

KRYSTYNA DZWONKOWSKA-GODULA 
Uniwersytet Łódzki

ZJAWISKO NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W OBSZARZE PRAW REPRODUKCYJNYCH W POLSCE – WYBRANE ASPEKTY

Streszczenie

Celem artykułu jest analiza zjawiska nierówności społecznych w realizacji praw reprodukcyjnych w Polsce w wybranym wymiarze – możliwości kontrolowania własnej płodności przez kobiety. Na podstawie analizy danych zastanych (aktów prawnych, raportów z badań, doniesień medialnych) podjęto próbę odpowiedzi na pytania, czy i jak takie zmienne, jak status materialny, wiek oraz miejsce zamieszkania różnicują dostęp kobiet do nowoczesnej antykoncepcji. Punktem wyjścia było założenie o intersekcjonalności – krzyżowaniu się różnych społecznych cech jednostek, decydujących o jej życiowych szansach. Wskazano wpływ wybranych zmiennych na autonomię prokreacyjną kobiet oraz restrykcyjny charakter polityki reprodukcyjnej w Polsce.

Słowa kluczowe: nierówność społeczna, intersekcjonalność, polityka reprodukcyjna, prawa reprodukcyjne, autonomia prokreacyjna, antykoncepcja

WPROWADZENIE

Celem artykułu jest analiza zjawiska nierówności społecznych w obszarze praw reprodukcyjnych w Polsce. Prawa te zaczęto włączać do katalogu praw człowieka pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku. W Proklamacji teherańskiej uchwalonej

na zakończenie pierwszej Światowej Konferencji Praw Człowieka ONZ w 1968 roku po raz pierwszy w historii zapisano, że „rodzice mają podstawowe prawo człowieka do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania o liczbie dzieci i odstępach czasu między ich narodzinami oraz prawo do odpowiedniej edukacji i informacji w tych kwestiach” [Różyńska 2016: 806]. Najpełniejsza definicja praw reprodukcyjnych pojawiła się w dokumencie wieńczącym Międzynarodową Konferencję ds. Ludności i Rozwoju w 1994 roku w Kairze. Wprowadzono w nim pojęcie zdrowia reprodukcyjnego, utożsamiając je z prowadzeniem przez ludzi satysfakcjonującego i bezpiecznego życia seksualnego, zdolnością reprodukcji i swobodą podejmowania decyzji o posiadaniu potomstwa [*Prawa i zdrowie...* 1998: 17]. Prawa reprodukcyjne uznano za podstawowe prawa człowieka, opierające się na uznaniu: „fundamentalnego prawa wszystkich par i jednostek do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania ile, kiedy i w jakich odstępach czasu chcą mieć dzieci, jak również do informacji i środków umożliwiających osiągnięcie tego celu; prawa do możliwie najlepszego zdrowia reprodukcyjnego; prawa do podejmowania decyzji w sprawach reprodukcji w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy” [*Prawa i zdrowie...* 1998: 17]. Zapisy dotyczące zdrowia i praw reprodukcyjnych zostały potwierdzone na IV Światowej Konferencji ONZ w Sprawach Kobiet w Pekinie w 1995 roku, na której przedstawiciele 189 państw przyjęli program działań na rzecz podniesienia społecznego statusu kobiet [*15-lecie Pekijskiej Platformy Działania* 2010: 7]. W Deklaracji pekińskiej wyrażono przekonanie, że „dla uwłasnowolnienia kobiet podstawowe znaczenie ma wyraźne uznanie i potwierdzenie prawa wszystkich kobiet do kontroli nad wszystkimi aspektami swojego zdrowia, a w szczególności do kontrolowania własnej płodności” [*15-lecie Pekijskiej Platformy Działania* 2010: 7]. W Platformie Działania podkreślono znaczenie praw reprodukcyjnych dla sytuacji społecznej i życia kobiet: „W większości krajów ignorowanie reprodukcyjnych praw kobiet ogranicza poważnie ich szanse w życiu publicznym i prywatnym, w tym szanse związane ze zdobyciem wykształcenia oraz wzmocnieniem pozycji ekonomicznej i politycznej. Możliwości kobiet w zakresie decydowania o swojej własnej płodności stwarzają ważną podstawę do realizacji przez nie innych praw” [*Platforma Działania...* 1995: 26].

Prawa reprodukcyjne mają chronić podmiotowość jednostki w sytuacji, gdy indywidualne cele i potrzeby zderzają się z wymogiem funkcjonalnym społeczeństwa dotyczącym podtrzymania jego biologicznej ciągłości. Ze względu na swoje społeczne konsekwencje indywidualne decyzje prokreacyjne jednostek są przedmiotem społecznej kontroli i regulacji – „prywatne jest publiczne/politycz-

ne” [MacKinnon 1969: 191]. Za pomocą określonej polityki (reprodukcyjnej) społeczeństwo stwarza możliwości i ograniczenia dla jednostek dotyczące ich reprodukcji. Ich życiowe szanse w tym obszarze (i innych wymiarach życia społecznego), rozumiane za Ralfem Dahrendorfem jako „mierzalne możliwości realizowania potrzeb, pragnień i interesów w danym kontekście społecznym lub czasami przeciwko niemu” [Dahrendorf 2005: 431], są jednak zróżnicowane, zależne od ich usytuowania w strukturze społecznej.

Prawa reprodukcyjne stanowią przedmiot dyskusji i ideologicznych sporów. W dyskursie publicznym sprowadza się je do prawa do aborcji i wskazuje na wyraźną linię podziału. Przeciwników przerywania ciąży określa się jako obrońców życia nienarodzonych (*pro-life*), utożsamia ze środowiskami pravicowymi i konserwatywnymi, związanymi z Kościołem katolickim, zwolenników zaś definiuje jako popierających wybór kobiety, jej prawo do decydowania o sobie i swoim życiu (*pro-choice*), kojarząc ze środowiskami lewicowymi, liberalnymi, feministycznymi [por. Desperak 2003; Wejbert-Wąsiewicz 2011; Paprzycka, Dec-Pietrowska, Lech 2019]. Te podziały rozciągają się na stosunek do innych aspektów praw reprodukcyjnych: antykoncepcji, edukacji seksualnej, a także metod leczenia niepłodności, czyniąc z nich problem polityczny i moralny [Desperak 2003; Heinen, Portet 2009]. Przeciwnicy praw reprodukcyjnych, definiowani przez drugą stronę sporu jako *anti-choice* – uniemożliwiający kobietom wybór, odrzucają samo pojęcie tych praw. Są one przez nich „traktowane jako kategoria podejrzana, o wątpliwym znaczeniu normatywnym” [Różyńska 2016: 801], określane jako „wypaczona forma praw człowieka” i „jeden z przejawów ideologicznego ataku na życie ludzkie, godzący w dobro rodziny” [Bassa 2012: 363], postrzegane jako efekt „działalności przedstawicieli radykalno-libertariańskiego feminizmu”, przejawiającego postawy „afirmacji seksualnego wyzwolenia kobiet i wrogości wobec funkcji prokreacyjnej kobiety” [Dobrowolska 2016: 166, 179]. By zdeprecjonować znaczenie tych praw, używa się cudzysłowu („nowe prawa” człowieka) [Bassa 2012], mówi o „tzw. prawach reprodukcyjnych” i wskazuje, że pojęcie to jest „używane w pozbawionych mocy prawnej dokumentach organizacji międzynarodowych oraz [...] we frazeologii specyficznych środowisk naukowych” [Stanowisko Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych w sprawie klauzuli sumienia z dnia 14 lutego 2014 r., cyt. za: Różyńska 2016: 801]. W takiej sytuacji podjęcie problematyki praw reprodukcyjnych w niniejszym artykule wymaga zajęcia określonego stanowiska. Przyjęcie koncepcji praw reprodukcyjnych zgodnej z przytaczanymi rezolucjami międzynarodowych organizacji zajmujących się prawami człowieka i prawami kobiet, powiązanie ich z takimi prawami, jak prawo do życia, samostanowienia,

zdrowia, wolności, wolności od dyskryminacji i przemocy, decydowania o własnym ciele czy poszanowania życia prywatnego i rodzinnego oraz traktowanie ich jako kluczowych dla statusu kobiet i równości płci, sytuuje autorkę po stronie ich rzeczników oraz osadza w nurcie socjologii feministycznej.

