

# **Zdrowie kobiety**

**od wieku dziecięcego po wiek senioralny**

**08.03.2023 r.**

**Autorzy:**

**dr hab. n. med. Cezary Pakulski**

**prof. dr. hab. n. med. Urszula Demkow**

**mgr Jerzy Jończyk**

**dr hab. n. med. Marian Simka**

**mgr Małgorzata Szostak**

**Osoby konsultujące:**

**prof. dr. hab. n. med. Ewa Barcz**

**prof. dr. hab. n. med. Rafał Kurzawa**

**lek. med. Marek Turkiewicz**

*W tekście zostały wyrażone osobiste poglądy autorów. Nie należy ich utożsamiać z poglądami Instytutu Strategii 2050*

## **Skrót:**

### **10 propozycji, które wypełnią najważniejsze potrzeby zdrowotne kobiet w Polsce**

Chociaż ponad połowa obywateli Polski to kobiety, można odnieść wrażenie, że nasz system ochrony zdrowia (SOZ) tej prawidłowości nie zauważa. Od wielu lat potrzeby zdrowotne kobiet dorosłych i małoletnich pozostają niezaspokojone, a podejmowane próby poprawienia sytuacji ostatecznie okazują się pozornymi. Radykalizacja prawa aborcyjnego pogorszyła jeszcze sytuację kobiet, równocześnie odwracając uwagę od kolejnych zaniedbań i zaniedbań w publicznym SOZ oraz w opiece społecznej, w części dedykowanej kobietom.

Uznając skandaliczność „wyroku” aborcyjnego Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r., który musi zostać jak najszybciej odwrócony, w prezentowanej analizie uwagę skupiono na innych niż prawo aborcyjne obszarach, zazwyczaj w debacie publicznej pomijanych. Zaproponowane rozwiązania, pozwoliłyby wyrównać istniejące deficyty i doprowadziłyby do sytuacji, w której medycznie zaopiekowane kobiety poczują się pełnoprawnymi obywatelkami naszego kraju.

Naszym zdaniem na szczególną uwagę zasługuje 10 obszarów opieki zdrowotnej dla kobiet:

#### **1. Lekarz ginekolog w każdym powiecie**

Dostęp do ambulatoryjnej opieki ginekologiczno-położniczej (AOS) finansowanej ze środków publicznych jest limitowany liczbą lekarzy w systemie. Lokalne Domy Zdrowia (LDZ), których utworzenie proponujemy, powinny stać się miejscem merytorycznego wsparcia dla lekarzy rodzinnych, szczególnie w przypadku poradni POZ działających na obszarach, gdzie dostęp do lekarza specjalisty jest utrudniony. Badania takie jak cytologia czy usg ginekologiczne, a także konieczna specjalistyczna konsultacja w zakresie ginekologii i położnictwa w ramach opieki zdrowotnej w powiecie, powinny być możliwe do zrealizowania właśnie w LDZ, w którym lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii będzie obecny stale, albo gdzie będzie dojeżdżał w dokładnie określonych terminach. W umowie z płatnikiem należy zrezygnować z wymogu funkcjonowania AOS w powiecie w dziedzinie ginekologia i położnictwo przez 6 dni w tygodniu, a zakres czasowy wykonywania świadczeń medycznych powinien zostać dostosowany do rzeczywistych regionalnych potrzeb. Taki schemat działania umożliwi realizację świadczeń specjalistycznych wykonywanych przez tego samego lekarza w kolejnym powiecie. Niezbędne jest także wdrożenie mechanizmów finansowania usług medycznych na

terenach zdepopularyzowanych, które zwiększą motywację lekarza rodzinnego i specjalistów ginekologii do objęcia opieką także pacjentek mieszkających na takich terenach.

## **2. Celem dobrostan ginekologiczno-prokreacyjny kobiet**

W pierwszej kolejności działań naprawczych wymagają dzisiaj nierozwiązane, a populacyjnie istotne problemy zdrowotne kobiet (choroby dna miednicy - 5 mln kobiet, endometrioza – 2 mln kobiet, niepłodność – 1 mln kobiet, opieka nad kobietą przed i po menopauzie - cała populacja kobiet) oraz skojarzone z wysokim wskaźnikiem śmiertelności choroby onkologiczne. Proponowane działania muszą być wielokierunkowe i opierać się na: [1] tworzeniu specjalistycznych ośrodków, w których problemy uroginekologiczne, endometrioza, niepłodność oraz choroby onkologiczne zostaną kompleksowo zaopiekowane; [2] szkoleniu koniecznych kadr medycznych; [3] powszechniejszym dostępie do badań obrazowych i laboratoryjnych; [4] dostępie do nowoczesnych terapii lekowych i innych skutecznych technologii medycznych.

## **3. Położna w środowisku POZ zarządzająca zdrowiem kobiety**

Położne są grupą zawodową, która w planowaniu działań poprawiających funkcjonowanie SOZ w Polsce jest pomijana. To błąd, bo w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, prozdrowotnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych położne mogłyby zabezpieczyć wiele potrzeb zdrowotnych zgłaszanych przez dziewczynki i kobiety w każdym okresie życia. Zdefiniowanie na nowo uprawnień i zadań położnej środowiskowej, z poszerzeniem kompetencji i zwiększeniem zawodowej samodzielności, zmniejszenie o połowę limitu kobiet, noworodków i niemowląt do końca 2 miesiąca życia, którymi może się opiekować jedna położna POZ, urealnienie wyceny świadczeń wykonywanych przez położne oraz wprowadzenie zasady współdzielenia kompetencji pomiędzy samodzielnymi zawodami medycznymi to propozycje, które powinny przynieść potrzebną kobietom poprawę dostępu do profesjonalnej opieki zdrowotnej.

## **4. Leczenie niepłodności z wykorzystaniem technik wspomaganego rozrodu**

Diagnostyka i leczenie niepłodności muszą być dostępne i bezpłatne, realizowane w ramach „Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce”. Dla maksymalizacji skuteczności procesu diagnostyczno-leczniczego powinny zostać oparte o dwa poziomy referencyjności: [I] poradnie diagnostyki niepłodności z zadaniem wdrożenia diagnostyki niepłodności u par z doświadczeniem co najmniej dwóch niepowodzeń położniczych lub z udokumentowanym nieskutecznym staraniem się o ciążę w okresie ostatnich co najmniej 12 miesięcy i [II] ośrodki diagnostyki i leczenia niepłodności z zadaniem poszerzenia działań diagnostycznych o procedury zabiegowe oraz posługiwanie się technikami wspomaganego

rozrodu. Procedura „in vitro” jako jedna z technik wspomaganego rozrodu, powinna być dostępna według wskazań, z ustawową gwarancją pełnej refundacji kosztów leczenia niepłodności bezpośrednio z budżetu państwa, jako zadanie Ministra Zdrowia.

#### **5. Dostęp do antykoncepcji zwykłej, ratunkowej i alternatywnej**

Leki antykoncepcyjne „zwykłe” powinny być przepisywane na receptę i powinny docelowo być refundowane, w miarę dostępności środków budżetowych. Dla kobiet z przeciwwskazaniami do antykoncepcji hormonalnej powinny być dostępne w pełni refundowane inne sposoby antykoncepcji, w szczególności indywidualnie dobieranej antykoncepcji domacicznej. Konieczne jest urealnienie wyceny procedury założenia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej oraz egzekwowanie kar umownych od tych poradni specjalistycznych i szpitali, które ograniczają dostęp do procedury założenia lub wyjęcia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej. Rozwiązanie problemu braku dostępu do antykoncepcji, bez względu na jej rodzaj, utrudnia instytucja klauzuli sumienia.

#### **6. Bezpieczna ciąża i poród ze znieczuleniem jako standard**

Należy przywrócić klimat przyjazny badaniom prenatalnym, genetycznym i procedurom leczniczym wewnątrzmacicznym, poszerzyć wskazania do wykonania refundowanych przez płatnika badań prenatalnych oraz rozszerzyć wykaz finansowanych ze środków publicznych koszykowych badań prenatalnych nieinwazyjnych i inwazyjnych, wreszcie ułatwić i zwiększyć dostępność do konsultacji specjalistycznych genetycznych.

Żeby prawo do porodu ze znieczuleniem jako standard miało szansę na realizację, konieczne jest wyraźne zwiększenie wyceny procedury porodu fizjologicznego ze znieczuleniem, w sposób zapewniający urealnienie kosztów znieczulenia regionalnego, w tym kosztów pracy wykonującego znieczulenie zespołu anestezjologicznego oraz lekarza, pielęgniarek anestezjologicznych lub położnych, którzy nadzorują przebieg znieczulenia do porodu.

Niezbędne jest również zwiększenie liczby lekarzy anestezjologów i intensywnej terapii, lekarzy intensywnej terapii, pielęgniarek ze specjalizacją i z kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz położnych z kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii.

## **7. Godna opieka po utracie ciąży oraz w innych położniczych sytuacjach szczególnych**

Każdej kobiecie po utracie ciąży i po urodzeniu martwego dziecka oraz ich rodzinom powinno się zapewnić: [1] osobne pomieszczenie umożliwiające odizolowanie od kobiet ciężarnych i matek oraz godne przeżycie poronienia lub porodu dziecka martwego i pożegnanie się z dzieckiem, [2] opiekę psychologa oraz [3] opiekę medyczną. Opieka medyczna powinna być tożsama z tą, jaką posiada kobieta po urodzeniu zdrowego dziecka. Dodatkowo położna powinna skomunikować kobietę po utracie ciąży i po urodzeniu martwego dziecka z regionalnymi i/lub ogólnopolskimi grupami wsparcia.

Bardzo ważne zadania stoją przed hospicjum perinatalnym. To w tej instytucji przyszli rodzice chorego dziecka powinni uzyskać pełną informację na czym polega wada/choroba ich przyszłego dziecka, jakie są rokowania, konsekwencje zdrowotne zaburzenia, które wykryto u płodu, jakie są możliwości leczenia, jak dziecko i cała jego rodzina będzie funkcjonować, oraz jakie są możliwości otrzymania pomocy socjalnej i prawnej.

## **8. Opieka senioralna w jednostkach systemu ochrony zdrowia**

Ważnym elementem zaopiekowania się kobietami w wieku senioralnym powinny stać się Poradnie Wieku Dojrzałego zorientowane na poszukiwanie znamion wielochorobowości i wystąpienia niepożądanych następstw terapii wielolekowej oraz na całościową ocenę geriatryczną. Czynniki te mają kluczowe znaczenie dla wydłużenia okresu względnie dobrego stanu zdrowia kobiet w wieku senioralnym oraz dla poprawy ich sprawności i samodzielności. Równie ważne jest zaplanowanie ścieżek terapii środowiskowej z udziałem form dziennych, wspieranie programu opieki w miejscu zamieszkania, aktywizacji poszpitalnej oraz edukacji rodzin pacjentów geriatrycznych. Poradnie Wieku Dojrzałego powinny funkcjonować w strukturze Lokalnego Domu Zdrowia, w którym możliwe będzie sprawowanie wspierającej lekarzy POZ wieloprofilowej opieki medycznej nad seniorami. Sposób prowadzenia konsultacji medycznych powinien uwzględniać możliwość wykorzystania technik teleinformatycznych.

## **9. Ustawowe obniżenie wieku osoby małoletniej do skończonych 15 lat, w celu usankcjonowania prawa do samodzielnej wizyty u lekarza ginekologa, u położnej oraz u psychologa o zweryfikowanych kompetencjach zawodowych**

Artykuł 200 KK mówi o odpowiedzialności karnej za obcowanie płciowe z osobą małoletnią lub doprowadzenie jej do poddania się czynnościom seksualnym, dopiero gdy osoba ta ma mniej niż 15 lat. Jednocześnie Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ustala moment uzyskania pełnoletności jako granicę wieku uprawniającego do podejmowania samodzielnych decyzji. Trudno wyjaśnić, dlaczego w wieku 15 lat możliwe jest legalne życie seksualne, a niemożliwa jest wizyta u lekarza ginekologa lub

u położnej bez zgody rodziców/opiekunów. Czy 15-17 letnie kobiety są wystarczająco dorosłe, żeby mogły współżyć seksualnie, ale jednocześnie za młode, żeby samodzielnie zaopiekować się swoim zdrowiem?

#### **10. Opieka nad kobietą po przestępstwie seksualnym profesjonalna, skoordynowana i kompleksowa**

Dla wypełnienia tego zadania należy w 49 byłych miastach wojewódzkich, we wskazanym z poziomu samorządowego wieloprofilowym szpitalu posiadającym Szpitalny Oddział Ratunkowy, oddział ginekologiczny oraz oddziały zabiegowe, utworzyć „Poradnię Leczenia Następstw Przemocy Seksualnej” (Poradnia 197kk). Regularne rozlokowanie ośrodków na mapie Polski ułatwi ofiarom przestępstw seksualnych samodzielne zgłoszenie się z każdego zakątka województwa lub przywiezienie poszkodowanych przez zespoły ratownictwa medycznego i patrole Policji. Docelowo do Poradni 197kk powinny trafić wszystkie ofiary przestępstw seksualnych: kobiety i mężczyźni, bez względu na wiek.

Należy rozważyć możliwość prowadzenia w obszarze Poradni 197KK zasadniczej części procesu dochodzeniowo-śledczego z udziałem ofiary przestępstwa seksualnego, również służb policyjnych i Prokuratury. W tym celu konieczne byłoby przeszkolenie położnych zatrudnionych w Poradni 197kk w prawidłowym zabezpieczaniu śladów przestępstwa na ciele osoby poszkodowanej oraz w prawidłowym pobieraniu materiału biologicznego ze wszystkich miejsc kontaktu dla celów dochodzeniowo-śledczych, włącznie z certyfikacją uznającą tak przygotowane ślady i materiały jako dowody w sprawie.

## **Wstęp**

Ponad połowa obywateli Polski to kobiety (51,7%), ale można odnieść wrażenie, że nasz system ochrony zdrowia (SOZ) został tak skonstruowany, żeby tej prawidłowości zupełnie nie zauważać. Publiczny SOZ zgubił z pola widzenia potrzeby zdrowotne kobiet. Nie jest to praktyka tylko ostatnich siedmiu lat, ale co najmniej ostatnich 20 lat. Radykalizacja prawa aborcyjnego w 2020 roku pogorszyła jeszcze sytuację kobiet. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego o niekonstytucyjności przepisu dopuszczającego aborcję w przypadku ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu, wywołał wiele bardzo poważnych szkód osobistych i społecznych. Jednym z nich było odwrócenie uwagi od ogromu deficytów i zaniedbań w publicznym SOZ, w części dedykowanej kobietom. Uznając skandaliczność aktu zaostżenia prawa aborcyjnego, prezentowana analiza w sposób zamierzony zajmuje się właśnie tymi pomijanymi w debacie publicznej potrzebami zdrowotnymi kobiet. Uważamy, że tak jak zmiana prawa aborcyjnego, one także wymagają dzisiaj nowego podejścia i nowych rozwiązań.

