



Karta praw reproduk- cyjnych

razem

Karta praw reproduk- cyjnych

- 1. edukacja seksualna**
- 2. opieka ginekologiczna nad nieletnimi**
- 3. bezpłatna antykoncepcja**
- 4. opieka nad ciężarnymi**
- 5. opieka poporodowa**
- 6. opieka przy poronieniu**
- 7. aborcja**
- 8. invitro**

razem

Podstawą praw reprodukcyjnych jest uznanie prawa wszystkich jednostek i par do decydowania **swobodnie i odpowiedzialnie** o posiadaniu dzieci, ich liczbie i momencie sprowadzenia ich na świat, do pełnej informacji na temat tego, w jaki sposób można regulować swoją płodność, dostępu do bezpiecznych metod mogących to zapewnić, a także prawa do najwyższych standardów opieki nad zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym. Prawa te implikują również prawo każdej osoby do podejmowania decyzji dotyczących reprodukcji w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy.

Uważamy, że obecnie te prawa nie są przestrzegane, co więcej – wiele wskazuje na to, że rządy Prawa i Sprawiedliwości mogą wprowadzić jeszcze dalej idące represje, godzące w zdrowie seksualne oraz godność Polek i Polaków. Prawa reprodukcyjne należy traktować całościowo – jako pakiet. Składają się nań zarówno dostęp do **edukacji seksualnej** i związanej z nią **profilaktyki chorób** przenoszonych drogą płciową (które mogą powodować niepłodność), jak i dostęp do nowoczesnej **antykoncepcji** oraz poradnictwa na temat zapobiegania ciąży. W skład tego pakietu wchodzi także wiedza na temat metod wspomagania zajścia w ciążę, dbania o swoje zdrowie przed ciążą, w trakcie jej trwania, w okresie menopauzy i po niej¹.

Świadome rodzicielstwo wyrasta na fundamencie wiedzy o planowaniu własnej płodności i na rzeczywistym, bezpłatnym dostępie do poradnictwa, antykoncepcji oraz aborcji. Jedynym skutecznym środkiem zmniejszającym skalę nieplanowanych ciąż jest powszechna edukacja seksualna oraz refundacja środków i metod antykoncepcyjnych nowej generacji, włączając w to również chirurgiczne zabiegi ubezpłodnienia (podwiązanie/przecięcie jajowodów u kobiet i podwiązanie/przecięcie nasieniowodów u mężczyzn). Elementem pakietu praw reprodukcyjnych jest także wspieranie leczenia niepłodności metodami o udowodnionej skuteczności – są nimi in vitro oraz inseminacja domaciczna².

1
karta
praw reprodukcyjnych

² Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 2004

¹ NICE 2013. Algorytm w leczeniu niepłodności PTMR 2011

1 edukacja seksualna

Uważamy, że niezbędne jest wprowadzenie do programów nauczania na wszystkich poziomach **obowiązkowej** edukacji seksualnej prowadzonej przez **wyspecjalizowane kadry** według programów zgodnych ze współczesną **wiedzą medyczną** oraz **dostosowanych do wieku** odbiorców i odbiorczyń. Program powinien obejmować takie zagadnienia jak budowa ciała, w tym układu rozrodczego, przeciwdziałanie dyskryminacji, przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć, a także sposoby zapobiegania ciąży i ochrony przed chorobami przenoszonymi drogą płciową.

W Polsce funkcję edukacji seksualnej pełni przedmiot szkolny o nazwie „Wychowanie do życia w rodzinie” (WDŻ). Zajęcia **nie są obowiązkowe**, nie są też organizowane we wszystkich szkołach.

Dodatkowo często zajęcia z WDŻ prowadzone są przez pedagogów, którym **brakuje właściwych kompetencji** i przygotowania w ramach specjalistycznych kursów z tego zakresu. Uczniowie i uczennice skarżą się na **niską jakość** prowadzonych zajęć, skrępowanie dorosłych poruszaniem tematami, **nieaktualną i niekompletną** wiedzę, zakaz wyrażania własnego zdania oraz przekazywanie przez nauczycieli szkodliwych mitów i stereotypów dotyczących seksualności.

Z raportów na temat prowadzenia zajęć WDŻ³ wyłania się niepokojący obraz lekcji, na których szerzona jest **propaganda antyaborcyjna**, powielane bywają **stereotypy związane z płcią, orientacją seksualną czy chorobami** przenoszonymi drogą płciową. Promowane są głównie naturalne metody antykoncepcji i planowania rodziny. Inne metody bywają **pomijane** lub wręcz **przedstawiane jako szkodliwe i/lub nieskuteczne**, a jako remedium na wszystkie bóle przedstawia się zachowanie **abstynencji seksualnej**. Rodzina ukazywana jest wyłącznie z **heteronormatywnego**, tradycyjnego punktu widzenia, z wyraźnym podziałem na role płciowe.