W artykule uwzględniono wybrane aspekty zjawiska nierównych szans w realizacji praw reprodukcyjnych w Polsce. Skoncentrowano się na dostępie do nowoczesnej antykoncepcji, ograniczając analizę do sytuacji kobiet, których problem zapobiegania ciąży bezpośrednio dotyczy. Choć prawa reprodukcyjne odnoszą się do obu płci, to ograniczenia w zakresie samostanowienia o własnej rozrodczości oraz dostępie do świadczeń zdrowia reprodukcyjnego dotyczą przede wszystkim kobiet. To one borykają się z problemem niechcianych ciąży, doświadczają uprzedmiotowienia w gabinetach ginekologicznych i placówkach położniczych, są narażone na utratę życia lub zdrowia w wyniku powikłań związanych z ciążą i rodzeniem dzieci. Ponadto „prawa reprodukcyjne są nierozzerwalnie związane z wolnością ekonomiczną kobiety” [Goldberg 2011: 28]. Możliwość decydowania przez kobietę o tym, ile dzieci będzie miała i kiedy je urodzi, ma wpływ na jej aktywność zawodową i społeczną, jest warunkiem jej podmiotowości, wolności i autonomii w samookreślaniu się i życiowych wyborach.

POLITYKA REPRODUKCYJNA A PRAWA REPRODUKCYJNE JEDNOSTEK. KONCEPCJA SPRAWIEDLIWOŚCI REPRODUKCYJNEJ

W analizie możliwości i ograniczeń w zakresie prokreacji stwarzanych przez państwo przydatne jest pojęcie polityki reprodukcyjnej, regulującej między innymi kwestie antykoncepcji, aborcji i sterylizacji [Solinger 2013]. W sytuacji, w której jednostka nie ma możliwości kontrolowania własnej płodności i podejmowania decyzji prokreacyjnych, możemy mówić o przymusie reprodukcyjnym [Różyńska 2016: 806]. Jak zauważają Carole Joffe i Jennifer Reich, „zarządzanie reprodukcją” często zawiera w sobie element przymusu [Joffe, Reich 2015: 4], dlatego też prawa reprodukcyjne mają gwarantować jednostkom wolność od dyskryminacji, przymusu i przemocy.

W odniesieniu do wolności w decydowaniu o posiadaniu/nieposiadaniu potomstwa i możliwości kontrolowania własnej płodności stosuje się pojęcie „autonomii prokreacyjnej” bądź „wolności prokreacyjnej”¹ [Robertson 2003;

¹ O paradoksach i kontrowersjach związanych z tym pojęciem pisze m.in. M. Soniewicka, zajmująca się bioetyką i filozofią prawa [Soniewicka 2009].

Soniewicka 2009; Sperling 2011; Oszkinis 2013]. Za Johnem A. Robertsonem można ją rozumieć jako „swobodę albo «prawo – roszczenie» do decydowania o tym, czy się rozmnażać czy też nie. [...] Wolność w tym aspekcie oznacza obowiązek nieingerencji państwa jak i innych podmiotów w sferę zachowań danej jednostki” [Robertson 2003: 447, cyt. za: Oszkinis 2013: 161].

Jak już wspomniano, prawa reprodukcyjne mają zapewnić możliwość dokonywania wyboru w warunkach wolności nie tylko od przymusu i przemocy, ale także wolności od dyskryminacji. Autonomia prokreacyjna jednostek zależy bowiem od ich cech społecznych, związanych z przynależnością do kategorii społecznych i zajmowanymi pozycjami w społeczeństwie. Na przykład jednostki o wyższym statusie społecznym mogą sobie zapewnić wolność od przymusu rodzenia, mając dostęp do środków pozwalających na kontrolę własnej płodności i aborcję w warunkach, gdy są one nieosiągalne czy trudno dostępne. Możemy tu mówić o społecznych nierównościach, oznaczających nierówny dostęp do społecznie cenionych zasobów, rozumianych jako „wszystkie dobra i obiekty materialne, informacje, kompetencje, atrybuty, uprawnienia i możliwości wpływające na szanse życiowe jednostek w danym systemie społecznym” [Mach 2000: 330]. Jeżeli przyjmiemy, że autonomia prokreacyjna jest takim społecznie cenionym dobrem, można ją traktować nie tylko jako wartość autoteliczną, ale też instrumentalną. Wpływa bowiem na szanse osiągnięcia innych zasobów (fizyczny i psychiczny dobrostan, ścieżkę edukacyjną, pozycję zawodową, a co za tym idzie, dostęp do dóbr ekonomicznych, prestiżu i władzy).

Zróżnicowane szanse realizacji praw reprodukcyjnych przez przedstawicielki i przedstawicieli różnych kategorii społecznych można, za Bogdanem Machem, rozpatrywać jako nierówności możliwości (traktowania) [Mach 2000: 330]. Autor wskazuje trzy płaszczyzny ich analizy: cele i wartości, do których się dąży, „formalne prawa i wolności do podejmowania działań na rzecz realizacji tych celów i wartości” oraz „materialne i niematerialne środki, które grupom i jednostkom ułatwiają lub utrudniają podejmowanie takich działań” [Mach 2000: 330]. Przy założeniu, że jednostki chcą decydować o posiadaniu/nieposiadaniu potomstwa i w związku z tym o swoim życiu, w niniejszym artykule przeanalizowano, czy mają taką możliwość oraz co różnicuje ich szanse w osiągnięciu autonomii prokreacyjnej w obecnych warunkach prawno-instytucjonalnych w Polsce.

Na różne szanse życiowe posiadania/osiągnięcia autonomii prokreacyjnej przez kobiety pochodzące z różnych środowisk społecznych zwróciły uwagę „kolorowe” feministki tworzące kolektyw Sistersong Women of Colour Reproductive Justice Collective w Stanach Zjednoczonych, wprowadzając w latach 90. XX wieku koncepcję „sprawiedliwości reprodukcyjnej”, łączącą idee

praw reprodukcyjnych i sprawiedliwości społecznej [Luna, Luker 2015; Ross, Solinger 2017; strona internetowa Sistersong]. Uznały one, że dotychczasowy ruch na rzecz praw kobiet reprezentuje interesy białych bogatych Amerykanek z klasy średniej walczących o prawo wyboru, utożsamiane z prawem do aborcji. Tymczasem kobiety należące do mniejszości etnicznych były narażone na poddanie zabiegom przymusowej sterylizacji i terminacji ciąży, a zatem dotyczył je problem braku możliwości posiadania potomstwa. Przedstawicielki ruchu na rzecz sprawiedliwości reprodukcyjnej podkreślają, że prawo wyboru samo w sobie nie wystarczy, jeśli jednostki nie mają możliwości zrealizowania swoich indywidualnych decyzji, a zatem *de facto* nie mają wyboru – *There is no choice where there is no access* [strona internetowa Sistersong]. Postulują zniesienie podziałów na uprzywilejowanych i upośledzonych w decydowaniu o własnym ciele, prokreacji, życiu rodzinnym, równość nie tylko w dostępie do prawa, ale i odpowiednich warunków do tego, aby móc: mieć dzieci, nie mieć dzieci, mieć kontrolę nad warunkami porodu i opiekować się posiadaniem potomstwem [strona internetowa Sistersong].

Rzeczniczki sprawiedliwości reprodukcyjnej wskazują na dwie istotne kwestie. Po pierwsze, że na życie rozrodcze każdej kobiety wpływają kultura, ekonomia, instytucje społeczne i środowisko [Ross, Solinger 2017: 69]. Po drugie, że jej indywidualne doświadczenie jest wynikiem nakładania się na siebie i współdziałania takich jej społecznych cech, jak płeć (*gender*), rasa, przynależność etniczna, położenie klasowe, wyznanie religijne, orientacja seksualna czy (nie)pełnosprawność [Luna, Luker 2015: 247; Ross, Solinger 2017: 72, 74]. Za Kimberle Crenshaw do opisu specyficznej sytuacji jednostek stosują pojęcie intersekcjonalności, podkreślając, że nie chodzi tu o osobny wpływ każdej ze społecznych charakterystyk i tożsamości na indywidualny status i szanse życiowe, ale ich krzyżowanie się, przecinanie [Ross, Solinger 2017: 73; Crenshaw 1989; Cieślukowska, Sarata 2012]. Podstawą dla wprowadzenia perspektywy intersekcjonalnej do badań i praktyki społecznej stały się doświadczenia czarnych kobiet, dyskryminowanych ze względu na płeć i kolor skóry. Kimberle Crenshaw zaproponowała termin „dyskryminacji wielokrotnej”, którą Dominika Cieślukowska i Natalia Sarata opisują, podając przykład kobiety pochodzenia romskiego, będącej lesbijką, dotkniętej niepełnosprawnością, w starszym wieku, mieszkającej na wsi i ubogiej [Cieślukowska, Sarata 2012]. Autorki wskazują, że każda z tych tożsamości: etniczność, płeć, orientacja seksualna, sprawność, wiek, miejsce zamieszkania i status materialny, które stają się przesłanką dyskryminacji, może nałożyć się na inną i skutkować specyficznym doświadczeniem dyskryminacji [Cieślukowska, Sarata 2012]. Czynnikiem decydującym o dostępie do społecznie

cenionych zasobów i szansach życiowych jednostek, wpływających na specyfikę indywidualnych biografii, jest więcej. Do wymienionych wyżej dodać można jeszcze wiek, poziom wykształcenia, geograficzne usytuowanie, przynależność do subkultur i inne [Zapędowska-Kling 2017: 22]. Podejście intersekcyjne jest bardzo inspirujące i wartościowe poznawczo nie tylko w badaniu i rozumieniu życiowych historii jednostek, ale także, a może przede wszystkim, w poszukiwaniu czynników społecznych, które te jednostkowe losy warunkują i opisywaniu ich stratyfikującego działania.