### **Diagnoza: Ochrona zdrowia bez kobiecej twarzy – siedem grzechów głównych**

Chociaż prawo do ochrony zdrowia jest prawem każdej Polki i każdego Polaka, analiza dostępnego piśmiennictwa dowodzi, że tematy ZDROWIE KOBIETY, ZDROWIE OSOBY MAŁOLETNIJ nie skupiają należnego im zainteresowania i troski. Oprócz publikowania przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) wybiórczych danych demograficznych o kobietach, nie prowadzi się żadnych regularnych badań, a odnalezienie aktualnych statystyk dotyczących zdrowotnych potrzeb kobiet w każdym okresie życia okazuje się trudnym zadaniem.<sup>1</sup> W tej sytuacji uznaliśmy, że tworząc dokument na temat sytuacji i pozycji kobiet w polskim systemie ochrony zdrowia, warto zacząć od postawienia diagnozy, jakie są największe zaniedbania w identyfikacji i następnie w wypełnianiu rozpoznanych potrzeb zdrowotnych kobiet w Polsce. W naszej ocenie do 7 grzechów głównych polskiego systemu ochrony zdrowia dedykowanego kobietom należą:

#### **1. Ograniczony i nierówny dostęp do finansowanej ze środków publicznych opieki ginekologiczno-położniczej**

Warunki dostępu kobiet do opieki ginekologiczno-położniczej różnią się zasadniczo w zależności od miejsca zamieszkania. Są one inne dla mieszkanek dużych miast i inne, dużo trudniejsze dla kobiet mieszkających na wsi i w małych miejscowościach. Na tę prawidłowość

---

<sup>1</sup> [https://cpk.org.pl/wp-content/uploads/2021/03/raport\\_ca%C5%82o%C5%9B%C4%87\\_cpk.pdf](https://cpk.org.pl/wp-content/uploads/2021/03/raport_ca%C5%82o%C5%9B%C4%87_cpk.pdf)

zwróciła uwagę Najwyższa Izba Kontroli (NIK) w swojej analizie: „Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich”. Dostęp do ambulatoryjnej opieki ginekologiczno-położniczej, szczególnie na wsi i w małych miejscowościach, jest limitowany, co w ocenie NIK może skutkować nierównym dostępem do finansowanych ze środków publicznych programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi.<sup>2</sup> W 2016 roku w Polsce, w aż 48% gmin nie było poradni ginekologiczno-położniczej.<sup>3</sup> W rezultacie, mieszkanki wsi i małych miast oraz ich rodziny, w razie konieczności konsultacji w poradni ginekologiczno-położniczej lub planowego leczenia szpitalnego na oddziale ginekologii, dysponując jedynie skierowaniem wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), miejsce i termin konsultacji / przyjęcia do szpitala muszą umawiać we własnym zakresie. Oprócz braku w poradniach na obszarach wiejskich lekarzy ginekologów, właśnie zupełny brak koordynacji pomiędzy luźno powiązаныmi ze sobą lekarzem POZ i położną środowiskową POZ, a lekarzem ginekologiem w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) i w szpitalu, decydują o wykluczeniu specjalistycznym mieszkanek obszaru wiejskiego i małomiejskiego. W przypadku starszych wiekiem mieszkanek wsi i małych miast, równie ważne stają się wykluczenie telecyfrowe i wykluczenie komunikacyjne. Takich nierówności jest dużo więcej. Ginekologia i położnictwo, to jedne z tych specjalności medycznych, w których obserwuje się szczególnie intensywną prywatyzację w dostępie, z konsekwencjami finansowymi dla świadczeniobiorczyń. Jeszcze gorzej wygląda dostęp do opieki ginekologiczno-położniczej dla kobiet z niepełnosprawnościami. W całej Polsce istnieje jedynie 158 gabinetów ginekologicznych, które deklarują dostępność dla kobiet z niepełnosprawnościami, jednak żaden nie spełnia wszystkich standardów dostępności. Z badań przeprowadzonych w zeszłym roku w trakcie trwania 4. edycji ogólnopolskiej kampanii społeczno-edukacyjnej „W kobiecym interesie” wiemy, że aż 77 proc. kobiet z niepełnosprawnościami nie bada się regularnie, a 22 proc. nigdy nie było u ginekologa.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> <https://www.nik.gov.pl/plik/id,17646,vp,20227.pdf>

<sup>3</sup> [https://federa.org.pl/poradnie\\_dziewczeta/](https://federa.org.pl/poradnie_dziewczeta/)

<sup>4</sup> <https://www.gedeonrichter.pl/aktualnosci/4-edycja-w-kobiecym-interesie/>



## **1. Leczenie niepłodności pozbawione metod wspomaganego rozrodu**

Niepłodność jest schorzeniem, z którym zmagają się w Polsce od 1,5 do nawet 2 milionów par. Przyczyny niepłodności w równym stopniu leżą po stronie kobiet, jak i mężczyzn (po około 40% przypadków par). W pozostałych 20% przypadków przyczyn niepłodności nie można ustalić.<sup>5</sup> Rząd Zjednoczonej Prawicy po wygranych w 2015 roku wyborach, pozbawił kobiety dotychczasowych dróg dostępu do pozaustrojowych technik leczenia niepłodności w przypadku nieskuteczności technik podstawowych. Program „in vitro” zastąpił swoim, opartym na technikach nanotechnologii programem kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego. W wyniku Narodowego Programu Prokreacyjnego doszło do 209 poczęć. Ta liczba nijak się ma do wyników rozpoczętego w roku 2013 programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego. Do lipca 2020 roku, dzięki metodzie „in vitro”, urodziło się 22 191 dzieci.<sup>6</sup> Chociaż dzisiaj w Polsce procedura in vitro nie jest finansowana z budżetu centralnego, niektóre miasta i samorzady wspierają pary starające się o dziecko oferując dofinansowanie, które w zależności od miejsca zamieszkania może wynosić od 50% do nawet 80% kosztów leczenia „in vitro”. Skala tej pomocy z oczywistych powodów ma ograniczony wymiar i tylko nieliczne z par leczących się z powodu niepłodności mają szczęście otrzymać finansowe wsparcie od swoich samorządów.

## **2. Brak dostępu do antykoncepcji zwykłej, ratunkowej i alternatywnej**

Polska i mieszkające tu kobiety mają trudny, a w Europie najgorszy dostęp do antykoncepcji, bez względu na jej rodzaj. Dane te potwierdza kolejny już ranking przygotowany przez Forum Parlamentu Europejskiego do spraw Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych.<sup>7</sup> Brak dostępu do antykoncepcji zwykłej i alternatywnej to problem kobiet głównie w małych miasteczkach i na wsi. Brak dostępu do antykoncepcji ratunkowej dotyczy wszystkich kobiet, bez względu na ich status i miejsce zamieszkania. Chociaż założenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej jest refundowane przez płatnika, rzeczywisty dostęp do tego świadczenia w ramach publicznego SOZ jest ograniczony, a w niektórych regionach dostępny wyłącznie komercyjnie. Rozwiązanie problemu braku dostępu do antykoncepcji, bez względu na jej rodzaj utrudnia instytucja klauzuli sumienia.

## **3. Zaniedbanie populacyjnie istotnych problemów zdrowotnych kobiet**

5 mln kobiet z dysfunkcjami uroginekologicznymi pozostaje bez profesjonalnej medycznej pomocy, a dane te są niedoszacowane. Spośród 30% kobiet, które z problemem nietrzymania

<sup>5</sup> <https://gameta.pl/diagnostyka-nieplodnosci/przyczyny-nieplodnosci/>

<sup>6</sup> <https://pulsmedycyny.pl/ponad-20-tys-dzieci-urodzonych-dzieki-in-vitro-vs-209-poczec-z-rzadowego-programu-prokreacyjnego-1151767>

<sup>7</sup> <https://oko.press/polska-na-ostatnim-miejscu-w-europie-w-dostepie-do-antykoncepcji-wyzej-rosja-i-bialorus>

moczu zgłaszają się do lekarzy, tylko niewielki odsetek uzyskuje adekwatną pomoc medyczną. W Polsce brak jest ośrodków posiadających w tym zakresie właściwe doświadczenie kliniczne, specjalistyczne i dydaktyczne. Kwitnie rynek nie rozwiązujących problemu zdrowotnego suplementów diety, materiałów chłonnych i procedur medycznych o niepotwierdzonej skuteczności klinicznej.<sup>8</sup>

Podobnie niezaopiekowane pozostają kobiety z endometriozą, na którą w Polsce cierpi niemal 2 mln kobiet, przeważnie w wieku rozrodczym. Nie ma dzisiaj możliwości skutecznego i finansowanego ze środków publicznych leczenia powikłanych postaci endometriozy. Proces diagnostyczny, a następnie wieloprofilowe leczenie operacyjne głębokiej endometriozy, dostępne prywatnie, poza publicznym SOZ, to koszt ponad 60 tysięcy złotych, które dzisiaj musi zapłacić sama cierpiąca kobieta.

Wskazując na przykłady nierówności w zdrowiu, trzeba wspomnieć o niewystarczającym dostępie kobiet do świadczeń z zakresu onkologii. Niestety, w wielu ośrodkach medycznych nie leczy się zgodnie ze standardami i nie wykorzystuje się dostępnych w Polsce narzędzi, pomimo ich refundowania. W efekcie, dla większości Polek dostęp do nowoczesnego leczenia onkologicznego nie jest równy, a do części leków onkologicznych nowej generacji co najmniej trudny. Obowiązki Państwa są zastępowane przez zbiórki publiczne. W tym samym czasie w Funduszu Medycznym pozostają niewykorzystane środki finansowe (22% niewykorzystanego budżetu w 2021 r.)<sup>9</sup>, które w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych powinny służyć do pokrycia kosztów zakupu zarejestrowanego, ale nie objętego refundacją leku onkologicznego nowej generacji u pacjentek, dla których wyczerpano wszystkie dostępne opcje terapeutyczne finansowane ze środków publicznych. Polska zajmuje trzecie miejsce, po Węgrzech i Chorwacji, pod względem umieralności na nowotwory złośliwe na 100 tys. mieszkańców. Adresowane do kobiet zdrowotne programy profilaktyczne finansowane przez płatnika nie okazały się sukcesem organizacyjnym i zdrowotnym. Według Narodowego Testu Zdrowia Polaków 2020 cytologii nigdy nie wykonało 19% kobiet, a badania USG piersi nigdy nie zrobiło 50% kobiet. W ciągu jednego roku USG piersi wykonuje jedynie 17% Polek. W latach 2018 i 2019 mammografii poddało się 36% respondentek w wieku 45-54 lata i 68% ankietowanych w wieku 55-64 lata. Stale zaniedbywane jest również samobadanie piersi<sup>10</sup>

Wśród osób, które spełniają kryterium wieku podeszłego wyraźnie przeważają kobiety. Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wieku, tym

<sup>8</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=m9hNfESFjRQ&t=27s>

<sup>9</sup> [https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/284/6599/1/zal.\\_do\\_uchwaly\\_nr\\_10\\_roczne\\_spr\\_z\\_wyk\\_planu\\_fin\\_nfz\\_na\\_2021\\_r\\_opistabele-sig.pdf](https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/284/6599/1/zal._do_uchwaly_nr_10_roczne_spr_z_wyk_planu_fin_nfz_na_2021_r_opistabele-sig.pdf)

<sup>10</sup> <https://www.medonet.pl/narodowy-test-zdrowia-polakow,nowotwory-w-polsce--co-mowi-o-nich--raport-z-narodowego-testu-zdrowia-polakow-2020-,artykul,98356907.html>

samym wraz z wiekiem wzrasta wartość współczynnika feminizacji. W grupie wiekowej 65-69 lat kobiety stanowią 56% zbiorowości a współczynnik feminizacji wynosi 123. Wśród osób co najmniej 85-letnich już 82% populacji to kobiety, a na 100 mężczyzn przypada ich aż 257. Ta prawidłowość jest konsekwencją nadumieralności mężczyzn. W społeczności osób geriatrycznych dominują więc wymagające kompleksowej pomocy i wsparcia kobiety samotne [[https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc\\_w\\_starszym\\_wieku.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf)].

Wraz z wiekiem i wystąpieniem okresu menopauzy pojawiają się kolejne problemy zdrowotne, które z czasem przyjmują formę wielochorobowości. W okresie menopauzy kobiety stają się szczególnie narażone na wystąpienie chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2 powiązanej z otyłością, osteoporozy z nadmierną łamliwością kości, chorób niszczących układ nerwowy (choroby Alzheimera i/lub Parkinsona), schorzeń psychiatrycznych (depresja pomenopauzalna), chorób dna miednicy z nietrzymaniem moczu dotyczącym 70% populacji, oraz chorób onkologicznych (rak piersi, jajników, endometriozy, macicy i jelita grubego) [<https://www.medonet.pl/strefa-seniora/nietrzymanie-moczu,wstydlive-nietrzymanie-moczu--70-proc--starszych-pan-ma-ten-problem,artykul,14506564.html>] [<https://apteline.pl/artykuly/zdrowie-kobiety-po-menopauzie>]. Oprócz typowych jednostek chorobowych, proces starzenia i wielolekowa lub niewłaściwa farmakoterapia mogą prowadzić do zespołu kruchości [<https://podyplomie.pl/chirurgia/31690,zespol-kruchosci>] i/lub geriatrycznego zespołu jatrogennego [<https://whc.ifps.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/Problemy-medyczne-wieku-starszego.pdf>].

Pomimo tak poważnych i zależnych od wieku problemów zdrowotnych, dostęp senierek do opieki geriatrycznej jest w Polsce marginalny i zróżnicowany terytorialnie. Na koniec 2016 r. na terenie całego kraju funkcjonowały jedynie 134 poradnie geriatryczne, a w 2020 roku 58 oddziałów geriatrycznych z 1208 łózkami [<https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/05/Geriatria.pdf>]. Dla zabezpieczenia szczególnych potrzeb osób w wieku senioralnym brakuje lekarzy, pielęgniarek, opiekunek osoby starszej i opiekunów medycznych. Liczba 562 aktywnych zawodowo geriatrów to kropla w morzu potrzeb [[https://nil.org.pl/uploaded\\_files/1677753967\\_zaluty-2023-zestawienie-nr-04.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/1677753967_zaluty-2023-zestawienie-nr-04.pdf)].

Przy charakterystycznym dla osób w wieku podeszłym zjawisku wielochorobowości, finansowanie świadczeń geriatrycznych podlega zasadzie płacenia za jedną procedurę (leczenie jednej choroby). Ponieważ misją geriatryki jest poprawa stanu funkcjonalnego pacjenta geriatrycznego niezależnie od liczby współistniejących chorób, oddziały leczące tych chorych są szczególnie deficytowe [<https://whc.ifps.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/Problemy-medyczne-wieku-starszego.pdf>]. Wszystko to sprawia, że kobiety w wieku sędziwym stanowią odrębną, bardzo liczną i zaniedbaną przez system ochrony zdrowia grupę pacjentów.

#### 4. Deficyty opieki zdrowotnej w czasie ciąży i porodu oraz po utracie ciąży

Jednym z głównych deficytów dotyczących kobiet w wieku prokreacyjnym jest limitowany wskazaniami proceduralnymi i wykluczeniem finansowym dostęp do badań prenatalnych oraz do konsultacji genetycznej. O ile dostęp do refundowanych przez płatnika nieinwazyjnych badań prenatalnych można określić jako trudny, to w przypadku konieczności poszerzenia diagnostyki prenatalnej o refundowane badania inwazyjne i/lub wykonanie również refundowanej konsultacji u lekarza specjalisty w dziedzinie genetyka, dostępność w zasadzie znika. Zdrzutanej nieprawidłowym wynikiem badania prenatalnego kobiecie pozostaje wykonanie diagnostyki poszerzonej i konsultacji lekarskiej na własny koszt, często w odległych od miejsca zamieszkania lokalizacjach. To szczególnie niesprawiedliwe, bo wczesne wykrycie wad genetycznych lub nieprawidłowości rozwoju dziecka daje mu szansę na godne życie.<sup>11</sup>

W Polsce ponad 50% naturalnych porodów odbywa się bez znieczulenia. Głównymi przyczynami utrudnionego dostępu do znieczulenia podczas porodu jest brak lekarzy anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych lub położnych anestezjologicznych, a także niechęć lekarzy anestezjologów do prowadzenia znieczulenia do porodu jednocześnie 2 lub 3 kobiet w trakcie porodu oraz niewłaściwa wycena porodu naturalnego bez i ze znieczuleniem, w porównaniu z wyceną porodu cięciem cesarskim. Decyzją Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) i Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), wycena porodu cięciem cesarskim jest wyraźnie wyższa niż wycena porodu fizjologicznego, a znieczulenie do porodu podnosi wycenę porodu fizjologicznego w sposób niezapewniający pokrycia kosztów własnych zespołu anestezjologicznego. Jednocześnie specjalistyczny nadzór krajowy i towarzystwo naukowe utrudniają rozwój specjalizacji szczegółowej w dziedzinie intensywnej terapii, co odsuwa w czasie możliwość zrealizowania zasady „Poród ze znieczuleniem jako standard”.

Kolejny zaniedbany problem to leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu. Doświadcza tego nawet do 60% kobiet, które urodziło więcej niż jedno dziecko. Obserwuje się też wzrost częstości wysiłkowego nietrzymania moczu rozpoznawanego już pod koniec ciąży. Nad tym wstydlwym powikłaniem dość łatwo przechodzi się do porządku dziennego. Wciąż w naszym społeczeństwie panuje przekonanie, że różne dolegliwości poporodowe są normalne, bo jeśli przebieg porodu był ciężki, to musi tak być. W konsekwencji kobieta po wypisie ze szpitala zostaje z problemem nietrzymania moczu pozostawiona całkiem sama.

