału można znaleźć formularz skargi oraz wszelkie niezbędne informacje:

www.echr.coe.int

Podstawowe warunki rozpoznania skargi to:

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

Skargę może wnieść osoba fizyczna, grupa osób, a także organizacja pozarządowa. Podstawą musi być naruszenie prawa wymienionego w Konwencji przez państwo lub jego organy. Nie ma 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.

WAŻNE! Zapis o zakazie dyskryminacji nie może być stosowany samodzielnie, a jedynie w powiązaniu z naruszeniem innego prawa lub wolności.

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

KOMITET DS. ELIMINACJI DYSKRYMINACJI KOBIEĆ (CEDAW)

Konwencja w sprawie Likwidacji Wszelkich Form Dyskryminacji Kobiet (Dz. U. z 1982 roku, nr 10, poz. 71), Protokół Fakultatywny do Konwencji w sprawie Likwidacji Wszelkich Form Dyskryminacji Kobiet (Dz.U. z 1982 roku, nr 10, poz. 71)

Konwencja CEDAW reguluje rozmaite obszary, w których realizowana musi być zasada równości kobiet i mężczyzn oraz zakaz dyskryminacji i nierównego traktowania kobiet. Jednym z takich obszarów jest zdrowie. Art. 12 stanowi, że „Państwa Strony podejmą wszelkie stosowne kroki zmierzające do likwidacji dyskryminacji kobiet w dziedzinie opieki zdrowotnej w celu zapewnienia im, na zasadach równości z mężczyznami, dostępu do korzystania z usług służby zdrowia, w tym również usług związanych z planowaniem rodziny”. Art. 16 zaś odnosi się do sytuacji kobiety w relacji małżeńskiej i w punkcie e) stanowi, że należy zapewnić „równe prawa w zakresie swobodnego i świadomego decydowania o liczbie dzieci i odstępach czasu między ich narodzinami oraz w sprawach dostępu do informacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa”.

Dlatego naruszenia w sferze zdrowia reprodukcyjnego mogą być przedmiotem skargi indywidualnej do Komitetu CEDAW.

Skarga indywidualna może być rozpatrzona przez Komitet, jeśli:

- ta sama sprawa nie jest i nie była rozpatrywana przez inny organ międzynarodowy (kluczowe może się okazać zadecydowanie, z którego mechanizmu skorzystać)
- w sprawie zostały wykorzystane wszystkie możliwe krajowe środki odwoławcze
- państwo, przeciwko któremu kierowana jest skarga uznaje kompetencje Komitetu ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet do rozpatrywania skarg indywidualnych. Polska uznała kompetencje Komitetu w 1980 r. przyjmując odpowiedni Protokół

WAŻNE! Nie obowiązuje żaden termin złożenia skargi (nie ma ograniczeń, jak w przypadku Trybunału w Strasburgu).

UWAGA! Skarga może być złożona wyłącznie w języku urzędowym ONZ (angielski, francuski, hiszpański, rosyjski, arabski, chiński), najlepiej jednak, aby została sporządzona w jednym z roboczych języków Komitetu, tj. angielskim, francuskim lub hiszpańskim. Warto również poprosić o pomoc prawnika z doświadczeniem w tym zakresie.

Wzór skargi można znaleźć pod adresem:

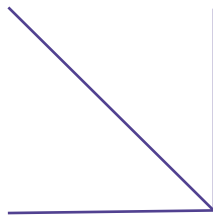
<http://www2.ohchr.org/english/bodies/docs/annex1.pdf>

Po zarejestrowaniu skargi, Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet rozpatruje ją zarówno w kategoriach dopuszczalności (ocenia powyższe kryteria), jak i zasadności, to jest tego, czy sytuacja, która się wydarzyła rzeczywiście mieści się w zakresie treści Konwencji oraz, czy to, co się w niej wydarzyło stanowi naruszenie obowiązków państwa.

Państwo - strona przeciwko któremu skierowana jest skarga ma 6 miesięcy na przedłożenie swojego stanowiska. Osoba składająca skargę ma następnie określony czas na ustosunkowanie się do tego stanowiska, po którym Komitet wydaje ostateczną decyzję.

Po rozpatrzeniu zasadności skargi Komitet wydaje ostateczną decyzję. Jeśli Komitet uzna skargę za zasadną o orzeka, że miało miejsce naruszenie któregoś z artykułu Konwencji może również sformułować rekomendacje dla państwa, które pomogą w tym, aby do podobnych naruszeń w przyszłości nie dochodziło. Państwo ma 6 miesięcy od wydania ostatecznej decyzji i rekomendacji przez Komitet na dostarczenie Komitetowi informacji na temat podjętych działań w danej sprawie.

WAŻNE! Uznające skargę orzeczenie Komitetu nie wiąże się z obowiązkiem państwa do wypłacenia zadośćuczynienia finansowego osobie skarżącej.



CIAŻA, PORÓD I POSIADANIE DZIECKA A PRACA

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks Pracy (Dz. U. z 1974 roku, nr 24, poz. 141), Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 1999 roku, nr 60, poz. 636)

W związku z zajściem w ciążę czy też urodzeniem dziecka kobiecie przysługują określone prawa w jej miejscu pracy. Należy jednak zauważyć, że większość tych uprawnień związanych jest z posiadaniem umowy o pracę, w zależności od rodzaju tej umowy, uprawnienia te mogą się zmieniać.