ANALIZA INFORMACJI I DOKUMENTÓW DOTYCZĄCYCH DOSTĘPU DO ANTYKONCEPCJI W POLSCE

Celem badania była analiza zjawiska nierówności społecznych w dostępie do antykoncepcji, warunkującym autonomię prokreacyjną Polek należących do różnych kategorii społecznych. Postawiono pytanie, czy i jak takie cechy społeczno-demograficzne kobiet, jak: status materialny, wiek oraz miejsce zamieszkania (wieś–miasto, ale także region Polski) różnicują ich możliwości kontrolowania własnej płodności. Wskazane wyżej charakterystyki społeczne kobiet wybrano między innymi ze względu na dostępne dane². Odpowiedź na pytanie, czy i jaki wpływ ma każda z nich z osobna na autonomię prokreacyjną kobiety, warunkując sytuację przymusu vs wolności wyboru w prokreacji, pozwoli na określenie szans realizacji praw reprodukcyjnych jednostek przy nakładaniu się, krzyżowaniu różnych cech statusowych. Punktem wyjścia jest założenie o zjawisku intersekcyjności i dyskryminacji wielokrotnej doświadczanej przez kobiety w obszarze praw reprodukcyjnych.

Przeprowadzona analiza ma charakter *desk research* [Makowska 2013; Bednarowska 2015]. W pierwszym etapie poszukiwano danych zastanych odnoszących się do nowoczesnej antykoncepcji w Polsce: dostępnych na polskim rynku środków, ich ceny, sposobu ich uzyskania (wymogu posiadania recepty), dostępności w aptekach, możliwości stosowania ze względu na stan zdrowia. Źródłem informacji był największy serwis edukacyjny poświęcony zdrowiu w polskim Internecie – Poradnikzdrowie.pl, współpracujący z lekarzami i farmaceutami (jak wynika z opisu samego poradnika i wymienianych w treści artykułów ekspertów), w ramach którego stworzono cały dział pt. „Antykoncepcja” z po-

² Autorka dostrzega konieczność uwzględnienia w dalszych analizach także innych cech społecznych jednostek, takich jak m.in. wykształcenie, sprawność, orientacja seksualna oraz przynależność etniczna.

działem na różne jej rodzaje i szczegółowym ich opisem [www.poradnikzdrowie.pl/seks/antykoncepcja]. Pozyskane informacje konfrontowano ze stanowiskami i rekomendacjami ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego³ oraz danymi z aptek internetowych. W drugim etapie zbierano i analizowano materiały dotyczące przypadków ograniczeń w dostępie do antykoncepcji (korzystano z wyszukiwarki internetowej, wpisując hasła takie jak: antykoncepcja w Polsce, dostęp do antykoncepcji w Polsce bądź nazwy poszczególnych metod antykoncepcyjnych). Podstawę źródłową stanowiły następujące kategorie danych zastanych:

1) raporty i inne dokumenty organizacji pozarządowych monitorujących dostęp do usług z zakresu zdrowia i praw reprodukcyjnych w Polsce: Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (działającej na rzecz praw reprodukcyjnych w Polsce od 1991 roku), Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton (działającej na rzecz edukacji seksualnej od 2002 roku), Fundacji Rodzić po Ludzku (monitorującej od 1996 roku dostęp do usług z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i jakość opieki okołoporodowej w Polsce);

2) raporty i stanowiska instytucji kontrolnych: Rzecznika Praw Obywatelskich i Najwyższej Izby Kontroli;

3) raporty międzynarodowych organizacji dotyczące praw reprodukcyjnych, w tym dostępu do antykoncepcji w różnych krajach i w Polsce (m.in. ONZ, Europejskiego Forum Parlamentarnego ds. Populacji i Rozwoju, Komisarza Praw Człowieka Rady Europy);

4) artykuły dotyczące dostępu do antykoncepcji w Polsce, publikowane na portalach internetowych dzienników i tygodników społeczno-politycznych („Gazeta Wyborcza”, „Rzeczpospolita”, „Gazeta Prawna”, „Polityka”, portal OKO.press, „Krytyka Polityczna”, „Na Temat”).

Szczegółowy wykaz przeanalizowanych materiałów wraz z ich oznaczeniami, podawanymi w dalszej części tekstu przy powoływaniu się na poszczególne źródła (np. FED_1 RPO_3, RMO_5, GW_1, P), zamieszczono w aneksie na końcu artykułu.

Materiał badawczy zbierano i analizowano między październikiem 2018 a styczniem 2019 roku. Zastosowanie triangulacji źródeł (formalne dokumenty, raporty z badań, sprawozdania, stanowiska, artykuły prasowe) pozwoliło na uchwycenie problemu w możliwie pełny sposób i kontrolę rzetelności podawa-

³ Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego na temat przeskórnej antykoncepcji hormonalnej (*Ginekologia Polska* 81/2010), Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wskazań i bezpieczeństwa stosowania antykoncepcji hormonalnej oraz wewnątrzmacicznej (*Ginekologia Polska* 85/2014), Dębski R., „Antykoncepcja – metody zapobiegania niepożądaney ciąży” (*Ginekologia Polska* 78/2007).

nych informacji. Wykorzystanie dostępnych danych służyło eksploracji i opisowi zjawiska nierówności w dostępie do nowoczesnej antykoncepcji w Polsce, stanowiąc punkt wyjścia dla dalszych badań w tym obszarze.

DOSTĘP DO ANTYKONCEPCJI W POLSCE – UWAGI OGÓLNE

Nie tylko krajowe organizacje, ale i międzynarodowe instytucje zajmujące się prawami człowieka od lat alarmują o łamaniu praw reprodukcyjnych w Polsce i ograniczonej wolności prokreacyjnej Polek [FED_1; RMO_2; RMO_5; OKO_5]. Problemem jest ograniczony dostęp do nowoczesnej antykoncepcji, między innymi w związku z brakiem refundacji większości środków. Nie jest regułą i standardem, że pacjentki są informowane o dostępnych metodach antykoncepcyjnych, ponieważ część pracowników służby zdrowia odmawia przepisywania środków antykoncepcyjnych, odwołując się do klauzuli sumienia [RMO_3]. Zgodnie z polskim prawem uprawnienie do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego sprzecznego z własnym sumieniem przysługuje lekarzom, lekarzom denty stom oraz pielęgniarkom i położnym. Jak podkreśla Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN, „klauzula sumienia nie może zwalniać lekarza z obowiązku wypisania pacjentowi recepty na legalny środek antykoncepcyjny, który chce i może on bezpiecznie stosować. Dotyczy to także środków antykoncepcji postkoitalnej. Ostateczna decyzja o zażyciu tych środków należy bowiem do pacjenta” [Stanowisko Komisji Bioetyki 2013: 12]. Jak pokazują wyniki badań przeprowadzonych wśród Polek⁴, około 9% respondentek spotkało się z sytuacją odmowy lekarza wypisania recepty na środki antykoncepcyjne [Pozdał 2014: 4].

Rosnący w siłę nie tylko w Polsce, ale także innych krajach europejskich ruch *anti-choice* podejmuje działania nie tylko na rzecz ograniczenia prawa do aborcji (które w Polsce jest bardzo restrykcyjne), ale także dostępu do środków świadomej prokreacji [RMO_6]. W 2014 roku sformułowano *Deklarację wiary lekarzy katolickich i studentów medycyny w przedmiocie płciowości i płodności ludzkiej*, według której „podstawą godności i wolności lekarza katolika jest wyłącznie jego sumienie oświecone Duchem Świętym i nauką Kościoła i ma on prawo działania zgodnie ze swoim sumieniem i etyką lekarską, która uwzględnia prawo sprzeciwu wobec działań niezgodnych z sumieniem” [NT]. Deklarację podpisało blisko 4 tysiące lekarzy i studentów medycyny (stan na początek 2018 roku), w tym obecny minister zdrowia Łukasz Szumowski

⁴ Badanie „Współczesne kobiety a antykoncepcja” zrealizowane w 2013 roku z wykorzystaniem ankiety internetowej, w którym udział wzięło 1000 kobiet w wieku 18–35 lat [Pozdał 2014: 1, 4].