---

<sup>11</sup> <https://www.medonet.pl/badania,badania-prenatalne--ile-kosztuja-i-kiedy-sa-refundowane-,artykul,1734484.html>

Obecność depresji w ciąży i po porodzie to w Polsce tematy tabu. Gdy z powodu pozostawienia kobiety z okołoporodowymi problemami zdrowia psychicznego samej sobie i bez wsparcia Państwa wydarzy się krzywda lub śmierć dziecka, nigdy nie jest winny system. Zawsze winna jest ta „zła kobieta”. Kryteria diagnostyczne pozwalające na rozpoznanie klasycznej depresji spełnia 10-20% kobiet w ciąży, przy czym objawy depresji mogą wystąpić w każdym trymestrze ciąży.<sup>12</sup> Depresja poporodowa dotyczy co najmniej 20% matek i jest to statystyka wysoce niedoszacowana. To niedoszacowanie pozostaje w związku z brakiem jakiegokolwiek diagnostyki w kierunku depresji poporodowej, gdy dziecko ukończy pierwszy miesiąc życia. U pewnego odsetka kobiet, pierwsze znamiona pogorszenia dobrostanu psychicznego mogą pojawić się kilka miesięcy, nawet do roku po terminie porodu. U 80% kobiet po porodzie może wystąpić łagodniejsza wersja depresji poporodowej, określana terminem „smutek poporodowy”, albo „baby blues”. „Baby blues” trwa od kilku do maksymalnie 14 dni. W sytuacji, w której kobieta z objawami „baby blues” pozostaje bez zrozumienia i wsparcia najbliższych, może dojść do konwersji łagodnie przebiegających zmian nastroju do depresji poporodowej. U niewielkiego odsetka kobiet z depresją poporodową rozwija się ciężka postać depresji z objawami psychotycznymi, która stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia matki oraz dziecka.<sup>13</sup> A przecież powszechnie wiadomo, że depresja w ciąży i ta poporodowa, jeśli zostanie rozpoznana we wczesnym stadium, jest łatwa w leczeniu. Nie jest prawdą, że wyłącznym czynnikiem ryzyka dla pogorszenia stanu psychicznego kobiety po porodzie jest nieplanowana, czy niechciana ciąża. Paradoksalnie ryzyko wystąpienia depresji poporodowej może towarzyszyć ciąży ogromnie chcianej i oczekiwanej.<sup>14</sup> Postawienie rozpoznania depresji w ciąży i depresji poporodowej to w Polsce od wielu lat obowiązek lekarza ginekologa. Standardy opieki okołoporodowej, które obowiązują od początku 2019 roku wprowadziły podstawę prawną dla realizacji tego zadania. Lekarz prowadzący ciążę ocenia ryzyko depresji u ciężarnej dwukrotnie w trakcie ciąży: w 11- 14 tygodniu (pod koniec pierwszego trymestru ciąży), w 33-37 tygodniu (w trakcie trzeciego trymestru ciąży) oraz jeden raz w okresie połogu (4 tygodnie po porodzie).<sup>15</sup> Dokumentem, w który ocena ryzyka depresji u ciężarnej powinna być wpisana jest *Karta przebiegu ciąży*. Zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej *Karta przebiegu ciąży* jest obowiązkowa tyle, że każdy podmiot SOZ może przygotować swoją własną, indywidualną wersję karty. W żadnej spośród *Kart* nam dostępnych, dedykowanej pozycji do wpisania konkluzji z oceny ryzyka i nasilenia depresji nie było.

---

<sup>12</sup> <https://psychoterapiacotam.pl/depresja-w-ciazy/>

<sup>13</sup> tamże

<sup>14</sup> <https://www.medonet.pl/zdrowie,depresja-poporodowa-po-in-vitro--powazny-problem--o-ktorym-sie-nie-mowi,artykul,28889531.html>

<sup>15</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>

Według raportu NIK z roku 2020 pt. „Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń”, w latach 2017-2019, każdego roku około 1700 kobiet urodziło martwe dziecko, a u około 40 tysięcy kobiet ciąża zakończyła się poronieniem. Szacuje się, że nawet 10-15% wszystkich ciąż kończy się poronieniem.<sup>16</sup> Dla kobiety to bardzo trudne chwile. Obowiązujące dzisiaj wytyczne, dotyczące sprawowania opieki nad pacjentkami przeżywającymi stratę dziecka, są zebrane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardów opieki okołoporodowej.<sup>17</sup> Część z tych zapisów nie wypełnia jednak prawa kobiety do intymności, szacunku i poszanowania godności a inne nawet nie są realizowane. Przykładem pierwszej nieprawidłowości jest zapis w rozporządzeniu, według którego pacjentka po niepowodzeniu położniczym jedynie W MIARĘ MOŻLIWOŚCI nie powinna przebywać w sali razem z pacjentkami ciężarnymi, bądź w położu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka. Przykładem zapisów nie realizowanych jest niewypełnianie prawa do pochówku swojego dziecka bez względu na to, w którym etapie ciąży doszło do poronienia<sup>18</sup>, czy prawa do informacji o procedurze i wymaganiach koniecznych dla rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego, o możliwości odebrania zasiłku pogrzebowego, czy o prawie do przejścia na urlop macierzyński.<sup>19</sup>

Polska należy do grupy 10 krajów w Europie o wskaźniku rozpoczynania karmienia piersią bliskim 100%. Gdy niemowlę kończy pierwszy rok życia, tylko 11,9% nadal jest karmionych naturalnie. Mając tak ogromny potencjał na starcie coś robimy nie tak, że szybko go wytracamy. Od matek oczekuje się wiele, wszyscy zachęcają je do karmienia naturalnego, mówią jakie to ważne i zdrowe, ale gdy przychodzą trudności, okazuje się, że oferta pomocy jest mizerna. Wiedza personelu medycznego w zakresie laktacji wciąż jest niewystarczająca, dlatego najczęstszą stosowaną metodą rozwiązania problemu jest zlecenie dziecku mieszanki mlecznej. “To matki karmiące ponoszą koszty realizacji zaleceń towarzystw naukowych. Same finansują wypożyczanie laktatorów, aby pozyskiwać mleko dla wcześniaków lub dzieci mających problemy ze ssaniem. Same uczą się wskaźników skutecznego karmienia. Ich koleżanki, które karmią sztucznie mają w szpitalu wszystko – butelki, smoczki, mleko za darmo. Z budżetu państwa refunduje się zakup mlecznych mieszanek dla szpitali oraz niektórych preparatów dostępnych w aptece. Tak prowadzona polityka żywienia polskich dzieci wspiera koncerny produkujące sztuczne mieszanki, a nie polskie kobiety pragnące karmić”.

---

<sup>16</sup> <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462,vp,26188.pdf>

<sup>17</sup> Dz.U. 2018; poz. 1756,

[<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>

<sup>18</sup> <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462,vp,26188.pdf>

<sup>19</sup> <https://fundacjamatecznik.pl/mamyprawapoporonieniu/>

## 5. Nastolatki i dziewczynki – potrzeby zdrowotne małoletnich

Polski SOZ zupełnie nie uwzględnia specyficznych potrzeb kobiet małoletnich i dziewczynek. W programie edukacyjnym polskiej szkoły nie znajdziemy nic co tematycznie powiązane byłoby z edukacją seksualną i jedynie pojedyncze treści z zakresu edukacji prozdrowotnej. Edukacja seksualna nastolatek pozostawiona jest internetowi, własnym doświadczeniom i kontaktom rówieśniczym, podczas gdy zgodnie ze standardami znanymi na świecie powinni zajmować się nią eksperci i ekspertki. Cały czas nie są dostępne powszechne i bezpłatne szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dla wszystkich dziewczynek w przedziale wiekowym 9-13 lat. Jedynie nieliczne samorządy zapewniają i refundują dziewczynkom szczepienia przeciw wirusowi HPV. Kobiety małoletnie pozbawione są też systemowego dostępu do bezpłatnej antykoncepcji ratunkowej w sytuacji działań przestępczych.

Dostęp małoletnich do opieki ginekologicznej jest wyjątkowo trudny. W 2020 roku, na obszarze całego kraju, NFZ zawarł tylko 48 umów w zakresie ginekologii dla dziewcząt, a liczba zakontraktowanych podmiotów w kolejnych województwach wahała się od 1 do 9 z medianą 2. Również lokalizacja świadczeniodawców w województwach nie jest optymalna. Specjalizacje w dziedzinie ginekologia i położnictwo nie są podzielone na dziecięcą i dla dorosłych, nie ma więc formalnych przeszkód, żeby lekarz specjalista ginekolog położnik w poradni ginekologiczno-położniczej udzielał świadczeń małoletnim pacjentkom. Tyle że wiele poradni ginekologicznych dla kobiet, z nieznanых przyczyn, nie chce przyjmować niepełnoletnich pacjentek. Dzieje się tak pomimo wyraźnie wyższej wyceny porad udzielonych pacjentkom małoletnim w poradni ginekologicznej lub ginekologiczno-położniczej. Potrzebująca pomocy medycznej nastolatka, żeby tę pomoc w niezbędnym zakresie mogła uzyskać, oprócz szczęścia, żeby w okolicy była jakakolwiek poradnia ginekologiczna oraz żeby w tej poradni ktoś z personelu lekarskiego zechciał ją przyjąć i wysłuchać, musi jeszcze uzyskać zgodę rodzica lub opiekuna prawnego. Trudno wyjaśnić, dlaczego w przypadku nastolatki w wieku 15 lat możliwe jest legalne życie seksualne, a niemożliwa jest samodzielna wizyta u ginekologa.

## **7. Opieka nad kobietą po przestępstwie seksualnym: nieprofesjonalna, wybiórcza i pozbawiona empatii**

Dokładne oszacowanie skali zjawiska przemocy wobec kobiet nie jest możliwe, bo przestępstwa seksualne charakteryzują się niewielką liczbą zgłoszeń. Dzieje się tak między innymi ze względu na wstyd i traumę, jaką przeżywa zgwałcona osoba. Obserwując podejście właściwych służb Państwa do ofiar gwałtu można odnieść wrażenie, że polskie prawo lepiej dba o interes przestępcy popełniającego gwałt niż o interes pokrzywdzonych, a realizowane działania medyczne i pomocowe są niewystarczające, a czasem wręcz pozorne. Wśród pracowników i pracowniczek policji, prokuratury, ochrony zdrowia czy instytucji pomocowych problemem jest brak odpowiednich procedur postępowania oraz wiedzy, jak postępować z ofiarami gwałtów, jak je badać, wspierać. Często jest brak odosobnionego pokoju przesłuchań dla kobiet/dzieci, przyjmowanie zeznań przez funkcjonariusza Policji – mężczyznę, ponawianie i uzupełnianie przesłuchań. Takie postępowanie naraża ofiarę na wtórną wiktyimizację. Aż 80% ofiar gwałtu cierpi na zespół stresu pourazowego (PTSD). Przewlekłe przeżywany stres i poczucie całkowitej bezradności wywierają długofalowy wpływ na powstanie zaburzeń psychicznych o różnym stopniu ciężkości.<sup>20</sup>

## **Zdrowie kobiety: od wieku dziecięcego po wiek senioralny - rozwiązania**

System Ochrony Zdrowia w Polsce musi zostać dostosowany do specyficznych potrzeb zdrowotnych kobiet. Wymaga to działań na bardzo wielu poziomach, zarówno w sferze edukacji, profilaktyki, procesu diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacji. Poniżej prezentujemy rozwiązania, których wdrożenie pozwoli wyrównać istniejące deficyty i doprowadzi do sytuacji, w której medycznie zaopiekowane kobiety poczują się pełnoprawnymi obywatelkami naszego kraju.

### **1. Zdrowie kobiety:**

#### **a. Podstawowa opieka ginekologiczno-położnicza powszechna i dostępna**

Dostęp do ambulatoryjnej opieki ginekologiczno-położniczej finansowanej ze środków publicznych jest limitowany liczbą lekarzy w systemie. System proponowanej powszechnej i dostępnej podstawowej opieki ginekologiczno-położniczej to pomysł na organizację systemu ochrony zdrowia (SOZ), który na poziomie wybranej przez kobietę poradni Podstawowej

<sup>20</sup> [https://pl.boell.org/sites/default/files/dosc\\_milczenia.\\_przemoc\\_seksualna\\_wobec\\_kobiet\\_1.pdf](https://pl.boell.org/sites/default/files/dosc_milczenia._przemoc_seksualna_wobec_kobiet_1.pdf)



Opieki Zdrowotnej (POZ) będzie koordynował wszystkie etapy procesu profilaktyczno-diagnostyczno-terapeutycznego w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej. Najważniejszymi zadaniami dla działającej blisko miejsca zamieszkania podstawowej opieki ginekologiczno-położniczej powinny być:

- prowadzenie działań profilaktycznych i prozdrowotnych w populacji dziewczynek, nastolatek i kobiet po wiek senioralny;
- czujność onkologiczna;
- opieka nad kobietą w ciąży;
- opieka nad kobietą przed i po menopauzie;
- poradnictwo pro- i antykoncepcyjne uwzględniające również metody naturalne;
- identyfikacja problemu niepłodności;
- identyfikacja problemu wysiłkowego nietrzymania moczu i innych chorób dna miednicy.

Dla realizacji tego zadania konieczne będzie zatrudnienie w POZ/KomPOZ (Kompleksowym POZ) koordynatora opieki zdrowotnej i lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologia i położnictwo, którzy wspólnie z położną środowiskową POZ i lekarzem POZ utworzą zespół terapeutyczny. Zasady funkcjonowania KomPOZ, zatrudniania tamże lekarzy innych specjalności i przedstawicieli innych zawodów medycznych zostały przedstawione w Planie dla Polski „Co po pandemii. Plan dla zdrowia”<sup>21</sup> oraz w analizie „Recepta na Zdrowie. Reaktywacja”<sup>22</sup>

Kluczowe znaczenie dla powodzenia projektu podstawowa opieka ginekologiczno-położnicza będzie miało odpowiednie przygotowanie koordynatorów opieki zdrowotnej oraz zdefiniowanie na nowo uprawnień i zadań położnej środowiskowej, zwiększenie zawodowej samodzielności położnych, zmniejszenie o połowę limitu kobiet, noworodków i niemowląt do końca 2 miesiąca życia, którymi powinna się opiekować jedna położna POZ (do liczby 3000-3500) i urealnienie wyceny świadczeń wykonywanych przez położne. Na początku 2022 r. liczba zarejestrowanych położnych wynosiła 40 589, z czego w aktywności zawodowej pozostawało 28 899.<sup>23</sup> Dzisiaj położne są grupą zawodową, która w planowaniu działań

---

<sup>21</sup> <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2021/04/Plan-dla-zdrowia.pdf>

<sup>22</sup> <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/05/7.-Recepta-na-zdrowie-reaktywacja.pdf>

<sup>23</sup> <https://samorząd.infor.pl/sektor/zadania/zdrowie/5436926,liczba-i-wiek-pielęgniarek-i-polożnych.html>

poprawiających funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce jest zupełnie pomijana. Poszerzenie kompetencji zawodowych położnych, wprowadzenie zasady współdzielenia kompetencji pomiędzy samodzielnymi zawodami medycznymi (lekarze, położne, opiekunowie medyczni) i tworzenie zespołów terapeutycznych mogłoby przynieść rozwiązanie dla wielu obecnych niewydolności SOZ, prowadząc do zmniejszenia obciążenia lekarzy ze specjalizacją ginekologia i położnictwo. Proponowanymi zadaniami dla położnych w POZ są między innymi:

- koordynacja opieki ginekologiczno-położniczej nad dziewczynkami i kobietami;
- porada patronażowa położnej towarzysząca kwalifikacji dziewczynki do szczepienia przeciwko HPV, której celem będzie stworzenie pomiędzy nimi nici porozumienia i zaufania, z konsekwencją w postaci częstych ponownych medycznych kontaktów o charakterze świadczeń zapobiegawczych, prozdrowotnych i diagnostycznych, a w przyszłości również leczniczych i rehabilitacyjnych;
- porady profilaktyczno-prozdrowotne w POZ oraz w miejscu zamieszkania połączone z pobraniem cytologii i badaniem palpacyjnym piersi;
- poradnictwo pro- i antykoncepcyjne;
- prowadzenie ciąży fizjologicznej;
- wizyta patronażowa położnej u matki i noworodka;
- wizyta położnej u kobiety po utracie ciąży i po porodzie martwego dziecka;
- porada laktacyjna;
- monitorowanie dobrostanu psychicznego kobiet w ciąży, po porodzie i po utracie ciąży;
- wydłużenie okresu obowiązkowej opieki położnej nad kobietą po porodzie do 1 roku od daty porodu, z zaplanowaniem comiesięcznych wizyt patronażowych po zakończeniu okresu połogu;
- wizyta położnej środowiskowej u kobiet w okresie pooperacyjnym, po wypisaniu ze szpitala.

