



© 2022 Laura Noel/CARE



## **Badanie barier w dostępie do informacji, produktów i świadczeń związanych z planowaniem rodziny wśród ukraińskich uchodźczyń i w społecznościach je przyjmujących w Polsce**

**Wnioski z badania przeprowadzonego metodami mieszanymi w  
celu opracowania programów pomocy w formie gotówki i  
bonów**

**Luty 2025 r.**

Celem działań The Women's Refugee Commission (WRC) jest poprawa jakości życia i ochrona praw kobiet, dzieci, młodzieży i innych osób, które są często pomijane, niedoceniane i zaniedbywane w działaniach humanitarnych podejmowanych w odpowiedzi na kryzysy i wysiedlenia. Współpracujemy ze społecznościami wysiedlonymi, aby badać ich potrzeby, identyfikować rozwiązania i lobbować za uwzględniającą kwestię płci, trwałą poprawą polityki i praktyki w zakresie pomocy humanitarnej, wsparcia rozwojowego i wysiedleń. Od momentu założenia w 1989 roku jesteśmy wiodącym ekspertem w zakresie potrzeb kobiet, dzieci i młodzieży będących uchodźcami oraz strategii politycznych, które mogą je chronić i wzmacniać ich pozycję. [www.womensrefugeecommission.org](http://www.womensrefugeecommission.org).

CARE, założona w 1945 roku wraz z utworzeniem CARE Package®, to wiodąca organizacja humanitarna walcząca z ubóstwem na świecie. CARE ma ponad siedem dekad doświadczenia w dostarczaniu pomocy w sytuacjach kryzysowych. Nasze działania koncentrują się na potrzebach najbardziej narażonych grup ludności, w szczególności dziewcząt i kobiet. CARE działa na całym świecie, aby ratować życie, pokonać ubóstwo i osiągnąć sprawiedliwość społeczną. Więcej informacji znaleźć można na stronie [www.care.org](http://www.care.org).

Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny FEDERA (wcześniej Federacja) jest organizacją pozarządową walczącą o zdrowie i prawa reprodukcyjne. Powstała w 1991 roku w wyniku porozumienia pięciu organizacji – Ligi Kobiet Polskich, Polskiego Stowarzyszenia Feministycznego, Stowarzyszenia Pro Femina, Stowarzyszenia na rzecz Państwa Neutralnego Ideologicznie „Neutrum” oraz Stowarzyszenia Dziewcząt i Kobiet Chrześcijańskich YWCA Polska. W 1999 roku Federacja uzyskała specjalny status konsultacyjny przy Radzie Gospodarczej i Społecznej ONZ (ECOSOC). FEDERA od ponad 30 lat aktywnie walczy o równe szanse dla kobiet i mężczyzn, chroniąc prawo do świadomego rodzicielstwa, które obejmuje dostęp do antykoncepcji, kompleksowej i opartej na danych naukowych edukacji na temat ludzkiej seksualności, prawo do wysokiej jakości diagnostyki prenatalnej i opieki nad płodem oraz prawo do legalnej i bezpiecznej aborcji. [www.federa.org.pl](http://www.federa.org.pl)

Oddział ds. Globalnego Zdrowia Publicznego w Sytuacjach Kryzysowych w Centers for Disease Control and Prevention w USA zapewnia pomoc ludziom dotkniętym złożonymi kryzysami humanitarnymi, takimi jak wojna, głód, konflikty społeczne, klęski żywiołowe, ludobójstwo i wysiedlenia. Nasi eksperci ds. zdrowia w kryzysach humanitarnych zapewniają wsparcie w różnych kwestiach, w tym w zakresie żywienia w sytuacjach kryzysowych, chorób zakaźnych, chorób, którym można zapobiegać za pomocą szczepionek, zdrowia matki i dziecka, zdrowia psychicznego, chorób niezakaźnych oraz zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Działania we wszystkich tych obszarach tematycznych są oparte na wiedzy specjalistycznej w zakresie nadzoru, ocen, mapowania cyfrowego i koordynacji. Więcej informacji znaleźć można na stronie [Emergency Response and Recovery | Division of Global Health Protection | Global Health | CDC](https://www.cdc.gov/emergencies/division-of-global-health-protection/)

### Podziękowania

Pracami nad niniejszym raportem kierowała Aditi Bhanja z The Women's Refugee Commission, przy wsparciu Paoli Castiati z CARE International i Adama Mielczarka z Kantar Public. Raport został zrecenzowany przez Karolinę Maciorowską z CARE Polska, Allison Prather z CARE International, Michelle Hynes, Hasnę Zainul i Margaret Bonacci z Centers for Disease Control and Prevention, Antoninę Lewandowską z Federy oraz Lily Jacobi, Julianne Deitch, Avę McLaughlin Gagliardi, Susannah Friedman i Melanie Nezer z The Women's Refugee Commission. Szczególny wkład w projekt wniosła Aleksandra Perczyńska z CARE Polska. Niniejszy raport został zredagowany przez Dianę Quick z The Women's Refugee Commission.

Analizę danych jakościowych przeprowadziły Aditi Bhanja, Ava McLaughlin Gagliardi, Lily Jacobi z The Women's Refugee Commission oraz Michelle Hynes, Margaret Bonacci, Hasna Zainul, Aly Drame i Daryn Ellison z Center for Disease Control and Prevention.

Składamy najserdeczniejsze podziękowania Ukrainkom i Polkom, które wzięły udział w tym badaniu i podzieliły się z nami swoimi historiami. Dziękujemy również naszemu lokalnemu personelowi badawczemu, Kamili Zacharuk-

Łukaszewskiej, Soni Styrkacz oraz Niezależnym Konsultantom Opinii 24. Pragniemy również podziękować Fundacji w Stronę Dialogu za dotarcie do społeczności romskiej we wczesnych fazach tego projektu.

Projekt ten został wsparty przez Centers for Disease Control and Prevention przy Departamencie Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych (HHS) w ramach pomocy finansowej o łącznej wartości 518 169 USD, w 100% finansowanej przez CDC/HHS. Niniejsza publikacja zawiera treści autora (autorów) i niekoniecznie reprezentuje oficjalne poglądy CDC/HHS lub rządu USA.