(powołany w styczniu 2018 roku) [RZ]. Mimo że prawo do stosowania klauzuli sumienia nie dotyczy farmaceutów, w Polsce funkcjonuje sieć „apteki pro-life”, prowadzonych przez członków Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski (mającego oddziały w 12 diecezjach i liczącego 200 członków), w których nie można kupić tabletek antykoncepcyjnych, prezerwatyw, wkładek domacicznych i antykoncepcji awaryjnej [P; N]. Organizacja ta domaga się dla farmaceutów prawa do sprzeciwu sumienia wobec sprzedaży „środków farmakologicznych niszczących ludzką płodność lub zabijających zarodek ludzki w początkach jego istnienia” [Deklaracja... 2011]. W odpowiedzi Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny zbiera podpisy pod petycją „Stop bezprawnemu ograniczaniu dostępu do antykoncepcji!” [FED_7].

W najnowszym rankingu krajów europejskich, opracowanym dla Europejskiego Forum Parlamentarnego ds. Ludności i Rozwoju, uwzględniającym dostęp kobiet do antykoncepcji i doradztwa z zakresu planowania rodziny, Polska znalazła się na ostatnim miejscu [RMO_1]. Wskaźnik dostępności nowoczesnej antykoncepcji dla Polski wyniósł 31,5% (dla przedostatniej Rosji – 42,8%, dla najwyższej ocenionych krajów: Belgii i Francji – 90,1%, średnia dla Europy wyniosła 69%) [RMO_1]. Brano tu pod uwagę między innymi cenę i skalę refundacji środków antykoncepcyjnych (m.in. dostępność dla młodych kobiet, osób o niskich dochodach), dostępność antykoncepcji hormonalnej bez recepty (w tym antykoncepcji awaryjnej) oraz publiczną informację o sposobach zapobiegania ciąży na stronach internetowych finansowanych z budżetu państwa. W zakresie dostępu do materiałów i doradztwa dotyczących świadomego rodzicielstwa Polska osiągnęła wynik 25% (najlepiej ocenione Belgia i Francja – 84,8%), a w zakresie dostępności informacji online – 43,4% (Belgia i Francja – 100%). Skutkuje to stosunkowo niskim wskaźnikiem rozpowszechnienia nowoczesnych środków antykoncepcyjnych w Polsce. Według szacunków Organizacji Narodów Zjednoczonych w 2015 roku nowoczesne metody antykoncepcyjne były stosowane przez 47,7% zamężnych lub będących w związkach nieformalnych Polek (w porównaniu z 73,4% w Europie Północnej i 66,8% w Europie Zachodniej), a co dziesiąta kobieta w tej zbiorowości nie stosowała żadnej metody antykoncepcji, aby zapobiec ciąży, mimo że nie chciała mieć więcej dzieci w ogóle lub w danym momencie życiowym (w porównaniu z 7,3% w Europie Północnej i 8,8% w Europie Zachodniej) [RMO_7].

CZYNNIKI GENERUJĄCE NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNE W SFERZE PRAW REPRODUKCYJNYCH

Już powyższa charakterystyka dostępu Polek do nowoczesnej antykoncepcji wskazuje ograniczenia w realizacji ich praw reprodukcyjnych w tym zakresie. Przyjrzyjmy się, jak takie ich cechy społeczne, jak status materialny, wiek oraz miejsce zamieszkania różnicują ich możliwości kontrolowania własnej płodności.

a. status materialny

Za Ralfem Dahrendorfem można stwierdzić, że „w nowoczesnych społeczeństwach pieniądze są na pewno instrumentem społecznych możliwości” [Dahrendorf 2005: 433]. Dotyczy to również swobodnego decydowania o posiadaniu/ nieposiadaniu potomstwa (czy, kiedy i w jakich odstępach czasu mieć dzieci), co wiąże się z dostępem do nowoczesnej antykoncepcji.

Jak zauważa Dorota Szelewa, „klasowy (czy też społeczno-ekonomiczny) wymiar zróżnicowania funkcjonowania praw reprodukcyjnych w Polsce ujawnia się przy choćby pobieżnej analizie dostępu do nowoczesnej antykoncepcji” [Szelewa 2017: 11]. Informacje na temat kosztów i dostępności różnych metod antykoncepcyjnych w Polsce prezentuje tabela poniżej.

TABELA 1. Koszt i dostępność wybranych metod nowoczesnej antykoncepcji w Polsce

Środek antykoncepcyjny	Koszt	Dostępność
Prezerwatywy męskie (kondomy)	- od kilkudziesięciu groszy (kupowane w dużych pakietach na aukcjach internetowych) do kilkunastu złotych za sztukę - koszt prezerwatyw renomowanych marek – ok. 3–4 zł za sztukę	- bez recepty - sprzedawane w aptekach, kioskach, na stacjach benzynowych, sklepach
Prezerwatywy kobiece	ok. 10 złotych za sztukę (plus koszty przesyłki w przypadku sprzedaży wysyłkowej)	- bez recepty - głównie w sprzedaży internetowej oraz w nielicznych aptekach w dużych miastach
Środki chemiczne (globulki, pianki plemnikobójcze)	ok. 20–35 złotych	- bez recepty - występujące w polskich aptekach w bardzo wąskim asortymencie, bądź wręcz niedostępne

TABELA 1 (cd.)

Środek antykoncepcyjny	Koszt	Dostępność
Tabletki hormonalne dwuskładnikowe	od kilku do 50 złotych miesięcznie	- na receptę - refundacja jedynie kilku środków
Tabletki hormonalne jednoskładnikowe	ok. 20–30 złotych miesięcznie	- na receptę
Plastry antykoncepcyjne	ok. 40–50 zł miesięcznie	- na receptę
Wkładka wewnątrzmaciczna	od 80 do 850 złotych	- bez recepty oraz na receptę (dotyczy wkładek hormonalnych)
Implant antykoncepcyjny	1000–1200 zł	- na receptę - zakładane jedynie w wybranych klinikach w dużych miastach

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy danych zastanych (informacje z aptek internetowych oraz artykuły poświęcone różnym metodom antykoncepcyjnym na portalu internetowym poświęconym zdrowiu Poradnikzdrowie.pl).

Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy o planowaniu rodziny państwo powinno zapewnić obywatelom swobodny dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji. Jak wynika z zestawienia zaprezentowanego w tabeli, swobodę tę ograniczają: konieczność posiadania recepty, wymagająca wizyty u lekarza (co często wiąże się z dodatkowymi kosztami), cena produktów i ich dostępność w aptekach, ograniczona refundacja, a także miejsce zamieszkania (dostęp do niektórych metod antykoncepcyjnych jedynie w aptekach i klinikach w dużych miastach).

Jedynymi dostępnymi bez konieczności wizyty lekarskiej i posiadania recepty środkami antykoncepcyjnymi w Polsce są męska prezerwatywa oraz globulki, pianki i kremy plemnikobójcze (metody chemiczne), przy czym te drugie rzadko można kupić w aptekach. Ze względu na stosowanie prezerwatyw w profilaktyce chorób przenoszonych drogą płciową i zakażenia wirusem HIV w części krajów można je otrzymać za darmo, np. w przychodni, szkołach czy w miejscach użyteczności publicznej. W Polsce nie ma programu rozdawnictwa prezerwatyw. Realny koszt zabezpieczenia się przed ciążą w przypadku stosowania kondomów oraz metod chemicznych zależy od ich ceny (powiązanej z jakością), częstotliwości współżycia płciowego, a także stanu zdrowia (alergia na ich składniki, np. na lateks, uniemożliwiająca korzystanie z tańszych produktów).

Antykoncepcja hormonalna jest dostępna jedynie z przepisu lekarza. Częściową refundacją objęte są jedynie pigułki „starej generacji”, z lat 80. XX wieku (właściwie jest to jeden preparat – mający ten sam skład i stosunkowo wysoką ilość syntetycznych hormonów – występujący pod różnymi nazwami) [FED_4]. Ich skład wyklucza jednak możliwość ich stosowania przez wiele kobiet ze względu na stan zdrowia czy karmienie piersią. Nowsze antykoncepcyjne preparaty doustne, zawierające mniejsze stężenie syntetycznych hormonów i wywołujące dzięki temu mniej niepożądanych działań, podobnie jak inne hormonalne środki antykoncepcyjne są w pełni odpłatne i stosunkowo drogie. Ponadto dostępność w polskich aptekach takich środków zapobiegania ciąży, jak plastry antykoncepcyjne, kraczki dopochwowe czy implanty antykoncepcyjne (zalecane osobom nie mogącym przyjmować tabletek antykoncepcyjnych, np. z powodu nadciśnienia, cukrzycy, ryzyka choroby nowotworowej lub zakrzepowo-zatorowej), szczególnie w mniejszych miejscowościach, jest ograniczona (są one sprowadzane na zamówienie, co wydłuża czas ich otrzymania) [RMO_3].