► PRACA W OKRESIE CIAŻY

Kobiety w ciąży nie można zatrudniać w godzinach nadliczbowych ani w nocy. Jeśli kobieta jest zatrudniona tylko na pory nocne, pracodawca musi jej zmienić grafik. Jeśli nie może tego zrobić, jest zobowiązany przenieść ją gdzie indziej tak, aby nie musiała pracować w nocy. Jeśli to także nie jest to możliwe, musi na okres ciąży zwolnić ją od obowiązku świadczenia pracy (ale nie może jej zwolnić z pracy). Pracownicy takiej nie można również delegować poza stałe miejsce pracy bez jej zgody.

Szczególne przepisy dotyczą też pracy kobiet w ciąży przy pracach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia. Istnieje generalny zakaz zatrudniania kobiet w takich warunkach. Jeśli jednak mimo wszystko kobieta jest zatrudniona przy takiej pracy, ale jest w ciąży, pracodawca ma obowiązek przenieść ją w inne miejsce albo zwolnić na niezbędny czas z obowiązku wykonywania tej pracy.

Przepisy dają też pracownicy ciężarnej prawo do zwolnień od pracy na zalecone przez lekarza badania lekarskie przeprowadzane w związku z ciążą, jeżeli badania te nie mogą być przeprowadzone poza godzinami pracy. Za czas nieobecności w pracy z tego powodu pracownica zachowuje prawo do wynagrodzenia. Pracodawca nie może odmówić zwolnienia pracownicy z obowiązku obecności w pracy w takiej sytuacji.

Stan ciąży powinien być potwierdzony odpowiednim zaświadczeniem lekarskim.

WAŻNE! Żadne przepisy nie nakazują kobiecie informowania pracodawcy o ciąży w żadnym konkretnym terminie. Nie ma też takiego terminu, przed którego upłynięciem informowanie pracodawcy umożliwia zwolnienie kobiety w ciąży z pracy.

Jednak, jeśli kobieta w ciąży chce skorzystać z przywilejów opisanych w przepisach właśnie z powodu ciąży, musi o jej fakcie poinformować pracodawcę.

► ROZWIĄZANIE STOSUNKU PRACY W CZASIE CIĄŻY

Podstawową zasadą jest zakaz rozwiązywania umowy o pracę z kobietą w ciąży.

WAŻNE! Nie ma przy tym znaczenia to, jak długo jest w ciąży i jaką ma umowę - od samego początku ciąży do końca trwania tej umowy kobieta nie może zostać zwolniona. Wyjątek stanowi zwolnienie dyscyplinarne, czyli z winy kobiety. Nie może ono jednak być arbitralne i w przypadku, gdy kobieta nie zgadza się z przewinieniem, na podstawie którego została zwolniona, może dochodzić swoich praw przed sądem pracy.

***Przykład:** Kobieta zostaje zwolniona z pracy - z zachowaniem okresu wypowiedzenia lub za porozumieniem stron. Po tym fakcie okazuje się, że w momencie zwolnienia była w ciąży, o czym sama nie wiedziała. Zwolnienie musi zostać wycofane, chyba, że kobieta sama chce się zwolnić i podtrzymuje porozumienie stron.*

Kobieta, która ma umowę o pracę na czas nieokreślony nie może zostać zwolniona z pracy ani w czasie ciąży, ani w okresie urlopu macierzyńskiego. Po zakończeniu urlopu może powrócić do pracy. Po powrocie nie jest chroniona przed zwolnieniem żadnym szczególnym przepisem. Jednak w sytuacji, gdy złoży wniosek o urlop wychowawczy nie może zostać zwolniona. Podobnie dzieje się w przypadku złożenia wniosku o zmniejszenie wymiaru czasu pracy - od momentu złożenia wniosku kobieta nie może zostać zwolniona przez co najmniej rok.

Kobieta, która jest w ciąży i ma umowę na czas określony przekraczający miesiąc, która jednocześnie nie jest umową na zastępstwo za innego pracownika, również nie może zostać zwolniona, gdy jest w ciąży, do końca trwania tej umowy. Umowa taka jednak jest przedłużona na mocy prawa (zatem to nie pracodawca o tym decyduje, jest to automatyczne przedłużenie) gdy umowa kończy się między końcem trzeciego miesiąca ciąży a porodem. Wtedy umowa zostaje przedłużona do dnia porodu. Jednak jeśli umowa kończy się wcześniej niż koniec trzeciego miesiąca ciąży, to pracodawca decyduje, czy podpisać następną umowę. Jeśli tego nie zrobi umowa wygasa.

Ochrona przed rozwiązaniem umowy nie dotyczy kobiet zatrudnionych na umowę zlecenie czy dzieło. Mimo ciąży umowa ta może zostać wypowiedziana zgodnie z zasadami jej rozwiązania zawartymi w samej umowie. Nadal jednak, jeśli kobieta ma przekonanie, że rozwiązanie umowy nastąpiło w związku z ciążą, może to być przejaw dyskryminacji ze względu na płeć i może próbować dochodzić swoich praw przed sądem na podstawie ustawy o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania.