Tymczasem, jak wynika z raportu Instytutu Badań Społecznych⁴, zarówno rodzice, jak i dzieci czy młodzież wyrażają **chęć i potrzebę** wprowadzenia zajęć, które edukowałyby o nowoczesnych metodach antykoncepcyjnych czy chorobach przenoszonych drogą płciową.

W wielu domach te ważne tematy są **tematem tabu**, a rolę „edukacyjną” – zwłaszcza w przypadku chłopców – odgrywa powszechnie dostępna **pornografia**. Dzieci i młodzież uczą się z niej przedmiotowego traktowania kobiet oraz nie-realnych oczekiwań co do wyglądu i możliwości ludzkiego ciała. Bohaterowie filmów pornograficznych rzadko używają prezerwatyw, przekazują szkodliwe wzorce odnoszenia się do granic innych osób, nie uwzględniają też konieczności uzyskania pełnej zgody partnera lub partnerki na podjęcie aktywności seksualnej.

³ http://ponton.org.pl/sites/ponton/files/pdf/2014/PONTON_raport_jaka_educacja_2014.pdf

⁴ https://men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/07/ekd_20minut_men_20150708_1023-tylko-do-odczytu.pdf

2 opieka ginekologiczna nad nieletnimi

Chcemy zapewnić dziewczętom w wieku 15–18 lat dostęp do **opieki ginekologicznej oraz antykoncepcji bez udziału i zgody opiekuna prawnego**. Zgodnie z prawem lekarz nie może wypisać pacjentce w tym wieku środków antykoncepcyjnych **bez zgody jej prawnego opiekuna**. Sprawę pogarsza bardzo niski poziom wiedzy nastolatki **o metodach zapobiegania ciąży i chorobach przenoszonych drogą płciową**. W efekcie Polska ma jeden z najwyższych w Europie wskaźnik ciąż wśród nastolatek.

3 bezpłatna antykoncepcja

Postulujemy o prawo do **pełnej refundacji** farmakologicznych **środków antykoncepcyjnych oraz wkładek wewnątrzmacicznych** (tzw. spirali), a także powstanie programów zajmujących się **dystrybucją prezerwatyw** wśród młodzieży i osób potrzebujących, które nie mają do nich dostępu ze względu na trudną sytuację materialną i/ lub życiową.

Środki antykoncepcyjne, mimo że dozwolone prawnie, w Polsce są **trudno dostępne**. Główną barierą **jest ich cena**. Paczka prezerwatyw (trzy sztuki) kosztuje ok. 10–12 zł, antykoncepcja hormonalna to ok. 20–50 zł miesięcznie, wkładka wewnątrzmaciczna to jednorazowy koszt ok. 500–1500 zł (na 5 lat). Niewiele osób wie, że **NFZ refun-**

duże założenie wkładki wewnątrzmacicznej – lekarze nie informują o tym swoich pacjentek, zapraszając je na zabieg do swoich prywatnych gabinetów.

Bardzo wysokie są **koszty antykoncepcji postkoitalnej**, czyli tzw. pigułki „dzień po” – preparat Escapelle, dostępny tylko na receptę, kosztuje 40–100 zł, a możliwa do kupienia bez recepty ellaOne nawet do 150 zł. Dodatkowo wielu ginekologów w publicznych placówkach **nie chce wypisywać recept** na antykoncepcję hormonalną, szczególnie postkoitalną.

Dostępność antykoncepcji – zwłaszcza postkoitalnej – spada również dlatego, że farmaceuci bezprawnie powołują się na **klauzulę sumienia**. Jest to sytuacja szczególnie trudna dla mieszkanki małych miejscowości, w których znajduje się tylko jedna apteka. Każda upływająca godzina pomiędzy stosunkiem a zażyciem „pigułki po” **obniża skuteczność** tego leku.

Jesteśmy przekonani, że sprzedaż preparatu ellaOne – a być może także innych, tańszych środków tego typu – bez konieczności konsultacji z lekarzem jest **absolutną koniecznością**. Możliwość nabycia tzw. antykoncepcji awaryjnej bez recepty **pomaga ograniczać liczbę niechcianych ciąży oraz potencjalnych aborcji**.

