

Elżbieta Cichocka

Czego oczekują kobiety. Raport z Kongresu Kobiet Polskich na temat zdrowia

Uczestnicy Kongresu Kobiet Polskich, który odbył się w Warszawie pod koniec czerwca, zaprezentowali nowe spojrzenie na polski system opieki zdrowotnej. Wydawałoby się, że system ochrony zdrowia nie ma płci, jednak społeczna rola kobiety w rodzinie jako niemal wyłącznej opiekunki dzieci i osób starszych sprawia, że ma ona kilkakrotnie częstsze kontakty z placówkami zdrowotnymi niż mężczyzna. Nie ulega też wątpliwości, że funkcja biologiczna kobiety jako matki wyznacza systemowi ochrony zdrowia dodatkowe, specyficzne zadania.

W raporcie autorstwa prof. Eleonory Zielińskiej i Wandy Nowickiej pt. „Zdrowie kobiet w Polsce”¹ czytamy: „Niedostatki systemu ochrony zdrowia są bolączką wszystkich obywateli, zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Funkcje biologiczne kobiet oraz fakt, że żyją dłużej, sprawiają jednak, że kobiety częściej niż mężczyźni muszą korzystać z tej opieki. Niezaspokojenie zatem specyficznych potrzeb zdrowotnych kobiet jest postrzegane jako przejaw dyskryminacji ze względu na płeć, godzącej w konstytucyjną zasadę równego traktowania. Za dyskryminację bowiem uważa się nie tylko nierówne traktowanie osób znajdujących się w porównywalnej sytuacji, lecz także jednakowe traktowanie osób w różnej sytuacji”.

Trzy tys. delegatek z bardzo różnych organizacji i różnych środowisk można by nazwać pospolitym ruszeniem kobiet aktywnych. Byłoby zatem lepiej, gdyby ich głos został usłyszany przez polityków planujących zmiany w systemie.

■ Prawo do decydowania o własnej płodności

Ponad połowę objętości raportu zajmuje temat zdrowia reprodukcyjnego kobiet. „Możliwość decydowania o własnej płodności stanowi dla większości kobiet podstawowy

warunek wstępny realizowania w praktyce przysługujących każdej jednostce praw człowieka” – czytamy.

Ta część raportu jest jednym wielkim oskarżeniem pod adresem kolejnych rządów i parlamentów, które pod naciskiem Kościoła katolickiego ograniczały i nadal ograniczają prawo kobiety do decyzji, ile i kiedy urodzi dzieci. Prawo antyaborcyjne, obowiązujące od 1993 roku, jest najbardziej restrykcyjne w UE, a w powszechnej praktyce jego stosowania ostrzejsze niż sama ustawa.

Kobiety mają utrudniony dostęp do badań prenatalnych. W 2007 roku wykonano około 5 tys. inwazyjnych badań, podczas gdy w Czechach wykonywano ich dwa razy tyle już kilkanaście lat temu. Często zdarza się, że lekarz powołując się na klauzulę sumienia, odmawia pacjentce skierowania na inwazyjne badania prenatalne, choć są wskazania medyczne do takiego badania.

Stale maleje też liczba aborcji z powodu zagrożenia zdrowia i życia kobiety. W 2002 roku było ich 71, w 2007 roku – tylko 37. Jednocześnie oficjalne statystyki podają, że liczba poronień samoistnych przekracza 40 tys. rocznie i ma tendencję wzrostową. Może to świadczyć o tym, iż pod kryptonimem „samoistne poronienie” kryją się nielegalne i niebezpieczne dla zdrowia praktyki przerywania ciąży.

Do wyjątków należy aborcja, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu. W 2007 roku były trzy takie zabiegi, podczas gdy statystyki policyjne zarejestrowały 1800 przypadków zgwałceń. To z kolei może pośrednio świadczyć o tym, jak trudno jest kobiecie, która ma ustawowe prawo do aborcji, wyegzekwować to prawo. Lekarze z publicznych szpitali powszechnie powołują się wówczas na klauzulę sumienia. W 2005 roku minister zdrowia wydał rozporządzenie uzależniające kontrakt NFZ ze szpitalami na świadczenia ginekologiczno-położnicze od zagwarantowania przez te placówki możliwości wykonania za-

¹ Artykuł ten to rozszerzona wersja rozdziału pochodzącego z publikacji „Raport. Kongres Kobiet Polskich 2009. Kobiety dla Polski, Polska dla Kobiet” zamieszczony na stronie www.federa.org.pl/informacje/Wanda.

biegu aborcji. W 2008 roku minister Ewa Kopacz zniosła ten przepis, uznając go za zbędny.