WAŻNE! Wszelkie nieprawidłowości można zgłaszać do Państwowej Inspekcji Pracy (odpowiednie inspektoraty znajdują się w każdym województwie). Wszelkie informacje można znaleźć na stronie www.pip.gv.pl

► URLOP MACIERZYŃSKI I RODZICIELSKI

Urlop macierzyński przysługuje kobiecie, która w dniu porodu jest pracownicą - czy to w związku z tym, że obowiązuje jej umowa na czas określony, czy dlatego że ma umowę na czas nieokreślony. Pracownica, której umowa została przedłużona do dnia porodu nie ma tego uprawnienia, ponieważ jej umowa wygasa z dniem porodu.

Urlop macierzyński można rozpocząć już przed porodem (maksymalnie 6 tygodni).

Pracownicy przysługuje podstawowy urlop macierzyński w wymiarze 20 tygodni (czas ten zwiększa się przy urodzeniu więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie).

Urlop macierzyński to uprawnienie, ale 14 tygodni jest obowiązkowych dla matki. Jeśli po 14 tygodniach zdecyduje się wrócić do pracy dodatkowe tygodnie mogą być wykorzystane przez ojca dziecka.

Po upływie 20 tygodni (oraz dłużej, jeśli urodziło się więcej dzieci), można skorzystać z dodatkowego urlopu macierzyńskiego - to jest 6 tygodni - i ten urlop również może być wykorzystany przez ojca.

Po tym czasie można jeszcze wykorzystać urlop rodzicielski w wymiarze 26 tygodni.

Oznacza to, że łącznie urlop płatny może wynosić 52 tygodnie (rok).

Decyzję o tym, w jaki sposób kobieta chce korzystać z tych urlopów musi przedstawić pracodawcy w okresie do 14 dni po porodzie.

Urlop macierzyński przysługuje także w razie urodzenia martwego dziecka. Wynosi wtedy 8 tygodni od porodu. Jeśli dziecko umrze w pierwszych 8 tygodniach życia, pracownica ma prawo do urlopu przez czas do upłynięcia 8 tygodni od porodu, jednak nie krócej niż 7 dni od zgonu dziecka.

Przykład: *Dziecko umiera 5 tygodni po porodzie. Kobiecie przysługuje urlop przez 3 tygodnie. Jeśli dziecko umiera 7 lub 8 tygodni po porodzie, ten urlop wyniesie tydzień.*

Po upływie urlopu macierzyńskiego pracownica ma zagwarantowany powrót do pracy na tych samych zasadach, co przed urlopem. Należy jednak pamiętać, że nie ma żadnej gwarancji, która chroniłaby ją przed rozwiązaniem stosunku pracy poza szczególnymi przypadkami opisanymi wyżej.

► ZASIŁEK MACIERZYŃSKI

Warunkiem otrzymywania zasiłku jest posiadanie ubezpieczenia chorobowego. Co do zasady przysługuje osobom zatrudnionym na umowę o pracę, ale także tym zatrudnionym na podstawie umów cywilno-prawnych oraz prowadzącym własną działalność gospodarczą.

Jest to świadczenie, które przysługuje przez okres korzystania z urlopu macierzyńskiego i rodzicielskiego, w zależności od decyzji podjętej przez kobietę. Zasiłek ten przysługuje też w okresie korzystania z urlopu ojcowskiego. Co do zasady wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku. Ma to miejsce, gdy wykorzystywany jest w długości 20 lub 26 tygodni. Gdy potem wykorzystywany jest urlop rodzicielski, wysokość zasiłku wynosi 60% w tym okresie. Jeśli jednak od razu wykorzystywany jest urlop macierzyński, dodatkowy oraz rodzicielski przez cały rok wypłacane jest 80%.

Prawo do zasiłku przez 20 tygodni przysługuje kobiecie, której umowa o pracę wygasa z dniem porodu.

Zasiłek przysługuje także przez okres urlopu macierzyńskiego kobiecie, która urodziła martwe dziecko lub której ciąża została przerwana na podstawie przepisów ustawy o planowaniu rodziny.

Prawo do zasiłku dla kobiety prowadzącej własną działalność gospodarczą jest szczególnie uregulowane. Wysokość zasiłku zależy od składek na ubezpieczenie, które kobieta opłaca oraz czasu, jaki prowadzi daną działalność.

Szczegółowe informacje na temat uprawnień do zasiłków, okresów ich wypłacania oraz wysokości można uzyskać na stronach internetowych ZUSu oraz dzwoniąc do Centrum Obsługi Telefonicznej:

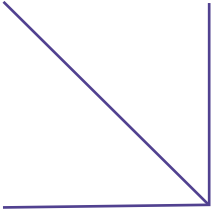
22 560 16 00

Konsultanci są dostępni:

w dni robocze pon. - pt.: godz. 7.00 - 18.00

Automatyczny System Informacyjny dostępny:

24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu



POMOC FINANSOWA - ŚWIADCZENIA I ZASIŁKI

Ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2015, poz. 114), ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 roku, poz. 163), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 roku w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką (Dz. U. z 2010 roku, nr 183, poz. 1234)

Prawo polskie przewiduje możliwość ubiegania się o pomoc materialną w przypadku, gdy jednostki nie mogą w pełni samodzielnie ponieść kosztów utrzymania siebie bądź swojej rodziny. W takich sytuacjach można ubiegać się o świadczenia pieniężne wypłacane przez urzędy gminy/miasta/dzielnicy lub ośrodki pomocy społecznej. W tym dziale omówione zostaną najważniejsze rodzaje świadczeń; nie wyczerpują one całej listy dostępnych form pomocy finansowej i niefinansowej. Po szczegółowe informacje w tym zakresie należy zgłosić się do urzędu gminy/miasta/dzielnicy lub właściwego sobie ośrodka pomocy społecznej.