Aby uzyskać więcej informacji lub odpowiedzi na pytania dotyczące przedstawionej tu pracy, prosimy kontaktować się z: Aditi Bhanja, Doradczynią ds. badań, równość płci i włączenia społecznego, pod adresem [aditib@wrcommission.org](mailto:aditib@wrcommission.org).

Sugerowany sposób cytowania: Bhanja, Aditi. „Badanie barier w dostępie do informacji, produktów i świadczeń związanych z planowaniem rodziny wśród ukraińskich uchodźczyń i społecznościach je przyjmujących w Polsce”, Women’s Refugee Commission, 15 sierpnia 2024 r.

© 2024 Women’s Refugee Commission, Inc.

### **Women’s Refugee**

**Commission** 15 West 37th  
Street, 9th Floor New York, NY  
10018

+ 1 212 551 3115

[info@wrcommission.org](mailto:info@wrcommission.org)

[womensrefugeecommission.org](http://womensrefugeecommission.org)

## **Akronimy i inne skróty**

|                |                                                                                                                                                      |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COC</b>     | Złożone doustne tabletki antykoncepcyjne (combined oral contraceptive pills)                                                                         |
| <b>CVA</b>     | Pomoc w formie gotówki i bonów (cash and voucher assistance)                                                                                         |
| <b>ECP</b>     | Tabletki antykoncepcji awaryjnej (emergency contraceptive pills)                                                                                     |
| <b>FP</b>      | Planowanie rodziny (family planning)                                                                                                                 |
| <b>IUD</b>     | Wkładka wewnątrzmaciczna (intrauterine device)                                                                                                       |
| <b>NGO</b>     | Organizacja pozarządowa (nongovernmental organization)                                                                                               |
| <b>OCP</b>     | Doustne tabletki antykoncepcyjne (oral contraceptive pills)                                                                                          |
| <b>PLN</b>     | Złoty polski                                                                                                                                         |
| <b>POP</b>     | Tabletki zawierające wyłącznie progestagen (progestin-only pills)                                                                                    |
| <b>SOGIESC</b> | Orientacja seksualna, tożsamość i ekspresja płciowa oraz cechy płciowe (sexual orientation, gender identity and expression, and sex characteristics) |
| <b>SRH</b>     | Zdrowie seksualne i reprodukcyjne (sexual and reproductive health)                                                                                   |
| <b>SRHR</b>    | Zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne (sexual and reproductive health and rights)                                                                |
| <b>USD</b>     | Dolar amerykański                                                                                                                                    |

## Spis treści

|                                                                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Podziękowania .....                                                                                                                                         | 2  |
| Akronimy i inne skróty.....                                                                                                                                 | 3  |
| Wprowadzenie.....                                                                                                                                           | 6  |
| Kontekst oceny.....                                                                                                                                         | 7  |
| Metodologia .....                                                                                                                                           | 10 |
| Cele .....                                                                                                                                                  | 10 |
| Wybór lokalizacji.....                                                                                                                                      | 10 |
| Kwestie etyczne .....                                                                                                                                       | 11 |
| Gromadzenie danych.....                                                                                                                                     | 11 |
| Tabela 1. Charakterystyka demograficzna respondentów na potrzeby oceny barier rynkowych i FP .....                                                          | 12 |
| Analiza danych.....                                                                                                                                         | 13 |
| Wyniki .....                                                                                                                                                | 13 |
| Zapewnianie świadczeń w zakresie planowania rodziny w Polsce: perspektywy świadczeniodawców .....                                                           | 13 |
| Proces uzyskiwania świadczeń w zakresie planowania rodziny w Polsce.....                                                                                    | 13 |
| Tabela 2. Liczba wizyt zalecanych przez lekarzy w celu przepisania środków antykoncepcyjnych, w podziale według metody (N=37) .....                         | 14 |
| Dostępność świadczeń i metod planowania rodziny.....                                                                                                        | 15 |
| Dostępność wizyt związanych z planowaniem rodziny w Warszawie i Polsce wschodniej.....                                                                      | 15 |
| Dostępność metod planowania rodziny .....                                                                                                                   | 16 |
| Koszt świadczeń planowania rodziny .....                                                                                                                    | 16 |
| Tabela 3. Średnia cena badania lekarskiego według rodzaju badania, w Warszawie i miastach Polski wschodniej, podana przez lekarzy ginekologów (N= 37) ..... | 17 |
| Koszt metod planowania rodziny.....                                                                                                                         | 18 |
| Tabela 4. Ceny środków antykoncepcyjnych w Polsce w podziale na metody, podane przez farmaceutów (N=37).....                                                | 18 |
| Tabela 5. Minimalne i średnie ceny środków antykoncepcyjnych w Warszawie i Przemyślu w podziale na metody, .....                                            | 19 |
| według aptek internetowych, lipiec 2023 r.....                                                                                                              | 19 |
| Przystępność cenowa planowania rodziny w Polsce .....                                                                                                       | 20 |
| Jakość świadczeń i metod planowania rodziny.....                                                                                                            | 20 |
| Praca z uchodźczyniami z Ukrainy .....                                                                                                                      | 20 |
| Praca z osobami z niepełnosprawnościami .....                                                                                                               | 20 |
| Praca z dorastającymi dziewczętami.....                                                                                                                     | 21 |
| Praca ze społecznościami romskimi.....                                                                                                                      | 21 |
| Praca z osobami o różnicowanej orientacji seksualnej, tożsamości i ekspresji płciowej .....                                                                 | 22 |
| oraz cechach płciowych (SOGIESC).....                                                                                                                       | 22 |
| Wykorzystanie planowania rodziny: perspektywy ukraińskich uchodźczyń oraz polskiej społeczności przyjmującej .....                                          | 22 |
| Czynniki po stronie podaży .....                                                                                                                            | 23 |
| Czynniki związane z popytem .....                                                                                                                           | 28 |
| Mechanizmy radzenia sobie z barierami w planowaniu rodziny .....                                                                                            | 31 |
| Pomoc w formie gotówki i bonów na planowanie rodziny .....                                                                                                  | 33 |
| Dostęp do instytucji finansowych i trudności finansowe.....                                                                                                 | 33 |
| Podejmowanie decyzji finansowych w gospodarstwie domowym .....                                                                                              | 34 |
| Projektowanie pomocy w formie gotówki i bonów na planowanie rodziny: perspektywa świadczeniodawców .....                                                    | 35 |