Zakładając, że położna w środowisku POZ będzie zawodem medycznym odpowiedzialnym za przedstawione w tym dokumencie szeroko rozumiane „ZDROWIE KOBIETY”, podstawą realizowania świadczeń położniczych powinien stać się opracowany przez położną środowiskową POZ i stanowiący integralną część dokumentacji medycznej pacjentki **Indywidualny Plan Opieki Położnej (IPOP)**. IPOP podlegałby uaktualnieniu raz na trzy lata lub natychmiast w przypadku zmiany statusu zdrowotnego kobiety (np. pojawienie się alertu onkologicznego, modyfikacja IPOP do Planu Opieki Przedporodowej po potwierdzeniu ciąży, a po porodzie do obejmującego okres jednego roku od daty porodu Planu Opieki Poporodowej, czy utracenie ciąży). Wszystkie te działania powinny przebiegać w porozumieniu z lekarzem POZ, lekarzem ginekologiem współpracującym z KomPOZ w ramach umowy w sprawie opieki koordynowanej lub z lekarzem ginekologiem wskazanym

przez kobietę, dla której IPOP będzie tworzony. W przypadku objęcia opieką osoby małoletniej wymagana będzie również zgoda i porozumienie opiekunów prawnych małoletniej. W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, prozdrowotnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, położne mogłyby zabezpieczyć wiele potrzeb zdrowotnych zgłaszanych przez dziewczynki i kobiety w każdym okresie życia. Być może udałoby się w ten sposób zbudować nowy model opieki położnej nad dobrostanem ginekologiczno-prokreacyjnym kobiet. Proponowane działania będą trudne do zrealizowania. Przykładem może być tu konstatacja, że pomimo relatywnie dużej liczby położnych w naszym systemie opieki zdrowotnej, obecnie jedynie około 100 pobiera cytologię. Oznacza to, że tylko w tym zakresie konieczne jest przeszkolenie i zmotywowanie około 3 500 położnych POZ i około 2 000 położnych AOS.<sup>24</sup>

#### **b. Zapewnienie dostępu do lekarza ginekologa poza większymi miastami, w każdym powiecie**

Lokalne Domy Zdrowia (LDZ), których utworzenie proponujemy<sup>25</sup>, powinny stać się miejscem merytorycznego wsparcia dla lekarzy rodzinnych z mniejszych miejscowości, szczególnie w przypadku poradni POZ działających na obszarze wykluczonym specjalistycznie. Konieczna specjalistyczna konsultacja w zakresie ginekologii i położnictwa w ramach opieki zdrowotnej mieszkańców wsi i niewielkich miast, powinna być możliwa do zrealizowania właśnie w LDZ, w którym lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii będzie obecny stale, albo gdzie będzie dojeżdżał w dokładnie określonym terminie, zależnym od dostępności w powiecie lekarzy z tą specjalizacją. W każdym LDZ należy umożliwić wykonanie podstawowych badań, w tym cytologii oraz USG, a także zatrudnić koordynatora lub koordynatorów opieki zdrowotnej (liczba zależna od populacji mieszkańców powiatu), przy czym w przypadku realizowania świadczeń w zakresie ginekologia i położnictwo, obowiązki koordynatora może pełnić położna środowiskowa POZ. W przypadku udziału LDZ w realizowaniu świadczeń specjalistycznych na rzecz mieszkańców wsi i małych miast, do zadań samorządu lokalnego powinno należeć przygotowanie transportu wykluczonych komunikacyjnie mieszkańców gmin z ich miejsca zamieszkania do LDZ i z powrotem.<sup>26</sup> W umowie z płatnikiem należy zrezygnować z wymogu funkcjonowania AOS w powiecie w dziedzinie ginekologia i położnictwo przez 6 dni w tygodniu, a zakres czasowy wykonywania świadczeń medycznych powinien zostać dostosowany do rzeczywistych regionalnych potrzeb. Taki schemat działania umożliwi

<sup>24</sup> <https://pulsmedycyny.pl/rak-szyjki-macicy-ekspert-przyczyna-nieefektywnej-profilaktyki-lezy-w-organizacji-dzialan-systemowych-1176212>

<sup>25</sup> więcej na ten temat w: <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/05/7.-Recepta-na-zdrowie-reaktywacja.pdf>

<sup>26</sup> więcej na ten temat w: <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/05/7.-Recepta-na-zdrowie-reaktywacja.pdf>

realizację świadczeń specjalistycznych wykonywanych przez tego samego lekarza w kolejnym powiecie. Niezbędne jest także wdrożenie mechanizmów finansowania usług medycznych na terenach o mniejszej gęstości zaludnienia, które zwiększą motywację lekarza rodzinnego i specjalistów ginekologii do objęcia opieką także pacjentek mieszkających na takich terenach.

### c. **Utworzenie referencyjnych centrów diagnostyki i leczenia niepłodności**

Wskazaniem do skierowania kobiety do poradni diagnostyki niepłodności (jednostka I poziomu) powinno być doświadczenie przez kobietę co najmniej dwóch niepowodzeń położniczych lub nieskuteczne staranie się o ciążę w okresie ostatnich co najmniej 12 miesięcy. Do zadań poradni diagnostyki niepłodności powinny należeć: wdrożenie diagnostyki niepłodności szerokim panelem wymaganych badań laboratoryjnych oraz referowanie pacjentek na podstawie wykonanych procedur diagnostycznych i wskazań medycznych do nadrzędnego ośrodka diagnostyki i leczenia niepłodności. Po przedstawieniu pacjentki i efektu pracy poradni diagnostyki niepłodności, zespół medyczny w ośrodku diagnostyki i leczenia niepłodności (jednostka II poziomu) podejmowałby decyzję o (-) uzupełnieniu procedury diagnostycznej zachowawczej w poradni I poziomu; (-) o kwalifikacji do rozszerzonej procedury diagnostycznej zabiegowej w ośrodku lub w szpitalu, albo (-) o kwalifikacji do techniki wspomaganego rozrodu w ośrodku diagnostyki i leczenia niepłodności. Wymienione zakresy świadczeń powinny podlegać finansowaniu bezpośrednio z budżetu państwa jako zadanie Ministra Zdrowia. Zarówno poradnie diagnostyki niepłodności, jak i ośrodki diagnostyki i leczenia niepłodności powinny podlegać certyfikacji i cyklicznej, co 3 lata weryfikacji jakości działania oraz skuteczności diagnostycznej i terapeutycznej, określonej na podstawie wytycznych przygotowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii w porozumieniu z Polskim Towarzystwem Ginekologów i Położników.<sup>27</sup>

Prawo do wykonywania procedur pozaustrojowych „in vitro” posiadają wyłącznie lekarze ginekolodzy ze specjalizacją szczegółową „endokrynologia ginekologiczna i rozrodczości”. Takie rozwiązanie ograniczy oczekiwaną dostępność do procedur zapłodnienia pozaustrojowego po ich uwolnieniu. W związku z powyższym, proponujemy, żeby warunkiem koniecznym dla zakwalifikowania **ośrodka diagnostyki i leczenia niepłodności** do udziału w finansowanym ze środków publicznych projekcie było zobowiązanie się do uruchamiania co najmniej jednego miejsca specjalizacyjnego ze specjalizacji szczegółowej w dziedzinie endokrynologia ginekologiczna i rozrodczości każdego roku, przy czym każda jednostka z tego obowiązku byłaby rozliczana. Rozwiązaniem alternatywnym może być zmiana kluczowych kadrowych wymagań, na podstawie których funkcjonowanie ośrodków diagnostyki i leczenia niepłodności byłoby możliwe.

<sup>27</sup> [https://journals.viamedica.pl/ginekologia\\_perinatologia\\_prakt/article/download/60457/46925](https://journals.viamedica.pl/ginekologia_perinatologia_prakt/article/download/60457/46925)

**d. Ustawowa gwarancja pełnej refundacji procedury „in vitro”**

Procedura „in vitro” powinna być realizowana jako element „Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce” i jak cały program finansowana bezpośrednio z budżetu państwa jako zadanie Ministra Zdrowia. Procedura „in vitro” w ramach programu powinna być dostępna i bezpłatna, przy potwierdzeniu medycznych kryteriów wstępnych włączenia i nieobecnych kryteriach wykluczających dostęp do procedury. Są nimi np. udokumentowane nieskuteczne leczenie niepłodności w okresie ostatnich co najmniej 12 miesięcy; limit trzech cykli, limit wieku do 42 lat, przy założeniu, że decydującym kryterium kwalifikującym do procedury „in vitro” powinna stać się ocena rezerwy jajnikowej (określenie poziomu hormonu AMH u kobiety).

**e. Dostęp do nowoczesnej antykoncepcji zwykłej na receptę, do antykoncepcji ratunkowej bez recepty dla kobiet pełnoletnich oraz do alternatywnych metod antykoncepcji dla kobiet z przeciwwskazaniami do antykoncepcji hormonalnej**

Poprawienie dostępności do antykoncepcji zwykłej i ratunkowej będzie działaniem kluczowym dla zmniejszenia liczby dokonywanych przez Polki procedur aborcji farmakologicznej i/lub zabiegowej. Brak lub nierówny dostęp do antykoncepcji pozostaje w bezpośrednim związku z instytucją klauzuli sumienia. Propozycje dot. problemu klauzuli sumienia przedstawiono w pkt. 6.a.

Środki antykoncepcyjne „zwykłe” powinny być przepisywane na receptę i docelowo, w miarę dostępności środków budżetowych, podlegać refundacji (ustalona opłata dyspensyjna za opakowanie leku). W związku z możliwymi działaniami niepożądanymi leków antykoncepcyjnych oraz sytuacjami zdrowotnymi, w których przyjmowanie leków hormonalnych jest przeciwwskazane, pierwszą receptę na lek antykoncepcyjny powinien wystawić w trakcie wizyty lekarskiej lekarz ginekolog-położnik, a recepty ponowne mogłyby wystawiać lekarz ginekolog-położnik, lekarz POZ lub położna. Ponieważ jest prawdopodobne, że część kobiet z bezterminowo uwolnioną antykoncepcją farmakologiczną nie przyjdzie na ginekologiczne badanie kontrolno-profilaktyczne, okres wystawiania recept ponownych przez lekarzy POZ i/lub położne powinien zostać ograniczony do jednego roku. Po tym czasie, dla odnowienia recepty konieczna będzie ponowna konsultacja ginekologiczna, w czasie której możliwe będzie zidentyfikowanie pojawienia się nowych względnych lub bezwzględnych przeciwwskazań do antykoncepcji. Leki antykoncepcji ratunkowej dla kobiet pełnoletnich powinny być dostępne bez recepty i podlegać podobnym zasadom refundacji jak leki antykoncepcji zwykłej (ustalona opłata dyspensyjna za opakowanie leku). Dla kobiet z przeciwwskazaniami do antykoncepcji hormonalnej powinny być dostępne w pełni refundowane inne sposoby antykoncepcji, w szczególności indywidualnie dobieranej

antykoncepcji domacicznej. Żeby założenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej w publicznej części SOZ miało szansę na realizację, konieczne jest urealnienie wyceny tego świadczenia oraz jednocześnie nakładanie i egzekwowanie kary, zgodnie z katalogiem kar wynikającym z umowy z płatnikiem, na te poradnie specjalistyczne i szpitale, które będą ograniczały dostęp do procedury założenia lub wyjęcia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej. Problem jest naprawdę ważny, zwłaszcza dla kobiet z rozwiniętą zakrzepicą żylną, które nie mogą stosować antykoncepcji hormonalnej, a każda ciąża wiąże się u nich z ogromnym ryzykiem zakrzepicy i zatorowości płucnej. Dostęp do antykoncepcji alternatywnej jest w takich sytuacjach niezbędny. Zajście w ciążę z ryzykiem potencjalnie śmiertelnych powikłań powinno być przecież świadomym wyborem.

#### f. **Opieka senioralna w jednostkach systemu ochrony zdrowia**

W organizacji właściwej opieki nad osobami w wieku senioralnym, do zadań najważniejszych i jednocześnie najtrudniejszych należeć będą przygotowanie bazy leczniczej (POZ, AOS, szpitale), rehabilitacyjnej i opiekuńczej na zwiększającą się liczbę pacjentów oraz stworzenie warunków dla wczesnej wykrywalności i zwiększenia zakresu opieki nad chorymi na choroby, na których wystąpienie kobiety po menopauzie stają się szczególnie narażone [<https://whc.ifps.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/Problemy-medyczne-wieku-starszego.pdf>].

Podstawowym miejscem, w którym kobiety w wieku senioralnym będą zaopiekowane powinny stać się Poradnie Wieku Dojrzałego, zorientowane na poszukiwanie znamion wielochorobowości i szkodliwej terapii wielolekowej oraz na wczesną diagnostykę otępienia i całościową ocenę geriatryczną (COG) [<https://strategie2050.pl/publikacje/geriatria-opieka-dlugoterminowa-opieka-paliatywna/>]. Ważną częścią tego procesu jest też przygotowanie ścieżek terapii środowiskowej z udziałem form dziennych, aktywizacji poszpitalnej oraz edukacji rodzin pacjentów geriatrycznych. Poradnie Wieku Dojrzałego wpisują się doskonale w koncepcję postulowanych przez nas Lokalnych Domów Zdrowia, w których możliwe byłoby sprawowanie wieloprofilowej opieki medycznej nad seniorkami, z uwzględnieniem żywieniowej porady dietetyczki oraz obejmującej określenie bezpieczeństwa prowadzonej farmakoterapii i ryzyka wystąpienia niepożądanych następstw przyjmowania wielu leków w przypadku wielochorobowości porady farmaceuty klinicznego. Sposób prowadzenia konsultacji medycznych powinien uwzględniać możliwość wykorzystania technik teleinformatycznych [<https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/05/7.-Recepta-na-zdrowie-reaktywacja.pdf>].

W kadrowo trudnej sytuacji niedoboru lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie geriatria, najlepszym rozwiązaniem wydaje się system, w którym lekarz rodzinny byłby jednocześnie lekarzem geriatrą, odpowiednio wyposażonym w narzędzia pracy, które już na poziomie POZ umożliwią możliwie najszerszą diagnostykę i leczenie [<https://strategie2050.pl/publikacje/geriatria-opieka-dlugoterminowa-opieka-paliatywna/>]. Lekarze geriatrizy powinni pełnić jedynie rolę konsultantów w Poradniach Wieku Dojrzałego, o których więcej piszemy w analizie „Geriatrycja, opieka długoterminowa, opieka paliatywna” [<https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/05/Geriatria.pdf>].

Dla lekarzy ze specjalizacją medycyna rodzinna powinna zostać ustanowiona „krótka ścieżka” specjalizacji z geriatrici dla lekarzy ze specjalizacją medycyna rodzinna. Co najmniej tak samo ważne będzie szerokie udostępnienie pielęgniarcom i pielęgniarce POZ kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwo geriatryczne oraz szkoleń dla opiekunów osoby starszej i opiekunów medycznych. Nowo pozyskane pielęgniarki geriatryczne w POZ powinny przejąć na siebie część obowiązków w ramach opieki senioralnej, np. monitorowanie sytuacji osób powyżej 60. roku życia włącznie z wczesną diagnostyką otępienia. Pozwoliłoby to na wczesne wykrycie wielu chorób, ocenę sprawności i możliwości samodzielnego funkcjonowania w warunkach domowych oraz na wytypowanie osób wymagających wspomnianej wcześniej całościowej oceny geriatrycznej (COG).

Żeby opieka zdrowotna nad kobietami w wieku senioralnym, szczególnie z wielochorobowością mogła stać się nie tylko kompleksowa ale również skuteczna, konieczne będzie: (1) urealnienie finansowania świadczeń dla starszych pacjentów w POZ; (2) rozpoczęcie finansowania COG w opiece podstawowej i ambulatoryjnej specjalistycznej oraz (3) wprowadzenie zasady sumowania procedur, w których płatnik finansowałby nie tylko podstawowy, będący przyczyną hospitalizacji proces diagnostyczno-terapeutyczny, ale również leczenie chorób towarzyszących, np. według zasady 100% + 50% + 30% + 10% wartości świadczenia za podstawową i każdą kolejną rozpoznaną i leczoną współchorobowość [<https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/05/Geriatria.pdf>].

#### **g. Opieka ginekologiczna dla osób z różnymi formami niepełnosprawności**

W każdym województwie powinny powstać co najmniej 2-3 placówki dedykowane kobietom z różnymi formami niepełnosprawności, które byłyby finansowane ze środków publicznych (więcej według potrzeb w województwie mazowieckim i śląskim). Powinny one spełniać kryteria dostępności:

- architektonicznej;
- komunikacyjnej (np. tłumacz języka migowego dla kobiety z niepełnosprawnością mowy i/lub słuchu);
- w zakresie informacji (np. strona internetowa zgodna z odpowiedniej jakości standardem);
- w zakresie wsparcia asystenckiego (np. osoba wspierająca, pies przewodnik)<sup>30</sup>.

Ponadto powinna zostać stworzona lista kolejnych gabinetów ginekologicznych dla kobiet z różnymi rodzajami niepełnosprawności oraz lista bazy personelu medycznego przygotowanego do zrealizowania usługi ginekologicznej uwzględniającej różne formy niepełnosprawności. Listy obejmujące wszystkie wymienione informacje powinny być dostępne na stronach organizatora systemu, instytucji administracji samorządowej związanych ze zdrowiem oraz organizacji pozarządowych zajmujących się zdrowiem,

działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami. Należy również określić standardy usługi ginekologicznej dla różnych form niepełnosprawności, począwszy od przygotowania poradni pozbawionych barier architektonicznych, przez posiadanie przystosowanego dla kobiet z niepełnosprawnością fotela ginekologicznego i opracowanie technik badania bez wykorzystania fotela ginekologicznego, po zapewnienie transportu osób z niepełnosprawnością w formie świadczenia finansowanego ze środków publicznych<sup>31</sup>. Oprócz kobiet z niepełnosprawnością ruchową, mowy i/lub słuchu trzeba pamiętać o populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz w spektrum autyzmu. Zakres wsparcia specjalistycznego dla kobiet z niepełnosprawnością powinien być tożsamy z tym dla kobiet bez niepełnosprawności, również w kwestii poradnictwa antykoncepcyjnego i prokreacyjnego.

#### **h. Program leczenia chorób dna miednicy**

Choroby dna miednicy to dzisiaj problem populacyjnie i społecznie ogromny, bo 5 mln kobiet z nietrzymaniem moczu, zaburzeniami statyki narządów miednicy, z żylakami miednicy mniejszej i krocza, nieleczonymi przetokami, zespołami bólowymi, zaburzeniami defekacji, dysfunkcjami seksualnymi i innymi problemami uroginekologicznymi pozostaje medycznie niezaopiekowanych. W czasie szkolenia lekarzy przed dyplomowego i podyplomowego, problem chorób dna miednicy jest traktowany marginalnie, przede wszystkim z powodu deficytu specjalistów w tej dziedzinie, a potrzeby zdrowotne z roku na rok są coraz większe. Dlatego, chociaż uważamy, że liczba specjalizacji lekarskich w Polsce jest zdecydowanie za duża i prowadzi do szkodliwej fragmentacji posiadanych przez lekarzy kompetencji i umiejętności medycznych, to w przypadku chorób dna miednicy u kobiet, uruchomienie nowej, dedykowanej lekarzom ginekologom i urologom, specjalizacji szczegółowej w dziedzinie uroginekologii uznajemy za uzasadnione. Równoległe ze szkoleniem kadr medycznych konieczne jest tworzenie narządowo kompetentnych ośrodków medycznych, w których problemy uroginekologiczne kobiet znajdą wszechstronne i wieloprofilowe rozwiązanie.