► ZASIŁEK RODZINNY

Przysługuje on rodzicom, jednemu z rodziców, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu dziecka albo osobie uczącej się. Jego celem jest częściowe pokrycie kosztów utrzymania dziecka. Warunkiem przyznania jest sytuacja, w której dochód rodziny w przeliczeniu na osobę nie przekracza określonej kwoty (obecnie 574 zł/os lub 664 zł/os gdy członkiem rodziny jest osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności).

Zasiłek rodzinny przysługuje do ukończenia przez dziecko 18. roku życia, albo do 21. roku życia gdy dziecko się uczy, lub do 24. roku życia gdy dziecko się uczy i legitymuje się orzeczeniem o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności. W przypadku nauki w szkole wyższej, osoba ucząca się może otrzymywać zasiłek do ukończenia 24. roku życia.

WAŻNE! W styczniu 2016 roku weszły w życie przepisy, według których rodziny, które przekraczają próg dochodowy nie będą automatycznie pozbawiane zasiłku. Świadczenie będzie po prostu pomniejszane o kwotę, o jaką został przekroczony próg dochodowy.

Do zasiłku rodzinnego przysługują dodatki z tytułu:

- urodzenia dziecka;
- opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego;
- samotnego wychowywania dziecka;
- wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej;
- kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego;
- rozpoczęcia roku szkolnego;
- podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania.

► JEDNORAZOWA ZAPOMOGA Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA

Z tytułu urodzenia się żywego dziecka matka, ojciec, opiekun prawny lub opiekun faktyczny dziecka może otrzymać jednorazową zapomogę w wysokości 1000 zł na jedno dziecko. Otrzymanie takiego świadczenia jest możliwe, jeśli dochód rodziny w przeliczeniu na jedną osobę nie przekracza kwoty 1922 zł, a wniosek o wypłatę został złożony w terminie 12 miesięcy od dnia urodzenia się dziecka. Dodatkowym warunkiem jest obowiązek pozostawania kobiety pod opieką lekarską nie później niż od 10. tygodnia ciąży, aż do porodu. Potwierdzenie tego faktu sporządza się na specjalnym formularzu podpisanym przez lekarza lub położną.

Otrzymanie jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka wymaga więc, co do zasady, przedstawienia w ośrodku pomocy społecznej następujących dokumentów:

- wniosek o becikowe,
- dokument tożsamości osoby ubiegającej się (rodzica, opiekuna),
- zaświadczenie lekarskie,
- skrócony odpis aktu urodzenia dziecka,
- zaświadczenie z urzędu skarbowego o dochodach,
- zaświadczenie z ZUS lub od pracodawcy z informacją o wysokości składek na ubezpieczenie zdrowotne

WAŻNE! Warto dowiedzieć się w lokalnym ośrodku pomocy społecznej, jakie konkretnie dokumenty są wymagane, bo ich liczba i rodzaj może nieznacznie się różnić.

► ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZE

WAŻNE! Najlepszą metodą na uzyskanie pełnej i aktualnej informacji o możliwościach uzyskania świadczeń opiekuńczych jest skontaktowanie się z najbliższym ośrodkiem pomocy społecznej.

ZASIŁEK PIEŁĘGNACYJNY

Zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Przysługuje on niepełnosprawnemu dziecku, osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeśli powstała ona przed ukończeniem 21. roku życia, oraz osobie, która ukończyła 75 lat.

ŚWIADCZENIE PIEŁĘGNACYJNE

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje matce, ojcu, opiekunom lub osobom zobowiązanym do alimentacji, jeżeli nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o niepełnosprawności, a także wymagającą stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji wtedy, gdy istnieje konieczność stałego współdziałania opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji, edukacji. W przypadku osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności dodatkowe warunki nie muszą być spełnione.

► POMOC SPOŁECZNA

W ustawie o pomocy społecznej również znaleźć można informacje o dodatkowych świadczeniach, które przysługują jednostce w przypadku spełniania określonych kryteriów. Ustawodawca wskazuje, że określonej tam pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, trudności w integracji cudzoziemców, alkoholizmu lub narkomanii, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, zdarzenia losowego czy sytuacji kryzysowej. W ustawie znajdują się ponadto określone kryteria, na podstawie których pomoc jest udzielana.

Do świadczeń pieniężnych należą: zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy, zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie, pomoc na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki, świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego dla cudzoziemców czy wynagrodzenie należne opiekunowi z tytułu sprawowania opieki przyznane przez sąd.

Do świadczeń niepieniężnych zalicza się: pracę socjalną, bilet kredytowy, opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne czy społecznej, pomoc rzeczową, sprawienie pogrzebu, poradnictwo specjalistyczne, interwencję kryzysową, zapewnienie schronienia, posiłku, niezbędnego ubrania, oferowanie usług opiekuńczych czy specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia czy rodzinnych domach pomocy, zapewnienie mieszkania chronionego, pobytu w domu pomocy społecznej lub pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych czy pomoc w uzyskaniu zatrudnienia lub pomoc na zagospodarowanie.