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Projektowanie pomocy w formie gotówki i bonów na planowanie rodziny: perspektywa klientek..... | 35 |
| Preferowane metody realizacji CVA .....                                                        | 36 |
| Zalecenia dotyczące tworzenia programów CVA w zakresie FP.....                                 | 36 |
| Omówienie.....                                                                                 | 39 |
| Pomoc w formie gotówki i bonów na planowanie rodziny w Polsce.....                             | 41 |
| Wyzwania i ograniczenia .....                                                                  | 42 |
| Podsumowanie .....                                                                             | 42 |
| Bibliografia .....                                                                             | 44 |
| Załączniki .....                                                                               | 46 |
| Załącznik nr 1: Dostępność i koszt świadczeń – dane z analizy dokumentacji .....               | 46 |
| Załącznik nr 2: Dostępność metod antykoncepcji .....                                           | 48 |

## Wprowadzenie

**W sytuacjach kryzysowych świadczenia w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego (ang. sexual and reproductive health, SRH), w tym planowania rodziny (family planning, FP), ratują życie i są standardem opieki. Minimalny Początkowy Pakiet Świadczeń (Minimum Initial Service Package, MISP) dla SRH – globalny standard reagowania w obszarze SRH w sytuacjach kryzysowych – obejmuje sześć celów, w tym zapobieganie niezamierzonym ciążom. Osoby dotknięte kryzysem chcą i potrzebują dostępu do FP, ale świadczenia w zakresie FP w miejscach dotkniętych kryzysem są ograniczone, a dostęp do nich nierówny<sup>1</sup>. Potrzeby w zakresie SRH uchodźczyń w każdym wieku, w tym nastolatek i osób z niepełnosprawnościami, nie są zaspokajane w krajach przyjmujących; osoby te napotykały poważne bariery w dostępie do świadczeń SRH, w tym FP<sup>2</sup>.**

Uchodźczynie nierzadko mierzą się z barierami finansowymi, które utrudniają dostęp do świadczeń zdrowotnych, mimo że świadczenia te są często przewidziane jako dostępne bezpłatnie w ramach pomocy humanitarnej<sup>3</sup>. Bariery finansowe mogą obejmować koszty transportu lub opieki nad dziećmi, bądź też koszty poniesione w związku z uzyskaniem świadczeń za pośrednictwem aptek i placówek sektora prywatnego, ponieważ krajowe systemy opieki zdrowotnej dostosowują się do gwałtownego wzrostu popytu w miarę napływu większej liczby uchodźców do kraju. Pokonywanie barier finansowych może być szczególnie trudne dla uchodźców i przesiedleńców, ponieważ często stosują się do nich ograniczenia co do miejsca i sposobu wykonywania pracy. Restrykcyjna polityka w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego, taka jak w Polsce, może potęgować bariery finansowe w dostępie do świadczeń, powodując powstawanie dodatkowych przeszkód w dostępie i wymagając większych nakładów czasu i pieniędzy.

Aby zaspokoić potrzeby w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz spełnić prawa przesiedlonych i dotkniętych kryzysem kobiet i dziewcząt w wieku rozrodczym, niezwykle ważne jest wzmocnienie świadczeń FP i pilotowanie innowacyjnych podejść do poprawy możliwości oferowania świadczeń FP i ich dostępności w kontekście pomocy humanitarnej, na przykład poprzez zapewnienie pomocy w formie gotówki i bonów (cash and voucher assistance, CVA) w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego. CVA na cele zdrowotne, zgodnie z definicją Cash Learning Partnership (CALP) Network, to „CVA, która jest powiązana z konkretnym beneficjentem lub beneficjentami potrzebującymi konkretnej opieki zdrowotnej i która ma zaradzić przeszkodom, jakie napotykały podczas uzyskiwania dostępu do tej opieki, jednocześnie zachęcając ich do korzystania ze świadczeń i przestrzegania zaleceń lekarskich”<sup>4</sup>. Pomimo globalnych zobowiązań do zwiększenia wykorzystania CVA w kontekście pomocy humanitarnej oraz dowodów wskazujących na skuteczność stosowania CVA w sektorach takich jak bezpieczeństwo żywnościowe, sektor zdrowia – a zwłaszcza SRH – pozostaje w tyle<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Sarah Rich i Lily Jacobi, 2021, „Contraceptive Services in Humanitarian Settings and in the Humanitarian-Development Nexus: Summary of Gaps and Recommendations from a State-of-the-Field Landscaping Assessment.” Women’s Refugee Commission. [https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2021/03/FP-In-Humanitarian-Settings-In-The-Humanitarian-Development-Nexus\\_Summary.pdf](https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2021/03/FP-In-Humanitarian-Settings-In-The-Humanitarian-Development-Nexus_Summary.pdf).

<sup>2</sup> „Center and Partners Call on Europe and Broader International Community to Address the Sexual and Reproductive Health Needs of Women and Girls Impacted by the Conflict in Ukraine”, 2022, Center for Reproductive Rights, 16 marca 2022 r. <https://reproductiverights.org/ukraine-call-to-action/>; Levy, Max G. 2022, „The War in Ukraine Is a Reproductive Health Crisis for Millions”, Wired, 16 marca 2022 r. <https://www.wired.com/story/the-war-in-ukraine-is-a-reproductive-health-crisis-for-millions/>; Kismödi, Eszter, i Emma Pitchforth, 2022, „Sexual and Reproductive Health, Rights and Justice in the War against Ukraine 2022”, Sexual and Reproductive Health Matters 30 (1): 2052459. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2052459>.

<sup>3</sup> <https://airbel.rescue.org/studies/generating-evidence-for-the-use-of-cash-relief-for-health-outcomes/>

<sup>4</sup> Anna Gorter i Corinne Grainger, 2021, „A ‘Stocktake’ of CVA for Health Outcomes in the MENA Region Moving from Evidence to Practice”. CaLP: The Cash Learning Partnership. <https://www.calpnetwork.org/wp-content/uploads/2021/06/CaLP-CVA-for-Health-Outcomes.pdf>.