Największym zaniechaniem rządów od czasu wprowadzenia rygorystycznych zapisów prawa antyaborcyjnego jest brak rzetelnej analizy jego skutków. Sprawozdania Rady Ministrów na ten temat nie próbują nawet oszacować wielkości podziemia aborcyjnego. Podają jedynie statystykę legalnych zabiegów – jest ich około 200 rocznie. „Niechęć rządzących do podjęcia jakichkolwiek badań na temat skali zjawiska podziemia aborcyjnego wynika zapewne z faktu, że gdyby badania takie potwierdziły szacunki czynione przez organizacje społeczne, oznaczałoby to całkowitą porażkę ustawy w zlikwidowaniu lub chociażby zmniejszeniu zjawiska aborcji” – napisały autorki raportu.

■ Ciąża i poród

Zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych prawo do tych świadczeń ma każda ciężarna, niezależnie od tego, czy jest objęta powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, czy też nie. W myśl rozporządzenia MZ kobieta w ciąży ma prawo do ośmiu wizyt u ginekologa lub położnej, trzech badań USG i podstawowych badań diagnostycznych. W praktyce jednak tylko 40% kobiet wiejskich i 60% kobiet z miast ma za sobą jedną wizytę u lekarza w pierwszym trymestrze ciąży. Z raportu nie wynika, dlaczego tak się dzieje, bo nikt dotąd nie analizował tego problemu. Autorki sądzą, że główną przyczyną może tkwić w niskiej dostępności do specjalistów w poradniach ginekologicznych. Rozwiązanie problemu przez Ministerstwo Zdrowia to natomiast ekonomiczny przymus wobec ciężarnych, czyli groźba odmowy wypłacenia tzw. becikowego, jeśli kobieta nie zgłosiła się do lekarza odpowiednio wcześniej². Takie rozwiązanie zostało przez autorki raportu zdecydowanie skrytykowane, bo nakłada sankcje za złą organizację opieki zdrowotnej na pacjentki. Organizacje kobiece wyrażają też obawy, że ukrytym celem ministerstwa jest rejestracja ciąż na wczesnym etapie po to, by tropić ewentualne nielegalne aborcje.

Od 2004 roku NFZ przestał dofinansowywać prowadzone przez położne szkoły rodzenia. NFZ argumentuje, że przekazywanie wiedzy o przebiegu ciąży, porodu i opiece nad noworodkiem nie jest świadczeniem medycznym. Do czasu powstania NFZ kasy chorych wspierały finansowo szkoły rodzenia, traktując te wydatki jako nakłady na profilaktykę zdrowotną.

W oddziałach ginekologiczno-położniczych szpitali publicznych bardzo często dochodzi do naruszania praw pacjenta. Rodząca nie ma wpływu na to, jakie rutynowe procedury medyczne zostaną wobec niej zastosowane, nawet jeśli są zbędne i medycznie nieuzasadnione. Za intymne warunki porodu i możliwość towarzyszenia osoby bliskiej najczęściej pobierane są dodatkowe opłaty z kieszeni pacjentek.

System ubezpieczeniowy nie przewiduje również możliwości wyboru przez kobietę miejsca porodu. Porody w domu z towarzyszeniem położnej, jeśli się odbywają, to na wyłączny koszt rodziny i nie są brane pod uwagę przez ubezpieczyciela. Ostatnia izba porodowa w Polsce została zlikwidowana, bo nie była szpitalem. Warunki kontraktu narzucone przez NFZ to m.in. posiadanie sali operacyjnej i chłodni do przechowywania zwłok.

Dostęp do edukacji seksualnej i antykoncepcji autorki również oceniają jako niezadowolający.