W przypadku zapobiegania i leczenia chorób dna miednicy kolejnym ważnym zagadnieniem jest dostęp do refundowanych przez płatnika świadczeń z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej. Pomimo uregulowania w roku 2015 zawodu fizjoterapeuty, do dzisiaj nie poprawiono zasad szkolenia podyplomowego. Będąca w ofercie edukacyjnej specjalizacja w dziedzinie fizjoterapii, w obecnej formie jest programowym powtórzeniem przebiegu studiów. Proces specjalizacyjny wymaga pilnych zmian. Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty i ustawy powiązane powinny zostać znowelizowane w taki sposób, żeby możliwe było uruchomienie pod nadzorem Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) oraz Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF) certyfikowanych kursów specjalistycznych lub specjalizacji kierunkowych w dziedzinie fizjoterapia. Jedną z tych specjalizacji powinna być właśnie fizjoterapia uroginekologiczna. Dzisiaj dla uznania fizjoterapeuty uroginekologicznego za



spełniającego warunki refundacji świadczeń w zakresie fizjoterapii uroginekologicznej, fizjoterapeuta powinien spełnić dwa warunki: (1) posiadać prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty w rejestrze KIF; (2) posiadać tytuł certyfikowanego fizjoterapeuty uroginekologicznego wydany przez Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne. Uważamy, że należy podjąć współpracę z KIF w celu opracowania zasad weryfikacji jakości i merytoryczności kolejnych kursów z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej.

#### **i. Program leczenia endometriozy**

Program leczenia endometriozy to model zintegrowanej, zgodnej z kompetencjami narządowymi opieki medycznej, w którym kobieta z podejrzeniem lub rozpoznaniem endometriozy ma tworzoną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną, którą w określonym porządku podąża. Powinien zostać oparty na rozwinięciu/ utworzeniu maksymalnie czterech regionalnych ośrodków, działających jako konsorcjum jednostek zapewniających w procesie diagnostyczno-terapeutyczno-rehabilitacyjnym realizację poszczególnych zadań. Program leczenia endometriozy powinien obejmować:

- Rozwój dedykowanych radiologicznych ośrodków diagnostycznych, wykonujących swoje zadania w oparciu o skuteczne protokoły badawcze dedykowane endometriozie. Skuteczne protokoły badawcze to takie, które pozwolą na zidentyfikowanie wszystkich ognisk i postaci choroby;
- Rozwój 2-3 ośrodków ginekologicznych w każdym województwie, w których prowadzone będzie właściwe postępowanie diagnostyczno-lecznicze zachowawcze, oraz operacyjne endometriozy minimalnej (stopień I) i łagodnej (stopień II), wsparte o właściwe leczenie żywieniowe (odpowiednio skomponowana dieta przeciwzapalna), leczenie usprawniające (fizjoterapia uroginekologiczna) i opiekę psychologiczną (niezdiagnozowana endometrioza to wieloletni ból, niepłodność i poczucie bezradności);
- Rozwój regionalnych ośrodków ginekologiczno-chirurgiczno-urologicznych, w których procedury operacyjnego leczenia endometriozy umiarkowanej (stopień III) i ciężkiej (stopień IV) będą realizowane i które będą nadzorowały funkcjonowanie ośrodków podstawowych na poziomie terytorialnie podległych 3-5 województw.

Jednostki zakwalifikowane do programu leczenia endometriozy głębokiej powinny podlegać certyfikacji i cyklicznej, co 3 lata, weryfikacji pod kątem stosowania określonych umowami standardów postępowania klinicznego, oceny skuteczności diagnostycznej definiowanej jako zgodność mapowania endometriozy technikami NMR lub innymi ze statusem stwierdzonym śródoperacyjnie, oceny odsetka i przyczyn reoperacji oraz readmisji, zakażeń szpitalnych oraz zdarzeń niepożądanych. Szczególnej uwagi wymagają przypadki nawrotu / wznowy choroby,

bo ich przyczyną są błędy popełnione na etapie diagnostyki i/lub leczenia operacyjnego. Skuteczność i jakość leczenia są tu danymi kluczowymi. Certyfikacji i cyklicznej weryfikacji pod kątem stosowania określonych umowami standardów postępowania diagnostyczno-klinicznego powinny podlegać również ośrodki w leczeniu endometriozy niższego stopnia referencyjności. Dodatkowym warunkiem koniecznym dla zakwalifikowania do udziału w projekcie każdej jednostki na każdym z wymienionych poziomów powinno być zobowiązanie do udziału w aktywnym, prowadzonym bezpłatnie szkoleniu podyplomowym w zakresie diagnostyki i leczenia endometriozy dla wszystkich grup interesariuszy medycznych wymaganych projektem.

**j. Poprawa dostępu kobiet do świadczeń z zakresu onkologii przez tworzenie ośrodków kompleksowej diagnostyki i leczenia raka jajnika, raka piersi i nowotworów ginekologicznych**

Środki publiczne powinny być kierowane do jednostek gwarantujących kompleksowość, skuteczność i bezpieczeństwo wykonanej procedury medycznej oraz wysoką jakość całej zintegrowanej opieki nad pacjentką. Ośrodki zakwalifikowane jako leczące zgodnie z kompetencjami narządowymi nie powinny leczyć operacyjnie onkologicznych zmian łagodnych, czy stanów przedrakowych, a to wymagałoby odpowiednich zmian w umowie z płatnikiem. Tylko w ten sposób, w relatywnie krótkim czasie będzie mogło dojść do skrócenia kolejek do operacji onkologicznych.

**j. Leki przeciwnowotworowe nowej generacji i skuteczne technologie medyczne dostępne w ośrodkach kompleksowej diagnostyki i leczenia raka**

Zasadą powinno być aktywne rejestrowanie, a następnie refundowanie leków nowotworowych i finansowanie nowych technologii medycznych, których skuteczność terapeutyczna została dowiedziona, a w leczeniu nowotworu nie dysponujemy alternatywną, równie skuteczną techniką medyczną. W celu poprawy dostępu do leków przeciwnowotworowych należy również usprawnić funkcjonowanie Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych (RDTL) i zwiększyć wysokość limitu rocznego środków Funduszu Medycznego, przeznaczanych na finansowanie leków w ramach RDTL. Wprowadzenie w roku 2022 na listę refundacyjną leków, które wydłużają okres remisji w leczeniu raka jajników (niraparib) i raka piersi (talazoparib, sacituzumab gowitekan) to dobre przykłady zwiększania dostępności do leków nowej generacji, chociaż czas trwania procesów refundacyjnych dla każdego z tych leków był zdecydowanie za długi<sup>28,29</sup>.

<sup>28</sup> <https://www.termedia.pl/onkologia/Potrojnie-ujemny-rak-piersi-TNBC-jest-nadzieja-na-nowa-terapię,48569.html>,

<sup>29</sup> <https://www.zwrotnikraka.pl/nowa-lista-lekow-refundowanych/>

## **k. Systemowe wsparcie kobiet w kryzysie bezdomności i ubóstwa**

Kobiety w kryzysie bezdomności powinny mieć zapewnioną opiekę ginekologiczno-położniczą oraz dostęp do bezpłatnych wyrobów higienicznych niezbędnych w cyklu menstruacyjnym. Swobodny dostęp do środków higienicznych powinien być sprawą priorytetową ze względu na konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia. Dzisiaj w Polsce nie obowiązuje prawo, które zapewniłoby kobietom darmowe środki higieniczne w przestrzeni publicznej. Na podstawie danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki społecznej wiemy, że w Polsce w roku 2019 mieliśmy około 3,6 tysiąca kobiet w kryzysie bezdomności, które menstruują.<sup>30</sup> Według strony społecznej są to dane zdecydowanie niedoszacowane, ale jedyne oficjalne.

Osoby przebywające poza instytucjonalnymi miejscami wsparcia borykają się ze szczególnymi problemami dostępu do środków czystości, ale też sanitariatów i czystej wody. Często mając wybór podpaska czy jedzenie, wybiorą posiłek, a jako zabezpieczenie podczas menstruacji posłużą im materiał z higieną nie mający nic wspólnego. Brak podstawowej higieny oraz nie stosowanie odpowiednich środków może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych.

Podstawowym rozwiązaniem problemu ubóstwa menstruacyjnego wewnątrz tej grupy społecznej jest wyposażenie Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie, schronisk czy ogrzewalni w pojemniki z podpinkami, tamponami i/lub mokrymi chusteczkami na wzór działań podejmowanych przez Fundację Akcja Menstruacja<sup>31</sup> czy Różowa Skrzyńeczka<sup>32</sup>, na przykład w szkołach czy centrach handlowych i regularne ich uzupełnianie. Tylko część pań skorzysta z tego rozwiązania, ponieważ kobiety w kryzysie bezdomności często przebywają poza ośrodkami wsparcia lub mają trudności w dotarciu do takich miejsc. Z tego powodu każdy NGOS, organizacja lub grupa wspierająca osoby w kryzysie bezdomności, również zawodowi streetworkerzy powinni otrzymywać z budżetu miasta albo od właściwej fundacji zapas środków higienicznych, które będą dystrybuowane wedle potrzeb. Powinna to być pomoc stała i regularna.

Problemy zdrowotne kobiet w kryzysie bezdomności i ubóstwa może też potęgować brak dostępu do lekarza ginekologa i położnej środowiskowej POZ. Nawet jeśli posiadając ubezpieczenie zdrowotne, kobiety mają prawo do korzystania bezpłatnie z porad lekarza ginekologa, często ogranicza je wstyd, strach lub brak wiedzy, gdzie mogą pójść i jak się zapisać. Tu rozwiązaniem mogłaby być finansowana przez jednostki samorządu terytorialnego przychodnia społeczna świadcząca usługi osobom w kryzysie bezdomności w każdym większym mieście lub poradnia działająca przy ośrodkach wsparcia.

<sup>30</sup> <https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych-edycja-2019>

<sup>31</sup> <https://www.akcjamenstruacja.pl>

<sup>32</sup> <https://www.rozowaskrzyńeczka.pl>

## **2. Bezpieczna ciąża, właściwa opieka okołoporodowa, godna opieka po utracie ciąży, opieka Państwa nad rodziną (samotną/-ym matką/ojcem) z dzieckiem, z niepełnosprawnością**

Każda kobieta ma prawo do bezpiecznej, opartej na wzajemnym szacunku, na prawie do intymności i na zasadzie poszanowania godności opieki w czasie ciąży, w trakcie porodu i po porodzie. Bezpieczna ciąża to taka, która w sposób kompleksowy zaspokaja potrzeby zdrowotne kobiety ciężarnej, wiele lat temu spisane w dokumencie „Dekalog rodzenia po ludzku” [<https://rodzicpoludzku.pl/o-nas/dekalog/>]. Dzisiaj obowiązującym w Polsce przepisem prawa, monitorującym bezpieczeństwo kobiety w ciąży i okresie okołoporodowym jest dokument w randze Rozporządzenia Ministra Zdrowia „Standard organizacyjny opieki okołoporodowej”.<sup>33</sup> Wprowadzenie standardów opieki okołoporodowej<sup>34</sup>, ich kilkukrotne nowelizowanie<sup>35</sup>, a następnie nie podążanie za przyjętymi zapisami i zaniechanie egzekwowania zasad bezpiecznej i godnej opieki okołoporodowej to przewiny wszystkich rządzących od roku 2010.

### **a. Bezpieczna ciąża i właściwa opieka okołoporodowa, z prawem do porodu w znieczuleniu jako standard**

Wśród ważnych zadań, których realizacja poprawiłaby jakość i bezpieczeństwo opieki w ciąży i okołoporodowo możemy wymienić: [-] zapobieganie czynnikom ryzyka patologii ciąży; [-] stworzenie warunków dla bezpłatnego dostępu kobiet w ciąży do lekarza stomatologa, w poszerzonym zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych; [-] przywrócenie klimatu przyjaznego badaniom prenatalnym, genetycznym i procedurom leczniczym wewnątrzmacicznym; [-] poszerzenie wskazań do wykonania refundowanych przez płatnika badań prenatalnych oraz rozszerzenie wykazu finansowanych ze środków publicznych koszykowych badań prenatalnych nieinwazyjnych i inwazyjnych; [-] ułatwienie i zwiększenie dostępności do konsultacji specjalistycznych genetycznych, z wprowadzeniem zasady refundowania przez płatnika wykonanych poza sektorem publicznym SOZ genetycznych konsultacji specjalistycznych, jeżeli przewidywany czas oczekiwania na konsultację w systemie publicznym przekracza 1 miesiąc oraz [-] wprowadzenie zasady poród ze znieczuleniem jako standard.

Niektóre wady można leczyć jeszcze w życiu płodowym dziecka, inne możliwe są do wyleczenia tuż po porodzie chorego dziecka, pod warunkiem, że rodzice oraz personel medyczny

---

<sup>33</sup> Dz.U. 2018; poz. 1756,  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>

<sup>34</sup> Dz.U. 2010 nr 187 poz. 1259

<sup>35</sup> Dz.U. 2022 poz. 1430,

prowadzący ciążę i poród o tym wiedzą. Właśnie dlatego tak ważny jest dostęp do badań prenatalnych oraz do konsultacji genetycznej. Jeśli rodzice o ciężkiej chorobie dziecka dowiadują się w pierwszym trymestrze ciąży, mają czas na oswojenie się z tą myślą i zorganizowanie swojego życia tak, by zająć się dzieckiem z niepełnosprawnością lub w określonych sytuacjach medycznych wybrać inne rozwiązania.<sup>36</sup> W tym zakresie niezwykle pomocne powinny stać się hospicja perinatalne, o których wspominamy w pkt 2.f (Znowelizowanie, wsparcie merytoryczne i finansowe programu „Za życiem”).

Jak wspomniano w Diagnozie określającej deficyty opieki zdrowotnej w czasie ciąży i porodu, w Polsce ponad 50% naturalnych porodów odbywa się bez znieczulenia. W naszej ocenie, żeby prawo do porodu w znieczuleniu miało szansę na realizację, konieczne jest:

- **Zwiększenie liczby lekarzy anestezjologów-intensywiistów oraz lekarzy intensywnej terapii** między innymi przez odblokowanie możliwości prowadzenia specjalizacji szczegółowej w dziedzinie intensywnej terapii przez lekarzy specjalistów w innych dziedzinach oraz zwiększenie liczby miejsc do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie intensywnej terapii oraz anestezjologia i intensywna terapia, z uwzględnieniem spełniających określone kryteria oddziałów w jednostkach powiatowych (dotyczy stażu podstawowego w zakresie anestezjologii);
- **Zwiększenie liczby pielęgniarek ze [-] specjalizacją i z [-] kursem kwalifikacyjnym** w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **zwiększenie liczby położnych z [-] kursem kwalifikacyjnym** w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki i z [-] kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii. Warunkiem zwiększenia liczby pielęgniarek ze specjalizacją i kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz położnych z kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii jest wzrost liczby wyżej wymienionych kursów i specjalizacji, uznanie ich jako priorytetowe szkolenie zawodowe, refundowanie kosztów z zapewnieniem płatnych urlopów szkoleniowych w wymiarze do 7 dni roboczych w roku oraz powiązanie ukończenia kolejnych etapów szkolenia podyplomowego (kurs kwalifikacyjny i/lub specjalizacja) z warunkami finansowymi pracy;
- **Zwiększenie wartości wyceny porodu fizjologicznego ze znieczuleniem w stosunku do wyceny porodu cięciem cesarskim**, w sposób zapewniający urealnienie kosztów znieczulenia regionalnego, w tym kosztów pracy wykonującego znieczulenie zespołu anestezjologicznego oraz lekarza, pielęgniarek anestezjologicznych lub położnych, którzy nadzorują przebieg analgezji do porodu. Już wycena porodu fizjologicznego bez znieczulenia powinna być wyższa w stosunku do wyceny porodu cięciem cesarskim. Tylko w taki sposób

<sup>36</sup> <https://www.medonet.pl/badania,badania-prenatalne--ile-kosztuja-i-kiedy-sa-refundowane-,artykul,1734484.html>

możliwe będzie odwrócenie rosnącego w Polsce trendu do porodów cięciem cesarskim.