<sup>5</sup> „The State of the World’s Cash 2023: An Insightful and Authoritative Analysis of Humanitarian Cash and Voucher Assistance Worldwide”. 2023. CaLP: The Cash Learning Partnership. <https://www.calpnetwork.org/wp-content/uploads/2023/11/The-State-of-the-Worlds-Cash-2023-1.pdf>., “Evidence and Feasibility of Cash and Voucher Assistance for Sexual and Reproductive Health Services in Humanitarian Emergencies”, 2020, Royal Tropical Institute, Amsterdam. <https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2020/11/CVA-for-SRH-in-Humanitarian-Settings-Literature-Review.pdf>.

Wstępne dane dotyczące włączania CVA do programów SRH wskazują na pozytywne wyniki; ustalono, że CVA ma potencjał wspierania korzystania ze świadczeń, w tym FP<sup>6</sup>. Zgromadzone dane pokazują również, że włączenie CVA do programów SRH może pomóc pokonać finansowe przeszkody w dostępie do świadczeń, na przykład opłaty dla użytkowników czy koszty związane z transportem do placówek służby zdrowia w krajach przyjmujących uchodźców<sup>7</sup>. Ukierunkowane interwencje CVA mogą potencjalnie prowadzić do poprawy wyników w obszarze SRH, w tym obniżenia wskaźników niezamierzonej ciąży oraz śmierci i niepełnosprawności matek i noworodków. Do tej pory CVA w obszarze SRH koncentrowano głównie na świadczeniach zdrowotnych dla matek, zaś pomijano FP. Przegląd literatury z 2020 r. dotyczący bieżących interwencji CVA w zakresie SRH w kontekście pomocy humanitarnej wykazał, że z 28 badań lub interwencji tylko sześć było ukierunkowanych na wyniki związane z FP, przy czym tylko dwa wyłącznie na nie<sup>8</sup>.

Aby programy CVA w obszarze SRH były skuteczne, muszą zostać starannie dostosowane do kontekstu – uwzględniać konkretne możliwości, ograniczenia i uwarunkowania w danym otoczeniu, a także zapewniać dostępność dla różnych członków docelowych społeczności. Od maja 2023 r. do stycznia 2024 r. Oddział ds. Globalnego Zdrowia Publicznego w Sytuacjach Kryzysowych w Centers for Disease Control and Prevention (CDC), CARE International, CARE Polska i The Women's Refugee Commission (WRC), we współpracy z Federą, przeprowadziły badanie metodami mieszanymi w celu zrozumienia potrzeb w zakresie FP uchodźczyń z Ukrainy świeżo przybyłych do Polski oraz oceny możliwości wykorzystania CVA do wspierania dostępu do świadczeń FP. Ustalenia zawarte w niniejszym raporcie, oparte na danych zebranych w ramach oceny rynku świadczeń i metod FP oraz oceny barier w dostępie do FP wśród uchodźczyń z Ukrainy i kobiet z polskich społeczności je przyjmujących, mają stanowić podstawę dla projektowania, koordynacji i finansowania przyszłych programów CVA w obszarze SRH, w szczególności zapewniania świadczeń FP, w ramach odpowiedzi Polski na obecność uchodźców.

## Kontekst oceny

Od czasu rozpoczęcia ofensywy wojskowej Federacji Rosyjskiej w lutym 2022 r. ponad 6 milionów ludzi uciekło z Ukrainy, a 1,8 miliona szukało tymczasowej ochrony w Polsce (stan na sierpień 2024 r.)<sup>9</sup>. W odpowiedzi na znaczny wzrost liczby ukraińskich uchodźców przybywających do Polski, w marcu 2022 r. polski parlament uchwalił Ustawę o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa<sup>10</sup>. Ustawa ta umożliwia Ukraińcom legalny pobyt w Polsce; okres ochrony, choć przewidziany jako tymczasowy, jest regularnie przedłużany przez polski rząd w reakcji na nadal trwającą wojnę. Jednak prawa i świadczenia dla ukraińskich uchodźców mogą zostać cofnięte, jeśli opuszczą Polskę na dłużej niż 30 dni, a Ukraińcy, którzy mieszkali w Polsce przed eskalacją konfliktu w 2022 roku, nie kwalifikują się do takiej samej ochrony. Zgodnie z tą ustawą ukraińscy uchodźcy mają prawo do pracy i dostępu do świadczeń socjalnych, w tym świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), na równi z obywatelami polskimi.

Usługi z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego są dostępne w Polsce zarówno w ramach państwowego, jak i prywatnego systemu opieki zdrowotnej. Polski publiczny system opieki zdrowotnej jest finansowany i

<sup>6</sup> „Evidence and Feasibility of Cash and Voucher Assistance for Sexual and Reproductive Health Services in Humanitarian Emergencies”, 2020, Royal Tropical Institute, Amsterdam. <https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2020/11/CVA-for-SRH-in-Humanitarian-Settings-Literature-Review.pdf>.

<sup>7</sup> „The State of the World's Cash 2023: An Insightful and Authoritative Analysis of Humanitarian Cash and Voucher Assistance Worldwide”, 2023, CaLP: The Cash Learning Partnership. <https://www.cल्पnetwork.org/wp-content/uploads/2023/11/The-State-of-the-Worlds-Cash-2023-1.pdf>

<sup>8</sup> „Evidence and Feasibility of Cash and Voucher Assistance for Sexual and Reproductive Health Services in Humanitarian Emergencies”, 2020. Royal Tropical Institute, Amsterdam. <https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2020/11/CVA-for-SRH-in-Humanitarian-Settings-Literature-Review.pdf>.

<sup>9</sup> „Ukraine Refugee Situation”, b.d. Portal danych operacyjnych UNHCR. <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>.