Polityka prowadzona obecnie przez państwo polskie w tym zakresie sprawia, że im trudniejsza jest sytuacja materialna i życiowa kobiety, tym trudniej jest jej zdobyć antykoncepcję i tym większe ciąży na niej ryzyko niechcianej ciąży. Jesteśmy przekonani, że państwo powinno lepiej zadbać o **powszechny dostęp** do antykoncepcji każdego typu dla wszystkich osób podejmujących współżycie oraz aktywnie zwalczać bariery wynikające z wieku, miejsca zamieszkania czy statusu ekonomicznego.

Dostęp do **zabiegu ubezplodnienia** na życzenie powinien być dostępny zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet.

4 opieka nad ciężarnymi

Z punktu widzenia naszych przepisów **ciężarna ma prawo** do m.in.:

- pełnej **informacji o stanie zdrowia** swoim i płodu, opartej na badaniach wykonywanych według kalendarza świadczeń profilaktycznych i diagnostycznych,
- dostępu do **poszerzonego zakresu badań** w razie nieprawidłowości w przebiegu ciąży,
- prawo do decydowania **o sposobie przebiegu porodu** (tzw. plan porodu),
- traktowania **z szacunkiem**
- pełnej **informacji na temat personelu**, biorącego udział w opiece nad nią
- do obecności **wybranej, osoby bliskiej**.

Ze względu na **niedobór personelu**, brak odpowiedniej świadomości co do **obecnie obowiązujących standardów** oraz **braki w infrastrukturze** szpitalnej, wiele z tych elementów jest zaniedbywanych i pomijanych, co można usłyszeć w relacjach kobiet, które doświadczyły niskiej jakości opieki w trakcie porodu. W wielu szpitalach występuje sytuacja niejawnego lub wręcz całkiem oficjalnego pobierania **opłaty za znieczulenie** bez wskazań medycznych, co powoduje niemal całkowitą niedostępność znieczulenia dla kobiet w gorszej sytuacji materialnej.

Bardzo ważne jest zapewnienie **dostatecznej obsady** na oddziałach porodowych i poporodowych – zapewnienie

położnicom pomocy, zwłaszcza w zakresie **opieki nad noworodkiem**, w tym **profesjonalnej opieki laktacyjnej**. Dostęp do **badania w trakcie trwania ciąży, w tym badań prenatalnych powinien być bezpłatny**. W uzasadnionych sytuacjach proponujemy zastąpienie niebezpiecznej dla zdrowia płodu amniopunkcji testami NIFTY. Postulujemy również prawo do darmowej **szkoły rodzenia** oraz do **pełnej informacji na temat różnych technik porodu** i możliwych **form znieczulenia**, a także ich konsekwencji.

Konieczne jest konsultowanie z pacjentką przeprowadzonych zabiegów medycznych, badań i podawanych środków farmakologicznych, umożliwienie obecności wybranej osoby towarzyszącej, poszanowanie podmiotowości oraz zapewnienie intymności.

5 opieka poporodowa

Opieka poporodowa w wielu ośrodkach jest **niedostateczna** ze względu na niedobór personelu na oddziałach położniczych, co może prowadzić do problemów w zakresie **stanu psychicznego matki**, zaniedbania noworodka w przypadku gdy matka **nie radzi sobie z opieką** nad nim, **problemów z karmieniem piersią** i innych. W przypadku cięż mnogich, porodu niefizjologicznego i innych problemów zdrowotnych (niezwiązanych z samym porodem) ryzyko wynikające z niedostatecznej opieki wzrasta.

6

opieka przy poronieniu

Każda kobieta **po poronieniu** ma prawo być traktowana z **poszanowaniem godności**. Ma prawo również do zapewnienia jej dostępu do wybranej formy **znieczulenia** oraz do **obecności bliskiej osoby**, pozostawienia matce **decyzji o ewentualnym pochówku** płodu, odseparowywania w szpitalach kobiet po stracie ciąży od ciężarnych i położnic, zapewnienia im dostępu do **opieki psychologicznej**.

Nie bierze się pod uwagę ich **potrzeb psychicznych i emocjonalnych**. Wiele z nich jest leczonych na oddziałach, na których znajdują się także kobiety w ciąży i po porodzie. Szpitale często nie biorą pod uwagę woli pacjentek dotyczącej **postępowania z płodem i przeżywania własnego poronienia** – niektóre kobiety zmusza się do pogrzebu i żałoby, mimo że tego nie oczekują i nie chcą, innym, które mają taką potrzebę, odmawia się tej możliwości.