**b. Dostęp do świadczeń z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej w ciąży oraz przez okres 1 roku po porodzie.**

Według różnych danych, wysiłkowego nietrzymania moczu doświadcza od 15 do 60% kobiet rodzących wielokrotnie. Obserwuje się też wzrost częstości wysiłkowego nietrzymania moczu rozpoznawanego już pod koniec ciąży. Uważamy, że w ciąży oraz przez okres 1 roku od porodu, fizjoterapia dna miednicy powinna być zalecana najpierw jako element rehabilitacji i prewencji, następnie jako forma leczenia nietrzymania moczu. Z tych powodów finansowany przez płatnika program edukacji przedporodowej ciężarnej powinien zostać rozszerzony o zajęcia z fizjoterapii uroginekologicznej. W trakcie kontrolnych wizyt u lekarza położnika powinny zostać określone czynniki ryzyka wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu. W przypadku rozpoznania u ciężarnej czynników ryzyka nietrzymania moczu oraz zgłoszenia przez kobietę nietrzymania moczu w trakcie ciąży oraz w ciągu 1 roku od porodu, lekarz położnik lub położna powinni skierować ciężarną na konsultację do fizjoterapeuty uroginekologicznego i wspólnie z fizjoterapeutą/ką określić możliwie skuteczne postępowanie terapeutyczne. W tych przypadkach, wszystkie zlecone przez lekarza położnika lub położną wizyty u fizjoterapeuty uroginekologicznego, dla kobiet w ciąży i po porodzie powinny być refundowane przez płatnika (patrz również **punkt I. h**);

**c. Wsparcie psychologiczne kobiet w kontekście depresji w ciąży i depresji poporodowej**

W celu zwiększenia wykrywalności nowych przypadków depresji w ciąży i depresji poporodowej na wczesnym etapie rozwoju oraz w konsekwencji zwiększenia odsetka kobiet podejmujących właściwe leczenie stanów depresyjnych należy:

- rozpocząć i przez kilka miesięcy kontynuować zadania reklamowo-informacyjne (z wykorzystaniem mediów społecznościowych i internetu oraz mediów publicznych i komercyjnych) w sprawie szerzenia wiedzy o depresji w ciąży, depresji poporodowej i po utracie ciąży oraz o sposobach zaopiekowania się tym ważnym problemem;
- wprowadzić jeden, obowiązujący wszystkie podmioty ochrony zdrowia, wzór *Karty przebiegu ciąży*, w którym w pozycji „Wywiad” pojawi się obowiązek wpisania informacji dotyczących dotychczasowej historii zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej, a pozycje dedykowane opisom kolejnych badań kontrolnych ciężarnej wymuszą obowiązek wpisania konkluzji z oceny ryzyka i nasilenia depresji;
- do standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wpisać proponowaną przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP) metodykę, według której ryzyko i nasilenie depresji będzie

oceniane. PTP rekomenduje zastosowanie prostego dwuetapowego schematu badania przesiewowego, który jest oparty o wypełnienie jeden po drugim dwóch kwestionariuszy zdrowia pacjenta PHQ-2 i PHQ-9.<sup>37</sup> Wskazane kwestionariusze są krótkimi i prostymi do wypełnienia narzędziami funkcjonującymi wspólnie jako test przesiewowy dla rozpoznania ryzyka wystąpienia depresji w ciąży i po porodzie. Oba kwestionariusze są łatwo dostępne, bezpłatne i charakteryzują się dużą rzetelnością i trafnością oceny.<sup>38</sup> Jeżeli na podstawie odpowiedzi udzielonych w kwestionariuszach zdrowia pacjenta PHQ-2 i PHQ-9 ryzyko depresji okaże się prawdopodobne, lekarz ginekolog powinien skierować osobę badaną na konsultację do lekarza psychiatry w AOS, lub do psychologa / lekarza psychiatry w Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych lub do psychologa/psychiatry współpracujących bezpośrednio z KomPOZ;

- zaplanowaną w standardach opieki okołoporodowej dwukrotną ocenę ryzyka i nasilenia depresji w ciąży (w 11-14 tygodniu ciąży i w 33-37 tygodniu ciąży) rozszerzyć o dodatkowe oceny ryzyka depresji w formie wypełnienia kwestionariuszy zdrowia pacjenta PHQ-2 i PHQ-9 w trakcie każdej kolejnej wizyty kontrolnej u lekarza ginekologa, gdy w ocenie lekarza status psychiczny kobiety ciężarnej będzie odbiegał od dobrostanu. Proponujemy też, żeby realizowany przez położne środowiskowe POZ program edukacji przedporodowej ciężarnej został rozszerzony o zajęcia traktujące o depresji w ciąży i depresji poporodowej, a plan opieki przedporodowej realizowany w formie kolejnych wizyt położnej środowiskowej POZ o ocenę ryzyka i nasilenia depresji (kwestionariusze PHQ-2 i PHQ-9);
- zaplanowaną w standardach opieki okołoporodowej jednorazową ocenę ryzyka i nasilenia depresji poporodowej (około 4 tygodnie po dacie porodu) rozszerzyć o dodatkowe obowiązkowe oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji i wydłużenie czasu monitorowania statusu psychicznego kobiet po porodzie na okres do 1 roku po dacie porodu. Proponujemy wprowadzenie do standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej co najmniej dwóch dodatkowych punktów wykonywania oceny ryzyka depresji poporodowej: pół roku i rok po dacie porodu. Do oceny ryzyka i nasilenia depresji poporodowej mogą być wykorzystywane kwestionariusze zdrowia pacjenta PHQ-2 i PHQ-9 oraz bliźniaczo podobny zestaw kwestionariuszy: Pytania Whooley i Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP).<sup>39</sup> Proponujemy, żeby opisane zadania były realizowane przez położne środowiskowe POZ podczas wizyt patronażowych jako porada położnicza, z prawem położnej do kierowania pacjentki na konsultację psychologiczno-psychiatryczną, jeżeli ryzyko depresji okaże się prawdopodobne;

#### **d. Godna opieka po utracie ciąży oraz w innych położniczych sytuacjach szczególnych**

<sup>37</sup> <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/depresja-w-ciazy-i-depresja-poporodowa/>

<sup>38</sup> <https://www.gdanskipsycholog.pl/materialy-dla-poloznyczych-i-lekarzy/>

<sup>39</sup> tamże

W raporcie z kontroli NIK (rok 2020) „Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń”, ujawniono, że przyjęte i przedstawione w standardzie opieki okołoporodowej rozwiązania nie są realizowane.<sup>40</sup> Chociaż od publikacji raportu minęły dwa lata, żadna poprawa w jakości opieki nad kobietą po utracie ciąży nie nastąpiła.<sup>41</sup> Każdej kobiecie po utracie ciąży, po urodzeniu martwego dziecka, gdy urodzone dziecko znajduje się w ciężkim stanie lub w przypadku innych niepowodzeń położniczych należy zapewnić:

- **prawo do izolowania od kobiet ciężarnych i matek, którym urodziło się zdrowe dziecko.** Pacjentkom po poronieniu i rodzącym martwe dziecko oraz ich rodzinom powinno się zapewnić osobne pomieszczenia umożliwiające godne przeżycie poronienia lub porodu dziecka martwego i pożegnanie się z dzieckiem<sup>42</sup>;
- **prawo do pochówku swojego dziecka bez względu na to, w którym etapie ciąży doszło do poronienia.** Zgodnie z wnioskiem pokontrolnym do raportu NIK „Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń” należy wprowadzić zasady jednolitego i zgodnego z obowiązującymi przepisami, sposobu postępowania szpitali ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i po poronieniu<sup>43</sup>;
- **prawo do informacji i podejmowania decyzji.** Takim prawem jest powiadomienie o procedurze i wymaganiach koniecznych dla rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego, o możliwości odebrania zasiłku pogrzebowego, czy o prawie do przejścia na urlop macierzyński<sup>44</sup>;
- **prawo do opieki psychologa oraz wskazanych przez kobietę osób bliskich i osoby duchownej.** Dla zwiększenia dostępności opieki psychologicznej kobiecie po poronieniu lub po urodzeniu martwego dziecka, należy wprowadzić obowiązek zatrudnienia psychologa klinicznego w wymiarze co najmniej 0,5 etatu na każdym oddziale ginekologiczno-położniczym I i II poziomu referencyjności. Jest to kolejny wniosek pokontrolny wieńczący raport NIK „Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń”.<sup>45</sup> Prawo do opieki psychologa powinno obejmować nie tylko samą kobietę, ale również jej małżonka / partnera. Prawo do wsparcia i pomocy psychologiczno-psychiatrycznej powinna posiadać również każda kobieta, która zdecydowała się na poronienie w domu, lub gdy w domu do niego doszło. Wystawienie druku skierowania na konsultację oraz uzgodnienie miejsca i terminu konsultacji będzie zadaniem położnej środowiskowej lub koordynatora opieki zdrowotnej w POZ;
- **prawo do opieki medycznej.** Każda kobieta po porodzie martwego dziecka oraz po poronieniu powinna mieć prawo do opieki medycznej, takiej samej jak kobieta po urodzeniu

<sup>40</sup> <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462,vp,26188.pdf>

<sup>41</sup> [https://rodzicpoludzku.pl/wp-content/uploads/2022/06/22\\_06\\_01-220-MZ-uwagi\\_do\\_Standardu.pdf](https://rodzicpoludzku.pl/wp-content/uploads/2022/06/22_06_01-220-MZ-uwagi_do_Standardu.pdf)

<sup>42</sup> tamże

<sup>43</sup> <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462,vp,26188.pdf>

<sup>44</sup> <https://fundacjamatecznik.pl/mamyprawapoporonieniu/>

<sup>45</sup> <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462,vp,26188.pdf>



zdrowego dziecka. Umowa pomiędzy położną środowiskową POZ a płatnikiem powinna zostać tak zmodyfikowana, aby wizyta położnej w domu dotyczyła również kobiety w połogu, której dziecko zmarło oraz kobiety po poronieniu. Podczas wizyty położnej u kobiety w połogu, gdy dziecko nie żyje, położna powinna poinformować o przysługujących Jej prawach, skontrolować stan rany po porodzie (w przypadku nacięcia krocza, czy cesarskiego cięcia), zaproponować rozwiązania wygaszające daremną laktację, wesprzeć kobietę emocjonalnie oraz zaproponować wykonanie oceny ryzyka skłonności do depresji. Wizyta położnej u kobiety po poronieniu sprowadzi się do wspierającej rozmowy, oceny ryzyka skłonności do depresji z zaproponowaniem adekwatnych do wyniku tej oceny rozwiązań oraz poinformowania o przysługujących kobiecie szczególnych uprawnieniach. W obu sytuacjach położna powinna również skomunikować kobietę z regionalnymi i/lub ogólnopolskimi grupami wsparcia.

W celu zwiększenia wykrywalności przypadków depresji po poronieniu proponujemy wpisanie w standard organizacyjny opieki okołoporodowej czterokrotnego badania oceny ryzyka inasilenia depresji: tydzień, miesiąc, pół roku i jeden rok po poronieniu. Ustanowienie takiego schematu wykonywania oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji u kobiet po poronieniu wynika z obserwacji, że następstwa psychologiczno-psychiatryczne poronienia mogą się objawić nawet do roku po poronieniu. Do oceny ryzyka i nasilenia depresji poporodowej izwiązanej z poronieniem mogą być wykorzystywane opisane w poprzedniej części dokumentu kwestionariusze zdrowia pacjenta PHQ-2 i PHQ-9.

Żeby możliwa była wizyta położnej środowiskowej POZ u kobiety po poronieniu, każdy taki przypadek powinien być zgłaszany przez szpital lub specjalistyczną poradnię ginekologiczno-położniczą w mechanizmie identycznym jak zgłoszenie porodu dziecka. W przypadku poronienia, do którego doszło w domu, właściwą informację, z zachowaniem zasady pełnej dobrowolności, przekazuje położnej sama kobieta. W takiej sytuacji celem zgłoszenia poronienia będzie uruchomienie monitoringu statusu psychicznego kobiety po utracie ciąży oraz wsparcie informacją medyczną;

#### **e. Nowoczesne poradnictwo laktacyjne**

Karmienie piersią jest najzdrowszym sposobem żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci, a korzyści zdrowotne dla dzieci i matek oraz konkretne korzyści ekonomiczne w obszarze zdrowia publicznego są niezaprzeczalne. Polskie Towarzystwo Gastroenterologii,

Hepatologii i Żywienia Dzieci zaleca, aby karmienie wyłącznie piersią trwało przez pierwsze 6 miesięcy, a przez następne co najmniej 18 miesięcy karmienie piersią było uzupełniane innymi pokarmami.<sup>46</sup> Przepisy dotyczące obowiązku zapewnienia warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka oraz wsparcia realizacji tych zadań z pomocą personelu medycznego zostały wpisane do standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.<sup>47</sup> Niestety nasza codzienność bardzo odbiega od planów organizatora SOZ. Dowodem na niefunkcjonowanie promowanego przez rządzących programu karmienia piersią są statystyki. Gdy zamiar karmienia swojego dziecka piersią potwierdza niemal 100% kobiet w ciąży, w 6 tygodniu po porodzie karmionych jest tylko 47,6%, a w 12 miesiącu zaledwie 11,9% niemowląt.<sup>48</sup> Prawem każdej kobiety dopiero planującej potomstwo, kobiety w czasie ciąży i po porodzie przez cały okres karmienia jest zagwarantowanie dostępu do profesjonalnej opieki laktacyjnej. Żeby móc ten cel osiągnąć konieczne jest:

- uruchomienie cyklicznego kursu „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji” (według projektu Ministerstwa Zdrowia), dedykowanego położnym i innym zawodom medycznym, które mogą uczestniczyć w poradnictwie laktacyjnym. Personel medyczny opiekujący się matką i dzieckiem powinien znać zasady postępowania w czasie laktacji, prowadzenia stymulacji laktacji, konsekwencje pochopnego zlecenia diety eliminacyjnej w jadłospisie matki, czy pochopnego zastępowania karmienia naturalnego mieszankami sztucznymi w jadłospisie dzieci<sup>49</sup>;
- zagwarantowanie każdej matce po porodzie sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego w szpitalu oraz w miejscu pobytu matki i dziecka. Dofinansowanie sprzętu do odciągania pokarmu dla szpitali oraz dla funkcjonującej poza szpitalami specjalistycznej poradni opieki laktacyjnej nie powinno stanowić dużego obciążenia dla budżetu, a w szybki i prosty sposób podniosłoby jakość opieki okołoporodowej i odpowiedziało na potrzeby polskich matek, jednocześnie podnosząc wskaźniki zdrowotne i obniżając inne wydatki na ochronę zdrowia.<sup>50</sup> Pełnej refundacji powinny podlegać osobiste końcówki do laktatorów wypożyczanych matkom bezpłatnie z poradni specjalistycznej opieki laktacyjnej, przy czym pierwszy komplet powinien stanowić część szpitalnej wyprawki noworodka;
- promowanie zasady podawania noworodkom urodzonym przedwcześnie i wszystkim pozostałym, które nie mogą być karmione mlekiem matki, mleka z Banku Mleka Kobiecego a nie modyfikowanego sztucznego mleka początkowego;
- wprowadzenie jako świadczenie finansowane przez płatnika porady laktacyjnej, która

<sup>46</sup> [https://ptghizd.pl/cm/uploads/2021/04/smp\\_01\\_2021\\_zasady\\_zywienia\\_zdrowych\\_niemo\\_wlat.pdf](https://ptghizd.pl/cm/uploads/2021/04/smp_01_2021_zasady_zywienia_zdrowych_niemo_wlat.pdf)

<sup>47</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>

<sup>48</sup> <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/sytuacja-w-polsce/>

<sup>49</sup> <https://www.mlekiemmamy.org/stymulacja-laktacji/>

<sup>50</sup> <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/sytuacja-w-polsce/>

będzie stanowiła wsparcie w zakresie karmienia piersią dla wszystkich kobiet. Warunkiem koniecznym dla uzyskania finansowania będzie prowadzenie dokumentacji medycznej w formie „Karty porady laktacyjnej” oraz „Karty obserwacji karmienia piersią”. Wzory takich dokumentów zostały zaproponowane między innymi przez Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych<sup>51</sup>;

- zwiększenie wyceny świadczenia wizyty patronażowej dla położnych środowiskowych POZ w przypadku łączenia patronażu z poradą laktacyjną. Warunkiem koniecznym dla otrzymania świadczenia z Plusem będzie prowadzenie niezależnych dokumentacji medycznych dla obydwu świadczeń;
- wprowadzenie jako świadczenie finansowane przez płatnika specjalistycznej porady farmaceuty klinicznego, obejmującej określenie bezpieczeństwa leków stosowanych w trakcie laktacji oraz ocenę ryzyka wystąpienia interakcji lekowych. W trakcie karmienia piersią może dochodzić do zaostrzenia chorób przewlekłych, rozwoju infekcji czy pojawienia się schorzeń wymagających pilnej interwencji medycznej. W każdej z powyższych sytuacji fakt karmienia piersią jest okolicznością szczególną, którą trzeba uwzględnić, podejmując decyzję o rozpoczęciu konkretnej farmakoterapii.<sup>52</sup>

**f. Znowelizowanie, wsparcie merytoryczne i finansowe programu „Za życiem” w taki sposób, żeby zaczął gwarantować właściwą opiekę państwa nad matką i dzieckiem w czasie ciąży (w przypadku uszkodzenia płodu) oraz matką/ojcem po urodzeniu dziecka (z rozpoznaną niepełnosprawnością)**