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium państwa. Dziennik Ustaw z 2022 r. <https://www.gov.pl/attachment/fd791ffb-c02b-4e99-b710-e8ed3a9a821b>.

organizowany przez instytucję finansowaną ze środków publicznych o nazwie Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), która zapewnia świadczenia opieki zdrowotnej dla obywateli i prawie wszystkich innych mieszkańców Polski<sup>11</sup>. Ministerstwo Zdrowia określa, które świadczenia są gwarantowane i które leki lub wyroby medyczne są refundowane, a do skorzystania z opieki ginekologów i położników nie jest konieczne skierowanie. Prywatny system opieki zdrowotnej działa na zasadach komercyjnych równoległe do systemu publicznego. Usługi są płatne, ale prywatne przychodnie są uważane za ważne uzupełnienie publicznego systemu opieki zdrowotnej, który charakteryzuje się długimi czasami oczekiwania<sup>12</sup>. Istnienie takiego podwójnego systemu jest przyczyną podziałów w dostępności opieki zdrowotnej z przyczyn ekonomicznych, ponieważ koszty świadczeń prywatnych są często wysokie<sup>13</sup>.

Polska ma jedną z najbardziej restrykcyjnych w Europie polityk w zakresie praw i zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego<sup>14</sup>. Dostęp do aborcji w Polsce jest od ponad trzech dekad bardzo ograniczony. Obecnie legalną aborcję można uzyskać w ramach systemu opieki zdrowotnej tylko wtedy, gdy kontynuacja ciąży zagraża zdrowiu lub życiu ciężarnej lub gdy ciąża jest wynikiem przestępstwa<sup>15</sup>. Prawo zezwala również lekarzom w Polsce na stosowanie klauzuli sumienia w odniesieniu do świadczenia opieki zdrowotnej, które nie jest zgodne z ich osobistymi przekonaniami, ale tylko w przypadkach, w których świadczenie takie nie ratuje życia<sup>16</sup>. Chociaż rząd nie gromadzi i nie podaje danych na temat częstości przypadków powołania się na klauzulę sumienia, istnieją udokumentowane przypadki, w których lekarze odmawiają świadczeń w zakresie FP ze względu na swoje przekonania religijne<sup>17</sup>. Farmaceuci w Polsce nie mają takiego samego prawa do korzystania z klauzuli sumienia<sup>18</sup>, brakuje jednak polityki, która wymagałaby od aptek realizowania świadczeń w zakresie FP. Wyjątek ten doprowadził do powstania sieci „apteki pro-life” prowadzonych przez członków Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski, które nie oferują świadczeń FP<sup>19</sup>. Z drugiej strony, w Polsce są lekarze, którzy dążą do poszerzenia dostępu do świadczeń FP poprzez udzielanie konsultacji i wypisywanie recept za pośrednictwem telemedycyny. Chociaż te świadczenia telemedyczne są ogólnie dostępne w ramach prywatnego systemu opieki zdrowotnej i są płatne, niektóre kliniki świadczą takie usługi pro bono<sup>20</sup>.

Aby uzyskać dostęp do jakiegokolwiek metody FP innej niż metody barierowe, takie jak prezerwatywy, klientki muszą dostać receptę od lekarza<sup>21</sup>. Polskie wytyczne dotyczące opieki zdrowotnej wskazują, że klientka powinna skonsultować się z ginekologiem przed uzyskaniem recepty na FP. Recepty mogą być przedłużane o 60 dni przez

<sup>11</sup> Adam Kozierkiewicz, Wojciech Trąbka, Artur Romaszewski, Krzysztof Gajda i Dariusz Gilewski. Definition of the „health benefit basket” in Poland. Eur J Health Econ. 2005 Dec;Suppl(Suppl 1):58-65. doi: 10.1007/s10198-005-0320-3. PMID: 16258749, PMCID: PMC1388086, „Healthcare in Poland”, b.d. Welcome Point, Uniwersytet Warszawski. <https://welcome.uw.edu.pl/healthcare-in-poland/>.

<sup>12</sup> Małgorzata Darmas i Julia Wygnańska, 2015, „Monitoring dostępności do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ w Polsce”, Fundacja Rodzić po Ludzku, <https://rodzicpoludku.pl/raporty/raport-monitoring-dostepnosci-do-uslug-ginekologiczno-poloznicznych-w-ramach-nfz-w-polsce/>.

<sup>13</sup> Krystyna Dzwonkowska-Godula, 2019, „The phenomenon of social inequalities in the area of reproductive rights in Poland – selected issues”, Przegląd Socjologiczny 68 (2): 133–57. <https://doi.org/10.26485/PS/2019/68.2/6>.

<sup>14</sup> „European Abortion Laws: A Comparative Overview”, 2023, Center For Reproductive Rights. <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2023/09/European-Abortion-Laws-A-Comparative-Overview-new-9-13-23.pdf>, European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights. b.d. “European Contraception Policy Atlas – Poland.” <https://www.epfweb.org/node/745>.

<sup>15</sup> Obejmuje to uszkodzenie płodu lub ciąży w wyniku czynu zabronionego, takiego jak gwałt lub kazirodztwo, Katarzyna K Borkowska, Ewa M. Guzik-Makaruk, i Emil W. Pływaczewski, 2023, „Wokół problematyki karalności przerywania ciąży w Polsce”, Prawo w Działaniu, nr 53, 7–19. <https://doi.org/10.32041/pwd.5301>.

<sup>16</sup> Justyna Czekajewska, Dariusz Walkowiak i Jan Domaradzki, 2022, „Attitudes of Polish Physicians, Nurses and Pharmacists towards the Ethical and Legal Aspects of the Conscience Clause”, BMC Medical Ethics 23 (1): 107. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00846-0>.

<sup>17</sup> FEDERA Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. 2020. „Interpelacja ws. nadużywania klauzuli sumienia – odpowiedź i omówienie”, 27 marca 2020 r., <https://federa.org.pl/interpelacja-klauzula-sumienia/>, Catherine Zdanowicz. 2019. „Podkarpacie z pełnym zakazem aborcji?” 12 lutego 2019. <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1781782,1.podkarpacie-z-peelnym-zakazem-aborcji.read>.

<sup>18</sup> Justyna Czekajewska, Dariusz Walkowiak i Jan Domaradzki. 2022. „Attitudes of Polish Physicians, Nurses and Pharmacists towards the Ethical and Legal Aspects of the Conscience Clause”, BMC Medical Ethics 23 (1): 107. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00846-0>.