WAŻNE! Ośrodki pomocy społecznej mają niekiedy bardzo szeroką ofertę działań pomocowych, z których mogą skorzystać osoby potrzebujące. Warto zapytać o możliwości wsparcia w konkretnej sytuacji.

JAK POSTĘPOWAĆ W PRZYPADKU ODMOWY WYSTAWIENIA RECEPTY NA ANTYKONCEPCJĘ?

Prawo polskie przewiduje zasadę swobodnego dostępu do antykoncepcji (Ustawa o planowaniu rodziny). Część środków jest dostępna wyłącznie na receptę, zatem pacjentki są zależne od lekarzy. Czasem odmawiają oni wystawienia recepty. Szczególną sytuacją jest odmowa wystawienia recepty na antykoncepcję doraźną, awaryjną, tak zwana pigułkę „po”, kiedy najbardziej liczy się czas a pacjentki trafiają często niekoniecznie do lekarzy, których znają i do których stale chodzą. Taka sytuacja sprzyja nadużyciom.

Co w takiej sytuacji można zrobić? Zależy to od powodu odmowy.

Opisane sytuacje są wyłącznie schematyczne, w oparciu o najczęściej zgłaszane do Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny problemy. Indywidualne sytuacje mogą się różnić od opisanych. Na każdym etapie możliwa jest konsultacja prawna z Federacją. Aktualny rozkład dyżurów prawnych znajduje się na stronie internetowej. Pytania można kierować również pod adres prawniczka@federa.org.pl. Federacja zapewnia wsparcie prawne zarówno na poziomie wczesnej interwencji, jak i ewentualnego postępowania przed odpowiednimi instytucjami.

Wybrane ważne mechanizmy prawne:

- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty - konsylium lekarskie lub konsultacja (art. 37), klauzula sumienia (art. 39), obowiązek prowadzenia dokumentacji (art. 41),
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - prawo do złożenia sprzeciwu (rozdział 8), prawo do dokumentacji (rozdział 7), prawo do świadczeń (rozdział 2).

NA CO POWOŁUJE SIĘ LEKARZ?		
na względy medyczne	na tzw. klauzulę sumienia	nie podaje powodu
Lekarz może uznać, że zażywanie przez pacjentkę środków hormonalnych jest niewskazane w związku z jej stanem zdrowia - w oparciu o wyniki badań czy inne przestanki. W takiej sytuacji jednak musi to być <u>poparte określonymi argumentami o charakterze medycznym</u> u tej konkretnej pacjentki, a nie ogólnym przekonaniem o szkodliwości środków hormonalnych. Lekarz może uznać, że zażywanie przez pacjentkę środków hormonalnych jest niewskazane w związku z jej stanem zdrowia - w oparciu o wyniki badań czy inne przestanki. W takiej sytuacji jednak musi to być poparte określonymi argumentami o charakterze medycznym u tej konkretnej pacjentki, a nie ogólnym przekonaniem o szkodliwości środków hormonalnych.	Wystawienie recepty na środki antykoncepcyjne nie jest co do zasady świadczeniem, którego lekarz może odmówić na podstawie klauzuli sumienia, choć w praktyce takie sytuacje mają miejsce bardzo często. Powołanie się na klauzulę sumienia może być wyrażone wprost (poprzez odwołanie się lekarza do SUMIENIA) lub nie wprost, na przykład poprzez określenie „ja nie wypisuję takich rzeczy” itp. UWAGA: aby wymagać od lekarza odnotowania odmowy na tej podstawie w dokumentacji trzeba mieć pewność, że stosuje on klauzulę sumienia uregulowaną w art. 39 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zatem kiedy wyraźnie mówi o tym, że wypisanie recepty stoi w sprzeczności z jego sumieniem.	Jest to sytuacja, w której lekarz stwierdza przysłowiowe „nie, bo nie”, nie podając żadnego z powyższych powodów. Często zdarza się, że jest tu ukryta niechęć do środków antykoncepcyjnych co do zasady i sytuacja podobna do powołania się na klauzulę sumienia, ale bez powołania się na nią wprost. Lekarz nie ma prawa po prostu odmówić wystawienia recepty, jeśli nie wskaże względów o charakterze medycznym lub związanych ze swoim sumieniem (patrz wyżej). Należy tę sytuację traktować jako niedopuszczalną.

CO NALEŻY ZROBIĆ NIEZWŁOCZNIE?