■ Dialog strony społecznej z ministrem zdrowia

3 lipca minister Ewa Kopacz dostała od autorek raportu list z 15 rekomendacjami panelu zdrowotnego Kongresu. Obszerna odpowiedź z ministerstwa przyszła po miesiącu, w ustawowym terminie. I tylko tyle dobrzego można o niej powiedzieć.

W odpowiedzi na postulat, by w szkole uczyć zachowań prozdrowotnych, wprowadzić neutralny światopoglądowo program edukacji seksualnej i kształtować postawy przeciw przemocy, minister Kopacz przywołała wszystkie przepisy, które regulują edukację seksualną w szkole. W konkluzji odesłała autorki listu do ministra edukacji.

Na żądanie, by skuteczniej niż dzisiaj prowadzić działania profilaktyczne w celu wczesnego wykrywania raka piersi i szyjki macicy, minister zdrowia odpowiada, że jest to element realizowanego już programu zdrowotnego. Przytacza rozporządzenia, według których każdy lekarz POZ jest zobowiązany udzielić każdej dorosłej pacjentce instruktażu samobadania piersi, a każdej powyżej 35. roku życia zlecać co roku USG. Pielęgniarka i położna POZ mają obowiązek – według rozporządzenia ministra – edukować kobiety, uczyć je zdrowych zachowań i uczulać na wczesne objawy patologii. Z tej odpowiedzi nie dowiemy się, dlaczego z profilaktyką raka piersi jest tak źle, skoro tak doskonale przepisy ten problem regulują, a już na pewno nie wiadomo, co należałoby zrobić, by poprawić wczesną wykrywalność chorób nowotworowych.

Na postulat, by kobiety miały bezpłatny dostęp do szkół rodzenia, minister Kopacz przytacza przepis, według którego lekarz i położna są zobowiązani przygotować ciężarną do porodu i porodu, bo mieści się to w stawce kapitałowej lekarza i położnej POZ. Z odpowiedzi minister zdrowia nie wynika, czy ministerstwo ma świadomość, ilu lekarzy i położnych wypełnia należycie swoje obowiązki i czy ktokolwiek kiedykolwiek to monitorował. A już na pewno nie wiadomo, czy ministerstwo zdaje sobie sprawę, że bardzo nieliczna grupa kobiet wie, że po naukę ma się zgłosić do poradni rodzinnej. Dziesięć lat temu zmieniła się radykalnie organizacja systemu zdrowia i od tego czasu nikt z jej organizatorów nie zadbał o rzecz podstawową – skuteczną informację dla pacjenta.

² Pod wpływem fali krytyki MZ i MPiPS wycofały się z restrykcyjnego zapisu ustawy. Do 2011 roku wystarczy jedna wizyta w okresie ciąży, aby otrzymać tzw. becikowe. Jednocześnie w ciągu 2 lat MZ zapowiada szeroką akcję informacyjną dla kobiet.

Kobiety domagają się też od ministra zdrowia stworzenia nowoczesnego standardu opieki okołoporodowej, uwzględniającego potrzeby kobiet, prawa pacjenta i najnowsza wiedzę medyczną. W szczególności chciałyby mieć prawo do wyboru miejsca porodu (szpital, izba porodowa, dom), towarzyszenia osoby bliskiej (poród rodzinny), znieczulenia na życzenie i cesarskiego cięcia na żądanie. Z odpowiedzi minister zdrowia dowiadują się, że taki standard właśnie powstaje i prace nad nim są już na ukończeniu. Minister Ewa Kopacz nie zdradza tajemnicy kuchni i nie mówi, że w zespole powołanym dwa lata temu do powstania tego standardu dominujący ton nadają profesorowie medycyny, którzy są w większości. Z tego powodu przedstawicielki pacjentek mają znikomy wpływ na przyjęte zapisy, bo wszystkie decyzje są poddawane pod głosowanie i przyjmowane większością głosów. Przy takiej metodzie pracy humanizacja porodu przegrywa – zasłużeni profesorowie, którzy zaczęli praktykować w zawodzie w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku, z najwyższą podejrzliwością traktują wszelkie propozycje mające na celu wzmocnienie podmiotowości pacjentki. Istnieje więc poważne zagrożenie, że „nowoczesny” standard porodu będzie kolejnym spisem obowiązujących procedur medycznych, w którym potrzeby i oczekiwania kobiet zostaną zmarginalizowane³.