<sup>19</sup> Krystyna Dzwonkowska-Godula. 2019. „The phenomenon of social inequalities in the area of reproductive rights in Poland – selected issues”, Przegląd Socjologiczny 68 (2): 133–57. <https://doi.org/10.26485/PS/2019/68.2/6>.

<sup>20</sup> Przykładowe adresy: <https://federa.org.pl/>, <https://fundacjajeszcze.com.pl/szukam-pomocy/pilna-pomoc/>, <https://jaroslawgornicki.pl/ellaone/>

<sup>21</sup> USTAWA z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dziennik Ustaw z 2008 r., nr 45, poz. 271. <https://www.gif.gov.pl/download/3/5000/pharmaceuticallaw-june2009.pdf>, Europejskie Forum Parlamentarne na rzecz Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych. b.d. „European Contraception Policy Atlas – Poland”, <https://www.epfweb.org/node/745>.

pielęgniarki i o maksymalnie 180 dni przez farmaceutów. Jednak nawet w takiej sytuacji klientka musiałaby umawiać się na wizyty w celu otrzymania recepty na FP co sześć miesięcy. W ramach NFZ pokrywane są koszty świadczeń FP, w tym koszty zakładania i usuwania wkładek wewnątrzmacicznych (intra-uterine device, IUD) oraz implantów. W praktyce nie wszystkie publiczne placówki opieki zdrowotnej oferują te świadczenia<sup>22</sup>. Jednakże koszty metod FP nie są refundowane w ramach NFZ, z wyjątkiem kilku marek złożonych doustnych środków antykoncepcyjnych (combined oral contraceptives, COC), które są częściowo refundowane<sup>23</sup>. Metody barierowe, takie jak prezerwatywy, są dostępne bez recepty.

Z kolei w Ukrainie aborcja jest dostępna na żądanie do 12. tygodnia ciąży, a niektóre hormonalne metody antykoncepcji nie wymagają recepty<sup>24</sup>. Przed kryzysem, w 2021 roku, 44,2% wszystkich kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) w Ukrainie stosowało nowoczesne metody antykoncepcji<sup>25</sup>. Ukraińskie kobiety i dziewczęta, które przybyły do Polski, potrzebują stałego dostępu do wysokiej jakości świadczeń SRH, w tym FP. Tymczasem zgromadzone dane pokazują, że otoczenie prawne i polityczne w Polsce ograniczyło dostęp do świadczeń w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego dla ukraińskich uchodźczyń<sup>26</sup>.

<sup>22</sup> FEDERA Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, 2022, „Które warszawskie przychodnie zakładają/usuwają wkładki antykoncepcyjne na NFZ? Baza placówek do pobrania”, 23 maja 2022. <https://federa.org.pl/wladki-na-nfz-warszawa/>.

<sup>23</sup> FEDERA Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, 2020, „Interpelacja ws. refundacji antykoncepcji – odpowiedź i omówienie”, 1 kwietnia 2020. <https://federa.org.pl/interpelacja-refundacja-antykoncepcji/>, Częściowa refundacja jest przewidziana dla: Levomine, Microgynon 21, Rigevidon, Stediril 30.

<sup>24</sup> „European Abortion Laws: A Comparative Overview”, 2023, Center For Reproductive Rights. <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2023/09/European-Abortion-Laws-A-Comparative-Overview-new-9-13-23.pdf>.

<sup>25</sup> Track20. b.d. „Ukraine – Projected Trends in mCPR”, <https://www.track20.org/Ukraine>.

<sup>26</sup> Center for Reproductive Rights (2023). Care in Crisis: Failures to Guarantee the Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugees from Ukraine in Hungary, Poland, Romania and Slovakia. <https://reproductiverights.org/ukraine-report-care-in-crisis/>.

# Metodologia

## Cele

Badanie miało na celu zrozumienie potrzeb nowo przybyłych ukraińskich uchodźczyń w Polsce w zakresie FP oraz ocenę możliwości wykorzystania CVA do wspierania dostępu do świadczeń FP; dostarczone przez nie dane mają być podstawą opracowania, koordynacji i finansowania przyszłych programów CVA w obszarze SRH, w szczególności zapewniania świadczeń FP, w ramach polskich reakcji na obecność uchodźców.

Aby uchwycić zarówno sytuację rynkową, jak i bariery dla FP, badanie zostało przeprowadzone w dwóch fazach. Pierwszym etapem była ocena rynku FP, która miała na celu zobrazowanie rynku świadczeń i produktów FP w Polsce, w tym:

- bezpośrednich i pośrednich kosztów związanych z uzyskaniem świadczeń i produktów FP,
- dostępności produktów,
- jakości świadczeń i produktów FP w dwóch lokalizacjach docelowych (Warszawa i Przemyśl), zarówno w opiece publicznej, jak i prywatnej oraz
- zdolności zaangażowanych podmiotów do zwiększenia podaży świadczeń FP w przypadku wdrożenia CVA dla interwencji w zakresie FP i spowodowania wzrostu popytu na te świadczenia.

Drugim etapem była ocena barier w dostępie do FP, której celem było zbadanie i udokumentowanie:

- barier w dostępie do świadczeń SRH, w tym FP, napotykanych przez ukraińskie uchodźczynie i Polki ze społeczności je przyjmujących, mieszkające w Warszawie i okolicach,
- różnic w barierach napotykanych przez uchodźczynie i Polki, a także przez kobiety z niepełnosprawnościami oraz
- możliwych sposobów ograniczania barier i zwiększania dostępności świadczeń i produktów FP.

## Wybór lokalizacji

W styczniu 2023 r. zespół projektowy przeprowadził szybkie mapowanie lokalizacji w celu wybrania miejsc do przeprowadzenia oceny. Zespół projektowy porównał 10 miast w oparciu o następujące kryteria:

- odległość od granicy ukraińskiej,
- liczbę ukraińskich uchodźczyń przebywających w tym czasie w mieście (według danych UNHCR, Agencji ds. Uchodźców),
- liczbę ludności polskiej,
- szacunkowe międzynarodowe i krajowe fundusze przekazane na programy w obszarach ochrony, zdrowia i przemocy ze względu na płeć w mieście w tym czasie (zgłoszone przez UNHCR) oraz
- liczbę krajowych organizacji pozarządowych (non-governmental organisations, NGO) działających w mieście, które były potencjalnymi partnerami dla przyszłej CVA w zakresie SRH.