Pacjentka powinna złożyć wniosek o natychmiastowe wydanie orzeczenia na temat stanu jej zdrowia, który zdaniem lekarza sprawia, że nie może stosować antykoncepcji i powoduje odmowę wystawienia recepty - orzeczenie ma być wydane <u>na piśmie</u>. Wniosek może być złożony ustnie - w formie prośby do lekarza. Jeśli lekarz odmówi sporządzenia takiego orzeczenia: - należy bezzwłocznie poinformować jego przełożonego oraz <u>złożyć na piśmie</u> wniosek o wydanie takiego orzeczenia i uzyskać potwierdzenie otrzymania wniosku - wniosek należy zaadresować na nazwisko lekarza oraz przekazać go również do wiadomości przełożonemu lekarzowi. - należy również poinformować <u>Biuro Rzecznika Praw Pacjenta</u> o tym, że lekarz nie odnotował w dokumentacji medycznej okoliczności medycznych, które jego zdaniem uniemożliwiają pacjentce korzystanie ze środków antykoncepcyjnych. Rzecznik może wszcząć procedurę interwencyjną o uzupełnienie dokumentacji medycznej. Pacjentka może również wnioskować o konsultację z innym lekarzem specjalistą lub zwołanie konsylium lekarskiego, które rozstrzygnie o faktycznych medycznych przeciwskazaniach do stosowania antykoncepcji. W razie zebrania się takiego konsylium powinno ono wydać również orzeczenie na piśmie - jeśli stwierdza medyczne przeciwskazania, z którymi pacjentka się nie zgadza, dalsze kroki prawne są identyczne jak w przypadku orzeczenia pojedynczego lekarza.	Pacjentka powinna złożyć wniosek o odnotowanie odmowy oraz jej powodu (czyli właśnie klauzuli sumienia) w dokumentacji medycznej. Wniosek może być złożony ustnie - w formie prośby do lekarza. Pacjentka ma prawo żądać od lekarza lub jego przełożonego wskazania innego lekarza, który może wypisać receptę. UWAGA: Co do zasady lekarz nie może z powodów sumienia odmówić wystawienia recepty na środki antykoncepcyjne. Jeśli jednak powołuje się na klauzulę sumienia a pacjentka chce uzyskać taką receptę należy postępować tak, <u>aby lekarz wypełnił swoje obowiązki wynikające z przepisu o klauzuli sumienia</u>, czyli poinformował przełożonego oraz odnotował w dokumentacji medycznej ten fakt. Nadal jednak ważne jest dążenie do tego, by lekarz poniósł konsekwencje nadużycia klauzuli sumienia nawet w sytuacji, gdy pacjentka otrzyma receptę u innego lekarza.	Pacjentka powinna: - żądać od lekarza odmowy na piśmie, - złożyć skargę do przełożonego lekarza bądź osoby kierującej daną placówką i prosić o natychmiastową interwencję, - poinformować Biuro Rzecznika Praw Pacjenta o nadużyciu i prosić o interwencję w związku z odmową wykonania świadczenia.
--	---	---

DALSZY ŚRODKI PRAWNE

W przypadku <u>wydan</u>ia orzeczenia (przez lekarza lub konsylium) - <u>sprzeciw do Rzecznika Praw Pacjenta</u>. UWAGA: prawo do sprzeciwu to środek szczególny. Można go złożyć wtedy, jeśli pacjentka nie zgadza się z treścią orzeczenia, ale tylko w sytuacji, gdy ta treść powoduje, że nie zostaje jej udzielone świadczenie zdrowotne (tu: opinia o stanie zdrowia sprawia, że lekarz odmawia wypisania recepty na antykoncepcję). W przypadku <u>braku wydania</u> orzeczenia - wniosek do Rzecznika Praw Pacjenta o wszczęcie postępowania wyjaśniającego w związku z domniemanym naruszeniem praw pacjenta - prawa do dokumentacji medycznej, prawa do informacji oraz prawa do świadczeń zdrowotnych.	- wniosek do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w związku z niewłaściwym wykonywaniem zawodu poprzez nadużycie klauzuli sumienia, który może skutkować postępowaniem przed sądem lekarskim, - skarga do Rzecznika Praw Pacjenta - wniosek o postępowanie wyjaśniające w związku z naruszeniem prawa do świadczeń zdrowotnych pacjentki ➔ w dalszej perspektywie istnieje możliwość wszczęcia postępowania cywilnego przeciwko lekarzowi, łącznie z możliwością roszczeń finansowych tytułem odszkodowania i/lub zadośćuczynienia za wyrządzone szkody	- wniosek do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w związku z niewłaściwym wykonywaniem zawodu poprzez nieuprawnioną odmowę wykonania świadczenia zdrowotnego, który może skutkować postępowaniem przed sądem lekarskim, - skarga do Rzecznika Praw Pacjenta - wniosek o postępowanie wyjaśniające w związku z naruszeniem prawa do świadczeń zdrowotnych pacjentki.
---	--	--

JAK POSTĘPOWAĆ W PRZYPADKU ODMOWY WYKONANIA ABORCJI?

Aborcja to **świadczenie gwarantowane** finansowane ze środków publicznych i kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W załączniku do *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*, w wykazie scharakteryzowanym procedurami medycznymi, procedura **rozszerzenia kanału szyjki macicy i wyłyżeczkowanie jamy macicy w celu zakończenia ciąży** znajduje się pod numerem 69.01.

Ta procedura medyczna może być wykonana wyłącznie w szpitalu.

Zdarza się, że lekarze z różnych powodów odmawiają wykonania procedury już w szpitalu albo na wcześniejszych etapach uniemożliwiają kobiecie podjęcie decyzji o zakończeniu ciąży, do czego ma prawo w trzech opisanych *Ustawą o planowaniu rodziny* przypadkach.

Przypominamy, że nawet w sytuacji wystąpienia przestanek dopuszczalności aborcji, kobieta ma prawo zdecydować o kontynuacji ciąży.