Zaplanowane cele można uzyskać przez: wsparcie rodzin dodatkami, zasiłkami, opieką medyczną, opieką rehabilitacyjną i opieką wytchnieniową, tworzenie ośrodków opieki dziennej i żłobków, wsparcie adopcji i pieczy zastępczej, skuteczne rozwiązanie problemu ściągalności alimentów, uznanie prawa do łączenia pracy zarobkowej i świadczenia pielęgnacyjnego w związku z opieką nad osobą z niepełnosprawnością (OzN), opracowanie zasad zabezpieczenia emerytalnego opiekunów OzN oraz dzięki innym propozycjom przedstawionym w analizie „Propozycje zmian w programie kompleksowym wsparcia dla rodzin „Za życiem”<sup>53</sup> i w raporcie „Pełnoprawni – osoby z niepełnosprawnościami i ich opiekunowie”<sup>54</sup>. Wsparcie medyczne i socjalne, o którym tu mowa powinno dotyczyć zarówno matki samotnie opiekującej się dzieckiem z niepełnosprawnością jak i całej rodziny walczącej z niepełnosprawnością dzieci, również wtedy, kiedy dziecko formalnie stanie się dorosłe. Bardzo ważne jest też wsparcie przez państwo działalności hospicjów perinatalnych. Odpowiednia refundacja procedur, pozbawione limitów kontrakty z NFZ pozwolą uzyskać

<sup>51</sup> <https://laktacja.org.pl/dla-profesjonalistow/>

<sup>52</sup> <https://www.termedia.pl/Najczestsze-problemy-laktacyjne-kobiety-karmiacej-piersia,98,47191,1,0.html>

<sup>53</sup> <https://strategie2050.pl/publikacje/propozycje-zmian-w-programie-kompleksowym-wsparcia-dla-rodzin-za-zyciem/>

<sup>54</sup> <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/12/Pełnoprawni.pdf>

właściwą pomoc każdej rodzinie, która oczekuje chorego dziecka (matka, ojciec, rodzeństwo, dziadkowie). To w tej instytucji przyszli rodzice chorego dziecka powinni uzyskać pełną informację na czym polega wada/choroba ich przyszłego dziecka, jakie są rokowania, konsekwencje zdrowotne zaburzenia, które wykryto u płodu, jakie są możliwości leczenia i jak dziecko i cała jego rodzina będzie funkcjonować, uzyskać też informację o możliwościach otrzymania pomocy socjalnej i prawnej. Dopiero na takiej podstawie matka może świadomie zdecydować, czy jest gotowa, aby urodzić i wychować chore dziecko. Przez cały czas ciąży matka powinna otrzymać odpowiednią opiekę medyczną i psychologiczną. Pomoc powinna być udzielona niezależnie od tego jaką decyzję podejmie kobieta. Jeśli potencjalna wada jest śmiertelna (np. znaczne uszkodzenie mózgu) a matka zdecyduje się urodzić i pożegnać z dzieckiem – powinna mieć możliwość odbycia porodu w takim ośrodku, opiekę nad umierającym dzieckiem i możliwość godnego pożegnania przy wsparciu lekarzy, psychologów i innych osób np. innych matek, które taką sytuację przeżyły.

### **3. Lepiej zapobiegać - działania profilaktyczne i prozdrowotne**

Dla zwiększenia odsetka chorób nowotworowych rozpoznawanych u kobiet na wczesnym etapie zaawansowania oraz obniżenia wskaźnika umieralności na nowotwory złośliwe i choroby z grupy cywilizacyjnych, bardzo ważne jest wzmocnienie już funkcjonujących i wprowadzenie nowych zdrowotnych programów profilaktycznych dedykowanych kobietom.

Szczególnie ważne jest:

- a. **Rozszerzenie przedziału wiekowego (od 21 do 65 roku życia) dla cytologii** jako bezpłatnego, wykonywanego co dwa lata badania przesiewowego dla raka szyjki macicy, z zastrzeżeniem, że pierwsze pobranie cytologii powinno się odbyć najpóźniej 3 lata od rozpoczęcia współżycia;
- b. **Zaplanowanie oparcia screeningu raka szyjki macicy na metodzie diagnostyki molekularnej HPV DNA HR (wysoko onkogenne typy HPV).** W tej metodzie screeningu wymaz może być pobierany raz na 5 lat, a samo badanie ma istotnie wyższą czułość i specyficzność niż cytologia klasyczna. Wyniki prowadzonego w Polsce przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy pilotażu HPV-DNA wstępnie wskazują na dwukrotnie większą skuteczność testu molekularnego HPV-DNA w wykrywaniu raka szyjki macicy od cytologii klasycznej<sup>55</sup>;
- c. **Opracowanie i wdrożenie programu zdrowotnego profilaktyki raka piersi na wzór projektu „Kiedy jest Twój dzień na U”,** polegającego na promowaniu corocznego wykonywania badania USG piersi (program dedykowany kobietom w wieku 25-40 lat).<sup>56</sup>

<sup>55</sup> <https://pulsmedycyny.pl/rak-szyjki-macicy-ekspert-przyczyna-nieefektywnej-profilaktyki-lezy-w-organizacji-dzialan-systemowych-1176212>

<sup>56</sup> <https://raknroll.prowly.com/112654-najwazniejsze-wydarzenie-roku-dzien-na-u-zawsze-aktualny>

Równolegle i na podobnych zasadach promowanie corocznego wykonywania badania mammografii piersi (program dedykowany kobietom w wieku 40-50 lat). **Voucher na badanie USG piersi lub mammografii piersi jako propozycja pomysłu prezentu urodzinowego dla koleżanki, partnerki, żony, mamy.** Docelowo, badanie USG piersi powinno mieć charakter Nielimitowanego badania przesiewowego i/lub diagnostycznego i stać się elementem generalnego bilansu zdrowia kobiet w wieku 30 lat i ponawianego w latach kolejnych 1 raz w roku. Wskaźniki czułości i swoistości badania USG piersi wyraźnie obniżają się po 35 roku życia kobiety. Z kolei mammografia jako badanie przesiewowe powinna zostać zaproponowana kobietom w wieku 40 lat, ale największą wartość, tego badania obserwuje się w grupie kobiet w wieku 50-69 lat, pod warunkiem corocznej powtarzalności. Po przekroczeniu 69 roku życia, kobiety powinny być poddawane kolejnym mammografiom co 1-2 lata, do 75 roku życia. U kobiet, które przekroczyły 75 rok życia, decyzja o interwale wykonywania kolejnych mammografii powinna uwzględniać stan zdrowia kobiety oraz oczekiwaną długość jej życia<sup>57</sup>;

**d. Wdrożenie programu monitorowania sytuacji zdrowotnej kobiet i realizowania zadań z zakresu profilaktyki chorób cywilizacyjnych i onkologicznych:**

- **30 lat – program profilaktyki onkologicznej w kierunku wykrycia postaci nieinwazyjnej raka piersi i raka jajników;**
- **40 lat – program profilaktyki chorób cywilizacyjnych** (zaburzenia gospodarki lipidowej, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia tolerancji glukozy, kontynuacja programu „Profilaktyka 40 plus” po jego modyfikacji, inne);
- **50 lat – program profilaktyki onkologicznej powiązany z istniejącymi badaniami przesiewowymi** (mammografia – rozszerzenie granic wieku kwalifikacji na zakres 45-75 lat; cytologia; kolonoskopia), **oraz USG jamy brzusznej;**
- **60 lat – program „Zdrowie Seniorów”,** z zadaniem poszukiwania znamion wielochorobowości i szkodliwej polipragmazji, oraz z wczesną diagnostyką otępienia i całościową oceną geriatryczną.

#### **4. Zdrowie dziewczynek i nastolatków**

**a. Rzetelna edukacja prozdrowotna i seksualna w szkole**

Cele i treści nauczania edukacji prozdrowotnej powinny być dostosowane do potrzeb oraz rozwoju fizycznego i psychospołecznego dziecka. Dzięki wprowadzeniu edukacji prozdrowotnej, od najmłodszych lat możemy kształtować nawyki, które pozostaną na całe

<sup>57</sup> <https://www.termedia.pl/onkologia/ACOG-kiedy-mammografia-w-kierunku-raka-piersi- nowe-wytyczne,26576.html>

życie. Jest to szczególnie ważne w przypadku dzieci ze środowisk defaworyzowanych społecznie, które w związku z brakiem edukacji zdrowotnej mają niższą świadomość zdrowotną i umiejętność kwalifikowania określonych zachowań jako szkodzących zdrowiu. Program dotyczący edukacji prozdrowotnej został przedstawiony w analizie programowej „Edukacja dla przyszłości”<sup>58</sup>;

Dzieci muszą wiedzieć, czego dorosłym nie wolno, kiedy pojawia się zły dotyk, kiedy próby wykorzystania. Między innymi po to jest edukacja seksualna. Edukacja seksualna w klasach 7 i 8 szkoły podstawowej oraz w szkole średniej, to przekazywanie wiedzy prokonceptyjnej, prezentacja zagrożeń związanych z czynnikami środowiskowymi i wynikających z zachowań ryzykownych (np. przemoc seksualna, wczesna ciąża, profilaktyka alkoholowego zespołu płodowego), uruchomienie projektu „Mój pierwszy raz – świadomie, z właściwą osobą, w sprzyjających okolicznościach”. Edukacja seksualna to również nauka poznania i czytania fizjologii własnego ciała, czy implementacja aplikacji menstruacyjnych z algorytmami funkcji pro/antykoncepcyjnych. Dzięki tym działaniom wiedza nastolatków na temat cyklu miesięczkowego oraz zmian zachodzących w ich ciele w związku z cyklem menstruacyjnym, powinna być coraz pełniejsza, a bezpieczeństwo prokreacyjne większe. Skutkiem dobrze prowadzonej edukacji seksualnej jest zmniejszenie procentu niebezpiecznych zachowań seksualnych, na czym powinno nam zależeć z powodów prokreacyjnych, zdrowotnych i społecznych.

#### **b. Działania przeciwko ubóstwu menstruacyjnemu.**

Naszym szczególnie ważnym zadaniem jest edukacja i przełamywanie tabu wokół menstruacji. Jeżeli w odbiorze społecznym menstruacja zacznie być traktowana jako naturalne zjawisko fizjologiczne, to również dostępność odpowiednich środków higienicznych stanie się oczywistą formą wsparcia dla osób jej potrzebujących.

Należy dążyć do sytuacji, w której w każdej szkole będą „różowe skrzyneczki” z dostępnymi w nich środkami higienicznymi dla dziewcząt. Taką formę przeciwdziałania zjawisku ubóstwa menstruacyjnego uwzględnia program „Edukacja dla przyszłości”.<sup>59</sup> Uważamy również, że w „różowe skrzyneczki” powinny zostać wyposażone centra handlowe i inne lokalizacje charakteryzujące się dużą liczbą odwiedzających.

#### **c. Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dostępne bezpłatnie dla wszystkich dziewczynek począwszy od 11 roku życia**

<sup>58</sup> <https://strategie2050.pl/wp-content/uploads/2022/05/Edukacja-dla-Przyszlosci.pdf>

<sup>59</sup> tamże,

Polska jako jedyny kraj w UE jeszcze nie wdrożyła programu szczepień przeciwko HPV. Inicjatywy dotyczące refundacji szczepionek przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego były do tej pory realizowane przez lokalne samorządy.<sup>60</sup> Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), przeciw wirusowi HPV należy szczepić dziewczynki w wieku 9-13 lat, ale optymalnym czasem szczepienia jest wiek 11-12 lat.<sup>61</sup> Odpowiednio wczesny wiek szczepienia dziewcząt w zasadniczy sposób obniża ryzyko rozwoju raka szyjki macicy i innych nowotworów kobiecych. Rozmowa kwalifikująca dziewczynki do szczepień przeciw wirusowi HPV powinna być powiązana z pierwszą wizytą patronażową położnej środowiskowej POZ. Program szczepień przeciwko HPV powinien objąć również populację chłopców w wieku 11 i 12 lat.

**d. Opieka ginekologiczna dla dziewczynek do 18 roku życia finansowana ze środków publicznych – minimum 2-3 lokalizacje w województwie**

Należy dążyć do zapewnienia w województwie równomiernie rozlokowanych specjalistycznych poradni ginekologicznych (AOS) finansowanych ze środków publicznych, które swoją opieką obejmą dziewczynki i nastolatki. Liczba tych poradni powinna zależeć od wielkości dedykowanej populacji, ale dla większości województw nie powinna być mniejsza niż 3-4 lokalizacje. Wyjątki stanowią województwo mazowieckie i województwo śląskie (dzisiaj po 9 lokalizacji) oraz województwo opolskie, gdzie 1-2 lokalizacje powinny zaspokoić potrzeby). Każde województwo powinno również dysponować zapleczem łóżek ginekologicznych dedykowanych dziewczynkom i kobietom małoletnim. Dodatkowo, zgodnie z obowiązującymi zapisami umowy na realizację świadczeń z zakresu ginekologia i położnictwo pomiędzy AOS i płatnikiem, poradnie ginekologiczna i ginekologiczno-położnicza nie mogą odmówić przyjęcia małoletniej pacjentki, chociażby po to, żeby w uzasadnionym przypadku przekierować pacjentkę do jednej z poradni dedykowanych udzielaniu pomocy małoletnim. Odmowa przyjęcia niepełnoletniej pacjentki przez AOS ginekologiczno- położniczy powinna skutkować nałożeniem przez płatnika na poradnię jednej z kar przewidzianych umową.

Dostęp do opieki lekarza ginekologa-położnika i położnej środowiskowej powinien obejmować również dziewczęta przebywające w pieczy zastępczej (szczególnie instytucjonalnej) oraz w takich jednostkach takich jak Młodzieżowe Ośrodki Socjoterapii, Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze, Specjalne Ośrodki Szkolno-Wychowawcze, Zakłady Poprawcze, Schroniska dla nieletnich, Domy Pomocy Społecznej i Zakłady Opiekuńczo- Lecznicze dedykowane dzieciom i młodzieży.

<sup>60</sup> <https://www.zwrotnikraka.pl/szczepionka-przeciw-wirusowi-brodawczaka-ludzkiego/>

<sup>61</sup> <https://szczepienia.pzh.gov.pl/dla-lekarzy/szczepienia-hpv/programy-szczepien-przeciw-hpv/>

**Osoba małoletnia, w sytuacji działania przestępczego** (np. po zgwałceniu) powinna mieć prawo do bezpłatnej antykoncepcji ratunkowej, pomimo argumentów zdrowotnych (korzyści zdecydowanie przewyższają ryzyko niekorzystnego działania bolusa hormonalnego). W takiej sytuacji, w jednostkach SOZ zapewniających opiekę ginekologiczną dla dziewczynek i nastolatk, jednocześnie przygotowanych do udzielenia pierwszej pomocy po przestępstwie seksualnym, należy oczekiwać bezpośredniego dostępu do antykoncepcji ratunkowej.

**e. Ustawowe obniżenie granicy wieku umożliwiającego samodzielną wizytę u pracowników medycznych systemu ochrony zdrowia**

15-letnia młoda kobieta, kiedy chce porozmawiać np. o swoim cyklu miesięczkowym i jego zaburzeniach, o bolesnych miesiączkach, o antykoncepcji, relacjach partnerskich i z rodzicami oraz o wielu innych ważnych dla niej problemach, powinna mieć prawo do samodzielnej wizyty u lekarza ginekologa lub położnej środowiskowej POZ. Trudno wyjaśnić, dlaczego w wieku 15 lat możliwe jest legalne życie seksualne, a niemożliwa jest wizyta u ginekologa lub położnej bez zgody rodziców/opiekunów. Rodzice w tym coraz bardziej szybkim życiu często nie zauważają problemów zdrowotnych swoich córek, nie odczytują sygnałów wysyłanych przez nie, nie rozmawiają z nimi. Często też, szczególnie nastolatki, w obecności rodziców nie są w stanie i/lub nie chcą przedstawić rzeczywistego podłoża swoich problemów zdrowotnych. W dyskusji nad obniżeniem wieku samodzielności do 15 lat powinniśmy też uwzględnić istnienie zjawiska akceleracji, czyli szybszego dorastania małoletnich.

**5. Kompleksowa opieka nad kobietą po przestępstwie seksualnym**

W każdym przypadku kontaktu z ofiarą gwałtu lub innego przestępstwa seksualnego, uczestniczący w udzielaniu pomocy pracownicy systemu ochrony zdrowia oraz funkcjonariusze Policji powinni zapewnić skoordynowaną, kompleksową, profesjonalną i pełną empatii pomoc. Żeby wypełnienie tych zadań było możliwe i konieczne jest:

**a. uruchomienie programu „Poradnie Leczenia Następstw Przemocy Seksualnej” (robocza nazwa „Poradnia 197kk”)**

Program ten mógłby być efektem współpracy Ministerstwa Zdrowia (MZ), Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) oraz Ministerstwa Sprawiedliwości (MS).