Zarówno w przypadku oceny rynku, jak i barier w dostępie do FP, zespół projektowy wybrał respondentki w Warszawie i Przemyślu. Warszawa jest środowiskiem miejskim (1 861 975 osób) z dużą populacją ukraińskich uchodźców (194 420) w czasie zbierania danych. Z kolei Przemyśl to miasto na terenach wiejskich (56 802 mieszkańców) we wschodniej Polsce, w pobliżu granicy z Ukrainą, ze znacznym odsetkiem ukraińskich

uchodźców (30 800) w czasie zbierania danych, którzy według doniesień przemieszczali się dalej<sup>27</sup>. Ze względu na trudności w osiągnięciu docelowych wartości w trakcie zbierania danych, w późniejszym terminie do próby do badania ilościowego prowadzonego w ramach oceny rynku włączono respondentów z Lublina i Rzeszowa – także we wschodniej Polsce.

## Kwestie etyczne

Do przeprowadzenia oceny rynku zespół projektowy zatrudnił firmę Kantar Public Polska jako konsultantów gromadzących i analizujących dane. W przypadku oceny barier w dostępie do FP wszyscy ankieterzy mieli wcześniejsze doświadczenie w przeprowadzaniu wywiadów jakościowych i zostali przeszkoleni przez badaczy WRC w zakresie stosowania narzędzi ankietowych i metodologii badań. Uczestnicy i kluczowi informatorzy zostali poinformowani o celu badania, ryzyku i korzyściach oraz mieli możliwość wyrażenia pisemnej zgody na udział w badaniu. WRC przekazało każdemu uczestnikowi arkusz informacyjny z danymi kontaktowymi WRC i instrukcjami dotyczącymi anonimowych kanałów raportowania. Wszelkie nazwiska wymienione podczas gromadzenia danych z badań jakościowych zostały usunięte podczas transkrypcji danych. Wszystkie dane zebrane na potrzeby niniejszego raportu były bezpiecznie przechowywane na urządzeniach chronionych hasłem po przesłaniu i przekazaniu do WRC; dane nie były udostępniane poza zespołem projektowym. Wszystkie nagrania wykonane podczas gromadzenia danych zostały następnie usunięte. Pracownicy WRC i CDC dokonali przeglądu wszystkich zebranych danych w celu zapewnienia jakości.

## Gromadzenie danych

Zespół projektowy opracował ocenę rynku. Obejmowała ona przegląd sytuacji w zakresie polityki SRH w Polsce, dostępność produktów i wizyt oraz ankiety ilościowe i wywiady jakościowe z lekarzami świadczącymi opiekę zdrowotną w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, farmaceutami, dystrybutorami i wytwórcami produktów FP oraz przedstawicielami NGO-sów w Polsce. Respondenci zostali wybrani celowo ze względu na ich znajomość kontekstu politycznego, rynku FP lub produktów i świadczeń FP w Polsce. Dane były gromadzone od lipca do sierpnia 2023 r. przez lokalnego konsultanta, Kantar Public.

W przypadku oceny barier w dostępie do FP dane gromadzono od października 2023 r. do stycznia 2024 r. WRC opracowało ocenę barier w dostępie do FP, a Federa i CARE Polska kierowały zbieraniem danych przy wsparciu lokalnego personelu badawczego i konsultantów z Opinii 24. Uczestniczki zostały zrekrutowane poprzez kontakty z organizacjami wspierającymi uchodźczynie w Polsce, które zamieściły zaproszenia do udziału w badaniu w badaniu w ośrodkach pomocy i grupach mediów społecznościowych odwiedzanych przez uchodźczynie i Polki. Stosując dobór oparty na kryteriach wybrano uczestniczki, które spełniały następujące warunki:

- status przesiedlenia (uchodźczynie, osoba ubiegająca się o azyl lub migrantka z Ukrainy krótko przed lub po lutym 2022 r. lub członkini społeczności przyjmującej),
- narodowość/pochodzenie etniczne (ukraińskie lub polskie),
- wiek (18–25 lat lub 26–45 lat) oraz
- niepełnosprawność (bez niepełnosprawności lub samoidentyfikacja jako osoba z niepełnosprawnością).

Zespół projektowy opracował przewodniki do wywiadów jakościowych, które zawierały od 17 do 19 pytań obejmujących: bariery w dostępie do opieki zdrowotnej i świadczeń FP, dostęp do pomocy humanitarnej i instytucji finansowych oraz podejmowanie decyzji związanych z FP w gospodarstwie domowym. Przewodniki zostały opracowane w języku angielskim i przetłumaczone na język polski i ukraiński. Zespół czterech osób zbierających dane przeprowadził wywiady w języku polskim lub ukraińskim, w zależności od preferencji

<sup>27</sup> Karen Hargrave, 2023. „Refugees and Other Migrants in Poland: A Spotlight on City Leadership”. ODI: Think Change. 24 lutego 2023. <https://odi.org/en/insights/refugees-and-other-migrants-in-poland-a-spotlight-on-city-leadership/>.

rozmówczyni. Każdy wywiad trwał 45–60 minut, a uczestniczki otrzymały 99 PLN, około 25 USD, jako wynagrodzenie.

W obu fazach zebrano 120 ilościowych wywiadów osobistych wspomaganych komputerowo<sup>28</sup> i 64 wywiady jakościowe. Podsumowanie charakterystyki demograficznej uczestników można znaleźć w tabeli 1.