Ta instrukcja jest dla kobiet, które zdecydowały o tym, że chcą przerwać ciążę.

Na każdym etapie możliwa jest konsultacja prawna z Federacją. Aktualny rozkład dyżurów prawnych znajduje się na stronie internetowej. Pytania można kierować również pod adres prawniczka@federa.org.pl. Federacja zapewnia wsparcie prawne zarówno na poziomie wczesnej interwencji, jak i ewentualnego postępowania przed odpowiednimi instytucjami.

Wybrane ważne mechanizmy prawne:

- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty - konsylium lekarskie lub konsultacja (art. 37), klauzula sumienia (art. 39), obowiązek prowadzenia dokumentacji (art. 41),
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - prawo do złożenia sprzeciwu (rozdział 8), prawo do dokumentacji (rozdział 7),
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenie ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,
- Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży - przestanki dopuszczalności (art. 4a).

PRZESŁANKA 1: Ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej Najczęściej pacjentka wie o tym zagrożeniu poprzez: doświadczenie poprzedniej ciąży, specyfikę swojego stanu zdrowia, informację ustną od lekarza		
KROK 1: KONIECZNOŚĆ POSIADANIA ORZECZENIA LEKARSKIEGO O WYSTĘPOWANIU ZAGROŻENIA - czy lekarz wystawił orzeczenie (lub odnotował to w dokumentacji medycznej) o tym, czy ciąża stanowi zagrożenie dla życia/zdrowia? UWAGA: jeśli pacjentka choruje przewlekłe i leczy się u specjalisty, to ten specjalista (a nie ginekolog) powinien wydać takie orzeczenie		
TAK		NIE
Jaka jest treść tego orzeczenia?		Należy niezwłocznie wystąpić do lekarza z wnioskiem o wydanie <u>takiego orzeczenia</u> i postępować dalej tak, jak w przypadku posiadania orzeczenia.
Stwierdzono, że ciąża stanowi zagrożenie	Stwierdzono, że ciąża nie stanowi zagrożenia	Jeśli lekarz swoją opinię na ten temat wyraża ustnie - należy <u>wezwać</u> go do zamieszczenia odpowiedniej informacji w dokumentacji medycznej. Jeśli lekarz tego nie robi - należy zgłosić się do Rzecznika Praw Pacjenta powołując się na prawo do dokumentacji medycznej z wnioskiem o interwencję i wezwanie lekarza do uzupełnienia dokumentacji. W razie trudności z uzyskaniem orzeczenia od lekarza, można udać się do innego specjalisty z tej dziedziny. Po uzyskaniu pisemnego orzeczenia należy postępować jak w pierwszej kolumnie.
➔ Na podstawie takiego orzeczenia pacjentka ma prawo do świadczenia w postaci przerwania ciąży - należy udać się do szpitala z oddziałem ginekologiczno-pokołniczym. ➔ Warto udać się od razu do ordynatora oddziału w celu ustalenia wszystkich kwestii związanych z przeprowadzeniem zabiegu, w tym daty oraz zespołu, który go przeprowadzi.	Jeśli pacjentka nie zgadza się z treścią orzeczenia, może: - złożyć wniosek o konsultację z innym lekarzem bądź o zorganizowanie konsylium lekarskiego (jeśli stwierdzone zostaje zagrożenie, postępowanie jak w pierwszej kolumnie, jeśli nie patrz dalej), - wnieść <u>SPRZECIW</u> do Rzecznika Praw Pacjenta, który powoła Komisję Lekarską (sprzeciw można złożyć również bez powoływania konsylium).	

PRZESŁANKA 2: Płód obarczony jest ciężkim upośledzeniem lub chorobą Najczęściej wynika to z dokładnej diagnostyki przeprowadzonej w czasie ciąży, czasem związanej także z doświadczeniem poprzedniej ciąży	
KROK 1: KONIECZNOŚĆ POSIADANIA ORZECZENIA LEKARSKIEGO O WYSTĘPOWANIU UPOŚLEDZENIA LUB CHOROBY PŁODU WAŻNE: Z punktu widzenia ochrony przed nadużyciami warto, aby w orzeczeniu było wprost stwierdzone, że upośledzenie jest ciężkie i nieodwracalne lub choroba nieuleczalna i zagrażająca życiu (są określenia ustawowe określające przesłanki dopuszczalności aborcji)	
- czy kobieta posiada odpowiednie orzeczenie na piśmie?	
TAK	NIE
➔ Na podstawie takiego orzeczenia pacjentka ma prawo do świadczenia w postaci przerwania ciąży - należy udać się do szpitala z oddziałem ginekologiczno-położniczym. ➔ Warto udać się od razu do ordynatora oddziału w celu ustalenia wszystkich kwestii związanych z przeprowadzeniem zabiegu, w tym daty oraz zespołu, który go przeprowadzi	Należy niezwłocznie wystąpić do lekarza z wnioskiem o wydanie takiego orzeczenia i postępować dalej tak, jak w przypadku posiadania orzeczenia. Jeśli lekarz swoją opinię na ten temat wyraża ustnie - należy wezwać go do zamieszczenia odpowiedniej informacji w dokumentacji medycznej. Jeśli lekarz tego nie robi - należy zgłosić się do Rzecznika Praw Pacjenta powołując się na prawo do dokumentacji medycznej z wnioskiem o interwencję i wezwanie lekarza do uzupełnienia dokumentacji. W razie trudności z uzyskaniem orzeczenia od lekarza, można udać się do innego specjalisty z tej dziedziny. Po uzyskaniu pisemnego orzeczenia należy postępować jak w pierwszej kolumnie.
PRZESŁANKA 3: Ciąża jest wynikiem czynu zabronionego	
KROK 1: KONIECZNOŚĆ POSIADANIA ZAŚWIADCZENIA OD PROKURATORA	