Spośród odwracalnych metod antykoncepcyjnych o przedłużonym działaniu stosunkowo najbardziej popularna wśród Polek jest wewnątrzmaciczna wkładka antykoncepcyjna, która może być zakładana na kilka lat. Wiąże się to jednak z jednorazowym stosunkowo dużym wydatkiem, powiększonym o koszt założenia wkładki przez lekarza ginekologa w sytuacji bezprawnego odmawiania tego świadczenia przez personel medyczny w przychodniach mających kontrakt z NFZ⁵ (koszt założenia w prywatnym gabinecie – od 40 do 1000 złotych) [FED_4].

Wobec bariery finansowej w stosowaniu nowoczesnych środków świadomej prokreacji relatywnie dużą popularnością wśród Polaków cieszą się „naturalne” metody zapobiegania ciąży, takie jak kalendarzyk małżeński, metoda objawowo-termiczna oraz stosunek przerywany [Izdebski 2012: 252–253]. Zdaniem Szelewy zjawisko to można wyjaśniać nie tylko przekonaniami religijnymi stosujących je osób, ale także „bezkosztowością” tych sposobów zapobiegania niepożądaną ciążą [Szelewa 2017: 11].

Dostęp do nowoczesnej antykoncepcji dla wielu kobiet oznacza nie tylko wydatek związany z zakupem samego środka zapobiegania ciąży. Ze względu na ograniczony dostęp do opieki ginekologicznej (niewystarczająca liczba lekarzy,

⁵ Procedury założenia i usunięcia wkładki należą do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Kobiety często nie są jednak informowane przez personel medyczny o możliwości założenia wkładki nieodpłatnie lub odmawia się im tego świadczenia i odsyła do prywatnych gabinetów celem pobrania wysokiej opłaty [FED_4; FED_5; FED_6; GW_1; GP].

szczególnie poza dużymi miastami oraz długi czas oczekiwania na wizytę lekarską) kobiety muszą ponosić koszty związane z opłaceniem wizyty w prywatnym gabinecie i dojazdem [FRPL; NIK; RPO_1]. Jak zauważają autorzy raportu z monitoringu dostępu do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ, prowadzonego w 2015 roku przez Fundację Rodzić po Ludzku, możliwość skrócenia terminu wizyty przez opłacenie jej przez pacjentki z jednej strony zwiększa dostęp do usług ginekologiczno-położniczych, z drugiej jednak świadczy o jego nierównym charakterze, bo koszt wizyty (wynoszący nawet 200 zł) może stanowić barierę finansową dla mniej zamożnych kobiet [FRPL]. Do płacenia za wizytę może zmuszać kobiety nie tylko konieczność jej przyspieszenia, ale także fakt, że część lekarzy pracujących w publicznych placówkach zdrowia odmawia wypisania recept, powołując się na klauzulę sumienia, co wymaga znalezienia innego lekarza i zapłacenia za dostęp do antykoncepcji w prywatnej klinice (o ile lekarz w niej pracujący nie podpisał *Deklaracji Wiary Lekarzy Katolickich*) [NT].

Droga i trudno dostępna jest również antykoncepcja awaryjna, stosowana w nagłych przypadkach, aby zapobiec ciąży po odbyciu stosunku płciowego bez zabezpieczenia (także w przypadku gwałtu) lub gdy zastosowana metoda antykoncepcji zawiodła. Obecnie w Polsce w aptekach można kupić, jedynie na receptę⁶ i w pełni odpłatnie, dwa rodzaje takich środków, różniące się czasem działania (odpowiednio 72 godziny i 120 godzin od współżycia). Ich koszt wynosi 35–55 złotych (Escapelle) lub 90–120 (ellaOne). Problemem jest jednak uzyskanie recepty na antykoncepcję doraźną w publicznych placówkach ochrony zdrowia, ze względu na długie kolejki do lekarzy (a tu decydujące jest jak najszybsze podanie środka), a przede wszystkim niechęć lekarzy do jej przepisywania i odwoływanie się przez nich do klauzuli sumienia (co, jak już wspomniano, w przypadku odmowy wypisania recepty na legalnie dostępne leki jest jej nadużyciem). Zdarzają się także przypadki odmawiania wydania leku przez farmaceutów (mimo że klauzula sumienia ich nie obejmuje). Problemy te generują dodatkowe koszty związane z opłacaniem wizyty w prywatnym gabinecie i dojazdem do placówki czy apteki, w której będzie możliwość uzyskania pigułki „dzień po”. Opisane

⁶ Przez bardzo krótki okres (kwiecień 2015–lipiec 2017) Polki miały dostęp do antykoncepcji awaryjnej bez recepty w związku z decyzją Komisji Europejskiej, popartą opinią Europejskiej Agencji Leków o skuteczności i bezpieczeństwie stosowania tego środka, niewymagającego nadzoru lekarza [FED_3]. Po przejęciu władzy przez Prawo i Sprawiedliwość przywrócono w 2017 roku konieczność posiadania recepty na antykoncepcję awaryjną, argumentując to m.in. troską o zdrowie kobiet, szczególnie nastolatek, mających, zdaniem ministra zdrowia, nadużywać pigułek „po” [OKO_1]. Polska dołączyła tym samym do Rosji, Węgier i Albanii, które jako jedyne w Europie regramentują sprzedaż tych środków [RMO_1].

powyżej trudności sprawiają, że odsetek Polek korzystających z antykoncepcji awaryjnej jest stosunkowo niski w porównaniu z innymi krajami [FED_4].

Ceny i refundacja bardzo niewielu środków nowoczesnej antykoncepcji w Polsce sprawiają, że jej dostępność jest bardzo nisko oceniana w międzynarodowych badaniach, na tle sytuacji w innych krajach [RMO_1; RMO_6]. Wskazuje się na nierówność społeczną w dostępie do środków świadomej prokreacji i problem wykluczenia części kobiet z możliwości korzystania z nich ze względów ekonomicznych. Zjawisko to jest jednak ignorowane przez państwo i nie są podejmowane żadne inicjatywy w ramach publicznej służby zdrowia czy pomocy społecznej, żeby temu przeciwdziałać: „na terenie kraju nie działają żadne instytucje, do których chociażby najuboższe kobiety mogłyby się zwrócić o pomoc i otrzymać środki antykoncepcyjne po obniżonej cenie lub bezpłatnie” [Czerwińska-Osipiak, Michalik, Olszewska 2013: 202].

b. wiek

Prawo karne w Polsce (artykuł 200 k.k.), stanowiąc o odpowiedzialności karnej za obcowanie płciowe z małoletnim poniżej lat 15, ustala tym samym minimalny wiek: ukończone 15 lat, w którym osobę uznaje się za zdolną do wyrażenia (ważnej prawnie) zgody na podejmowanie czynności seksualnych z innymi [Kilińska-Pękacz 2015]. Według wyników badań przeprowadzanych wśród polskich nastolatków średni wiek inicjacji seksualnej wynosi 14 lat (14,4 roku u dziewcząt i 13,6 u chłopców) [Wojnarowska 2015: 196].

W świetle polskiego prawa małoletni pacjenci powyżej 15. roku życia mogą być aktywni seksualnie, nie mają jednak prawa do samodzielnych wizyt u ginekologa lub urologa aż do osiągnięcia pełnoletności. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza oraz ustawą o prawach pacjenta wszystkie decyzje dotyczące zdrowia, leczenia i przyjmowanych środków osób poniżej 16 roku życia należą wyłącznie do rodzica bądź opiekuna. W przypadku małoletnich między 16. a 18. rokiem życia wymagana jest tzw. zgoda łączna niepełnoletniego pacjenta oraz jego opiekuna prawnego. W sytuacji jej braku lekarz może nie udzielić świadczenia zdrowotnego niepełnoletniemu pacjentowi. W związku z tą niespójnością przepisów (prawna możliwość podjęcia aktywności seksualnej po ukończeniu 15 lat, ale brak możliwości samodzielnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych) Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił w 2016 roku do Ministra Zdrowia z postulatem wprowadzenia prawnej możliwości skorzystania z porady ginekologicznej lub urologicznej przez małoletniego powyżej 15. lub 16. roku życia na podstawie wyłącznie własnej zgody [RPO_3]. Konieczność zmian przepisów w celu po-

prawy dostępności tych świadczeń zdrowotnych dla osób małoletnich, często już aktywnych seksualnie, dostrzegali także Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Praw Pacjenta oraz Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ginekologii i Położnictwa. Zwracano uwagę, że w przypadku braku zgody rodziców (także w związku z ich dłuższą nieobecnością, np. z powodu pracy za granicą) niepełnoletni pacjenci są pozbawieni możliwości uzyskania porad profilaktycznych i leczenia, co ma negatywny skutek dla ich zdrowia reprodukcyjnego [RPO_3]. Ponadto zauważono, że świadczenia zdrowotne ginekologiczne i urologiczne dotyczą najbardziej intymnych i prywatnych sfer życia człowieka i młode osoby mają prawo do poszanowania tej prywatności. W oficjalnym stanowisku ministerstwa zdrowia w odpowiedzi na pismo Rzecznika Praw Obywatelskich stwierdzono, że proponowana zmiana przepisów nie jest możliwa, bo stanowiłaby naruszenie Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, zgodnie z którym dziecko pozostaje aż do pełnoletności pod władzą rodzicielską.

Zdanie się na rodziców w tej sytuacji jest o tyle problematyczne, że w polskich rodzinach rzadko i niechętnie podejmuje się z dziećmi temat seksualności [IBE 2015: 2]. Ponadto, „w Polsce nie ma kultury chodzenia do ginekologa, [...]. Rodzice obawiają się, że zaprowadzenie młodej dziewczyny do lekarza będzie z ich strony przyzwoleniem na zachowania seksualne” [Pozdał 2014]. Duża część kobiet w Polsce trafia do gabinetu ginekologa zbyt późno, często dopiero gdy dzieje się coś niepokojącego i traktuje to jako „zło konieczne” [Pozdał 2014; Ponton_3]. Autorzy badania „Bezpieczny fotel?”, mającego na celu monitoring opieki ginekologicznej w Polsce, zwracają uwagę na dyskryminujące traktowanie młodych pacjentek przez lekarzy, którzy odmawiają wypisania recepty na antykoncepcję ze względu na własne przekonania, zachowują się protekcyjnie, wygłaszają komentarze upokarzające kobiety (np. dotyczące rozpoczęcia przez nie aktywności seksualnej w „tak młodym” wieku, częstotliwości kontaktów seksualnych, deklaracji pacjentki, że nie chce mieć dzieci czy jej orientacji seksualnej) [Ponton_3].

Na ograniczony dostęp do nowoczesnej antykoncepcji młodych osób ma wpływ brak rzetelnej edukacji seksualnej nie tylko w domu, ale także w szkole [Bieńko, Izdebski, Wąż 2016; Dec-Pietrowska, Paprzycka 2016; Dec-Pietrowska i in. 2016; IBE 2015; Ponton_2]. W ramach przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie” zniechęca się młodzież do wizyt u ginekologa oraz stosowania antykoncepcji, w tym prezerwatyw, upowszechniając nieprawdziwe informacje o ich szkodliwości i nieskuteczności, co może stanowić kolejną barierę w jej stosowaniu.

Poza ograniczonym dostępem nastolatków do świadczeń ginekologicznych w związku z wymogiem asysty rodzica lub prawnego opiekuna barierą w korzystaniu z nowoczesnych środków kontrolowania płodności jest ich cena. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia nastolatki i młode kobiety powinny stosować tak zwane podwójne zabezpieczenie w postaci wysoce skutecznej metody antykoncepcyjnej, np. dwuskładnikowej antykoncepcji hormonalnej w połączeniu z prezerwatywą, w celu równoczesnej ochrony przed nieplanowaną ciążą i chorobami przenoszonymi drogą płciową [Skrzypulec-Plinta, Drosdzol-Cop 2012: 97]. Biorąc pod uwagę brak dostępu do darmowych prezerwatyw i ograniczoną refundację antykoncepcyjnych środków hormonalnych, a także wydatki związane z prywatną wizytą u ginekologa, koszty takiego podwójnego zabezpieczenia przekraczają możliwości finansowe wielu młodych osób.

c. miejsce zamieszkania

Wpływ miejsca zamieszkania na dostęp do nowoczesnej antykoncepcji wynika z różnic w dostępie do lekarzy ginekologów oraz różnic w możliwościach zakupu środków zapobiegania ciąży zarówno w układzie wieś–miasto, jak i w ujęciu regionalnym.

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli dotyczącego dostępności świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich mieszkanki wsi mają znacznie gorszy dostęp do tych usług w porównaniu z mieszkankami dużych miast, w których znajduje się większość świadczących je poradni mających umowy z NFZ [NIK]. Na przykład w województwie podlaskim na jedną poradnię zlokalizowaną na wsi przypadały 23 942 kobiety, podczas gdy średnio w mieście były to 4 454 pacjentki. We wszystkich objętych kontrolą oddziałach wojewódzkich NFZ zdarzały się przypadki, że świadczenia ginekologiczno-położnicze udzielane były tylko w jednej miejscowości na terenie powiatu. Problemem jest mała liczba placówek, nie zawsze dobrze wyposażonych, konieczność dojazdu (w jednym z powiatów w województwie podlaskim kobiety miały do pokonania nawet blisko 50 kilometrów) oraz krótki czas pracy większości z poradni wiejskich (10–13 godzin tygodniowo) [NIK].

Rezultaty monitoringu przeprowadzonego w ramach projektu realizowanego przez Fundację Rodzić po Ludzku wykazały zróżnicowanie regionalne w średnim czasie oczekiwania na wizytę u lekarza ginekologa w ramach NFZ [FRPL]. Według wyników badania średni czas czekania na wizytę w gabinecie ginekologicznym w Polsce wynosi 18 dni. W połowie placówek nie czeka się dłużej niż 7 dni, ale w co czwartej przychodni pacjentki czekały na wizytę miesiąc i dłużej

(największy odsetek takich placówek był w regionie centralnym oraz południowo-zachodnim), a w skrajnych przypadkach czas oczekiwania przekraczał 7 miesięcy. Szybsze dostanie się do specjalisty było możliwe w przypadku opłacenia wizyty prywatnej, z reguły w tej samej przychodni (średni czas oczekiwania na wizytę prywatną wyniósł 3 dni). Badacze zwrócili jednak uwagę, że opcja ta była dostępna głównie w większych miastach. Na regionalne zróżnicowanie dostępności świadczenia gwarantowanego, jakim jest założenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej, zwraca uwagę Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny [FED_5]. Organizacja ta, na podstawie doniesień pacjentek, wskazuje na zjawisko bezprawnych odmów wykonania świadczenia nieodpłatnie, w ramach funduszu NFZ, w publicznych placówkach na terenie całego kraju.

W analizie nierówności społecznych w dostępie do nowoczesnej antykoncepcji kluczowe jest nie tylko to, czy i w jakim czasie kobieta może dostać się do ginekologa, ale także, czy uda jej się uzyskać receptę na wybraną metodę zapobiegania ciąży, w tym na antykoncepcję awaryjną, niechętnie przepisywaną przez polskich lekarzy, bo stygmatyzowaną jako środek wczesnoporonny. Nawet opłacenie prywatnej wizyty lekarskiej nie gwarantuje jej przepisania [NT]. W Polsce można wyodrębnić już rejony (m.in. Podkarpacie), gdzie całe szpitale i inne placówki ochrony zdrowia podpisały klauzulę sumienia (choć prawo dopuszcza jedynie indywidualne deklaracje) [Kacpura 2018]. Odnotowano przypadki (m.in. w Łodzi) wywieszenia oficjalnej informacji o niewystawianiu recept na antykoncepcję w danej placówce medycznej [GW_2]. Wobec ograniczonego dostępu do antykoncepcji awaryjnej w środowisku lekarskim powstała inicjatywa „Lekarze Kobietom”, w ramach której lekarze w całej Polsce bezpłatnie bądź za symboliczną złotówkę wypisują zgłaszającym się do nich kobietom receptę na pigułkę „dzień po”. Jednak, jak pokazuje lista lokalizacji, w których można uzyskać pomoc, dostęp do niej jest zróżnicowany terytorialnie. Stosunkowo najlepsza jest sytuacja w dużych ośrodkach miejskich, w których zaczynają się pojawiać finansowane ze środków samorządowych bezpłatne całodobowe gabinety ginekologiczne. Problemem jest nie tylko otrzymanie recepty na środek antykoncepcyjny, ale także jej realizacja w aptece, w której farmaceuci mogą bezprawnie zastosować klauzulę sumienia, czy utrudnić dostęp do antykoncepcji poprzez opóźnianie jej sprowadzenia bądź wprowadzenie klientki w błąd, że dany środek jest niedostępny.

ZAKOŃCZENIE

Już uwzględnienie tylko trzech zmiennych: statusu materialnego, wieku i miejsca zamieszkania, wskazuje na nierówny dostęp Polek do nowoczesnych metod antykoncepcji, pozwalających im na planowanie (i nieplanowanie) rodziny, a tym samym decydowanie o własnym życiu. Potwierdza także nakładanie się na siebie stratyfikującego działania różnych cech społecznych jednostek. Szanse życiowe w zakresie autonomii prokreacyjnej nastolatki w niezamożnej rodzinie, mieszkającej na wsi na Podlasiu i dorosłej dobrze sytuowanej mieszkanki Warszawy są zupełnie inne. Trzeba jednak pamiętać o znaczeniu także innych cech statusowych, takich jak wykształcenie (różnicujące m.in. możliwości w dostępie do informacji z zakresu planowania rodziny, znajomość własnych praw i umiejętności radzenia sobie z sytuacją ich łamania), stan zdrowia i sprawność (wpływające m.in. na możliwości stosowania różnych metod antykoncepcyjnych i dostęp do świadczeń zdrowotnych), kapitał społeczny (umożliwiający np. uzyskanie informacji o lekarzach wypisujących recepty na środki antykoncepcyjne), orientacja seksualna i przynależność etniczna (mogące być podstawą dyskryminacyjnych praktyk, np. ze strony personelu medycznego). Wskazana jest analiza uwzględniająca różne czynniki warunkujące nierówności społeczne w realizacji praw reprodukcyjnych w szerokim ujęciu (nie tylko w kwestii dostępu do środków świadomej prokreacji), pozwalająca na określenie ich stratyfikującego działania w tym wymiarze życia społecznego i indywidualnego jednostek. Podstawową barierę stanowi brak danych umożliwiających takie badanie, tym bardziej, że samo państwo nie jest zainteresowane monitorowaniem skutków działania ustawy o planowaniu rodziny, stwarzającej określone ramy prawno-instytucjonalne dla realizacji praw reprodukcyjnych w Polsce (o czym świadczy niska jakość sprawozdań rządu z realizacji ustawy i opóźnianie ich publikacji). Biorąc pod uwagę przeanalizowane praktyki w zakresie ograniczania dostępu do antykoncepcji, a także nieuwzględniony w niniejszym artykule problem restrykcyjnego prawa do aborcji i utrudniony dostęp do legalnych zabiegów przerywania ciąży, można postawić hipotezę, że polityka reprodukcyjna w Polsce oparta jest na przymusie reprodukcyjnym, co oznacza, że utrudnia czy wręcz uniemożliwia się kobietom decydowanie o własnej płodności i posiadaniu/nieposiadaniu potomstwa. W takich warunkach kluczowa wydaje się identyfikacja tych czynników, które przyczyniają się do zachowania czy osiągnięcia autonomii prokreacyjnej przez jednostki należące do określonych kategorii społecznych i pozwalają realizować potrzeby, pragnienia i interesy „przeciwko danemu kontekstowi społecznemu” [Dahrendorf 2005: 431].

ANEKS – WYKAZ MATERIAŁÓW ŹRÓDŁOWYCH

1) raporty organizacji pozarządowych:

- publikacje Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny:
 - FED_1 – Raport 20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej w Polsce, 2013;
 - FED_2 – Zdrowie i prawo. Poradnik dla kobiet, 2015;
 - FED_3 – Stanowisko dotyczące ograniczenia dostępu do antykoncepcji awaryjnej, 2017;
 - FED_4 – Martwe prawo. Komentarz do sprawozdania rządu z wykonania w 2016 ustawy o planowaniu rodziny, 2018;
 - FED_5 – List do NFZ w sprawie niedostępności świadczenia gwarantowanego, 2018;
 - FED_6 – Założenie wkładki domacicznej na NFZ. Baza miejsc i poradnik postępowania w razie odmowy, 2018;
 - FED_7 – Petycja Stop bezprawnemu ograniczaniu dostępu do antykoncepcji!, 2018.
- raporty Grupy Edukatorów Seksualnych „Ponton”:
 - Ponton_1 – Skąd wiesz? Jak wygląda edukacja seksualna w polskich domach, 2011;
 - Ponton_2 – Sprawdzian (z) WDŻ, czyli jak wygląda edukacja seksualna w polskich szkołach, 2014;
 - Ponton_3 – Bezpieczny fotel? Kampania na rzecz dobrej opieki ginekologicznej, 2014.
- Fundacja Rodzić po Ludzku – FRPL – Monitoring dostępności do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ w Polsce z 2015.

2) raporty i stanowiska instytucji kontrolnych:

- Rzecznika Praw Obywatelskich:
 - RPO_1 – Informacja o pracy RPO lipiec-wrzesień 2016;
 - RPO_2 – Stanowisko RPO w sprawie Sprawozdania Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2014 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, 2016;
 - RPO_3 – Wystąpienie RPO z dnia 29 lipca 2016 r. do Ministra Zdrowia w sprawie zasad dostępu osób niepełnoletnich, w wieku powyżej 15. roku życia, do świadczeń ginekologicznych i urologicznych, 2016.

— Najwyższej Izby Kontroli – NIK – *Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich*, 2018.

3) raporty międzynarodowych organizacji (RMO) dotyczące praw reprodukcyjnych:

RMO_1 – *Contraception Atlas 2018*, European Parliamentary Forum on Population & Development;

RMO_2 – *Women's sexual and reproductive health and rights in Europe*, 2017, Council of Europe;

RMO_3 – *Barometr of Women Access to Modern Contraceptives Choice in 16 EU Countries. Report of The International Planned Parenthood Federation European Network*, 2015;

RMO_4 – *Polska – Wstępne ustalenia niezależnej grupy ekspertek Rady Praw Człowieka ONZ ds. dyskryminacji kobiet w prawie i praktyce*, 2018;

RMO_5 – *Raport Nilsa Muiżnieksa Komisarza Praw Człowieka Rady Europy po wizycie w Polsce w dniach 9-12 lutego 2016*;

RMO_6 – *Sexual and reproductive health rights and the implication of conscientious objection*, European Parliament's Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, European Union, 2018;

RMO_7 – *Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015*, Department of Economic and Social Affairs Population Division, United Nations.

4) artykuły dotyczące dostępu do antykoncepcji w Polsce, publikowane na portalach internetowych dzienników i tygodników społeczno-politycznych:

— „Gazeta Wyborcza”:

GW_1 – A. Pozchrzęst-Motyczyńska, *Ginekolodzy spiralę zakładają prywatnie i wyludzają pieniądze od pacjentek*, 2015;

GW_2 – Sz. Bujalski, A. Urazińska, *Poradnia w Łodzi nie wydała recepty na antykoncepcję*, 2018;

GW_3 – A. Karwowska, *Polki z najgorszym dostępem do antykoncepcji w Europie*, 2019;

— „Rzeczpospolita” – RZ – A. Kazmierczuk, *Nowy minister zdrowia podpisał Deklarację Wiary*, 2018;

— „Gazeta Prawna” – GP – M. Raczkowska, *Wkładka antykoncepcyjna należy się kobiecie na koszt NFZ*, 2016;

— „Polityka” – P – A. Szczerbiak, *Lekarze sumienia*, 2018;

- „Newsweek Polska” – N – M. Świąchowski, *Apteki pro-life*, 2017;
- portal OKO.press:
 - OKO_1 – M. Chrzczonowicz, *Radziwiłł wycofa pigułki „dzień po”*, 2016;
 - OKO_2 – M. Chrzczonowicz, *Bodnar o wprowadzeniu recept na pigułkę ellaOne*, 2017;
 - OKO_3 – M. Chrzczonowicz, *Klauzula sumienia dla farmaceutów*, 2018;
 - OKO_4 – M. Chrzczonowicz, *Rok temu PIS ograniczył dostęp do antykoncepcji*, 2018;
 - OKO_5 – M. Prończuk, *Rada Europy: władze mają obowiązek przestrzegać praw reprodukcyjnych kobiet*, 2017;
 - OKO_6 – P. Pacewicz, *Sumienie Radziwiłła*;
- „Krytyka Polityczna”:
 - KP_1 – M. Nowakowska, *Pigułki wypisuje mi weterynarz*, 2013;
 - KP_2 – A. Diduszko-Zyglewska, *Jak nie dostałam pigułki „po”* 2014 – KP_2;
- „Na Temat” – NT – M. Marchwicki, *Płacę i nie mogę wymagać*, 2017.

BIBLIOGRAFIA

- 15-lecie Pekińskiej Platformy Działania.** 2010. Warszawa: Departament ds. Kobiet, Rodziny i Przeciwdziałania Dyskryminacji Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- Bassa Bożena.** 2012. „Prawa reprodukcyjne i seksualne jako «nowe prawa» człowieka”. *Studia nad Rodziną* 16/1–2(30–31): 363–377.
- Bednarowska Zofia.** 2015. „Desk research – wykorzystanie potencjału danych zastanych w prowadzeniu badań marketingowych i społecznych”. *Marketing i Rynek* 7: 18–26.
- Bieńko Mariola, Zbigniew Izdebski, Krzysztof Wąż.** 2016. *Edukacja seksualna w polskiej szkole: perspektywa uczniów i dyrektorów*. Warszawa: Difin.
- Cieślukowska Dominika, Natalia Sarata.** 2012. *Dyskryminacja wielokrotna – historia, teorie, przegląd badań*. Warszawa: Fundacja Fundusz Współpracy. https://rownosc.info/media/uploads/dyskryminacja_wielokrotna.pdf [dostęp: 10.11.2018].
- Crenshaw Kimberle.** 1989. “Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”. *University of Chicago Legal Forum* 1(8): 139–167.
- Czerwińska-Osiptak Agnieszka, Anna Michalik, Jolanta Olszewska.** 2013. „Repetitorium z antykoncepcji”. *Miscellanea Anthropologica et Sociologica* 14(2): 195–204.
- Dahrendorf Ralf.** 2005. O pojęciu szans życiowych. W: *Socjologia. Lektury*, P. Sztompka, M. Kucia (red.), 427–437. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Dec-Pietrowska Joanna, Alicja Długolecka, Emilia Paprzycka, Agnieszka Walendzik-Ostrowska, Katarzyna Waszyńska.** 2016. *Gender w edukacji seksualnej*. W: *Gender w podręcznikach, projekt badawczy, raport T. 1.*, I. Chmura-Rutkowska, M. Duda, M. Mazurek, A. Sołtyś-Luczak (red.), 242–257. Warszawa: Fundacja Feminoteka.

- Dec-Pietrowska Joanna, Emilia Paprzycka.** 2016. Wychowanie do życia w rodzinie – raport przedmiotowy. W: *Gender w podręcznikach: projekt badawczy, raport T. 3. Raporty przedmiotowe i rekomendacje*, I. Chmura-Rutkowska, M. Duda, M. Mazurek, A. Sołtysiak-Łuczak (red.), 127–173. Warszawa: Fundacja Feminoteka.
- Deklaracja poparcia prawa do sprzeciwu sumienia dla farmaceutów.** 2011. Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich Polski. <http://www.sumienie-farm.pl/> [dostęp: 01.12.2018].
- Desperak Iza.** 2003. „Antykoncepcja, aborcja i... eutanazja. O upolitycznieniu praw reprodukcyjnych w Polsce”. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica* 30: 193–207.
- Dobrowolska Karolina.** 2016. „Prawa reprodukcyjne i seksualne w ONZ i ich doktrynalne uwarunkowania”. *Zeszyty Prawnicze* 16.2: 163–181.
- Goldberg Michelle.** 2011. *Wojny reprodukcyjne. Płeć, władza a przyszłość świata*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Heinen Jacqueline, Stéphane Portet.** 2009. Religia, polityka i równość płci w Polsce. Końcowy raport badawczy podsumowujący projekt „Religion, politics and gender equality”. Fundacja im. Heinricha Bölla. https://pl.boell.org/sites/default/files/downloads/Religa_polityka_i_rownosc_płci_Heinen_Portet.pdf [dostęp: 01.12.2018].
- IBE.** 2015. Opinie i oczekiwania młodych dorosłych (osiemnastoletków) oraz rodziców dzieci w wieku szkolnym wobec edukacji dotyczącej rozwoju psychoseksualnego i seksualności. Raport z badania. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych. <https://men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/07/raport-ibe-ekd.pdf> [dostęp: 01.02.2017].
- Izdebski Zbigniew.** 2012. *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Joffe Carole, Jennifer Reich.** 2015. Introduction. Reproduction and the public interest in private acts. W: *Reproduction and society. Interdisciplinary readings*, C. Joffe, J. Reich (red.), 1–11. New York–London: Routledge.
- Kacpura Krystyna.** 2016. Ufajmy kobietom. Wywiad. *Codziennik Feministyczny*. <http://codziennikfeministyczny.pl/kacpura-ufajmy-kobietom-wywiad/> [dostęp: 22.12.2018].
- Kilińska-Pękacz Agnieszka.** 2015. „Prawo karne wobec dobrowolnej aktywności seksualnej małoletnich”. *Studia z Zakresu Prawa, Administracji i Zarządzania* 7: 81–92.
- Luna Zakiya, Kristin Luker.** 2015. Reproductive justice. W: *Reproduction and society. Interdisciplinary readings*, C. Joffe, J. Reich (eds.), 244–249. New York–London: Routledge.
- Mach Bogdan W.** 2000. Równość i nierówność społeczna. W: *Encyklopedia Socjologii. Tom 3*, W. Kwaśniewicz (red.), 329–334. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- MacKinnon Carol.** 1969. The personal is political. <http://www.carolhanisch.org/CHwritings/PIP.html> [dostęp: 2.10.2018].
- Makowska Marta.** 2013. Desk research. W: *Analiza danych zastanych. Przewodnik dla studentów*, M. Makowska (red.), 80–103. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Oszkinis Bartłomiej.** 2013. „Wolność prokreacyjna – zarys problematyki”. *Prawo i Medycyna* 1–2 (50/51 vol. 15): 160–175.
- Paprzycka Emilia, Joanna Dec-Pietrowska, Medard Lech.** 2019. “The limits of compromise: the range of perspectives on women’s reproductive rights in Poland”. *The European journal of contraception & reproductive health care* 24(2): 117–123.
- Platforma Działania.** 1995. Wybór opracowany przez Społeczny Komitet Organizacji Pozarządowych Pekin 1995. Warszawa.

- Pozdal Michał.** 2014. Materiały prasowe. Ogólnopolski raport. Współczesna seksualność i nowoczesna antykoncepcja Polaków 2014. <https://polki.pl/związki-i-seks/antykoncepcja,co-kobiety-wiedza-o-antykoncepcji-hormonalnej,10410683,artykul.html> [dostęp: 01.12.2018].
- Prawa i zdrowie reprodukcyjne i seksualne.** *Przewodnik*. 1998. Warszawa: Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.
- Robertson John A.** 2003. "Procreative liberty in the era of genomics", *American Journal of Law & Medicine* 29: 439–487.
- Ross Loretta J., Rickie Solinger.** 2017. *Reproductive justice. An introduction*. Oakland, California: University of California Press.
- Różyńska Joanna.** 2016. Rozwój i ochrona praw reprodukcyjnych jako praw człowieka. W: *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska (red.), 801–812. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Skrzypulec-Plinta Violetta, Droszdzol-Cop Agnieszka.** 2012. „Antykoncepcja u młodocianych”. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 5(2): 96–99.
- Solinger Rickie.** 2013. *Reproductive politics. What everyone needs to know*. New York: Oxford University Press.
- Soniewicka Marta.** 2009. „Autonomia prokreacyjna”. *Pressje* 17: 50–66.
- Sperling Daniel.** 2011. "Male and female he created them: Procreative liberty, its conceptual deficiencies and the legal right to access fertility care of males". *International journal of law in context* 7(3): 375–400.
- Stanowisko Komitetu Bioetyki** przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia. 2013. https://koalicyjaateistyczna.org/wp-content/uploads/files/Stanowisko_KB_nr_4-2013.pdf [dostęp: 12.12.2018].
- Strona internetowa Sistersong** Women of color reproductive justice collective. <https://www.sistersong.net/> [dostęp: 15.10.2018].
- Szelewa Dorota.** 2017. Prawa reprodukcyjne w Europie i w Polsce: zakaz, kompromis, czy wybór?. Warszawa: Friedrich-Ebert-Stiftung, Przedstawicielstwo w Polsce wspólnie z Fundacją Międzynarodowe Centrum Badań i Analiz (ICRA). <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/warschau/14405.pdf> [dostęp: 15.01.2019].
- Wejbert-Wasiewicz Ewelina.** 2011. *Aborcja. Między ideologią a doświadczeniem indywidualnym. Monografia zjawiska*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Woynarowska Barbara.** 2015. Zachowania seksualne młodzieży 15-letniej. W: *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*, J. Mazur (red.), 193–199. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Zapędowska-Kling Kaja.** 2017. „Interseksjonalność w polityce społecznej”. *Spoleczeństwo i Ekonomia* 2(8): 20–34.

Krystyna Dzwonkowska-Godula

**THE PHENOMENON OF SOCIAL INEQUALITIES IN THE AREA
OF REPRODUCTIVE RIGHTS IN POLAND – SELECTED ISSUES**

Abstract

The aim of the article is to analyze the phenomenon of social inequality in the realization of reproductive rights in Poland in a chosen dimension: the possibilities of women controlling their own fertility by women. It is based on an analysis of secondary data (legal acts, results of social research, reports, research reports, media coverage etc.). The research question was whether and how such variables as material status, age and place of residence differentiate women's access to modern contraception. The starting point was the assumption of intersectionality – the intersection of individuals' different social features that determine their life chances. The influence of selected variables on women's procreative autonomy and the restrictive nature of reproductive politics in Poland was discussed.

Keywords: social inequality, intersectionality, reproductive politics, reproductive rights, procreative autonomy, contraception