„Należy zmniejszyć kolejki do diagnostyki i terapii, zwłaszcza dotyczącej nowotworów i udarów mózgu” – domagają się kobiety. „Zasady prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej zostały uregulowane w obowiązujących przepisach prawa” – odpowiada minister Kopacz.

Cała odpowiedź minister zdrowia na postulaty kobiet jest przykładem na to, jak zmarnować okazję do dialogu społecznego. Minister informuje kobiety, że albo istnieją przepisy, które doskonale regulują poruszany przez nie problem, albo takie przepisy za chwilę powstaną. Kobiety zgłaszają, co najbardziej je boli w obecnym systemie ochrony zdrowia, minister odpowiada, że teoretycznie wszystko jest w jak najlepszym porządku. Przy takim sposobie dyskursu nie ma najmniejszych szans na ulepszenie systemu opieki zdrowotnej.

■ Jest o czym rozmawiać

Warunkiem wstępnym każdej udanej terapii jest postawienie właściwej diagnozy. Do postawienia diagnozy przez lekarza konieczne jest wysłuchanie objawów cho-

roby, jakie zgłasza pacjent. Kobiety w swoich postulatach zgłosiły objawy, które im najbardziej doskwierają. Doskwiera im hipokryzja państwa w sprawie ustawy antyaborcyjnej. W kraju, w którym każda gazeta podaje w ogłoszeniach drobnych adresy gabinetów ginekologicznych, w których świadczy się „pełny zakres usług” i „bezpiecznie wywołuje miesiączki”, nie wolno udawać, że zjawisko podziemia aborcyjnego nie istnieje. W kraju, w którym tylko co dziesiąta zaproszona przez NFZ kobieta zgłasza się na badania cytologiczne, mimo że rak szyjki macicy jest przyczyną licznych zgonów, należałoby się zastanowić, dlaczego tak jest i co należałoby poprawić w organizacji tych badań. Skoro tylko 40% kobiet ze wsi zgłasza się do lekarza w pierwszych miesiącach ciąży, trzeba poprawić dostęp do lekarza dla tych kobiet, zamiast karać je finansowo, że się nie zgłosiły.

Równy dostęp do świadczeń medycznych jest teorią, a nie faktem i należałoby podjąć działania, by te różnice niwelować. Skargi na długie kolejki w dostępie do specjalistów nie wolno skwitować stwierdzeniem, że każdy przypadek jest kwalifikowany jako nagły, pilny lub stabilny, bo zanim pacjent zostanie zakwalifikowany, musi najpierw dostać się do lekarza. Różnice w czasie oczekiwania do specjalistów pomiędzy poszczególnymi regionami powinny niepokoić organizatorów systemu zdrowia.

Niezadowolone z poziomu opieki zdrowotnej i ograniczonego dostępu do niej to w Polsce nic nowego. Fala krytyki rosła z roku na rok, ale szczególnie nabrzmiała 10 lat temu, po wprowadzeniu reformy systemu zdrowia. Wybuch większego niezadowolenia był w dużej mierze zasługą polityków – im więcej obiecywali społeczeństwu, tym większy nastąpił zawód w konfrontacji obietnic z rzeczywistością. Nauka z reformy sprzed 10 lat poszła jednak w las – dzisiaj minister zdrowia też bardzo dużo obiecuje. „Uprzejmie informuję, że aktualnie prowadzone prace Ministerstwa Zdrowia są ukierunkowane na wprowadzenie zmian, które w znacznej części są treścią rekomendacji z panelu na temat «Zdrowia Kobiet» – to zdanie z odpowiedzi minister Kopacz adresatki odebrały jak kpinę.

■ O autorce:

mgr Elżbieta Cichocka – publicystka „Gazety Wyborczej”.

³ Nowoczesny standard porodu fizjologicznego już powstał, obecnie trwają konsultacje zewnętrzne. Od polityki resortu zdrowia zależeć będzie jego wdrożenie.