7

aborcja

Postulujemy zapewnienie wszystkim kobietom dostępu do **aborcji na żądanie do 12. tygodnia** ciąży, zapewnienie dostępu do aborcji **powyżej 12. tygodnia** ciąży w przypadku, gdy ciąża jest wynikiem **czynu zabronionego** (tj. gwałtu, współżycia z osobą poniżej 15. roku życia, kazirodztwa), stanowi **zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety** lub kiedy płód jest obciążony **poważnymi wadami rozwojowymi**, określanymi według tworzonych centralnie wytycznych.

Musimy traktować z szacunkiem kobiety, które **intencjonalnie przerwały ciążę** – zapewnić im **dostęp do opieki psychologicznej i prawnej** oraz **instytucjonalną ochronę** przed mową nienawiści.

Jak pokazują dostępne dane, wprowadzenie zakazu przerwania ciąży **nie obniża liczby wykonywanych aborcji**, a jedynie znacznie pogarsza ich jakość, co zagraża życiu i zdrowiu kobiet będących w niechcianej ciąży, powoduje ostracyzm społeczny, czyli napiętnowanie kobiet, które się na taki zabieg decydują. Może to również powodować wzrost liczby niechcianych dzieci.

Jesteśmy przekonane i przekonani, że zamiast restrykcyjnego prawa antyaborcyjnego państwo powinno zagwarantować **rzetelną edukację seksualną społeczeństwa oraz powszechny dostęp do taniej i bezpiecznej antykoncepcji**. Według światowych danych to właśnie te czynniki, a nie polityka zakazów i kar, prowadzą do **zmniejszenia nie tylko liczby niechcianych ciąż, lecz także wykonywanych aborcji**.

8 in vitro

Dostęp do refundowanej procedury **zapłodnienia pozaustrojowego** dla wszystkich kobiet po 18. roku życia i przed naturalną menopauzą bez względu na status związku lub jego brak, orientację psychoseksualną i sytuację ekonomiczną.

Zgodnie z danymi Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, trudności prokreacyjnych doświadczają ok. **1,5 miliona polskich par** w wieku prokreacyjnym. Rocznie około 40 tysięcy z nich będzie wymagać zaawansowanych metod leczenia niepłodności (in vitro), a kolejne dziesiątki tysięcy zostaną rodzicami dzięki zabiegom inseminacji domacicznej i leczeniu farmakologicznemu, endoskopowemu, chirurgicznemu etc. Dzięki prowadzonemu w latach 2013-2016 Narodowemu Programowi Leczenia Niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, z którego **skorzystało ok. 17 tysięcy par**, przyszło na świat **ponad 3700 dzieci** i kolejne są w drodze⁵. Uśredniona skuteczność procedury in vitro w ramach polskiego programu refundacyjnego wyniosła 31%⁶, co czyni tę procedurę **najskuteczniejszą formą leczenia niepłodności**.

Niepłodność jest jedną z **najsilniej społecznie oddziałujących chorób**, nie tylko przez to, że skazuje ludzi na bezdzietność, ale również ze względu na związane z tym skutki społeczne. Ponad połowa par doświadczających niepłodności trwającej dłużej niż dwa lata **mierzy się z depresją, wycofuje się z życia towarzyskiego i rodzinnego** bądź doświadcza **trudności w pracy** z powodu przedłużającego się leczenia i związanej z nim konieczności urlopów zdrowotnych⁷. Koszt komercyjnej procedury in vitro oscyluje wokół **12 tys. zł za pełny cykl**, co jest poważną przeszkodą ekonomiczną

Postulujemy o uznanie **praw dawców do decyzji o losach ich materiału genetycznego** i powstałych z niego zarodków (przechowywanie, mrożenie, transferowanie zarodków, przekazanie niewykorzystanych zarodków do tzw. adopcji prenatalnej, oddanie zarodków na potrzeby badań naukowych lub ich zniszczenie) dla wielu bezdzietnych par, które w ostatnich trzech latach mogły skorzystać z refundacji.

Należy podkreślić, iż rezygnacja z tego programu **odbiera obywatelkom i obywatelom możliwość** korzystania w ramach ubezpieczenia zdrowotnego z tej nowoczesnej i skutecznej formy **leczenia niepłodności**. W konsekwencji będziemy mierzyć się z utrwaleniem **nierówności społecznej** w dostępie do świadczenia zdrowotnego – pary w trudnej sytuacji ekonomicznej lub pozbawione zdolności kredytowej będą **skazane na trwałą bezdzietność** lub uporczywe i nieskuteczne leczenie metodami niższego rzędu.

⁵ Dane Ministerstwa Zdrowia, wrzesień 2015.

⁶ Dane Ministerstwa Zdrowia, 2015.

⁷ Shahsavari 2012, Cousineau 2007.

razem

www.partiarazem.pl
facebook.com/partiarazem
kontakt@partiarazem.pl