KROK 2 (dla wszystkich trzech przesłanek)
WYEGZEKWOWANIE PRZEPROWADZENIA ZABIEGU W SZPITALU
SYTUACJA ODMOWY WYKONANIA ZABIEGU

WAŻNE: zawsze, bez względu na okoliczności odmowy i podawane powody, warto odmowę wykonania zabiegu uzyskać na piśmie, to pomoże w dalszych krokach prawnych

- na jakie względy powołuje/powołują się lekarz/lekarze?

Kwestionuje treść orzeczenia/zaświadczenia	Stwierdza, że w tym szpitalu nie wykonuje się aborcji	Stwierdza przeciwwskazania medyczne	Nie podaje żadnego konkretnego powodu
Lekarz nie ma prawa kwestionować orzeczenia innego lekarza, który stwierdził zagrożenie dla zdrowia/życia kobiety lub wadę płodu ani zaświadczenia prokuratora. ➔ Należy niezwłocznie powiadomić Rzecznika Praw Pacjenta o nadużyciu i odmowie wykonania zabiegu oraz prosić o interwencję. ➔ Można powiadomić odpowiedniego Wojewódzkiego Konsultanta w dziedzinie ginekologii i położnictwa i/lub Konsultanta krajowego z prośbą o interwencję.	Klauzula sumienia nie może być stosowana przez całą placówkę. Obowiązuje ją kontrakt z NFZ oraz Ustawa o świadczeniach gwarantowanych i rozporządzenia do niej. ➔ Należy niezwłocznie powiadomić Rzecznika Praw Pacjenta o nadużyciu i odmowie wykonania zabiegu oraz prosić o interwencję ➔ Można powiadomić odpowiedniego Wojewódzkiego Konsultanta w dziedzinie ginekologii i położnictwa i/lub Konsultanta krajowego z prośbą o interwencję. UWAGA: W sytuacji, gdy pacjentka nie udała się do ordynatora, ale do innego lekarza na oddziale i to ten lekarz powołuje się na klauzulę sumienia, należy uzyskać odmowę na piśmie oraz udać się do ordynatora w celu wyznaczenia innego lekarza. W sytuacji odmowy postępować jak powyżej.	W takiej sytuacji lekarz musi wystawić na piśmie orzeczenie o takich przeciwwskazaniach. ➔ Pacjentka może złożyć sprzeciw od takiego orzeczenia do Rzecznika Praw Pacjenta, jeśli podejrzewa, że nie jest ono zgodne z prawdą. Rzecznik powoła Komisję Lekarską.	Lekarz może odmówić wykonania zabiegu wyłącznie z powodów medycznych, własnego sumienia (tylko indywidualnie, nie w całej placówce) lub upływu terminu (patrz niżej). ➔ Należy niezwłocznie powiadomić Rzecznika Praw Pacjenta o nadużyciu i odmowie wykonania zabiegu oraz prosić o interwencję. ➔ Można powiadomić odpowiedniego Wojewódzkiego Konsultanta w dziedzinie ginekologii i położnictwa i/lub Konsultanta krajowego z prośbą o interwencję.

UWAGA: możliwość przerwania ciąży jest w dwóch przypadkach ograniczona terminem/czasem:

1. Lekarze mogą odmówić wykonania zabiegu z przesłanki czynu zabronionego, jeśli wiek ciąży przekroczył 12 tygodni
2. Lekarze mogą odmówić wykonania zabiegu z przesłanki związanej z uszkodzeniem lub chorobą płodu, jeśli płód osiągnął zdolność do samodzielnego życia. Termin ten nie jest wprost wskazany - należy uzyskać orzeczenie od lekarza o osiągnięciu tej zdolności.

WAŻNE: w obu tych przypadkach, gdy pacjentka próbuje wyegzekwować świadczenie w momencie zbliżania się upływu terminu, lekarze mogą na tej podstawie ograniczać dostęp do zabiegu bądź przedłużać procedury. Należy niezwłocznie skontaktować się z Rzecznikiem Praw Pacjenta, aby objął nadzorem tę sytuację oraz z Federacją w celu uzyskania pomocy prawnej w egzekwowaniu świadczenia.

WAŻNE: W sytuacji każdego naruszenia prawa do dostępu do legalnej aborcji, na dalszym etapie możliwe jest wszczęcie przeciwko lekarzowi postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej, karnej oraz cywilnej (w tym roszczenia o odszkodowanie i/lub zadośćuczynienie finansowe).



**FEDERACJA NA RZECZ KOBIET
I PLANOWANIA RODZINY**

ul. Nowolipie 13/15
00-150 Warszawa
tel.: 22 635 93 92
email: federacja@federa.org.pl
www.federa.prg.pl

**TELEFON ZAUFANIA
22 635 93 92**

od poniedziałku do piątku od godziny 16:00 do 20:00