W ramach programu, Poradnie 197kk powinny powstać w każdym z 49 byłych miast wojewódzkich, we wskazanym z poziomu samorządowego wieloprofilowym szpitalu posiadającym Szpitalny Oddział Ratunkowy, oddział ginekologiczny lub ginekologiczno-położniczy oraz oddziały zabiegowe. Liczba 49 wynika z regularnego rozlokowania ośrodków



na mapie Polski, co ułatwi ofiarom przestępstw seksualnych samodzielne zgłoszenie się do Poradni z każdego zakątka województwa lub przywiezienie poszkodowanych tamże przez zespoły ratownictwa medycznego i patrole Policji. Docelowo do Poradni 197kk powinny trafić wszystkie ofiary przestępstw seksualnych. Poradnia powinna być przystosowana do przyjęcia zarówno kobiety jak i mężczyzny, również osoby małoletniej.

Pomieszczenia Poradni powinny umożliwiać niestygmatyzujące zgłaszających się wejście oraz zbadanie i skonsultowanie osoby po przestępstwie seksualnym, również z towarzyszącymi innymi obrażeniami ciała. Częścią poradni powinien być spełniający wymagania wszystkich służb przyjazny pokój przysłuchań („niebieski pokój”) dla dorosłych<sup>62</sup> i osobny dla dzieci.<sup>63</sup> W Poradni 197kk powinien być dostępny Pakiet Pomocy dla Zgwałconych, zawierający informacje dla lekarzy oraz ofiar dotyczące postępowania po gwałcie, wyposażenie niezbędne do prawidłowego badania i zabezpieczenia śladów biologicznych do wykorzystania w postępowaniu dochodzeniowym oraz tabletkę antykoncepcji ratunkowej.<sup>64</sup>

#### **b. prowadzenie w obszarze Poradni 197KK zasadniczej części procesu dochodzeniowo-śledczego z udziałem ofiary przestępstwa seksualnego, również służb policyjnych**

W tym celu konieczne byłoby przeszkolenie położnych zatrudnionych w Poradni 197kk w prawidłowym zabezpieczaniu śladów przestępstwa na ciele osoby poszkodowanej oraz w prawidłowym pobieraniu materiału biologicznego ze wszystkich miejsc kontaktu dla celów dochodzeniowo-śledczych, włącznie z certyfikacją uznającą tak przygotowane ślady i materiały jako dowody w sprawie. Wymienione uprawnienia pozwoliłyby na ograniczenie koniecznej liczby badań ofiary z prewencją wtórnej wiktyimizacji, a proponowany sposób postępowania i certyfikowania położnych do wykonywania również czynności śledczych byłby przeniesieniem dobrej praktyki z ośrodków amerykańskich.

#### **c. Profesjonalne wsparcie psychologiczne i/lub psychiatryczne dla ofiar przestępstw seksualnych**

Podczas pierwszego kontaktu ofiary gwałtu z psychologiem musi zostać wskazane miejsce uzyskania wsparcia psychologiczno-psychiatrycznego w kolejnych dniach/tygodniach. W przypadku dzieci - ofiar przestępstw seksualnych wsparcie psychologiczne oraz psychoedukacyjne (np. jak nie pogłębiać traumy) powinno obejmować także rodziców/opiekunów. Jeżeli sprawcami przestępstwa seksualnego są rodzice dziecka, wówczas psychoedukacja powinna być zaoferowana rodzinom zastępczym lub pracownikom placówki, do której dane

<sup>62</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001691/O/D20201691.pdf>,

<sup>63</sup> <https://edukacja.fdds.pl/course/view.php?id=389>

<sup>64</sup> [https://pl.boell.org/sites/default/files/dosc\\_milczenia.\\_przemoc\\_seksualna\\_wobec\\_kobiet\\_1.pdf](https://pl.boell.org/sites/default/files/dosc_milczenia._przemoc_seksualna_wobec_kobiet_1.pdf)

dziecko trafia w ramach zabezpieczenia. Idealnym rozwiązaniem jest dostępność i możliwość natychmiastowej interwencji psychologa klinicznego, o każdej porze dnia i nocy. Przy braku możliwości zrealizowania świadczenia w zakresie koniecznej konsultacji psychologicznej, psychoterapeutycznej lub psychiatrycznej natychmiast, możliwe powinno być skorzystanie z listy certyfikowanych jednostek niepublicznych, zweryfikowanych przez Krajową Izbę Psychologów, Krajową Izbę Psychoterapeutów (z chwilą ich powstania), które podpiszą odpowiednią umowę z podmiotem będącym organizatorem dla jednostek systemu ochrony zdrowia na poziomie samorządu. W sytuacji kryzysowej należy pamiętać o możliwości wykorzystania psychologów zatrudnionych w strukturach Policji. Ich umiejętności w opanowywaniu zespołu stresu pourazowego są nieocenione. Wszystkie te działania na rzecz ofiar gwałtu i innych przestępstw seksualnych muszą być świadczeniami bezpłatnymi, ze źródłem finansowania np. z Funduszu Sprawiedliwości lub następcy tego Funduszu.

#### **d. Reaktywacja Ogólnopolskiego Programu Opieki nad Ofiarami Gwałtów**

Celem programu jest nauczenie prawidłowych i zgodnych z literą prawa działań dochodzeniowych oraz przekazanie praktycznych umiejętności zapewnienia kobietom po przestępstwie seksualnym skutecznej pomocy prawnej, medycznej i psychologicznej. Funkcjonariusze właściwych służb muszą potrafić przekazać ofiarom każdego przestępstwa, również zgwałcenia informacje, jakie prawa im przysługują i gdzie po profesjonalną pomoc mogą się zgłosić. Finansowanie przedstawionego szkolenia powinno być zadaniem MSWiA i/lub MS. Ogólnopolski Program Opieki nad Ofiarami Gwałtów, którego pierwsza i zarazem ostatnia edycja odbyła się w roku 2003, został przygotowany przez prof. Zbigniewa Izdebskiego i zrealizowany przez Centrum Praw Kobiet oraz Towarzystwo Rozwoju Rodziny przy współpracy Komendy Głównej Policji.<sup>65</sup>

**e. Oparcie działań pracowników SOZ, którzy uczestniczą w procesie udzielania pomocy osobom po przestępstwie seksualnym na dokumencie „Rekomendacje Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie postępowania z ofiarami przestępstw przeciwko wolności seksualnej i przemocy w rodzinie”.**<sup>66</sup>

### **6. Aspekty prawne, ważne dla projektu „Zdrowie kobiety – od wieku dziecięcego po wiek senioralny”**

#### **a. Klauzula sumienia**

<sup>65</sup> [https://pl.boell.org/sites/default/files/dosc\\_milczenia.\\_przemoc\\_seksualna\\_wobec\\_kobiet\\_1.pdf](https://pl.boell.org/sites/default/files/dosc_milczenia._przemoc_seksualna_wobec_kobiet_1.pdf).

<sup>66</sup> stan na 1.01.2020 r., opublikowanym w Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2019; 4(4):168–190, [https://journals.viamedica.pl/ginekologia\\_perinatologia\\_prakt/article/view/67083/50103](https://journals.viamedica.pl/ginekologia_perinatologia_prakt/article/view/67083/50103)

Z punktu widzenia prawa, zniesienie klauzuli sumienia nie jest dzisiaj możliwe. W relatywnie krótkim czasie nie będzie możliwa nawet tak niewielka zmiana prawa, która umożliwi przywrócenie obowiązku wskazania przez osobę (lekarz, położna i pielęgniarka) powołującą się na klauzulę sumienia i odmawiającą z tego powodu wykonania określonego świadczenia medycznego, innego lekarza, położnej, pielęgniarki, którzy świadczenie medyczne wykonają (klauzula sumienia nie dotyczy innych niż wymienione zawodów medycznych, np. farmaceutów). Ograniczenie klauzuli sumienia w publicznym systemie ochrony zdrowia będzie ważnym zadaniem na przyszłe lata dla polityczek i polityków, lekarzy, położnych i pielęgniarek pokolenia Y i Z.

Dla wypełnienia zapisów artykułu 68 punkt 2 Konstytucji RP i zapewnienia kobietom niezależnie od ich sytuacji materialnej oraz miejsca zamieszkania równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych<sup>67</sup> proponujemy żeby w sytuacji gdy lekarz, powołując się na klauzulę sumienia, odmawia pacjentce udzielenia świadczenia zdrowotnego i jednocześnie nie jest zobowiązany przepisami prawa do poinformowania, gdzie może ona takie świadczenie uzyskać, obowiązek zapewnienia właściwego świadczenia zdrowotnego powinien zostać jednoznacznie przeniesiony na zarządzających placówką SOZ. Organizacja publicznych i niepublicznych jednostek systemu ochrony zdrowia finansowanych ze środków publicznych wymaga spełnienia zasady kompleksowości świadczonych usług, czego jednym z elementów jest realizowanie WSZYSTKICH świadczeń medycznych z danego zakresu. Placówka medyczna podpisując umowę z płatnikiem (NFZ) np. w zakresie ginekologia, zobowiązuje się do wypełniania warunków kontraktu w pełnym zakresie, to znaczy realizacji wszystkich świadczeń wymienionych w dedykowanym wykazie świadczeń medycznych z danego zakresu. Żadna placówka medyczna wykonująca określony zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie może wybierać, które świadczenia będą udzielane pacjentom i jednocześnie odmawiać wykonania świadczeń innych, tanich, nierentownych czy niepopularnych.

Na placówkę medyczną, która zawrze umowę z publicznym płatnikiem na wykonywanie określonego zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a następnie niektórych świadczeń z jakiegoś powodu np. klauzuli sumienia wykonywać nie będzie, powinna zostać nałożona kara zgodnie z katalogiem kar wynikającym z umowy z płatnikiem, z finansowymi tego konsekwencjami dla pracowników jednostki. NFZ wielokrotnie wcześniej korzystał ze swoich uprawnień w odniesieniu do wielu zakresów świadczeń i w wielu miejscach niewykonanych lub nieprawidłowo wykonanych świadczeń medycznych, ale **NIGDY** nie skorzystał ze swoich uprawnień w przypadku nieudzielenia świadczeń z zakresu zdrowia

---

<sup>67</sup> <https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>

reprodukcyjnego. Dodatkowo, od Ministerstwa Zdrowia lub NFZ powinniśmy oczekiwać opublikowania listy placówek ochrony zdrowia, w których klauzula sumienia nie jest powszechnie stosowana lub alternatywnie listy jednostek, w których wszyscy pracownicy zgłosili postępowanie w oparciu o zasadę klauzuli sumienia.

Zarządzający jednostką SOZ powinien być poinformowany, czy wśród zatrudnionych w jednostce lekarzy, pielęgniarek i położnych znajdują się osoby, które podczas udzielania świadczeń będą korzystały z klauzuli sumienia i jak duży jest to odsetek spośród wszystkich osób zatrudnionych w oddziałach realizujących konkretne zakresy świadczeń. Obowiązek składania do pracodawcy takich oświadczeń wynika wprost z artykułu 39 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry<sup>68</sup> oraz pośrednio z artykułu 12 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej.<sup>69</sup> Jeżeli liczba osób, które zgłosiły konflikt sumienia stawia pod znakiem zapytania możliwość zawarcia umowy z płatnikiem na realizację określonego zakresu świadczeń, zadaniem zarządzających placówką SOZ powinno stać się poszukiwanie i zatrudnienie lekarzy, pielęgniarek i położnych, którzy klauzuli sumienia nie stosują i którzy będą mogli udzielić pacjentowi przysługujących mu świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie. W interesie jednostki będzie poinformowanie potencjalne pacjentki i pacjentów o posiadanych zasobach specjalistów i specjalistek w konkretnych zakresach świadczeń medycznych, których działania nie są ograniczone klauzulą sumienia.

#### **b. Zrównanie praw kobiet i mężczyzn w kwestii odpowiedzialności karnej na podstawie artykułu 156. §1 Kodeksu Karnego**

Sprawiedliwość jest naczelną wartością prawa. Jeżeli zatem przepisy prawa dopuszczają wykonanie u mężczyzn na żądanie wazektomii (metoda chirurgicznej sterylizacji u mężczyzn) i dzieje się to bez konsekwencji prawnych dla lekarza wykonującego ten zabieg, konstytucyjne

prawo równości powinno skutkować odstąpieniem od penalizacji lekarza przeprowadzającego u kobiet również na żądanie zabieg histeroskopowej obliteracji jajowodów lub chirurgicznego podwiązania, przecięcia lub zablokowania jajowodów (salpingotomia), jako formy świadomej metody zapobiegania ciąży przez kobiety po 35. roku życia, które mają już dzieci i nie planują więcej potomstwa. Zupełnie inną sprawą jest fakt, że

zarówno zabieg wazektomii, jak i salpingotomii nie wypełniają zapisu artykułu 156 §1 punkt 1 Kodeksu karnego: „Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci pozbawienia człowieka zdolności płodzenia ...”. Z punktu widzenia decyzji prokreacyjnych, zarówno wazektomia jak i salpingotomia nie są procedurami ostatecznie nieodwracalnymi

<sup>68</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000790/U/D20210790Lj.pdf>,

<sup>69</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220000551/U/D20220551Lj.pdf>

i pozbawiającymi człowieka zdolności płodzenia na zawsze. Gdyby nawet po upływie kilku lat pojawiła się zmiana decyzji prokreacyjnej w związku z np. nowym związkiem, u kobiet możliwe jest zajście w ciążę przy wykorzystaniu procedury „in vitro”, a w przypadku mężczyzn materiał do zapłodnienia pozyskuje się z biopsji jądra.<sup>70</sup>

## Podsumowanie

W prezentowanym dokumencie starano się przedstawić spójną koncepcję generalnej zmiany filozofii organizacji i funkcjonowania SOZ oraz służb współpracujących w taki sposób, żeby zabezpieczone zostały najważniejsze potrzeby zdrowotne kobiet. Chociaż proponowane zmiany są rewolucyjne, dynamika ich implementacji musi być ewolucyjna, a kolejne kroki prowadzone w oparciu o szczegółowe analizy. Najważniejszym oczekiwanym efektem proponowanych rozwiązań będzie poprawienie jakości opieki nad każdą kobietą potrzebującą pomocy oraz poprawa dostępności do świadczeń SOZ w zakresie położnictwa, ginekologii, uroginekologii i onkologii. W dalszej perspektywie oczekujemy pozytywnych zmian w stanie zdrowia populacji kobiet, zapewnienia bezpieczeństwa i poczucia zrealizowania co najmniej większości zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych. Oczekujemy też wyraźnej poprawy w wykorzystaniu potencjału położnych i lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie ginekologia i położnictwo wykonujących swoje obowiązki na wszystkich poziomach realizowania świadczeń medycznych.

Prezentację dokumentu „Zdrowie kobiety – od wieku dziecięcego po wiek senioralny” traktujemy jako punkt wyjścia do rozpoczęcia szerokiej dyskusji publicznej, która powinna doprowadzić nie tylko do wybrania możliwie najlepszych rozwiązań w zakresie polityki zdrowotnej, ale także do uzyskania znacznego poparcia społecznego dla proponowanych zmian w systemie ochrony zdrowia.

### Autorzy:

**Cezary Pakulski:** doktor habilitowany nauk medycznych, lekarz i nauczyciel akademicki, kierownik Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej PUM oraz lekarz kierujący oddziału intensywnej terapii Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych w SPSK nr 1 PUM w Szczecinie. Członek Kolegium Ekspertów Instytutu Strategii 2050.

**Urszula Demkow:** profesor doktor habilitowany nauk medycznych, lekarz, nauczyciel akademicki, naukowiec, specjalista chorób wewnętrznych, alergologii, immunologii, diagnostyki laboratoryjnej. Kierownik Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Laboratoryjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Laboratorium Covid. Prezes Kolegium

---

<sup>70</sup> <https://www.wazektomia.com/e82-prawo-do-sterylizacji>

Medycyny Laboratoryjnej. Członkini Kolegium Ekspertów i szefowa zespołu medycznego Instytutu Strategii 2050.

**Jerzy Jończyk:** z wykształcenia socjolog, z zawodu polityk społeczny. Przez 15 lat związany z obszarem pomocy społecznej na stanowiskach menedżerskich, pracował i współpracował z sektorem publicznym i pozarządowym. Zarządzał wieloma złożonymi projektami dla osób z grup defaworyzowanych oraz wzmacniających kompetencje kadr pomocy społecznej i rodzin zastępczych.

**Marian Simka:** doktor habilitowany nauk medycznych, specjalista angiolog. kierownik Zakładu Anatomii na Uniwersytecie Opolskim. Członek zespołu medycznego Instytutu Strategii 2050.

**Małgorzata Szostak:** mgr filologii, krakowska aktywistka i działaczka społeczna, od trzech lat wspierająca osoby w kryzysie bezdomności. Członkini Rady ds. dialogu społecznego w obszarze bezdomności przy Prezydencie Miasta Krakowa.

#### **Osoby konsultujące:**

**Ewa Barcz:** Prof. dr hab. n. med., kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa w Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; Kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie.

**Rafał Kurzawa:** Prof. dr hab. n. med., kierownik Katedry i Zakładu Ginekologii i Zdrowia Prokreacyjnego w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie; Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii.

**Marek Turkiewicz,** lek. med., zakład Diagnostyki Obrazowej w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie.