

Nikodem Bernaciak

Instytut Ordo Iuris

 **ORCID:** 0000-0002-4962-3060

Katarzyna Gęsiak

Instytut Ordo Iuris

 **ORCID:** 0000-0001-7210-0180

Gabriela Szewczuk

 **ORCID:** 0000-0002-9900-8349

Damian Tarnacki

Słowa kluczowe: aborcja eugeniczna, zespół Downa, zespół Turnera, wady somatyczne, wady letalne, błędna diagnostyka, medycyna prenatalna, dokumentacja medyczna dotycząca aborcji

Audyt aborcyjnego pozbawiania życia: na jakie nieprawidłowości odpowiada wyrok TK K 1/20?¹

1. Cele opracowania

Społeczne przyzwolenie na aborcję, które upowszechniło się w Polsce przez 37 lat obowiązywania komunistycznej ustawy aborcyjnej² (1956–1993), doprowadziło do trwałego wypaczenia wrażliwości całego pokolenia na ochronę życia poczętego. Liczni lekarze, pielęgniarki oraz inni pracownicy służby zdrowia, a także ogólnie obywatele zostali pozbawieni naturalnej otwartości na podstawowe potrzeby i prawa szczególnej kategorii pacjentów – ludzi już poczętych, lecz jeszcze nie narodzonych. W tym kontekście należy podkreślić, jak dużą rolę w przywróceniu ochrony tej szczególnej kategorii pacjentów mają do odegrania pracownicy służby zdrowia: oprócz wyrażania osobistego sprzeciwu sumienia i odmowy uczestnictwa w procederze uśmiercania własnych pacjentów wszyscy oni mogą również zaangażować się we wspólny wysiłek na rzecz systemowego, ostatecznego odejścia od pozostałości po komunistycznym ustawodawstwie aborcyjnym.

Sama ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży³ (dalej: u.p.r.) nie spełniła wielu pokładanych w niej oczekiwań; najwięcej jednak zastrzeżeń budziła praktyka jej stosowania. Z największym sprzeciwem społecznym, co potwierdzały liczne badania

1 Tekst pierwotnie opublikowany 4 lutego 2021 r. pod tym samym tytułem, dostępny pod adresem https://ordoiuris.pl/sites/default/files/inline-files/Audyt_aborcyjnego_pozbawiania_z%CC%87ycia_w_polskich_szpitalach.pdf, dostęp: 9 stycznia 2023 r. Rozdział odnosi się do danych dostępnych w momencie publikacji pierwotnej wersji.

2 Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 12, poz. 61).

3 Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).

opinii publicznej, spotykała się w szczególności aborcja eugeniczna, wykonywana w Polsce ponad 20-krotnie częściej niż aborcja dokonywana na podstawie kolejnej przesłanki, to jest zagrożenia dla życia lub zdrowia matki. Ustawowy wyjątek eugeniczny charakteryzował się zdumiewającym brakiem precyzji i ogólnikowością – o życiu lub śmierci człowieka decydował wynik badań, który miał „wskazywać na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu”. Podmioty wyposażone przez państwo w kompetencję wykonywania uśmiercających zabiegów aborcyjnych interpretowały wyjątek eugeniczny w bardzo różny sposób – przesłanką do pozbawienia życia dziecka stawały się w praktyce tak odmienne przypadki jak bezmózgowie, rozszczep kręgosłupa, zespół Downa czy zespół Turnera.

Rzeczywistość aborcyjna w Polsce to również rażący brak transparentności. Do niedawna opinia publiczna nie miała żadnej możliwości zaznajomienia się z zestawieniami konkretnych schorzeń, które personel danego szpitala uznał za pozwalające podjąć decyzję o uśmierceniu danego dziecka, a i obecnie dostęp do tych danych jest utrudniany na wiele sposobów. W sprawozdaniach Narodowego Funduszu Zdrowia pozbawienie życia rozwijającego się dziecka ukrywano w jednej grupie z zabiegami medycznymi, co uniemożliwiało identyfikację konkretnych sum pieniężnych, jakie były przeznaczane z budżetu NFZ na aborcję. Z kolei w sprawozdaniach dla Ministerstwa Zdrowia dopiero od 2016 r. zaczęto rozróżniać poszczególne schorzenia stanowiące przesłankę do aborcji eugenicznej, które jednak pozostawały na poziomie rażącej ogólności, budzącym sprzeciw lekarzy i bioetyków.

Sytuacja ta pokazuje, jak pilna była potrzeba ogłoszenia przez Trybunał Konstytucyjny orzeczenia oraz przeprowadzenia swoistego audytu aborcyjnego i weryfikacji dokumentacji medycznej po 1993 r. celem sprawdzenia, jakie konkretnie przyczyny decydowały w tym okresie o uśmierceniu osób podejrzanych o niepełnosprawność w łonach ich matek. Niezwykle ważne jest bowiem nie tylko wskazanie oczywistej niemoralności procedury aborcji eugenicznej czy równie oczywistej niezgodności tej procedury z Konstytucją RP, ale także praktycznej, wynikającej z realnej możliwości jej nadużywania, konieczności usunięcia tej przesłanki dopuszczalności aborcji. Zaznaczyć wypada przy tym, że niniejsze opracowanie celowo koncentruje się na eugenicznej przesłance przerywania ciąży, nie poruszając – z etycznego i prawnego punktu widzenia – kwestii pozbawiania życia nienarodzonych dzieci w uznanych przez ustawodawcę za legalne przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia matki oraz poczęć będących efektem czynów zabronionych (w tym w szczególności gwałtu). Wspomniane wybiórcze przeanalizowanie problematyki wynika z faktu, że tekst powstał jako komentarz do wydanego 22 października 2020 r. wyroku Trybunału

Konstytucyjnego⁴ (dalej: wyrok TK w sprawie K 1/20), który rozpatrywał zgodność z Konstytucją RP wyłącznie przestanki eugenicznej. Okolicznością nie mniej istotną w tym zakresie jest fakt, że podejrzenie choroby lub niepełnosprawności dziecka poczętego przed tym wyrokiem stanowiło najczęstszą przyczynę dokonywania aborcji w Polsce.

2. Nadużycia w zakresie posługiwania się przestanką eugeniczną

Udział aborcji eugenicznych w całkowitej liczbie przerwanych ciąży od lat oscylował wokół 95% (zob. tabela 1). Przykładowo w 2019 r. przeprowadzono 1074 aborcje eugeniczne, 33 aborcje z powodu zagrożenia zdrowia lub życia matki i zaledwie 3 z powodu powstania ciąży w wyniku czynu zabronionego. Wyrok TK w sprawie K 1/20, stwierdzający niezgodność z Konstytucją przestanki dopuszczającej aborcję w przypadku podejrzenia ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, rozwiązał wiele problemów i nadużyć związanych ze stosowaniem tej przestanki.

Tabela 1. Liczba przeprowadzonych aborcji według ogólnych przesłanek ustawowych

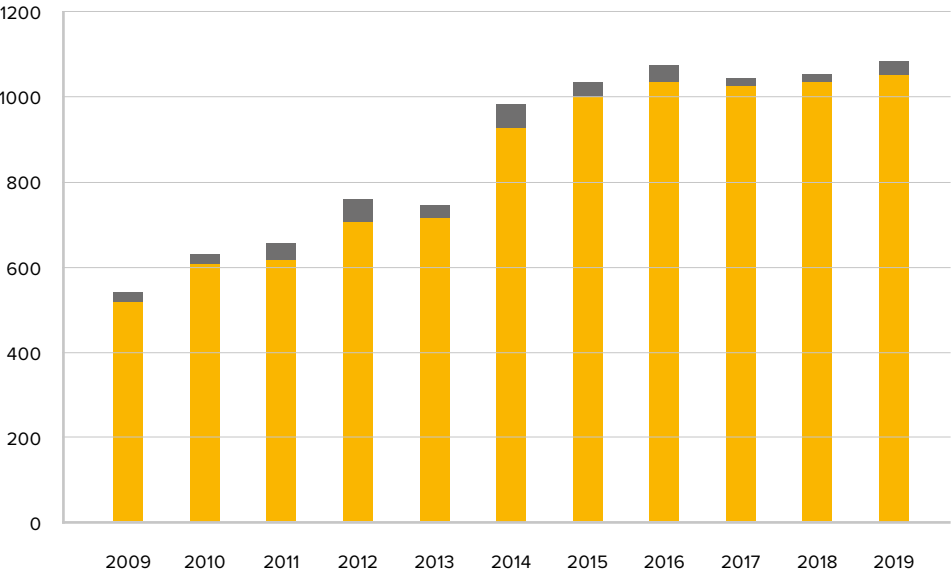
Rok	Przerwania ciąży przeprowadzone zgodnie z u.p.r.				
	Ogółem	1) W przypadku gdy ciąża stanowiła zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej	2) W przypadku gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu	3) W przypadku podejrzenia, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego	Aborcje eugeniczne jako % aborcji ogółem
2009	538	27	510	1	94,80
2010	641	27	614	0	95,79
2011	669	49	620	0	92,68
2012	752	50	701	1	93,22
2013	744	23	718	3	96,51
2014	971	48	921	2	94,85

⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., sygn. K 1/20, dostępny na stronie internetowej <https://ipo.trybunal.gov.pl/ipo/Sprawa?sprawa=15959&dokument=14500&cid=1>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

Rok	Przerwania ciąży przeprowadzone zgodnie z u.p.r.				
2015	1040	43	996	1	95,77
2016	1098	55	1042	1	94,90
2017	1057	22	1035	0	97,92
2018	1076	25	1050	1	97,58
2019	1110	33	1074	3	96,76

Źródło: Opracowano na podstawie sprawozdań Rady Ministrów z lat 2009–2019 z wykonywania oraz o skutkach stosowania ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).

Wykres 1. Liczba przeprowadzonych aborcji według ogólnych przesłanek ustawowych



- 1) W przypadku gdy ciąża stanowiła zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej.
- 2) W przypadku gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu.
- 3) W przypadku podejrzenia, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (liczba aborcji wykonanych na podstawie tej przesłanki jest tak nieznaczna, że nie znalazła odzwierciedlenia na skali wykresu, wynosiła odpowiednio dla poszczególnych lat: 2009 – 1, 2010 – 0, 2011 – 0, 2012 – 1, 2013 – 3, 2014 – 2, 2015 – 1, 2016 – 1, 2017 – 0, 2018 – 1, 2019 – 3).

Źródło: Opracowano na podstawie sprawozdań Rady Ministrów z lat 2009–2019 z wykonywania oraz o skutkach stosowania w latach 2009–2019 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).

Pierwszy problem to fakt, że przesłanka będąca podstawą do przeprowadzenia większości aborcji była nieprecyzyjna i ogólnikowa, a co za tym idzie – pozostawiała przestrzeń do powstawania różnych interpretacji. Samo określenie „ciężkie i nieodwracalne upośledzenie” nie było sformułowaniem w pełni jednoznacznym, gdyż nie precyzowało, jakie wady w rozumieniu ustawy mają być ciężkie, a jakie lekkie, co z kolei stwarzało ryzyko klasyfikowania przez lekarzy jako przesłankę do aborcji lżejszych wad i upośledzeń. Ponadto przesłanka na równi stawiała choroby letalne z tymi, które nie niosą ze sobą ryzyka rychłego zgonu, a mogą być zaledwie przyczyną niepełnosprawności czy też mogą podlegać leczeniu na etapie prenatalnym. Bezpośrednim skutkiem takiego formułowania norm była dehumanizacja nie tylko ludzi cierpiących na śmiertelne choroby, ale też tych upośledzonych i z niepełnosprawnościami – nie zawsze znacznymi. Nie bez znaczenia jest też fakt, że decyzja o przerwaniu ciąży uzależniona była od wyników badań prenatalnych lub innych, bliżej nieokreślonych przesłanek medycznych – niedających jednakże pewności co do występowania poważnych wad u dziecka – a diagnozy mogły okazać się błędne.

Znamienne jest, że granica dopuszczalności aborcji nie została postawiona przy upośledzeniach prowadzących do nieuniknionej i bardzo wczesnej śmierci dziecka – w świetle uchylonych przepisów wada stanowiąca przyczynę jego uśmiercenia przez personel szpitalny w ogóle nie musiała być wadą śmiertelną. Ustawowe rozwiązanie pozostawiające w gestii lekarzy rozstrzyganie o tym, czy dana wada wrodzona jest wadą ciężką, było ryzykowne – szczególnie gdy mowa o wadach somatycznych, mniej schematycznych niż wady genetyczne. Inną jeszcze kwestią jest ryzyko pomyłki lekarskiej, obejmujące także te przypadki uznawane przez lekarzy za śmiertelne. Uchylona przez Trybunał Konstytucyjny przesłanka z art. 4a ust. 1 pkt 2 u.p.r., dopuszczająca przerwanie ciąży z przyczyn eugenicznych, bazowała na „dużym prawdopodobieństwie” wystąpienia u dziecka wady lub choroby. Znaleźć natomiast przypadki pomyłek diagnostycznych w tym zakresie⁵.

Warto zwrócić uwagę na dysonans w zakresie stopnia ciężkości chorób, jakie kwalifikowały się dotychczas do przeprowadzenia aborcji, który zdawał się nie uwzględniać

5 A. Kiszun i in., *What If the Prenatal Diagnosis of a Lethal Anomaly Turns Out to Be Wrong?*, „Pediatrics” 2016, Vol. 137(5), <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4514>; D. Anumba, *Errors in prenatal diagnosis*, „Best practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology” 2013, Vol. 27(4), s. 537–548, <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.04.007>; NBC News, *Prenatal Tests Have High Failure Rate, Triggering Abortions*, <https://www.nbcnews.com/health/womens-health/prenatal-tests-have-high-failure-rate-triggering-abortions-n267301>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.; B. Daley, *When baby is due, genetic counselors seen downplaying false alarms*, <https://www.bostonglobe.com/metro/2016/03/05/when-baby-due-genetic-counselors-seen-downplaying-false-alarms/bBCOKAFVidJASkOIg6DI/story.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.; M. Rumińska, *Lekarze doradzali aborcję. Dziecko urodziło się zdrowe*, <https://parenting.pl/lekarze-doradzali-aborcje-dziecko-urodzilo-sie-zdrowe>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.; K. Majak, *Lekarz zalecił jej aborcję, bo dziecko miało umrzeć. Poszła do prof. Bogdana Chazana. Córka urodziła się zdrowa*, <https://natemat.pl/106231,lekarz-zalecil-jej-aborcje-bo-dziecko-mialo-umrzec-poszla-do-prof-bogdana-chazana-corka-urodzila-sie-zdrowa-wywiad>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

obecnego stanu wiedzy naukowej. Obok wad genetycznych ciężkich, letalnych, takich jak trisomia 13 (zespół Patau) oraz trisomia 18 (zespół Edwardsa), które najczęściej powodują śmierć dziecka jeszcze na prenatalnym etapie rozwoju lub w wieku niemowlęcym, umieszczano zespół Downa oraz zespół Turnera. Dziewczynki cierpiące na tę ostatnią chorobę zwykle wykazują się prawidłowym rozwojem intelektualnym, a występujące u nich charakterystyczne cechy zewnętrzne, wady wrodzone i problemy zdrowotne nie uniemożliwiają funkcjonowania w społeczeństwie⁶. Obok zespołu Downa, stanowiącego najpowszechniejszą przyczynę przerywania ciąży, zespół Turnera był prawdopodobnie najbardziej oczywistym przykładem przesłanki wykorzystywanej do dokonania legalnej aborcji, który nie wpisywał się w ramy „ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu”.

2.1. Zastrzeżenia do formularzy sprawozdawczych Ministerstwa Zdrowia

Istotne w rozważaniu nad transparentnością systemu sprawozdawczości będzie omówienie zastrzeżeń do formularza, za pomocą którego dane statystyczne gromadziło Ministerstwo Zdrowia i zmian, które w nim zaprowadzono w 2018 r. Zgodnie z art. 9 u.p.r. Rada Ministrów zobowiązana jest przedstawić corocznie sprawozdanie z wykonywania ustawy oraz o skutkach jej stosowania – podstawę do sporządzenia tegoż sprawozdania stanowią dane zgromadzone przez Ministerstwo Zdrowia za pomocą formularza MZ-29. Szpitale uzupełniające formularz zobowiązane są od 2016 r. do określenia liczby aborcji dokonanych w oparciu o ustawowe przesłanki, z zaznaczeniem szczegółowej przyczyny zastosowania przesłanki eugenicznej dopuszczającej przerwanie ciąży w przypadku dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu.

Formularz MZ-29 funkcjonujący przed rokiem 2016⁷ był dokumentem bardzo uproszczonym – wyodrębniano w nim jedynie trzy ustawowe przyczyny stanowiące przesłankę do przerywania ciąży: „z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki”, „w wyniku badań prenatalnych” oraz „w wyniku czynu zabronionego”. W ogólnej kategorii „badań prenatalnych” nie tylko nie wyszczególniano konkretnych wad genetycznych i chorób, które stwierdzono w wyniku badania, ale nie było też miejsca na uwzględnienie przesłanek medycznych innych niż badania prenatalne, o których mówi

6 D. Gieruszczak-Białek, *Zespół Turnera: przyczyny, objawy i leczenie*, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/genetyka/151765,zespol-turnera>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

7 Załącznik nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 marca 2012 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2012 (Dz. U. z 2012 r. poz. 446).

art. 4a ust. 1 pkt 2 u.p.r. Tak ogólne potraktowanie przesłanki eugenicznej niwelowало różnice między chorobami o różnym znaczeniu klinicznym i *de facto* niosło ze sobą ryzyko zakwalifikowania jako letalne (to jest śmiertelne) tych przypadków, które w rzeczywistości podlegają leczeniu.

Pierwotna wersja formularza została od tego czasu poszerzona – na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2017 r., zmieniającego rozporządzenie określające wzory formularzy sprawozdawczych na rok 2016⁸, w formularzu MZ-29 w obrębie przesłanki dotyczącej badań prenatalnych po raz pierwszy wydzielono konkretną listę schorzeń z podziałem na wady genetyczne i somatyczne⁹. Nowa klasyfikacja pozwalała więc na pewne rozróżnienie wagi chorób, przy czym dużym atutem formularza było wykazanie dokładnej liczby ciąż przerwanych z powodu wykrycia zespołu Downa oraz zespołu Turnera.

Zmiana ta stanowiła pierwszy krok w dobrą stronę, jednak formularz wciąż jest¹⁰ bardzo ogólnikowy, a wykorzystana w nim lista wad grupuje schorzenia w sposób bardzo dysproporcjonalny. Z jednej strony wyodrębnia się konkretne trisomie chromosomu 21, 13, 18 itd., z drugiej natomiast w przypadku wad somatycznych zastosowano bardzo szerokie kategorie „wady izolowanej” (dotyczącej jednego układu lub organu w badaniu obrazowym) oraz „wad mnogich” (wady dwóch i więcej układów lub organów w badaniu obrazowym). Formularz nie wymaga przy tym precyzowania, jakie konkretnie wady somatyczne uznano za przesłankę do przerwania ciąży. Ponadto pojęcia te nie uwzględniają stopnia ciężkości choroby, co nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, czy wykryte wady w rzeczywistości stanowiły ciężkie upośledzenie. Wady klasyfikowane jako izolowane i mnogie mogą być bardzo zróżnicowane pod względem rokowań – część przypadków może podlegać leczeniu lub nawet wykrywać poza ustawowe przesłanki do przerwania ciąży. Podobny problem występuje w przypadku trisomii, których ciężkość również podlega stopniowaniu – co dotyczy w szczególności zespołu Downa.

8 Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2016 (Dz. U. z 2017 r. poz. 249).

9 Załącznik nr 2 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2016 (Dz. U. z 2017 r. poz. 249). Podobnie w aktualnie obowiązującym w tym zakresie rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 12 stycznia 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 (Dz. U. z 2018 r. poz. 332).

10 W aktualnie dostępnym formularzu MZ-29 za rok 2022 pozostawiono rubryki z wyszczególnieniem wad i chorób, ze względu na które wykonano aborcję.

Tabela 2. Liczba przeprowadzonych aborcji według szczegółowych rozpoznań medycznych

Szczegółowe rozpoznanie medyczne	2019	2018	2017	2016
Aborcje przeprowadzone na podstawie tak zwanej przesłanki eugenicznej	1074	1050	1035	1042
Trisomia 21 bez współistniejących wad somatycznych	271	245	255	221
Jako odsetek aborcji eugenicznych	25,23%	23,33%	24,64%	21,21%
Trisomia 21 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	164	130	104	167
Jako odsetek aborcji eugenicznych	15,27%	12,38%	10,05%	16,03%
Trisomia 13 lub trisomia 18 bez współistniejących wad somatycznych	60	68	76	49
Jako odsetek aborcji eugenicznych	5,59%	6,48%	7,34%	4,70%
Trisomia 13 lub trisomia 18 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	88	74	85	69
Jako odsetek aborcji eugenicznych	8,19%	7,05%	8,21%	6,62%
Inne trisomie i częściowe trisomie autosomów bez współistniejących wad somatycznych	5	4	10	24
Inne trisomie i częściowe trisomie autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	7	13	12	6
Monosomie i delecje autosomów bez współistniejących wad somatycznych	1	1	3	4
Monosomie i delecje autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	14	4	4	5
Zrównoważone translokacje bez współistniejących wad somatycznych	0	5	2	0
Zrównoważone translokacje ze współistniejącymi wadami somatycznymi	0	6	0	2
Zespół Turnera ze współistniejącymi wadami somatycznymi	13	22	15	18
Jako odsetek aborcji eugenicznych	1,21%	2,10%	1,45%	1,73%
Choroby warunkowane monogenowo bez współistniejących wad somatycznych	7	1	1	7
Choroby warunkowane monogenowo ze współistniejącymi wadami somatycznymi	8	7	19	3
Zespoły genetyczne z obrzękiem płodu	21	21	17	18
Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim bez współistniejących wad somatycznych	2	5	6	1

Szczegółowe rozpoznanie medyczne	2019	2018	2017	2016
Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	8	2	4	2
Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim bez współistniejących wad somatycznych	8	4	2	1
Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	9	5	5	1
Inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej bez współistniejących wad somatycznych	17	7	21	3
Inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej ze współistniejącymi wadami somatycznymi	15	29	17	38
Wada izolowana (dotycząca jednego układu lub organu w badaniu obrazowym)	156	188	181	176
Jako odsetek aborcji eugenicznych	14,53%	17,90%	17,49%	16,89%
Wady mnogie (wady dwóch i więcej układów lub organów w badaniu obrazowym)	200	209	196	227
Jako odsetek aborcji eugenicznych	18,62%	19,90%	18,94%	21,79%

Źródło: Opracowano na podstawie sprawozdań Rady Ministrów z lat 2016–2019 z wykonywania oraz o skutkach stosowania ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).

2.2. Szczegółowe przesłanki do dokonania aborcji eugenicznej w latach 2016–2019

Od roku 2016, to jest od momentu uzupełnienia sprawozdań Ministerstwa Zdrowia o szczegółowe przesłanki medyczne, na podstawie których podejmowano decyzję o terminacji ciąży, zespół Downa stanowił przyczynę przeciętnie 36% wszystkich dokonywanych rocznie aborcji. Jak powszechnie wiadomo, o ile nie doszło do poronienia na wczesnym etapie ciąży, nie jest to wada letalna i uniemożliwiająca funkcjonowanie w społeczeństwie¹¹, natomiast zespół wad wrodzonych, którym objawia się trisomia 21, składa się w zdecydowanej większości z wad somatycznych małych i niewpływających na jakość życia, tak zwanych cech dysmorficznych¹².

Po zespole Downa najczęściej występującymi aberracjami chromosomowymi są trisomia 13, skutkująca powstaniem zespołu Patau, oraz trisomia 18, to jest zespół

11 L. Sadowska i in., *Diagnostyka i terapia dzieci z zespołem Downa w świetle badań własnych i przeglądu literatury przedmiotu*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2009, nr 1, s. 8–30.

12 L. Korniszewski, *Dziecko z zespołem wad wrodzonych. Diagnostyka dysmorfologiczna*, wyd. 2, Warszawa 2005, s. 30.

Edwarda – wady te stanowiły łącznie przyczynę 13,5% aborcji dokonanych z powodu podejrzenia upośledzenia płodu lub wystąpienia nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (w tym 6% bez współistniejących wad somatycznych i 7,5% ze współistniejącymi wadami). Obie trisomie są wadami letalnymi, jednak jak pokazują przypadki dzieci, które urodziły się mimo wykrycia wady w fazie prenatalnej, ich wygląd nie odbiega znacznie od wyglądu zdrowego dziecka. Co więcej, część urodzonych dzieci z trisomią 18 żyje dłużej niż tydzień, a w niektórych przypadkach nawet dłużej niż rok¹³. Warto zauważyć, że w obydwu przypadkach szacuje się około 5-procentowe występowanie mozaikowości trisomii, co oznacza, że obecność aberracji chromosomowej może ograniczać się nawet do kilkunastu procent komórek oraz skutkować fenotypem mieszczącym się w normie i brakiem cech dysmorficznych¹⁴.

Drugą największą grupą rozpoznań medycznych będących powodem dokonywania aborcji z tytułu przesłanki eugenicznej, były wady somatyczne, z podziałem na wady izolowane – dotyczące jednego układu lub organu w badaniu obrazowym, stanowiące przyczynę prawie 17% aborcji eugenicznych – oraz wady mnogie, czyli wady dwóch lub więcej układów lub organów w badaniu obrazowym, stanowiące przyczynę prawie 20% aborcji eugenicznych. Jak zostało wspomniane wyżej, ze względu na wadliwe skonstruowanie formularza stanowiącego podstawę rzeczonych sprawozdań MZ nie jest możliwe jednoznaczne wyznaczenie odsetka, jaki wśród przesłanek do aborcji stanowiły wady letalne, a jaka ich część mogłaby podlegać leczeniu. To uproszczenie było jednym z najbardziej rażących nadużyć dotychczasowego systemu sprawozdawczości w zakresie dopuszczalności aborcji. W kategorii wad somatycznych mieściły się bowiem wielokrotnie schorzenia, które przestają być letalne, o ile w odpowiednim momencie podjęta zostanie interwencja medyczna – zaraz po urodzeniu lub w niektórych przypadkach jeszcze na etapie prenatalnym. Za przykład wad wrodzonych, które – również w toczącej się obecnie debacie publicznej – przedstawia się fałszywie nie tylko jako śmiertelne, ale także makabryczne, można podać rozszczep kręgosłupa, wodogłowie czy wrodzone wady powłok brzusznych. W przypadku wady *spina bifida* u noworodków nie obserwuje się wcale oznak cierpienia i problemów ze snem¹⁵, natomiast zdecydowana większość urodzonych dzieci zdolna jest do samodzielnego, poprawnego funkcjonowania, a w przypadku zastosowania odpowiedniego leczenia

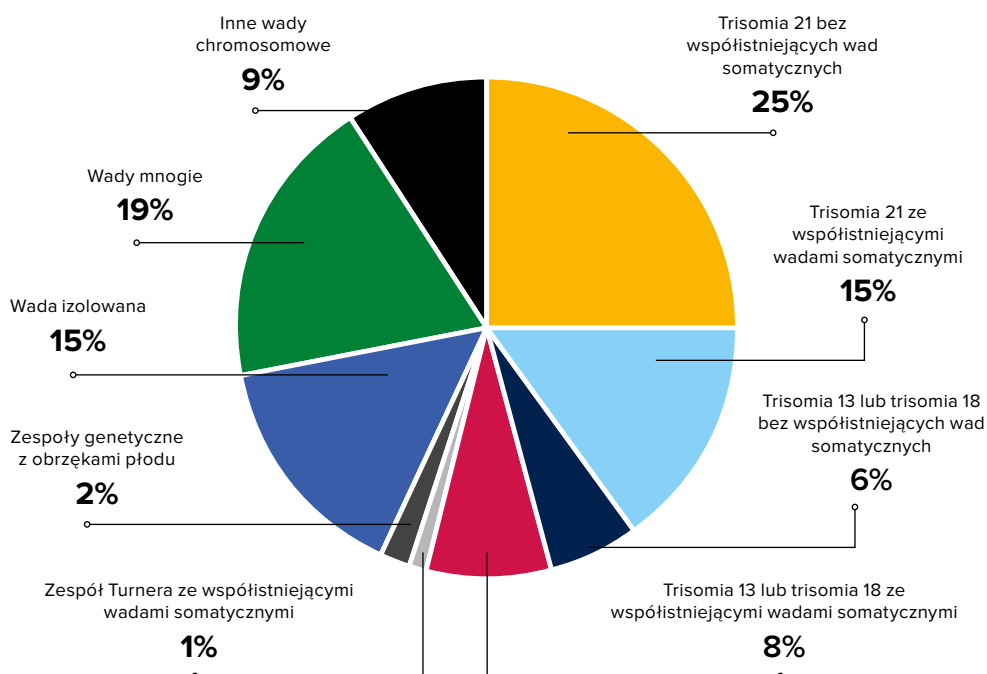
13 A. Cereda, J.C. Carey, *The trisomy 18 syndrome*, „Orphanet Journal of Rare Diseases” 2012, Vol. 7, No. 1, <https://doi.org/10.1186/1750-1172-7-81>.

14 C.P. Chen i in., *Prenatal diagnosis of low-level mosaicism for trisomy 13 at amniocentesis associated with a favorable outcome*, „Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology” 2017, Vol. 56(6), <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.10.025>, s. 840–842; A. Cereda, J.C. Carey, dz. cyt.; R.E. Magenis, F. Hecht, S. Milham Jr., *Trisomy 13 (D1) syndrome: studies on parental age, sex ratio, and survival*, „The Journal of Pediatrics” 1968, Vol. 73, [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(68\)80072-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(68)80072-1), s. 222–228.

15 Bezsenność u noworodka w przypadku zapewnienia sprzyjających warunków do snu wskazywałaby na silny ból, w przeciwieństwie do prawidłowego snu.

u pacjentów obserwuje się długoletnią przeżywalność¹⁶. Podobnie jest w przypadku wodogłowa, które można operować chirurgicznie już na etapie prenatalnym, znacznie zwiększając przeżywalność i polepszając rokowania pacjentów¹⁷. Również śmiertelność noworodków z wytrzewieniem wrodzonym, stanowiącym zwykle wadę izolowaną, w przodujących ośrodkach chirurgii dziecięcej nie przekracza 10%¹⁸.

Wykres 2. Aborcje przeprowadzone w 2019 r. z powodu dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu według szczegółowych rozpoznań medycznych.



Źródło: Opracowano na podstawie sprawozdania Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2019 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).

16 T.H. Rob de Jong, *Deliberate termination of life of newborns with spina bifida, a critical reappraisal*, „Child's Nervous System” 2008, Vol. 24(1), s. 13–28, <https://doi.org/10.1007/s00381-007-0478-3>; P. Oakeshott i in., *Expectation of life and unexpected death in open spina bifida: a 40-year complete, non-selective, longitudinal cohort study*, „Developmental Medicine & Child Neurology” 2009, Vol. 52(8), s. 749–753, <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03543.x>.

17 K. Szaflik i in., *Terapia płodu – ocena zastosowania shuntu komorowo-owodniowego w leczeniu wodogłowa*, „Ginekologia Polska” 2014, t. 85, nr 12, s. 916–922.

18 H. Buthak-Guz i in., *Wrodzone wady powłok brzusznych a ultrasonograficzna diagnostyka prenatalna*, „Nowa Pediatria” 2000, nr 3, s. 5–7.

Trzeba też zaznaczyć, że wady letalne, na które powołuje się liczna grupa przeciwników pełnej ochrony życia dzieci nienarodzonych, najczęściej nie tylko stanowią niezwykle rzadkie wady wrodzone, takie jak holoprozencefalia czy wady cewy nerwowej, których występowanie szacuje się na znacznie poniżej 0,01%, ale też są przedstawiane za pomocą grafik obrazujących skrajnie ciężkie przypadki przytaczanych schorzeń. Tymczasem jednymi z najczęstszych wad wrodzonych są wady rozwojowe serca oraz układu moczowo-płciowego. Powszechne jest też przekonanie, jakoby wady rozwojowe wrodzone stanowiły jedyną przyczynę zgonów w okresie okołoporodowym, gdy tymczasem odpowiadają one za około 24% zgonów wewnątrzmacicznych i około 30% zgonów urodzonych noworodków¹⁹.

2.3. Życie wartością nadrzędną

Większość ciąż, w których występuje poważne uszkodzenie płodu, samoistnie obumiera w pierwszych tygodniach od poczęcia. W swoim wyroku z 22 października 2020 r. Trybunał Konstytucyjny odniósł się do tych sytuacji, w których pomimo poważnych nieprawidłowości rozwojowych dziecka ciąża trwa dłużej. W takich przypadkach, jak wskazał Trybunał, „[j]akkolwiek duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu może wiązać się także z zagrożeniem dla życia lub zdrowia matki, to jednak art. 4a ust. 1 pkt 2 u.p.r. nie odnosi się do takiej sytuacji, tym bardziej że okoliczność takiej kolizji została wskazana jako odrębna przesłanka dopuszczalności przerwania ciąży w art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r. Oznacza to, że jeżeli zaistniałyby jednocześnie okoliczności określone w art. 4a ust. 1 pkt 1 oraz pkt 2 u.p.r., to zastosowanie powinien znaleźć art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r.”²⁰. Wspomniany art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r. umożliwia ratowanie przede wszystkim życia matki²¹. Stanowisko, zgodnie z którym priorytet przyznaje się działaniom mającym na celu ocalenie życia matki, nie powinno budzić zastrzeżeń natury etycznej – przez większą część okresu ciąży możliwość przeżycia dziecka w pełni zależy od egzystencji matki.

19 M. Troszyński i in., *Przyczyny martwych urodzeń i zgonów noworodków w Polsce w latach 2007–2009*, „Ginekologia Polska” 2011, t. 82, nr 8, s. 598–601.

20 Zob. uzasadnienie wyroku TK w sprawie K 1/20, Nb. 165.

21 Przesłanka przerywania ciąży ze względu na zagrożenie zdrowia matki budzi zastrzeżenia z punktu widzenia etyki normatywnej. Nie ulega wątpliwości, że podstawowym dobrem każdego człowieka jest jego życie i jako takie znajduje się na pierwszym miejscu w hierarchii dóbr. Zdrowie nie jest dobrem równorzędnym, lecz niższym. Postępowanie etyczne zezwala na działania ratujące życie matki, choćby w ich efekcie poniosło śmierć jej nienarodzone dziecko (zgodnie z zasadą podwójnego skutku), jednakże etyka normatywna nie dopuszcza takiego procedowania, w którym uśmiercenie dziecka stanowi środek mający na celu poprawę zdrowia matki. Ponadto na istotne wątpliwości dotyczące niedookreślonego pojęcia „zagrożenia dla zdrowia kobiety ciężarnej” w 2008 r. zwrócił uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich dr Janusz Kochanowski w projekcie wniosku o zbadanie zgodności z Konstytucją tego warunku dopuszczalności przerwania ciąży (Projekt wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich, RPO-556383-II/05/PS, <https://bip.brpo.gov.pl/pliki/1202901674.pdf>, dostęp: 26 października 2022 r.); wniosek ostatecznie nie trafił do Trybunału.

Wreszcie, istnieją wady letalne niezagrożające życiu i zdrowiu kobiety, z którymi dzieci dożywają zaawansowanej ciąży lub nawet końca ciąży. Chociaż radykalne strony dyskursu społecznego próbują ekstrapolować tę sytuację zagrożenia dla życia i zdrowia kobiety na wszelkie ciąży, w których występują zaburzenia genetyczne lub inne wady rozwojowe (a nawet na ciąży całkowicie zdrowe), to biorąc pod uwagę wskazany powyżej odsetek wad letalnych wśród wszystkich ciąży, możemy szacować, że tego typu przypadki są jednostkowe, a ich zbadanie i odpowiednie zaadresowanie związanych z nimi problemów jest możliwe w sposób bezpośredni.

Dyskusja o tego typu wadach letalnych dotyczy z jednej strony cierpienia dzieci po urodzeniu – tu z rozwiązaniem przychodzą zdobycze medycyny paliatywnej – a z drugiej cierpienie psychiczne kobiet, które miałyby ich doświadczać ze względu na deformacje i generalny zły stan, a następnie szybki zgon dziecka. Pozostaje więc pytanie o wpływ traumy na zdrowie psychiczne kobiety – czy jest ona większa w wyżej opisanej sytuacji, czy w sytuacji dokonania aborcji. Odpowiedź jest z pewnością jednostkowa, jednak warto zauważyć, że badania wskazują, iż doświadczenie aborcji znacznie zwiększa ryzyko zaburzeń psychicznych i pojawienia się myśli samobójczych względem doświadczenia porodu²², a wśród kobiet, które dokonały aborcji, obserwuje się wręcz wyższą śmiertelność²³.

2.4. Ryzyko błędu diagnostycznego

Nie wolno zapominać, że badania prenatalne, stanowiące podstawę do podjęcia decyzji o dokonaniu aborcji, obarczone są dużym ryzykiem błędu i wcale nie dają pewności co do trafności diagnozy. Błędne diagnozy często przyczyniają się do terminacji ciąży, w których w rzeczywistości dziecko ma wysokie szanse na przeżycie, lub wręcz do uśmiercania dzieci w pełni zdrowych. Częstym błędem diagnostycznym jest nietrafne stwierdzenie przez lekarza ciąży pozamacicznej (*ectopic pregnancy*) i przedwczesne przepisanie metotreksatu – chemicznego środka mającego zakończyć ciążę. W sytuacji gdy płód rozwija się prawidłowo, takie działanie powoduje zaburzenia rozwoju dziecka i w efekcie prowadzi do upośledzenia lub poronienia, podczas gdy początkowo było ono zdrowe²⁴. Zdarza się, że matka przy kolejnym badaniu ultrasonograficznym dowiadyuje się, że wbrew uprzednim zapewnieniom o ciąży pozamacicznej zarodek

22 J.R. Cogle, D.C. Reardon, P.K. Coleman, *Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort*, „Medical Science Monitor” 2003, Vol. 9(4), s. 157–164; D.M. Fergusson, L.J. Horwood, E.M. Ridder, *Abortion in young women and subsequent mental health*, „Child Psychology and Psychiatry” 2006, Vol. 47(1), s. 16–24, <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x>.

23 D.C. Reardon, P.K. Coleman, *Short and long term mortality rates associated with first pregnancy outcome: Population register based study for Denmark 1980–2004*, „Medical Science Monitor” 2012, Vol. 18(9), s. 71–76, <https://doi.org/10.12659/2FMSM.883338>.

24 L. Nurmohamed i in., *Outcome following high-dose methotrexate in pregnancies misdiagnosed as ectopic*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 2011, Vol. 205(6), s. 533.e1–533.e3, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.07.002>.

rozwija się w macicy. Jest już jednak za późno, by ratować dziecko²⁵. Nierzadko zdarzają się również błędne diagnozy o poronieniu, na podstawie których lekarze kierują kobiety ciężarne na zabieg łyżeczkowania macicy, bez dalszej weryfikacji ich stanu. Za przykład może posłużyć przypadek kobiety, która została skierowana na zabieg łyżeczkowania jamy macicy w celu usunięcia pozostałości poronienia, i tylko dzięki dodatkowemu badaniu USG dowiedziała się, że w jej macicy dziecko wciąż się rozwija²⁶. Zdarza się wręcz, że w takich sytuacjach błąd powielany jest przez kilku lekarzy – pacjentkę bez wahania posyła się na zabieg rozszerzenia kanału szyjki i wyłyżeczkowania jamy macicy (*dilation and curettage*) bez weryfikacji wyników badań przekazanych przez poprzednika i sprawdzenia, czy wszystkie wymagane badania zostały faktycznie wykonane²⁷. Diagnozy oparte na badaniach prenatalnych okazują się czasem błędne nawet w przypadkach takich poważnych schorzeń jak rozedma płuc, wielowadzie czy zespół Edwardsa. Niektórzy rodzice dowiadują się o błędzie diagnostycznym i braku wad genetycznych już po dokonaniu aborcji na podstawie wyników bardziej szczegółowych badań, które przekazano im z dużym opóźnieniem²⁸. W innych przypadkach – gdy rodzice decydują się na zachowanie dziecka przy życiu pomimo wykrycia wad letalnych – po porodzie okazuje się, że dziecko jest w pełni zdrowe i rozwija się prawidłowo mimo negatywnych prognoz²⁹, lub też jego wady okazują się operowalne i uleczalne, wbrew stwierdzeniom lekarzy w początkowych stadiach ciąży³⁰. Z powyższego wynika, że „duże prawdopodobieństwo” ciężkiej lub śmiertelnej choroby stwierdzone na podstawie badań prenatalnych zgodnie z u.p.r. może okazać się wyrokiem śmierci nawet dla zupełnie zdrowego dziecka.

3. Akcja Ordo Iuris i brak transparentności systemowej

W latach 2017–2019 Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris prowadził akcję polegającą na wysyłaniu do polskich szpitali wniosków o udostępnienie informacji publicznej (na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej³¹) dotyczącej liczby i przyczyn dokonania aborcji przeprowadzonych od 1993 r.

25 C. Goldberg, *Tragically Wrong: When Good Early Pregnancies Are Misdiagnosed as Bad*, www.wbur.org/commonhealth/2013/10/11/ectopic-pregnancy-misdiagnosed-methotrexate, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

26 E. Kain, *Still Pregnant: My Miscarriage Was Misdiagnosed*, www.health.com/condition/pregnancy/still-pregnant-my-miscarriage-was-misdiagnosed, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

27 Sonographer, Mr C; Radiologist, Dr B; District Health Board, *A Report by the Health and Disability Commissioner, Case 15HDC00881*, www.hdc.org.nz/media/4448/15hdc00881.pdf, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

28 The Christian Institute, *Healthy baby aborted after misdiagnosis*, <https://www.christian.org.uk/news/healthy-baby-aborted-after-misdiagnosis>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

29 A. Salawa, „Wielu specjalistów namawiało mnie na zakończenie ciąży...”, <https://www.pl.aletia.org/2017/08/25/te-dzieci-urodzily-sie-wbrew-smiertelnej-diagnozie-lekarzy>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

30 A. Hein, *Parents of baby misdiagnosed with terminal brain condition in utero left fate 'in God's hands'*, <https://www.foxnews.com/health/parents-of-baby-misdiagnosed-with-terminal-brain-condition-in-utero-left-fate-in-gods-hands>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

31 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198).

Nie wszystkie szpitale udzieliły odpowiedzi, a spośród tych, które to uczyniły, nie wszystkie odpowiedziały wyczerpująco na pytania postawione we wnioskach. Niektóre z odpowiedzi były mniej, a inne bardziej szczegółowe niż pozostałe. Przedstawione w dalszej części rozdziału liczby mają zatem charakter szacunkowy i fragmentaryczny. Niemniej z uwagi na brak innych, w tym w szczególności naukowych, danych na ten temat warto przywołać wyniki zebrane w ramach audytu Instytutu Ordo Iuris, które mogą posłużyć do dalszych badań omawianego zagadnienia.

Wnioski zostały wysłane do 431 szpitali w całej Polsce, w tym 367 szpitali o I i II stopniu referencyjności oraz 64 szpitali o III stopniu referencyjności. W tym miejscu należy zaznaczyć, że w marcu 2017 r. zmianie uległa podstawa prawna dotycząca podziału szpitali ze względu na stopień referencyjności. Uchylono bowiem funkcjonujące od 1998 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych³² (dalej: rozporządzenie MZiOŚ z dnia 22 grudnia 1998 r.), a obecnie kwestie podziału szpitali w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej regulują przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³³ (dalej: u.ś.o.z.). Biorąc jednak pod uwagę, że pytania skierowane do szpitali obejmują głównie okres obowiązywania uchylonego rozporządzenia MZ, w dalszej części opracowania posłużono się funkcjonującym w nim podziałem szpitali.

Podział szpitali pod względem stopnia referencyjności wprowadzony do polskiego porządku prawnego rozporządzeniem MZiOŚ z dnia 22 grudnia 1998 r. wyglądał następująco:

- pierwszy poziom referencyjny obejmował szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach medycznych, w tym z zakresu położnictwa i ginekologii;
- drugi obejmował szpitale wojewódzkie udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej w czterech z jedenastu specjalności, wśród których znajdowała się między innymi patologia ciąży i noworodka;

32 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz. U. Nr 164, poz. 1193).

33 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135).

- trzeci obejmował szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostki badawczo-rozwojowe podległe Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej.

Pośród 367 szpitali o I i II stopniu referencyjności tylko 74 (20,16%) przyznały, że w latach 1993–2017 dokonywano w nich zabiegów przerwania ciąży na podstawie art. 4a u.p.r. Łącznie w 74 szpitalach dokonano 956 aborcji (średnia: 13,46 aborcji na szpital, mediana: 5 aborcji). Ponad 50% wszystkich aborcji zostało przeprowadzonych w zaledwie 7 szpitalach (liczba aborcji w poszczególnych szpitalach: 143, 111, 83, 64, 49, 26 i 24).

Pośród 64 szpitali o III stopniu referencyjności 27 (42,19%) przyznało, że w latach 1993–2017 dokonywano w nich zabiegów przerwania ciąży. Łącznie w 27 szpitalach dokonano 4951 aborcji (średnia: 183,37 aborcji na szpital, mediana: 79 aborcji). Ponad 50% wszystkich aborcji zostało przeprowadzonych w zaledwie 3 ośrodkach (liczba aborcji w poszczególnych szpitalach: 1404, 912 i 575).

Podjęte przez Instytut działania, oprócz dostarczenia poglądowych danych na temat praktyki aborcyjnej w Polsce, przede wszystkim uwidoczniły brak jawności, jakim cechuje się system sprawozdawczości w tym zakresie, oraz wykazały potrzebę przeprowadzenia swoistego audytu aborcyjnego – weryfikacji dokumentacji medycznej po 1993 r. celem sprawdzenia, jakie konkretnie przyczyny decydowały w tym okresie o uśmiercaniu osób podejrzanych o niepełnosprawność w łonach ich matek. Znaczna część szpitali uchylała się od udzielania odpowiedzi i podawania szczegółowych informacji, o których była mowa we wniosku, to jest liczby dokonanych aborcji według lat, szczegółowej przyczyny dokonania aborcji oraz wieku matki. W pewnej mierze odpowiedzi szpitali są zrozumiałe – wskazują na problemy wynikające z niesprawności systemowej – jednak w niektórych przypadkach linia argumentacji wskazuje na celowe i bezpodstawne utrudnianie dostępu do informacji publicznej.

3.1. Brak systemu agregacji danych

Jednym z najczęstszych uzasadnień nieprzekazania wnioskowanych informacji, jakie podawały szpitale, jest czasochłonność i kosztowność przedsięwzięcia, jakim byłoby skompletowanie i przeanalizowanie wymaganej dokumentacji. W wielu odpowiedziach znajdziemy więc szczegółowe wyliczenia dotyczące liczby dokumentacji medycznych przechowywanych w szpitalu, godzin niezbędnych do wykonania takiej pracy i dodatkowych pracowników, jakich szpital musiałby w tym celu zatrudnić, zwięźzione wyśokością opłaty, jaką wnioskodawca musi wnieść, aby żądane informacje uzyskać. Co

ciekawe, czas potrzebny na analizę jednego kompletu dokumentów i wysokość stawki za roboczogodzinę podawane przez poszczególne placówki potrafią drastycznie się różnić – od 10 minut do godziny na komplet dokumentów, od 16 zł do ponad 100 zł za godzinę pracy itd. Chociaż niechęć do podjęcia tak wymagającego działania wydaje się zasadna – jak możemy się bowiem dowiedzieć z odpowiedzi, w niektórych szpitalach rzecz sprowadza się do analizy kilkudziesięciu tysięcy kompletów dokumentów medycznych – warto zadać sobie pytanie, dlaczego dokumentacja dotycząca sprawy tak istotnej jest ukryta głęboko w archiwach i dotychczas nieusystematyzowana.

Brak systemu agregującego tego typu dane uniemożliwia dokonywanie rzetelnych analiz i tworzenie polityki zdrowotnej opartej na dowodach. Audyt przeprowadzony przez Instytut Ordo Iuris wskazał na potrzebę stworzenia lepszego i transparentnego dla opinii publicznej i badań naukowych systemu sprawozdań z procedur wykonywanych przez placówki ochrony zdrowia. Szpitale są przecież zobowiązane do corocznego składania do Ministerstwa Zdrowia formularzy MZ-29, w których powinna się znaleźć informacja o liczbie dokonanych w każdym roku aborcji wraz z przesłankami do ich przeprowadzenia. Odpowiedź na wniosek Instytutu nie powinna więc wymagać od personelu szpitala analizy każdej dokumentacji medycznej z osobna, lecz kilkunastu archiwalnych, uzupełnionych i złożonych wcześniej w ministerstwie formularzy MZ-29. Jeżeli szpitale takowych zestawień nie posiadają i nie prowadzą w sposób przejrzysty dokumentacji dotyczącej wykonanych aborcji, jest to kolejny problem systemowy, który należy rozwiązać. Skoro już pozbawia się niektórych obywateli życia, twierdząc, że jest to uzasadnione obowiązującym prawem, to ten proceder powinien być odpowiednio uzasadniony; należy w sposób rzetelny i niekłamany wykazać, że jest absolutnie nieunikniony, i uczynić daną sprawę jak najbardziej przejrzystą.

Niektóre szpitale powoływały się na trudność w zakresie przetworzenia starszej dokumentacji ze względu na jej papierową formę lub brak takiej możliwości – przy czym poszczególne szpitale nie wprowadzały dokumentacji elektronicznej jednocześnie. Zdarzało się również, że szpitale w ogóle nie prowadziły rzeczonyj statystyki lub prowadziły ją dopiero od kilku lat. Co więcej, niektóre twierdziły, że nie są zobowiązane do prowadzenia takich statystyk lub że prawo nie wymaga od nich tego typu sprawozdawczości. Taka argumentacja jest fałszywa, bowiem już sam formularz MZ-29 wskazuje, że „[o]bowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 434 z późn. zm.)”.

Kilka szpitali poinformowało natomiast, że nie mogą podać danych z całego okresu żądanego we wniosku, to jest od roku 1993, ponieważ dokumentacja medyczna przechowywana jest przez 20 lat, począwszy od roku kalendarzowego, w którym

dokonano ostatniego wpisu i następnie niszczona: szpitale powoływały się tutaj na art. 29 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁴ (dalej: u.p.p.). Jednak już art. 29 ust. 1 pkt 1 rzeczonej ustawy obejmuje wyjątkiem dokumentację medyczną „w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon”. Wydaje się co najmniej godne rozważenia pytanie, czy fakt, że w konsekwencji zabiegu przerwania ciąży dochodzi do zgonu pacjenta – dziecka poczętego – na skutek uszkodzenia ciała, nie powinien wpływać na przedłużenie okresu przechowywania dokumentacji medycznej. Odwołując poczętemu dziecku miana pacjenta lub jego zabójstwu przypisując termin „udzielnego świadczenia zdrowotnego” zamiast stwierdzenia zgonu, niechybnie odchodzi się od podmiotowego traktowania człowieka.

3.2. Potrzeba lepszego dostępu do informacji publicznej

Innym, bardzo częstym przypadkiem była odmowa odpowiedzi tłumaczona brakiem obowiązku jej udzielenia – placówki medyczne zaznaczały, że informacje objęte wnioskiem o udostępnienie informacji publicznej nie spełniają kryteriów informacji publicznej. Szpitale argumentowały również, że aby zaistniał obowiązek przekazania informacji uznanej przez podmiot leczniczy za informację przetworzoną, wnioskodawca winien wykazać, że w istocie jest ona dla interesu publicznego szczególnie istotna – przy czym jednocześnie dodawano, że żądana informacja szczególnego znaczenia dla interesu publicznego nie posiada. W niektórych odpowiedziach zestawiano znaczenie dobra publicznego ze znaczeniem dobra społecznego lub – dla odmiany – dobra prywatnego. Przykładowo w piśmie z Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Profesora Witolda Orłowskiego w Warszawie czytamy, że „informacje wskazane we wniosku nie dotyczą interesu publicznego, lecz interesu społecznego”³⁵. Warto wspomnieć, że chociaż czasem interes społeczny łączony jest z interesem grupowym czy interesem organizacji społecznych reprezentujących grupy, pojęcie to jest często traktowane jako tożsame z pojęciem interesu publicznego. Niezależnie jednak od ich rozróżnienia ochrona życia ludzkiego z pewnością leży w interesie całego społeczeństwa, a przy tym stanowi o wiarygodności państwa, które zgodnie z Konstytucją ma zapewniać ochronę życia każdego obywatela. W innej odpowiedzi – ze Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie – słusznie zauważono, że „zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy, prawo do informacji publicznej podlega ograniczeniu w zakresie i na zasadach określonych w przepisach o ochronie informacji niejawnych

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

35 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Profesora Witolda Orłowskiego, pismo nr D-022Z/157/2018 z dnia 13 kwietnia 2018 r.

oraz o ochronie innych tajemnic ustawowo chronionych”³⁶. Zaznaczono następnie, że diagnozy dotyczące poszczególnych przypadków medycznych lub ich weryfikacji nie są informacją publiczną, a „stwierdzenie przyczyny, dla której ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety ciężarnej, jak również wyniki badań prenatalnych lub opis przesłanek medycznych wskazujących na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu wymagają sięgnięcia do dokumentacji medycznej objętej tajemnicą lekarską”³⁷. Niemniej jednak stanowisko, że statystyki dotyczące liczby dokonanych aborcji i podstaw ich przeprowadzenia stanowią informację publiczną, a także konieczność udostępnienia takich informacji przez szpital w razie potrzeby znajdują potwierdzenie w orzecznictwie. 15 grudnia 2017 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Krakowie wydał wyrok³⁸, w którym rozpatrzył skargę Instytutu Ordo Iuris na decyzję dyrektora szpitala w przedmiocie odmowy udostępnienia informacji publicznej. Decyzja ta została częściowo uchylona. Sąd uznał zasadność 7 z 11 pytań zadanych przez Instytut Ordo Iuris, potwierdzając, że „jeśli zapytanie dotyczy w istocie informacji z zakresu statystyki medycznej, to stanowisko organu, że nie jest to informacja publiczna, nie może być zaakceptowane”. Instytut miał zatem prawo domagać się informacji: czy w danym szpitalu przeprowadzano aborcje w latach 1993–2016, ile aborcji zostało przeprowadzonych, na podstawie których przesłanek ustawowych to uczyniono, w ilu przypadkach dokonano farmakologicznej indukcji poronienia, ile było przypadków poronień niesamoistnych i samoistnych oraz ile przeprowadzono zabiegów łyżeczkowania (abrazji) macicy.

3.3. Potrzeba większej odpowiedzialności związanej z wydatkowaniem środków publicznych

Zaskakujące natomiast wydaje się odmowne stanowisko niepublicznego szpitala Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o., świadczącego usługi zdrowotne na podstawie umowy z NFZ, lecz twierdzącego, jakoby nie dysponowało majątkiem publicznym ani nie wykonywało publicznych zadań. Czytamy w nim, że „CZT nie może zostać uznany za podmiot kwalifikujący się do grupy wymienionej w art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej”³⁹, ponieważ „w strukturze właścicielskiej CZT Sp. z o.o. nie występuje Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub gospodarczego albo zawodowego”. CZT argumentuje dalej, że „pomimo realizowania świadczeń

36 Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, pismo nr DSO/0707/19/2018 z dnia 16 kwietnia 2018 r.

37 Tamże.

38 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 15 grudnia 2017 r., sygn. II SA/Kr 1206/17.

39 Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy o dostępie publicznym „[o]bowiązane do udostępniania informacji publicznej są władze publiczne oraz inne podmioty wykonujące zadania publiczne, w szczególności: (...) (5) podmioty reprezentujące inne osoby lub jednostki organizacyjne, które wykonują zadania publiczne lub dysponują majątkiem publicznym, oraz osoby prawne, w których Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub samorządu gospodarczego albo zawodowego mają pozycję dominującą w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów” – przyp. red.

w ramach kontraktu z NFZ, nie dysponuje także majątkiem publicznym”, ponieważ „podmiot leczniczy nie dysponuje środkami publicznymi”, ale jedynie „otrzymuje wynagrodzenie za udzielone świadczenia; z tym że płatnikiem nie jest ubezpieczony pacjent tylko NFZ”. „CZT Sp. z o.o. w swojej działalności nie wykonuje zadań publicznych, natomiast świadczy usługi społecznie użyteczne refinansowane w pewnej części przez NFZ. Ramy prawne świadczenia tych usług określa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Samo więc otrzymywanie wynagrodzenia od NFZ za świadczenia na rzecz ubezpieczonych pacjentów nie świadczy jeszcze, że zrealizowane zostało zadanie publiczne”⁴⁰. Stanowisko to jest błędne, na potwierdzenie czego warto przytoczyć fragment uzasadnienia wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z 12 czerwca 2019 r.⁴¹, w którym NSA wskazał, że „nie ulega wątpliwości, że Szpital, który świadczy usługi medyczne na podstawie umowy z NFZ, jest (...) podmiotem zobowiązanym do udostępnienia informacji publicznej, w związku z ową okolicznością, na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 5 u.d.i.p. W sprawie nie jest kwestionowane, że Szpital ma podpisaną z NFZ umowę cywilnoprawną i wykonuje na jego rzecz usługi, za które otrzymuje wynagrodzenie. Skoro określone usługi są świadczone pacjentom, a płatnikiem tychże usług jest NFZ, to słuszne są konstatacje, że w zakresie usług finansowanych przez NFZ działalność spółki prawa handlowego wykonującej usługi medyczne podlega kontroli społecznej polegającej na obowiązku tejże spółki udzielania informacji publicznej”. Decydując się na współpracę z NFZ, niepubliczny podmiot leczniczy jest zatem zobowiązany do prowadzenia statystyk i udostępniania ich w ramach dostępu do informacji publicznej w zakresie, w jakim jego działania są finansowane z publicznego funduszu, na który składają się pieniądze podatników.

3.4. Szpital o III stopniu referencyjności – domyślne miejsce wykonywania aborcji

W kilku przypadkach szpitale stwierdziły wprost, że zabieg przerwania ciąży nie jest w nich wykonywany z uwagi na to, że należą do placówek o I stopniu referencyjności – były to Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ Zgorzelec, Brzeskie Centrum Medyczne Brzeg, Centrum Medyczne w Łańcucie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim oraz Szpitale Tczewskie S.A. Szpitale tłumaczyły, że w ich kompetencji leży sprawowanie opieki nad kobietami w ciąży niepowikłanej i rodzącymi w terminie, natomiast przypadki określone w art. 4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. nie są przez nie obsługiwane. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu przyznaje nawet, że „w przypadku stwierdzenia ciąży uszkodzonej

40 Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o., pismo z dnia 18 kwietnia 2018 r.

41 Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 12 czerwca 2019 r., sygn. I OSK 2594/17, LEX nr 2725990.

pod względem genetycznym (rozpoznanej i potwierdzonej na podstawie badania USG i badań biochemicznych) pacjentka jest kierowana do ośrodka III stopnia referencyjności⁴². Najbardziej precyzyjną informację podały Szpitale Tczewskie S.A.: przekazano w niej, że każda pacjentka, u której charakter ciąży odpowiada przesłankom opisanym w ustawie (o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży), kierowana jest do ośrodka III stopnia referencyjności w Gdańsku w celu dalszej diagnostyki i leczenia. Oznacza to, że aborcja jest powszechnie przez specjalistów uznawana za procedurę na tyle niebezpieczną, że wielu odmawia jej wykonania ze względu na niedostateczne warunki – nawet w, wydawałoby się, wyspecjalizowanych oddziałach.

Jak pokazują podjęte działania, pozyskanie informacji dotyczących przerywania ciąży w oparciu o przepisy u.p.r. bezpośrednio od szpitali jest często niemożliwe, a same szpitale unikają udostępniania danych statystycznych. Z drugiej strony zebrane odpowiedzi wskazują na prawdopodobieństwo nadużyć sprawozdawczych i finansowych oraz budzą wątpliwości co do rzetelności zgromadzonych danych. Część szpitali nie prowadzi w sposób przejrzysty dokumentacji dotyczącej wykonanych aborcji lub nawet nie prowadzi żadnej sprawozdawczości w tym zakresie. Jest to szczególnie naganne w tych sytuacjach, w których takie działanie stanowi refundowaną z pieniędzy publicznych część działalności podmiotów leczniczych. Wobec wielu nieścisłości, potencjalnych nadużyć i ogólnego braku przejrzystości systemu konieczne wydaje się przeprowadzenie swoistego audytu celem kompleksowej weryfikacji dokumentacji statystycznej w zakresie wykonywania zabiegów przerywania ciąży.

4. Rozbieżności w danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia

Dokumentacja dotycząca przeprowadzonych aborcji jest prowadzona przez dwa organy: Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. System zbierania danych charakteryzuje się przede wszystkim brakiem transparentności i pozostawianiem pola do niewykrywalnych nadużyć. Z zasady sprawozdawczość obydwu podmiotów powinna być spójna, jednak – jak się okazuje – dane gromadzone przez NFZ dotyczące liczby zabiegów przerywania ciąży znacznie się różnią od danych publikowanych w corocznych sprawozdaniach Ministerstwa Zdrowia. Przykładowo w roku 2016 według NFZ dokonano 1602 „indukcje poronienia”, natomiast z danych rządowych

42 Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu, Dział Organizacji i Nadzoru, pismo nr WS – SP ZOZ/DON/pft/2018/301 z dnia 26 kwietnia 2018 r.

wynika, że wykonano 1098 „zabiegów przerwania ciąży”. Tak znaczące różnice rodzą pytanie o przyczynę niespójności i podają w wątpliwość wiarygodność danych.

4.1. Zabieg przerwania ciąży a indukcja poronienia

Rozbieżności pomiędzy dokumentacją Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia związane są z różnicami w nazewnictwie i systemach klasyfikacji, jakimi posługują się obie instytucje. W sprawozdaniach Ministerstwa Zdrowia widnieje „zabieg przerwania ciąży” – termin zgodny z nazewnictwem ustawowym. Sprawozdania uwzględniają podział liczby wykonanych aborcji według trzech ustawowych przesłanek, a także wiek pacjentki oraz województwo, w którym przeprowadzono zabieg. Obowiązek przygotowywania zestawień wynika z art. 9 u.p.r., zgodnie z którym Rada Ministrów zobowiązana jest przedstawiać corocznie sprawozdanie z wykonywania ustawy oraz o skutkach jej stosowania. Podstawę do sporządzenia tegoż sprawozdania stanowią dane zgromadzone przez Ministerstwo Zdrowia za pomocą formularza MZ-29. Natomiast dane gromadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia mają charakter finansowy, rozliczeniowy, a podział zabiegów uwzględnia wartość udzielonych świadczeń. W ramach systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP), służącemu rozliczaniu usług medycznych świadczonych w szpitalach na podstawie umów z NFZ, aborcja wpisywana jest w kategorię świadczeń o kodzie M17 *Indukcja poronienia* – w systemie tym nie funkcjonuje więc ustawowe pojęcie przerwania ciąży.

Można spotkać się z informacją, że wyżej opisane różnice w klasyfikacji prowadzą do nieporównywalności informacji pochodzących z tych dwóch źródeł – pojęcia, jakimi posługują się NFZ i MZ, mają obejmować różny zakres zabiegów. Z odpowiedzi na interpelację dotyczącą tych rozbieżności udzielonej przez Ministerstwo Zdrowia w 2016 r. wynika, że świadczenie M17 obejmuje szerszą pulę świadczeń niż ustawowe „przerwanie ciąży”. Na zadane w 2016 r. pytanie o to, czy przez zastosowanie sformułowania „indukcja poronienia” NFZ nie próbuje ukryć głównej przyczyny przeprowadzania aborcji, ówczesny podsekretarz stanu odpowiedział, że „poszczególne grupy [tj. kategorie świadczeń – przyp. red.] mają określone znaczenie kliniczne wiążące się ze zbliżonym sposobem leczenia oraz profilem pacjentów. Obejmują przypadki medyczne o podobnej kosztochłonności związanej z przyjętym sposobem leczenia”⁴³. Profesor Stanisław Radowski, ówczesny konsultant krajowy ds. położnictwa i ginekologii, tłumaczył w rozmowie z PAP, że „[i]ndukcja poronienia jest legalną aborcją dokonaną z przesłanek medycznych, jak np. obumarcie płodu. Indukcja poronienia

43 Odpowiedź na interpelację nr 3717 w sprawie podziemia aborcyjnego w Polsce, 29 czerwca 2016 r., odpowiadający: podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Tombariewicz, <https://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=7D5F64B9>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

to pojęcie szersze niż przerwanie ciąży ze wskazań prawnych⁴⁴. Jakkolwiek wyjaśnienie to powinno być właściwe merytorycznie, to w świetle uzyskanych danych i odpowiedzi z Ministerstwa Zdrowia można wątpić, czy zawsze jest ono tak rozumiane w statystykach.

W 2018 r. w odpowiedzi na kolejną interpelację „w sprawie rozbieżności danych dotyczących dokonanych aborcji” Ministerstwo Zdrowia tłumaczyło tę samą rozbieżność zupełnie inaczej, twierdząc, że przyczyną niespójności jest błędny proces kwalifikacji zabiegów do grupy M17 *Indukcja poronienia*⁴⁵. Zgodnie z przyjętym algorytmem „w przypadku, gdy rozpoznanie wskazywało na zakończenie ciąży obumarłej, dana hospitalizacja powinna zostać zakwalifikowana do grupy M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*”. Z kolei „w sytuacji, gdy została dodatkowo wykazana procedura medyczna 69.01 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy w celu zakończenia ciąży*, dana hospitalizacja nieprawidłowo implikowała grupę M17⁴⁶. Oznacza to, że kategorią właściwą dla zabiegu łyżeczkowania dokonywanego po poronieniu samoistnym jest grupa M16⁴⁷ *Zakończenie ciąży obumarłej*, natomiast w kategorii M17 powinna widnieć jedynie aborcja.

Ten podział potwierdza charakterystyka poszczególnych kategorii świadczeń w systemie JGP, którą można znaleźć w załączniku nr 9 do zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r.⁴⁸ W dokumencie tym znajdują się szczegółowe listy procedur i rozpoznań medycznych, które pozwalają zakwalifikować świadczenie do konkretnej kategorii. I tak przy świadczeniu M17 *Indukcja poronienia* znajduje się lista rozpoznań obejmująca wyłącznie poronienia sztuczne (wywołane przez lekarza) w różnych wariantach, a także lista procedur prowadzących do sztucznego poronienia: 69.01 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy w celu zakończenia ciąży*, 75.01 *Wstrzyknięcie prostaglandyny w celu wywołania poronienia*, 75.03 *Zakończenie ciąży przez wstrzyknięcie domaciczne*, 99.295 *Podanie preparatu w celu zakończenia ciąży*, 99.993 *Wprowadzenie czopka z prostaglandyną* (zob. tabela 3). Ponadto w załączniku nr 1a do zarządzenia – a także w internetowym systemie

44 Gosc.pl, *Najnowsze statystyki legalnych aborcji w Polsce*, <https://www.gosc.pl/doc/2432742.Najnowsze-statystyki-legalnych-aborcji-w-Polsce>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

45 Odpowiedź na interpelację nr 23921 w sprawie rozbieżności danych dotyczących dokonanych aborcji przez szpitale, 13 września 2018 r., odpowiadający: sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko, www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=B4KHG8, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

46 Tamże.

47 CompuGroup Medical, *Grupa JGP. M16*, <http://jgp.uhc.com.pl/doc/52.5/jgp/M16.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

48 Zarządzenie nr 184/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne, załącznik nr 9.

JPG⁴⁹ – pojawia się uwaga o zgodności świadczenia M17 z u.p.r., przy czym jest to jedyne świadczenie, dla którego u.p.r. wskazano jako podstawę prawną.

Zabiegi wykraczające poza kategorię przerwania ciąży ze wskazań prawnych, to jest prowadzące do zakończenia ciąży po naturalnym obumarciu płodu oraz postępowanie lecznicze po obumarciu płodu, przypisane są do świadczenia M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*. W tym miejscu znajduje się bardzo obszerna lista rozpoznań M16 obejmująca między innymi przypadki poronień chybionych, pustych jaj płodowych, zaśniadów nie-groniastych i groniastych, ciąż pozamacicznych, dalszego trwania ciąży po obumarciu. Procedury przypisane do świadczenia M16 to 69.01 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy w celu zakończenia ciąży* oraz 69.02 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy po porodzie lub poronieniu*, przy czym pierwsza procedura odnosi się do ciąży obumarłej, zob. tabela 3: rozpoznanie O31.2 *Dalsze trwanie ciąży po obumarciu (śmierci wewnątrzmacicznej) jednego lub więcej płodów*.

Nie jest więc prawdą, że kategoria M17 *Indukcja poronienia* obejmuje zarówno aborcje przeprowadzone na podstawie ustawowych przesłanek, jak i zabieg usunięcia z macicy ciała obumarłego płodu oraz postępowanie lecznicze konieczne po jego obumarciu – te przypadki są jednoznacznie przypisane do kategorii M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*. Liczba wykonanych świadczeń M17 zawierać powinna wyłącznie liczbę sztucznych poronień wywołanych przez lekarza, czyli zabiegów mających na celu usunięcie z ciała kobiety płodu żywego i rozwijającego się, to jest liczbę wykonanych aborcji.

49 CompuGroup Medical, Grupa JPG. M17, <http://jpgp.uhc.com.pl/doc/52.5/jgp/M17.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

Tabela 3. Charakterystyka jednorodnych grup pacjentów według zarządzenia prezesa NFZ z 2019 r.

M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej
wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań M16
ICD-10
O02.0 Puste jajo płodowe i zaśnład nie-groniasty
O02.1 Poronienie chybione
O02.8 Inne określone nieprawidłowe jajo płodowe
O02.9 Nieprawidłowe jajo płodowe, nieokreślone
O03.0 Poronienie samoistne (niezupełne, powikłane zakażeniem dróg rodnych i narządów miednicy mniejszej)
O03.1 Poronienie samoistne (niezupełne, powikłane długotrwałym lub nadmiernym krwawieniem)
O03.2 Poronienie samoistne (niezupełne, powikłane zatorom)
O03.3 Poronienie samoistne (niezupełne, z innymi i nieokreślonymi powikłaniami)
O03.4 Poronienie samoistne (niezupełne, bez powikłań)
O03.5 Poronienie samoistne (zupełne lub nieokreślone, powikłane zakażeniem dróg rodnych lub narządów miednicy mniejszej)
O03.6 Poronienie samoistne (zupełne lub nieokreślone, powikłane długotrwałym lub nadmiernym krwawieniem)
O03.7 Poronienie samoistne (zupełne lub nieokreślone, powikłane zatorom)
O03.8 Poronienie samoistne (zupełne lub nieokreślone, z innymi lub nieokreślonymi powikłaniami)
O03.9 Poronienie samoistne (zupełne lub nieokreślone, bez powikłań)
O05.0 Inne poronienie (niezupełne, powikłane zakażeniem dróg rodnych i narządów miednicy mniejszej)
O05.1 Inne poronienie (niezupełne, powikłane długotrwałym lub nadmiernym krwawieniem)
O05.2 Inne poronienie (niezupełne, powikłane zatorom)
O05.3 Inne poronienie (niezupełne, z innymi i nieokreślonymi powikłaniami)
O05.4 Inne poronienie (niezupełne, bez powikłań)
O05.5 Inne poronienie (zupełne lub nieokreślone, powikłane zakażeniem dróg rodnych lub narządów miednicy mniejszej)
O05.6 Inne poronienie (zupełne lub nieokreślone, powikłane długotrwałym lub nadmiernym krwawieniem)
O05.7 Inne poronienie (zupełne lub nieokreślone, powikłane zatorom)
O05.8 Inne poronienie (zupełne lub nieokreślone, z innymi lub nieokreślonymi powikłaniami)
O05.9 Inne poronienie (zupełne lub nieokreślone, bez powikłań)
O06.0 Poronienie, nieokreślone (niezupełne, powikłane zakażeniem dróg rodnych i narządów miednicy mniejszej)
O06.1 Poronienie, nieokreślone (niezupełne, powikłane długotrwałym lub nadmiernym krwawieniem)
O06.2 Poronienie, nieokreślone (niezupełne, powikłane zatorom)
O06.3 Poronienie, nieokreślone (niezupełne, z innymi i nieokreślonymi powikłaniami)
O06.4 Poronienie, nieokreślone (niezupełne, bez powikłań)
O06.5 Poronienie, nieokreślone (zupełne lub nieokreślone, powikłane zakażeniem dróg rodnych lub narządów miednicy mniejszej)
O06.6 Poronienie, nieokreślone (zupełne lub nieokreślone, powikłane długotrwałym lub nadmiernym krwawieniem)
O06.7 Poronienie, nieokreślone (zupełne lub nieokreślone, powikłane zatorom)
O06.8 Poronienie, nieokreślone (zupełne lub nieokreślone, z innymi lub nieokreślonymi powikłaniami)
O06.9 Poronienie, nieokreślone (zupełne lub nieokreślone, bez powikłań)
O08.0 Zakażenia dróg rodnych i narządów miednicy w następstwie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśnładu groniastego
O08.1 Długotrwałe lub nadmierne krwawienie w następstwie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśnładu groniastego
O08.2 Zator w następstwie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśnładu groniastego
O08.3 Wstrząs w następstwie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśnładu groniastego
O08.4 Niewydolność nerek w następstwie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśnładu groniastego
O08.5 Zaburzenia przemiany materii w następstwie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśnładu groniastego
O08.6 Uszkodzenie narządów i tkanek miednicy w następstwie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśnładu groniastego
O08.8 Inne powikłania w następstwie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśnładu groniastego
O08.9 Powikłanie poronienia, ciąży pozamacicznej i zaśnładu groniastego, nieokreślone
O20.0 Poronienie zagrożające
O20.8 Inny krwotok we wczesnym okresie ciąży
O31.2 Dalsze trwanie ciąży po obumarciu (śmierci wewnątrzmacicznej) jednego lub więcej płodów
lub
wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy M16 oraz procedury z poniższej listy
69.01 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyczeczowanie ścian jamy macicy w celu zakończenia ciąży
69.02 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyczeczowanie ścian jamy macicy po porodzie lub poronieniu
M17 Indukcja poronienia
wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań M17 oraz procedury z listy procedur M17
ICD-10
O04.0 Poronienie sztuczne (wywołane przez lekarza) (niezupełne, powikłane zakażeniem dróg rodnych i narządów miednicy mniejszej)
O04.1 Poronienie sztuczne (wywołane przez lekarza) (niezupełne, powikłane długotrwałym lub nadmiernym krwawieniem)
O04.2 Poronienie sztuczne (wywołane przez lekarza) (niezupełne, powikłane zatorom)
O04.3 Poronienie sztuczne (wywołane przez lekarza) (niezupełne, z innymi i nieokreślonymi powikłaniami)
O04.4 Poronienie sztuczne (wywołane przez lekarza) (niezupełne, bez powikłań)
O04.5 Poronienie sztuczne (wywołane przez lekarza) (zupełne lub nieokreślone, powikłane zakażeniem dróg rodnych lub narządów miednicy mniejszej)
O04.6 Poronienie sztuczne (wywołane przez lekarza) (zupełne lub nieokreślone, powikłane długotrwałym lub nadmiernym krwawieniem)
O04.7 Poronienie sztuczne (wywołane przez lekarza) (zupełne lub nieokreślone, powikłane zatorom)
O04.8 Poronienie sztuczne (wywołane przez lekarza) (zupełne lub nieokreślone, z innymi lub nieokreślonymi powikłaniami)
O04.9 Poronienie sztuczne (wywołane przez lekarza) (zupełne lub nieokreślone, bez powikłań)
ICD-9
69.01 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyczeczowanie ścian jamy macicy w celu zakończenia ciąży
75.01 Wstrzyknięcie prostaglandyny w celu wywołania poronienia
75.03 Zakończenie ciąży przez wstrzyknięcie domaciczne
99.295 Podanie preparatu w celu zakończenia ciąży
99.993 Wprowadzenie czopka z prostaglandyną

Źródło: Zarządzenie nr 184/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, załącznik nr 9.

Wobec powyższego liczba wykonanych zabiegów ujmowana w sprawozdaniach MZ i NFZ – to jest liczba „przerwań ciąży” i „indukcji poronienia” – powinna być jednokowa. Tymczasem każdego roku w okresie 2009–2019⁵⁰ liczba świadczeń „indukcji poronienia” refundowanych i deklarowanych przez 16 ośrodków wojewódzkich NFZ przewyższała liczbę aborcji pojawiającą się w sprawozdaniach MZ o kilkaset przypadków. W roku 2019 różnica wyniosła ponad 300 zabiegów. Natomiast liczba zabiegów z kategorii M16 prowadzących do zakończenia ciąży po naturalnym obumarciu płodu lub związanych z postępowaniem leczniczym po obumarciu płodu – które według niektórych opinii mają być objęte kategorią M17 stosowaną przez NFZ i mają stanowić różnicę między liczbą przerwania ciąży a liczbą indukcji poronienia – w rzeczywistości znacznie przekracza 80 tysięcy rocznie (zob. tabela 4 oraz wykres 3).

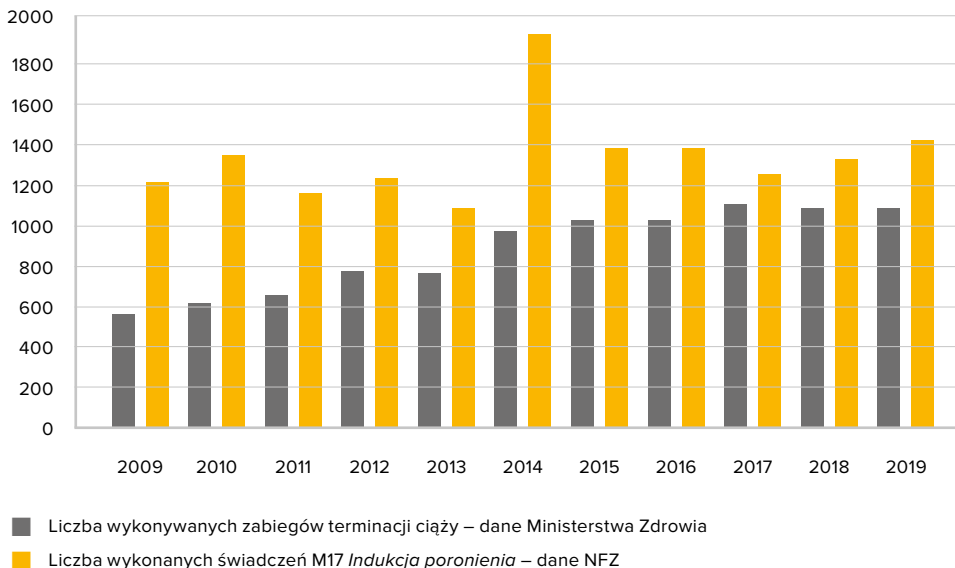
Tabela 4. Liczba wykonanych zabiegów przerwania ciąży oraz refundowanych świadczeń M17 Indukcja poronienia i M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej w latach 2009–2019

	Ministerstwo Zdrowia: zabiegi przerwania ciąży	NFZ: M17 Indukcja poronienia	NFZ: M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej
2009	538	1222	112 098
2010	641	1346	98 523
2011	669	1169	91 480
2012	752	1252	90 551
2013	744	1351	90 033
2014	971	1924	87 302
2015	1040	1377	87 558
2016	1098	1602	89 372
2017	1057	1242	84 048
2018	1076	1332	83 271
2019	1110	1444	85 133

Źródło: Opracowano na podstawie odpowiedzi NFZ na wniosek o udostępnienie informacji publicznej oraz corocznych sprawozdań Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).

50 System JGP został wprowadzony zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 11 czerwca 2008 r. (zarządzenie nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne), wobec czego NFZ nie dysponuje danymi dotyczącymi realizacji grup M16 i M17 przed rokiem 2008. Najwcześniejsze dostępne dane obejmują drugie półrocze 2008 r. (781 zabiegów). Najnowsze dane [dostępne w momencie opracowywania tekstu – przyp. red.] obejmują pierwsze trzy kwartały 2020 r., w trakcie których wykonano 1069 świadczeń indukcji poronienia.

Wykres 3. Liczba wykonanych zabiegów przerwania ciąży oraz refundowanych świadczeń M17 *Indukcja poronienia* w latach 2009–2019



Źródło: Opracowano na podstawie odpowiedzi NFZ na wniosek o udostępnienie informacji publicznej oraz corocznych sprawozdań Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).

Biorąc pod uwagę, że świadczenie M17 powinno obejmować wyłącznie zabiegi przerwania ciąży zdefiniowane ustawowo, oczywiste jest, że mamy do czynienia z nadużyciami i błędami sprawozdawczymi.

4.2. Potencjalne nadużycia i błędy sprawozdawcze

Przed wszystkim można podejrzewać, że zachodzi intencjonalne fałszowanie danych i zaniżanie statystyk przez brak raportowania w formularzach MZ-29 części dokonanych i zrefundowanych przez NFZ aborcji. W ten sposób możliwe jest ukrycie przez personel szpitala przerwania ciąży zdrowej, która nie kwalifikowała się do przeprowadzenia aborcji na podstawie ustawowych przesłanek. Na potrzeby refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia nie jest bowiem potrzebna informacja o szczegółowej przyczynie wykonania świadczenia ani w ujęciu prawnym, ani w medycznym, a konieczne jest jedynie wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań.

Kolejnym możliwym zajęciem są nadużycia finansowe, a także zawyżanie przez władze szpitali statystyk dotyczących liczby wykonanych świadczeń przeznaczonych do

refundacji w celu zwiększenia dotacji przekazywanych placówce przez NFZ. Znale są sprawy i zarzuty o fałszowanie dokumentacji przez personel szpitalny i otrzymywanie przez placówki nieprzysługujących im kwot z Narodowego Funduszu Zdrowia⁵¹. Realne jest więc podejrzenie, że podobne zjawisko dotyczyć może także świadczeń indukcyjnych poronienia.

Prawdopodobne jest również niepoprawne korzystanie z systemu JGP i błędne, acz nieumyślne, klasyfikowanie zabiegów związanych z zakończeniem ciąży obumarłej do grupy M17, mimo że w rzeczywistości należą one do kategorii M16. Takie zaniedbanie zawyżałoby sztucznie liczbę świadczeń indukcyjnych poronienia. Jednak tutaj warto zauważyć, że obecność procedury 69.01 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy w celu zakończenia ciąży* zarówno na liście procedur świadczenia M16, jak i M17 nie wyklucza także występowania pomyłek odwrotnych, czyli błędnego kwalifikowania świadczeń indukcyjnych poronienia do grupy M16. Przypadkowe wystąpienie obydwu błędów znacznie zmniejsza wymóg, aby oprócz wykonanej procedury podać także rozpoznanie zasadnicze z list przypisanych do świadczeń⁵² – zawarte na listach M16 i M17 rozpoznania się nie pokrywają.

W praktyce pojawiają się również przypadki celowego fałszowania dokumentacji i ukrywania dokonanych aborcji w statystykach w innej kategorii – dotyczy to sytuacji, w których lekarze „przeprowadzili zabieg, tyle że w dokumentacji szpitalnej wpisali: «poronienie samoistne»”⁵³. Oczywiście może to dotyczyć jednocześnie dokumentacji dla MZ i NFZ, co oznaczałoby, że w ten sposób udokumentowane poronienie sztuczne wywołane przez lekarza w żadnym dokumencie nie będzie widnieć jako przerwanie ciąży. *Notabene*, wartość świadczeń M16 i M17 jest bardzo zbliżona, co sprawia, że podmiot podejmujący takie działania nie ponosiłby z tego tytułu strat finansowych, a nawet może osiągać niewielkie korzyści – wartość punktowa hospitalizacji M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej* to 1559 (1434 dla hospitalizacji planowej), natomiast wartość punktowa hospitalizacji M17 *Indukcja poronienia* wynosi 1448 (1333 dla hospitalizacji planowej)⁵⁴.

51 Komenda Wojewódzka Policji w Kielcach, *Podejrzeni o wyłudzenie kilku milionów z NFZ-u*, <https://www.policja.pl/pol/aktualnosci/191241,Podejrzeni-o-wyludzenie-kilku-milionow-z-NFZ-u.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.; K. Kowalska, *Lekarze rejestrują fikcyjne wizyty i wyłudzać pieniądze z NFZ*, <https://www.rp.pl/Lekarze-i-pielegniarki/302289930-Lekarze-rejestruja-fikcyjne-wizyty-i-wyludzaja-pieniadze-z-NFZ.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.; Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie, *Zarzuty za fałszowanie dokumentacji i wyłudzenia z NFZ*, <https://www.policja.pl/pol/aktualnosci/102668,Zarzuty-za-falszowanie-dokumentacji-i-wyludzenia-z-NFZ.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.; GazetaPrawna.pl, *NFZ: w szpitalach dochodzi do fałszowania dokumentacji medycznej*, <https://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/313303,nfz-w-szpitalach-dochodzi-do-falszowania-dokumentacji-medycznej.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

52 W przypadku M16 podanie procedury nie zawsze jest konieczne, podanie rozpoznania już tak.

53 Notatki na mankietach, *Posłowie do czarnego protestu*, <https://futrzak.wordpress.com/2016/10/04/poslowie-do-czarnego-protestu/>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

54 Zarządzenie nr 184/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz świadczenia wysokospecjalistyczne, załącznik nr 1a.

W efekcie nie jest możliwe zdefiniowanie prawdziwej liczby przeprowadzonych aborcji, ustalenie wielkości publicznych środków finansowych na nią przeznaczanych ani wykrycie nadużyć w tym zakresie. Sposób sprawozdawczości często uniemożliwiał także zweryfikowanie, czy przerwane ciążę spełniały ustawowe przesłanki do przeprowadzenia aborcji. Obserwujemy więc wiele działań, które można interpretować albo jako rażące niedopatrzenia, albo umyślne działania mające na celu ukrycie bezpodstawnie dokonanych aborcji.

5. Propozycje dalszych działań

W obliczu stwierdzenia niekonstytucyjności przesłanki eugenicznej konieczna jest taka transformacja systemu ochrony zdrowia, która pozwoli na zapewnienie maksymalnej opieki kobietom ciężarnym oraz ich dzieciom, w szczególności tym niepełnosprawnym i ciężko chorym. Pomoc musi być udzielona zarówno na etapie prenatalnym, jak i po urodzeniu. Niezbędny jest więc rozwój medycyny prenatalnej i organizacji pełnowymiarowej opieki dla matek w trakcie ciąży, a także zapewnienie odpowiednich warunków i leczenia chorym dzieciom i ich rodzinom już od chwili porodu.

5.1. Rozwój medycyny prenatalnej

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. przywrócił medycynie prenatalnej – a w szczególności badaniom prenatalnym – ich właściwy cel. W okresie obowiązywania art. 4a ust. 1 pkt 2 u.p.r. badania prenatalne traktowane były przeważnie jako etap weryfikacji stanu zdrowia dziecka, a gdy kończyły się negatywną diagnozą, zwykle poprzedzały decyzję o dokonaniu aborcji. Służyły raczej jako narzędzie wykrywania możliwości posłużenia się przesłanką eugeniczną, bywały nawet wykorzystywane przez lekarzy jako podstawa do czynienia sugestii i rekomendacji, by przerwać ciążę. Natomiast obecnie rysuje się perspektywa wykorzystania diagnostyki prenatalnej zgodnie z jej właściwym celem – zgodnie z właściwym celem każdej diagnostyki – jakim jest umożliwienie leczenia i ewentualnego powstrzymania dalszego rozwoju choroby. Diagnoza postawiona jeszcze podczas trwania ciąży pozwala na podjęcie działań na najwcześniejszym etapie choroby.

W tym kontekście warto podkreślić, że całkowicie nieuzasadnione są prezentowane w przestrzeni publicznej poglądy, że orzeczenie TK może skutkować ograniczeniem dostępności badań prenatalnych na podstawie u.p.p. Tymczasem posługując się terminem „świadczania zdrowotne”, u.p.p. odwołuje się do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zgodnie z zawartą tam definicją pod pojęciem

„świadczenia zdrowotnego” należy rozumieć „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”⁵⁵. Zaznaczyć trzeba, że analogiczną definicją świadczenia zdrowotnego ustawodawca posłużył się w art. 5 pkt 40 u.ś.o.z. Na podstawie art. 31d tej ustawy wydane zostało rozporządzenie określające warunki programu badań prenatalnych⁵⁶.

Z przywołanych aktów prawnych wynika jasno, że pierwszym i podstawowym celem udzielania świadczeń zdrowotnych przez jednostki służby zdrowia jest ratowanie lub podtrzymywanie zdrowia człowieka w ramach działalności leczniczej tych podmiotów. Na tej podstawie można stwierdzić, że z tak określonych ram świadczeń zdrowotnych wynikają jednakowe skutki zarówno dla kobiety ciężarnej, jak i jej dziecka. Wszelkie działania medyczne powinny bowiem w pierwszej kolejności ratować dobra podstawowe, takie jak życie, a następnie zdrowie człowieka. Zasada ta wynika również z Kodeksu Etyki Lekarskiej: „obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”⁵⁷. Stanowczo podkreślić trzeba, że chociaż niezmiennie celem badań prenatalnych jest wykrycie wady lub choroby dziecka w okresie przed urodzeniem, to jednak nie w celu pozbawienia go życia w przypadku choroby, lecz przeciwnie – w celu podjęcia możliwie jak najwcześniej odpowiednich działań terapeutycznych.

Stanowisko to znajduje uzasadnienie również w art. 31a ust. 1 u.ś.o.z., gdzie wskazano, że kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych następuje z uwzględnieniem celów określonych jako priorytety zdrowotne. Do owych priorytetów, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, zaliczono nie tylko poprawę jakości skuteczności opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat trzech, ale również zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi⁵⁸.

Nie można zatem pomijać faktu, że wykonywanie diagnostyki prenatalnej ma przede wszystkim na celu wykrywanie wad czy chorób dzieci nienarodzonych, aby możliwe było ich jak najwcześniejsze (także wewnątrzmaciczne) leczenie. Ponadto badania prenatalne mają umożliwiać odpowiednio wczesne przygotowanie rodziców do podjęcia niezbędnej terapii dziecka po jego urodzeniu. Podkreślić trzeba, że powyższe

55 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295), art. 2 ust. 1 pkt 10.

56 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209).

57 Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, art. 39 zd. 2.

58 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. poz. 469), § 1 pkt. 8 i 10.

stanowisko znajduje potwierdzenie w aktualnych (to jest przyjętych przed wejściem w życie wyroku TK w sprawie K 1/20) założeniach programu badań prenatalnych, które to założenia dostępne są w serwisie Ministerstwa Zdrowia i NFZ: „Program ma na celu identyfikację ryzyka wystąpienia wad płodu oraz ich diagnostykę we wczesnym okresie ciąży. Dzięki temu możliwe będzie podjęcie leczenia wad jeszcze w okresie życia płodowego. Program umożliwia rodzicom dziecka przygotowanie się do natychmiastowego wdrożenia specjalistycznej opieki po jego narodzeniu”⁵⁹.

W świetle powyższych uwag za pozbawione podstaw należy uznać stanowisko, zgodnie z którym wyrok TK w sprawie K 1/20 skutkować może ograniczeniem dostępu do badań prenatalnych. Wręcz przeciwnie, wobec uznania przez Trybunał wyższego niż dotychczas poziomu ochrony prawnej życia poczętego zasadne jest podejmowanie wszelkich inicjatyw legislacyjnych ukierunkowanych na zagwarantowanie prawa do kompleksowej diagnostyki prenatalnej oraz zabiegów chirurgii prenatalnej i neonatologicznej.

Dotychczasowa skala przeprowadzania diagnostyki prenatalnej jest bardzo wysoka, co pozwala tym lepiej wykorzystać jej możliwości w przyszłości. Przykładowo w 2017 r. z badań przeznaczonych dla kobiet znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka dotyczącego diagnozy prawdopodobieństwa nieprawidłowego rozwoju ciąży skorzystało 115 210 pacjentek, w tym ponad 90 211 kobiet w wieku 35 lat i powyżej⁶⁰; stanowi to około ¼ liczby urodzeń w tym samym roku⁶¹.

Należy przede wszystkim postulować reorganizację systemu leczenia w obrębie ginekologii i położnictwa, tak aby zapewnić poczucie bezpieczeństwa i pomoc na każdym etapie ciąży kobietom ciężarnym, a dzieciom niepełnosprawnym stałą opiekę lekarską. W wypadku rozpoznania wady mogącej podlegać leczeniu należy jeszcze na tym wczesnym etapie zaplanować procedurę leczenia, aby możliwe było podjęcie jej od razu po narodzeniu (lub w określonych przypadkach jeszcze na etapie prenatalnym), a także ustalić postępowanie okołoporodowe: miejsce, termin i sposób porodu. Niedopuszczalne jest pozostawienie kobiety z negatywną diagnozą bez natychmiastowego zorganizowania dalszej opieki lekarskiej.

59 Pacjent.gov.pl, *Program badań prenatalnych*, <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-badan-prenatalnych>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

60 Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2017 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).

61 GUS, *Urodzenia i dzietność*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/urodzenia-i-dzietnosc,34,1.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

Konieczny jest rozwój technologii medycznej w zakresie perinatologii, a w szczególności prenatalnej chirurgii w celu posłużenia się nią dla lepszej ochrony życia. Możliwości leczenia na etapie prenatalnym są bardzo szerokie, „terapia wewnątrzmaciczna płodu może opierać się nie tylko na farmakoterapii płodu poprzez matkę, ale również na farmakoterapii bezpośredniej i na działaniach chirurgicznych”⁶². Polska pod tym względem nie odstaje wcale od Europy Zachodniej ani Stanów Zjednoczonych – obecnie możliwe jest wykonanie w Polsce każdego zabiegu wewnątrzmacicznego, jaki jest wykonywany na świecie⁶³.

Już w 2010 r. w Polsce wykonywane były między innymi zabiegi związane z leczeniem nieprawidłowej ilości płynu owodniowego (amnioinfuzja i amnioredukcja jako terapia wad małowodzia i wielowodzia), transfuzje dopłodowe krwi w celu leczenia konfliktu serologicznego, które wprowadzono w naszym kraju na przełomie lat 80. i 90., zabiegi drenujące w przypadku wodogłowa czy chirurgiczne interwencje w celu leczenia przepukliny oponowo-rdzeniowej. W obrębie klatki piersiowej chirurgicznie leczone było także zwyrodnienie gruczołowo-torbielowate płuc płodu (CALM), sekwestracja, wysięki, przepuklina przeponowa (CDH) oraz wady zastawkowe serca, a niewątpliwie, farmakologicznej terapii poddawano dzieci z niewydolnością krążenia oraz zaburzeniami rytmu serca. Leczeniu wewnątrzmacicznemu poddawane były także wady układu moczowego, potworniaki okolicy krzyżowo-guzicznej czy powikłania ciąży wielopłodowej, między innymi zespół przetoczeniowy krwi między płodami (TTTS)⁶⁴. Obecnie często wykonuje się także zabiegi pozwalające dziecku przeżyć w przypadku wystąpienia przepukliny przeponowej, gdy przez powstały w przeponie otwór organy z jamy brzusznej przemieszczają się do klatki piersiowej⁶⁵. W jednym z polskich ośrodków przeprowadzane są także trudne operacje rozszczepu kręgosłupa związanego z wodogłowiem i przepukliną oponowo-rdzeniową⁶⁶. Medycyna prenatalna wiąże się także z rozwojem terapii wcześniaków: w 2020 r. lekarze z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przeprowadzili zabieg wszczepienia stymulatora serca u 30-tygodniowego dziecka z wrodzonym całkowitym blokiem przedsionkowo-komorowym⁶⁷. Rozwój terapii perinatalnej w Polsce nie

62 K. Preis, *Terapia prenatalna – obecne możliwości*, „Ginekologia po Dyplomie” 2010, nr 5, s. 26–32.

63 A. Niesłuchowska, *Rozmowa z dr n. med. Marzeną Dębską, specjalistką w zakresie położnictwa i ginekologii, ultrasonografii i diagnostyki prenatalnej, ze Szpitala Bielańskiego w Warszawie*, <https://swiatlekarza.pl/zabiegi-wewnatrzmaciczne>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

64 K. Preis, dz. cyt.

65 E. Nieckuła, *Tak ratuje się nienarodzonych pacjentów. Operacje w łonie matki*, <https://www.focusnauka.pl/artukul/tak-ratuje-si-nienarodzonych-pacjentow-operacje-w-onie-matki>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

66 M. Gostkiewicz, *W Bytomiu robią coś, czego nie robili nigdzie w Europie. Operują małe dziecko w łonie matki. Skutecznie*, <https://weekend.gazeta.pl/weekend/1,177333,20057298,w-bytomiu-robia-cos-czego-nie-robi-niemal-nikt-w-europie-operuja.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

67 M. Majewska, *UCK WUM: Transport „in utero” i wszczepienie stymulatora serca u 30-tygodniowego wcześniaka*, <https://puls-medycyny.pl/uck-wum-transport-in-utero-i-wszczepienie-stymulatora-serca-u-30-tygodniowego-wczesniaka-997942>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

odstaje od poziomu światowego – polscy lekarze uczestniczą w międzynarodowych spotkaniach specjalistów w zakresie operacji w łonie matki, jakie są organizowane w szwajcarskim Klubie Chirurgii Płodu. Medycyna prenatalna jest obecnie najbardziej rozwinięta w Stanach Zjednoczonych, gdzie wykonywane są pionierskie badania, a operacje wewnątrzmaciczne wykonywane są w wielu placówkach. W naszej części świata szczególnie przodują w tym zakresie Szwajcaria i Belgia, jednak Polska wypada bardzo dobrze na tle europejskim⁶⁸.

Ograniczona jest jednak skala omawianych działań. W Polsce funkcjonuje jedynie kilka ośrodków, gdzie przeprowadza się terapie prenatalne (należą do nich między innymi: Klinika Położnictwa w Gdańsku, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi oraz Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu), a także kilkanaście mniejszych, zajmujących się jedynie diagnostyką⁶⁹. Ginekolodzy zajmujący się medycyną perinatalną wskazują na niewielki udział przypadków operowanych wśród wszystkich, które mogłyby zostać skierowane na terapie – przeważnie operowanych jest zaledwie kilkanaście na kilkaset rocznie rodzących się z daną chorobą dzieci, co po części wynika z niepoinformowania pacjentki przez ginekologa o możliwości terapii⁷⁰. Wskazane jest zatem wprowadzenie zmian w publicznym systemie ochrony zdrowia, tak aby maksymalnie rozwijać medycynę prenatalną – przez finansowanie terapii i operacji prenatalnych w ramach systemu świadczeń, dofinansowanie oddziałów ginekologiczno-położniczych, informowanie każdej ciężarnej pacjentki o możliwości leczenia dziecka jeszcze na etapie płodowym, organizację szkoleń dla ginekologów i położników oraz kształcenie nowego pokolenia lekarzy w ramach odpowiednich specjalizacji lekarskich.

Szczególną troską należy ponadto otoczyć matki z dziećmi chorymi śmiertelnie. Dużą pomocą dla rodziców w obliczu śmiertelnej choroby dziecka są hospicja perinatalne, dotychczas bardzo zaniedbane w systemie ochrony zdrowia. Różnią się one od tradycyjnych hospicjów tym, że nie obejmują jedynie zapewnienia fizycznej opieki nad chorym pacjentem, ale zapewniają konsultacje psychologiczne i wsparcie emocjonalne dla rodziców. Organizowane są tam dodatkowe badania, w tym genetyczne, oraz dalsza opieka genetyczno-położnicza, a pracownicy hospicjów towarzyszą rodzicom aż do momentu porodu. Jeśli dziecko przeżyje poród, często staje się pacjentem hospicjum domowego. W momencie postawienia diagnozy o chorobie śmiertelnej lekarz ginekolog powinien być obowiązany niezwłocznie skierować ciężarną pacjentkę do konkretnego ośrodka perinatalnej opieki paliatywnej, gdzie otrzyma ona specjalistyczną pomoc medyczną i psychologiczną.

68 M. Gostkiewicz, dz. cyt.

69 A. Niesłuchowska, dz. cyt.

70 E. Nieckuła, dz. cyt.

Obecnie hospicja perinatalne są obszarem mało rozwiniętym. W roku 2020 NFZ zawarł umowy o dofinansowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej za pośrednictwem oddziałów wojewódzkich (OW) z 515 podmiotami leczniczymi. Natomiast jedynie 16 hospicjów, które zawarły umowy z NFZ, udzielało świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej. Tylko w 3 województwach perinatalna opieka paliatywna jest świadczona w więcej niż 1 placówce: Śląski OW NFZ zawarł umowy na świadczenia w tym zakresie z 3 hospicjami, natomiast umowy z Dolnośląskim i Pomorskim OW NFZ zawarły odpowiednio po 2 hospicja. Perinatalna opieka paliatywna w ogóle nie jest świadczona na podstawie kontraktów z NFZ w województwach kujawsko-pomorskim, lubuskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim⁷¹. Istnieją również hospicja zajmujące się opieką perinatalną, których działalność nie jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jednak ich liczba jest jeszcze mniejsza⁷².

Należy zatem zapewnić dostęp do świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej na terenie wszystkich województw, eliminując geograficzne różnice w dostępie do tego rodzaju świadczeń. Biorąc pod uwagę, że można ustalić poziom zapotrzebowania na perinatalną opiekę paliatywną na podstawie liczby zgonów noworodków, dotychczas przeprowadzanych zabiegów przerwania ciąży oraz zgonów wewnątrzmacicznych, należy w szczególności zwiększyć dostęp w tych województwach, gdzie zapotrzebowanie jest największe. W tym celu konieczne jest znaczne zwiększenie wysokości finansowania przeznaczanego na opiekę perinatalną przy jednoczesnym ponownym oszacowaniu wartości świadczeń.

Wskazane jest organizowanie grup wsparcia przy ośrodkach leczniczych zarówno dla rodziców dzieci niepełnosprawnych, jak i tych nieuleczalnie chorych. Zapewnia to możliwość potrzebnej rozmowy, opieki i kontaktu z rodzinami innych dzieci z podobnymi schorzeniami, a także zaspokaja u rodziców potrzebę wyjścia z domu i interakcji społecznej, stanowiącej istotny element terapii, i pozytywnie wpływa na stan psychiczny w obliczu problemów, z którymi muszą się oni borykać. Powinno się uwzględnić również organizowanie spotkań wsparcia w żałobie dla rodziców, których dzieci już odeszły. W przypadku dzieci śmiertelnie chorych konieczne jest zapewnienie rodzicom możliwości pożegnania i godnego odejścia ich dziecka. We wszystkich placówkach powinno się umieszczać specjalne pokoje pożegnań, umożliwiające rodzicom pożegnanie dziecka bez zakłócania ich prywatności.

71 NFZ.gov.pl, *Informator o zawartych umowach*, <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

72 Zob. Aborcjaforum.pl, *Nie musisz zabijać dziecka, zamiast aborcji masz wybór*, <https://aborcjaforum.pl/hospicjum.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r., Hospicjum.lublin.pl, *Hospicja perinatalne w Polsce*, <https://hospicjum.lublin.pl/index.php/hospicjum-perinatalne/hospicja-perinatalne-w-polsce/>, dostęp: 28 stycznia 2021 r.

Wskazane byłoby również zintensyfikowanie kształcenia specjalistów w kierunku perinatalnej opieki paliatywnej, rozwój tej dziedziny na uniwersytetach medycznych, organizowanie szkoleń i spotkań edukacyjnych, podejmowanie wspólnych działań na rzecz rozwoju środowiska medycyny paliatywnej i hospicyjnej. Należy zatem wprowadzić specjalizację dla lekarzy lub umiejętność zawodową „pediatryczna i perinatalna medycyna paliatywna”. Istotne jest także zapewnienie dobrze wyszkolonego personelu pielęgniarskiego odpowiadającego za opiekę socjalno-psychologiczną. Ponadto na studiach medycznych powinno się organizować obowiązkowe zajęcia na temat przekazywania trudnych diagnoz, szczególnie dla lekarzy mających kontakt z rodzicami – obecnie takie zajęcia są fakultatywne i mało popularne.

Kolejnym elementem wsparcia dla niepełnosprawnych dzieci i ich rodziców mogłaby być opieka psychologiczna i psychiatryczna organizowana obowiązkowo dla wszystkich, którzy jej potrzebują. Spotkania z psychologami i psychiatrami mogłyby być zaplanowane z góry już w momencie diagnozy i odbywać się jeszcze na etapie ciąży, a następnie być kontynuowane po porodzie dla całej rodziny, włączając w nią chore dziecko, które taką opieką powinno być automatycznie objęte.

5.2. Przeprowadzenie audytu w polskich szpitalach

W obecnej sytuacji, po stwierdzeniu niezgodności z Konstytucją RP przepisu dopuszczającego dokonanie aborcji w wypadku wystąpienia dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, kolejnym działaniem administracji publicznej powinno być przeprowadzenie swoistego audytu aborcyjnego i weryfikacji dokumentacji medycznej od 1993 r. do 2021 r. Celem tego audytu powinno być sprawdzenie, jakie konkretnie przyczyny decydowały w tym okresie o uśmierceniu osób podejrzanych o niepełnosprawność w łonach ich matek. Zadanie to wymagać będzie niezwyklej rzetelności i cierpliwości; stawką jest jednak wiarygodność państwa polskiego na polu urzeczywistniania konstytucyjnej zasady ochrony życia każdego człowieka.

Dokumentacja medyczna ze wszystkich szpitali, w których przeprowadzane były zabiegi terminacji ciąży, powinna zostać rzetelnie zbadana, tak aby uszeregować wszystkie możliwe do zidentyfikowania przypadki legalnych aborcji w Polsce w okresie od 14 marca 1993 r. do 27 stycznia 2021 r. pod względem wszelkich kryteriów. Szczególnie należy ukazać całkowitą liczbę faktycznie dokonanych aborcji oraz wyodrębnić wszystkie kategorie podstaw medycznych wykorzystanych jako przesłanki do przeprowadzenia zabiegu aborcji. Wartościowa będzie także informacja o tym, czy podejrzenie wystąpienia choroby lub upośledzenia dziecka było weryfikowane przez

odpowiednią liczbę badań medycznych i diagnozę kolejnych lekarzy, a także czy te podstawy były odpowiednio udokumentowane. Oczywiście przegląd dokumentacji medycznej powinien się odbyć w sposób anonimowy, bez naruszenia prawa pacjenta i ujawnienia związanej z konkretnym pacjentem informacji medycznej. Zgromadzone informacje powinny przyjąć formę danych zagregowanych. Audyt powinien zostać przeprowadzony przez osoby z wykształceniem medycznym, które będą odpowiednio zaznajomione ze sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej, procedurami obowiązującymi w systemie administracji szpitali oraz specyfiką napotkanych w dokumentacji chorób i badań lekarskich. Przeprowadzić go powinien podmiot opłacony z budżetu państwa.

6. Konkluzje

Podsumowując, w odniesieniu do zagadnień prawnych wskazać trzeba na nasilone działania ze strony lewicowej, nakierunkowane na podważenie tak zwanego kompromisu aborcyjnego, dążące do obniżenia standardu ochrony życia ludzkiego w Polsce poprzez wprowadzenie „prawa do aborcji” lub przynajmniej takiego ukształtowania okoliczności umożliwiających jej dokonanie, by w pierwszych 12 tygodniach od poczęcia dziecka nie była ona w żaden sposób ograniczona. Jeszcze raz należy w tym miejscu przypomnieć, że w prawodawstwie polskim nie istnieje pojęcie podmiotowego „prawa do aborcji” mogącego stanowić wartość przeciwstawianą prawu do życia. W wielu systemach prawnych odmienny stan rzeczy prowadzi w pewnych przypadkach do swoistej cenzury, a nawet kryminalizacji działań podejmowanych w obronie życia dzieci poczętych, które to działania normalnie powinny podlegać ochronie przysługującej wolności ekspresji. Przypomnieć przy tym trzeba, że na poziomie prawa międzynarodowego oraz w uniwersalnym systemie praw człowieka nie istnieje konstrukcja „prawa do aborcji”. Co więcej, liczne państwa wielokrotnie wyrażały sprzeciw wobec prób stworzenia takiego prawa.

Wskazać trzeba jednak, że mimo iż istnieją prawne możliwości ochrony prawa do życia nienarodzonego dziecka, to poziom tej ochrony mógłby zostać podwyższony. Wśród proponowanych rozwiązań wymienia się między innymi zwiększenie wysiłków w zakresie dedykowanej edukacji, co stanowiłoby swego rodzaju współczesną pracę u podstaw.

Bibliografia

Literatura

- » Anumba D., *Errors in prenatal diagnosis*, „Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology” 2013, Vol. 27(4), <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.04.007>.
- » Bułhak-Guz H. i in., *Wrodzone wady powłok brzusznych a ultrasonograficzna diagnostyka prenatalna*, „Nowa Pediatria” 2000, nr 3.
- » Cereda A., Carey J.C., *The trisomy 18 syndrome*, „Orphanet Journal of Rare Diseases” 2012, Vol. 7, No. 1, <https://doi.org/10.1186/1750-1172-7-81>.
- » Chen C.P. i in., *Prenatal diagnosis of low-level mosaicism for trisomy 13 at amniocentesis associated with a favorable outcome*, „Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology” 2017, Vol. 56(6), <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.10.025>.
- » Cogle J.R., Reardon D.C., Coleman P.K., *Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort*, „Medical Science Monitor” 2003, Vol. 9(4).
- » Fergusson D.M., Horwood L.J., Ridder E.M., *Abortion in young women and subsequent mental health*, „Child Psychology and Psychiatry” 2006, Vol. 47(1), <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x>.
- » Gieruszczak-Białek D., *Zespół Turnera: przyczyny, objawy i leczenie*, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/genetyka/151765,zespol-turnera>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » GUS, *Urodzenia i dieta*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/urodzenia-i-dietnosc,34,1.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Kidszun A. i in., *What If the Prenatal Diagnosis of a Lethal Anomaly Turns Out to Be Wrong?*, „Pediatrics” 2016, Vol. 137(5), <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4514>.
- » Korniszewski L., *Dziecko z zespołem wad wrodzonych. Diagnostyka dysmorfologiczna*, wyd. 2, Warszawa 2005.
- » Magenis R.E., Hecht F., Milham Jr. S., *Trisomy 13 (D1) syndrome: studies on parental age, sex ratio, and survival*, „The Journal of Pediatrics” 1968, Vol. 73, [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(68\)80072-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(68)80072-1).
- » Nurmohamed L. i in., *Outcome following high-dose methotrexate in pregnancies misdiagnosed as ectopic*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 2011, Vol. 205(6), <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.07.002>.
- » Oakeshott P. i in., *Expectation of life and unexpected death in open spina bifida: a 40-year complete, non-selective, longitudinal cohort study*, „Developmental Medicine & Child Neurology” 2009, Vol. 52(8), <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03543.x>.

- » Preis K., *Terapia prenatalna – obecne możliwości*, „Ginekologia po Dyplomie” 2010, nr 5.
- » Reardon D.C., Coleman P.K., *Short and long term mortality rates associated with first pregnancy outcome: Population register based study for Denmark 1980–2004*, „Medical Science Monitor” 2012, Vol. 18(9), <https://doi.org/10.12659/2FMSM.883338>.
- » Rob de Jong T.H., *Deliberate termination of life of newborns with spina bifida, a critical reappraisal*, Child’s Nervous System” 2008, Vol. 24(1), <https://doi.org/10.1007/s00381-007-0478-3>.
- » Sadowska L. i in., *Diagnostyka i terapia dzieci z zespołem Downa w świetle badań własnych i przeglądu literatury przedmiotu*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2009, nr 1.
- » Szaflik K. i in., *Terapia płodu – ocena zastosowania shuntu komorowo-owodniowego w leczeniu wodogłowia*, „Ginekologia Polska” 2014, t. 85, nr 12.
- » Troszyński M. i in., *Przyczyny martwych urodzeń i zgonów noworodków w Polsce w latach 2007–2009*, „Ginekologia Polska” 2011, t. 82, nr 8.

Akty prawne

- » Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198).
- » Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135).
- » Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).
- » Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 marca 2012 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2012 (Dz. U. z 2012 r. poz. 446).
- » Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2016 (Dz. U. z 2017 r. poz. 249).
- » Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 12 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych,

objaśnić co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 (Dz. U. z 2018 r. poz. 332).

- » Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz. U. Nr 164, poz. 1193).
- » Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209).
- » Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. poz. 469).

Orzeczenia sądowe i decyzje administracyjne

- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., sygn. K 1/20.
- » Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 12 czerwca 2019 r., sygn. I OSK 2594/17, LEX nr 2725990.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 15 grudnia 2017 r., sygn. II SA/Kr 1206/17.

Pozostałe pisma i dokumenty urzędowe

- » Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Profesora Witolda Orłowskiego, pismo nr D-022Z/157/2018 z dnia 13 kwietnia 2018 r.
- » Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o., pismo z dnia 18 kwietnia 2018 r.
- » Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, pismo nr DSO/0707/19/2018 z dnia 16 kwietnia 2018 r.
- » Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu, Dział Organizacji i Nadzoru, pismo nr WS – SP ZOZ/DON/pft/2018/301 z dnia 26 kwietnia 2018 r.
- » Odpowiedź na interpelację nr 3717 w sprawie podziemia aborcyjnego w Polsce, 29 czerwca 2016 r., odpowiadający: podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Tombarkiewicz, <https://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=7D5F64B9>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Odpowiedź na interpelację nr 23921 w sprawie rozbieżności danych dotyczących dokonanych aborcji przez szpitale, 13 września 2018 r., odpowiadający: sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko, www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=B4KHG8, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Projekt wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich nr RPO-556383-II/05/PS, <https://bip.brpo.gov.pl/pliki/1202901674.pdf>, dostęp: 26 października 2022 r.

- » Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2009 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2010 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2011 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2012 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2013 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Sprawozdanie 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 (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2015 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2016 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2017 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2018 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2019 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- » Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.

- » Zarządzenie nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.
- » Zarządzenie nr 184/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskosp specjalistyczne.

Źródła internetowe

- » Aborcjaforum.pl, *Nie musisz zabijać dziecka, zamiast aborcji masz wybór*, <https://aborcjaforum.pl/hospicjum.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » CompuGroup Medical, *Grupa JGP. M16*, <http://jgp.uhc.com.pl/doc/52.5/jgp/M16.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » CompuGroup Medical, *Grupa JGP. M17*, <http://jgp.uhc.com.pl/doc/52.5/jgp/M17.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Daley B., *When baby is due, genetic counselors seen downplaying false alarms*, <https://www.bostonglobe.com/metro/2016/03/05/when-baby-due-genetic-counselors-seen-downplaying-false-alarms/bBC0KAFVidJASkkOiMg6DI/story.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » GazetaPrawna.pl, *NFZ: w szpitalach dochodzi do fałszowania dokumentacji medycznej*, <https://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/313303,nfz-w-szpitalach-dochodzi-do-falszowania-dokumentacji-medycznej.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Goldberg C., *Tragically Wrong: When Good Early Pregnancies Are Misdiagnosed as Bad*, www.wbur.org/commonhealth/2013/10/11/ectopic-pregnancy-misdiagnosed-methotrexate, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Gosc.pl, *Najnowsze statystyki legalnych aborcji w Polsce*, <https://gosc.pl/doc/2432742.Najnowsze-statystyki-legalnych-aborcji-w-Polsce>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Gostkiewicz M., *W Bytomiu robią coś, czego nie robi niemal nikt w Europie. Operują maleńkie dzieci w łonie matki. Skutecznie*, <https://weekend.gazeta.pl/weekend/1,177333,20057298,w-bytomiu-robia-cos-czego-nie-robi-niemal-nikt-w-europie-operuja.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Hein A., *Parents of baby misdiagnosed with terminal brain condition in utero left fate 'in God's hands'*, <https://www.foxnews.com/health/parents-of-baby-misdiagnosed-with-terminal-brain-condition-in-utero-left-fate-in-gods-hands>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Hospicjum.lublin.pl, *Hospicja perinatalne w Polsce*, <https://hospicjum.lublin.pl/index.php/hospicjum-perinatalne/hospicja-perinatalne-w-polsce/>, dostęp: 28 stycznia 2021 r.

- » Kain E., *Still Pregnant: My Miscarriage Was Misdiagnosed*, <https://health.com/condition/pregnancy/still-pregnant-my-miscarriage-was-misdiagnosed>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Komenda Wojewódzka Policji w Kielcach, *Podjeżrzeni o wyludzenie kilku milionów z NFZ-u*, <https://www.policja.pl/pol/aktualnosci/191241,Podjeżrzeni-o-wyludzenie-kilku-milionow-z-NFZ-u.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie, *Zarzuty za fałszowanie dokumentacji i wyludzenia z NFZ*, <https://www.policja.pl/pol/aktualnosci/102668,Zarzuty-za-falszowanie-dokumentacji-i-wyludzenia-z-NFZ.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Kowalska K., *Lekarze rejestrują fikcyjne wizyty i wyludzają pieniądze z NFZ*, <https://www.rp.pl/Lekarze-i-pielegniarki/302289930-Lekarze-rejestruja-fikcyjne-wizyty-i-wyludzaja-pieniadze-z-NFZ.html>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Majak K., *Lekarz zalecił jej aborcję, bo dziecko miało umrzeć. Poszła do prof. Bogdana Chazana. Cóрка urodziła się zdrowa*, <https://natemat.pl/106231,lekarz-zalecil-jej-aborcje-bo-dziecko-mialo-umrzec-poszla-do-prof-bogdana-chazana-corka-urodzila-sie-zdrowa-wywiad>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Majewska M., *UCK WUM: Transport „in utero” i wszczepienie stymulatora serca u 30-tygodniowego wcześniaka*, <https://pulsmedycyny.pl/uck-wum-transport-in-utero-i-wszczepienie-stymulatora-serca-u-30-tygodniowego-wczesniaka-997942>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » NBC News, *Prenatal Tests Have High Failure Rate, Triggering Abortions*, <https://www.nbcnews.com/health/womens-health/prenatal-tests-have-high-failure-rate-triggering-abortions-n267301>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » NFZ.gov.pl, *Informator o zawartych umowach*, <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Nieckuła E., *Tak ratuje się nienarodzonych pacjentów. Operacje w łonie matki*, <https://www.focusnauka.pl/artukul/tak-ratuje-si-nienarodzonych-pacjentw-operacje-w-onie-matki>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Niesłuchowska A., *Rozmowa z dr n. med. Marzeną Dębską, specjalistką w zakresie położnictwa i ginekologii, ultrasonografii i diagnostyki prenatalnej, ze Szpitala Bielańskiego w Warszawie*, <https://swiatlekarza.pl/zabiegi-wewnatrzmaciczne>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Notatki na mankietach, *Posłowie do czarnego protestu*, <https://futrzak.wordpress.com/2016/10/04/poslowie-do-czarnego-protestu/>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Pacjent.gov.pl, *Program badań prenatalnych*, <https://pacjent.gov.pl/program-program-profilaktyczny/program-badan-prenatalnych>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Rumińska M., *Lekarze doradzali aborcję. Dziecko urodziło się zdrowe*, <https://parenting.pl/lekarze-doradzali-aborcje-dziecko-urodzilo-sie-zdrowe>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.

- » Salawa A., „*Wielu specjalistów namawiało mnie na zakończenie ciąży...*”, <https://pl.aleteia.org/2017/08/25/te-dzieci-urodzily-sie-wbrew-smiertelnej-diagnozie-lekarzy>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » Sonographer, Mr C, Radiologist, Dr B, District Health Board, *A Report by the Health and Disability Commissioner, Case 15HDC00881*, <https://hdc.org.nz/media/4448/15hdc00881.pdf>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.
- » The Christian Institute, *Healthy baby aborted after misdiagnosis*, <https://christian.org.uk/news/healthy-baby-aborted-after-misdiagnosis>, dostęp: 28 stycznia 2022 r.



Audit of abortifacient life termination: What infringements do the Constitutional Court's judgment ref. no. K 1/20 reply to?

Keywords: eugenic abortion, Down syndrome, Turner syndrome, somatic defects, lethal defects, misdiagnosis, prenatal medicine, medical documentation concerning abortion

Abstract

The purpose of this study is to show the immorality of the eugenic abortion procedure, its obvious non-compliance with the Constitution of the Republic of Poland, confirmed by the judgment of the Constitutional Tribunal in 2020, as well as the need to remove this premise of admissibility of abortion, resulting from the real possibility of its abuse. The system of reporting on the reasons for abortions performed in Polish hospitals was found to be defective, including lack of transparency. Until 2017, the public did not have the opportunity to know the list of conditions that the staff of a given hospital considered the basis for the decision to kill a given child. Despite significant improvements in this area, access to this data is still hampered in many ways. This situation indicates an urgent need to conduct a specific abortion audit and verify medical records after 1993 in order to check whether the law allowing abortion as an exception to the general principle of protection of life in Poland was not abused in practice.