**Tabela 1. Charakterystyka demograficzna respondentów na potrzeby oceny barier rynkowych i FP**

| Metoda                    | Podział respondentów                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Badanie ilościowe</b>  | <p><b>Ocena rynku (n=120):</b></p> <p><b>W Warszawie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 wywiadów z lekarzami świadczącymi opiekę w obszarze SRH</li> <li>• 25 wywiadów z farmaceutami</li> <li>• 15 wywiadów z przedstawicielami producentów i dystrybutorów FP oraz</li> <li>• 16 wywiadów z przedstawicielami NGO</li> </ul> <p><b>W Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 wywiadów z lekarzami świadczącymi opiekę w obszarze SRH</li> <li>• 12 wywiadów z farmaceutami</li> <li>• 4 wywiady z przedstawicielami producentów i dystrybutorów FP</li> <li>• 11 wywiadów z przedstawicielami NGO</li> </ul> |
| <b>Wywiady jakościowe</b> | <p><b>Ocena rynku (n=16):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 lekarzy świadczących opiekę w obszarze SRH w Warszawie</li> <li>• 3 lekarzy świadczących opiekę w obszarze SRH w Przemyślu i Rzeszowie</li> <li>• 4 farmaceutów w Warszawie</li> <li>• 4 farmaceutów w Rzeszowie</li> </ul> <p><b>Ocena barier w dostępie do FP (n=48):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 21 Ukrainek w wieku 26–45 lat</li> <li>• 1 Ukrainka w wieku 18–25 lat</li> <li>• 19 Polek w wieku 26–45 lat</li> <li>• 7 Polek w wieku 18–25 lat</li> <li>• 7 kobiet z niepełnosprawnościami we wszystkich grupach</li> </ul>                                           |

<sup>28</sup> Wywiady osobiste wspomagane komputerowo (Computer-assisted personal interviewing, CAPI) to metoda gromadzenia danych obejmująca wywiady bezpośrednie, w których ankieter używa komputera, tabletu lub telefonu komórkowego do rejestrowania odpowiedzi respondenta.

Wszystkie wywiady jakościowe zostały nagrane. Nagrania audio zostały zanonimizowane, a następnie przepisane w języku polskim lub ukraińskim i przetłumaczone na język angielski w celu analizy.

## Analiza danych

Kantar Public przeprowadził analizę oceny rynku. WRC przeprowadziło analizę oceny barier w dostępie do FP przy wsparciu Oddziału ds. Globalnego Zdrowia Publicznego w Sytuacjach Kryzysowych w CDC.

Dla wszystkich transkrypcji jakościowych zebranych do oceny barier w dostępie do FP stworzono notatki analityczne i wykorzystano je do opracowania wstępnych ustaleń oraz klucza kodów dedukcyjnych i indukcyjnych. WRC przeprowadziło warsztaty analityczne z udziałem członków zespołu projektowego, aby podzielić się wstępnymi ustaleniami i zweryfikować klucz kodów, wykorzystując fragmenty różnych transkrypcji. Po sfinalizowaniu klucza kodów dane zostały zakodowane i przeanalizowane przy użyciu Dedoose. Zespół ośmiu koderów, pięciu głównych i trzech drugorzędnych, przeanalizował dane z oceny barier w dostępie do FP, ponad 50% transkrypcji zostało zakodowanych przez pierwszego i drugiego koderów. Zespół zajmujący się analizą danych spotykał się co tydzień w celu omówienia i rozstrzygnięcia rozbieżności w kodowaniu oraz dalszego udoskonalenia klucza kodów.

## Wyniki

W niniejszym raporcie wyniki oceny rynku i barier w dostępie do FP zostały zaprezentowane w trzech częściach. W pierwszej przedstawiono w zarysie świadczenia FP w Polsce oraz podsumowano ustalenia z oceny rynku dotyczące procesu uzyskiwania FP w Polsce, a także dostępności i jakości świadczeń i metod FP. W drugiej części omówiono wykorzystanie świadczeń i metod FP przez klientki, w tym szczegółowe ustalenia z oceny barier w dostępie do FP oraz powiązane dane z oceny rynku. Trzecia i ostatnia część zawiera wyniki zarówno oceny rynku, jak i oceny barier w dostępie do FP pod kątem CVA w zakresie FP, w tym perspektywy świadczeniodawców i klientów dotyczące projektowania potencjalnej interwencji CVA w zakresie FP w Polsce.

## Zapewnianie świadczeń w zakresie planowania rodziny w Polsce: perspektywy świadczeniodawców

### Proces uzyskiwania świadczeń w zakresie planowania rodziny w Polsce

W ramach oceny rynku zapytano lekarzy o proces uzyskiwania świadczeń i metod FP w Polsce. W wywiadach jakościowych lekarze twierdzili, że uzyskanie metody FP wymaga na ogół wstępnej wizyty w celu przeprowadzenia badań, w tym badań krwi i cytologii, a następnie wizyty w celu przepisania metody FP. Zgłaszano jednak, że liczba wizyt może się różnić w zależności od świadczeniodawcy, metody FP, której klientka oczekuje, oraz tego, czy klientka jest w stanie przedstawić aktualną historię medyczną. Jeśli lekarze dysponowali historią medyczną pacjentki i ostatnimi badaniami, twierdzili, że w przypadku wielu metod FP mogli je zapewnić już podczas pierwszej wizyty albo za pośrednictwem telemedycyny.

W ankietach ilościowych lekarze podobnie twierdzili, że uzyskanie metod FP wymaga średnio od jednej do dwóch wizyt, w zależności od metody. Jednak lekarze w Warszawie rzadziej wymagają więcej niż jednej wizyty w porównaniu z lekarzami w miastach wschodniej Polski – Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie. Na przykład lekarze w Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie podawali, że w przypadku klientek FP konieczne są średnio trzy wizyty w celu uzyskania metod takich jak wkładki wewnątrzmaciczne, implanty lub zastrzyki. Lekarze w Warszawie podawali, że wymagałyby od klientek FP średnio dwóch wizyt w celu uzyskania tych samych metod (zob. Tabela 2).

Podczas wywiadów jakościowych lekarze informowali, że wizyta kontrolna jest zwykle zalecana od jednego do trzech miesięcy po przepisaniu metody FP po raz pierwszy; w zależności od metody, taka wizyta kontrolna może odbyć się za pośrednictwem telemedycyny. Jeśli klientka jest zadowolona z zastosowanej metody, lekarz może wystawić receptę na dłuższy okres.

Prawie wszyscy lekarze biorący udział w badaniu podali, że na prośbę klientek wystawiają recepty na tabletki antykoncepcji awaryjnej (emergency contraceptive pill, ECP) tego samego dnia. Większość lekarzy poinformowała, że nie wymaga żadnych badań, w tym diagnostycznych, w celu przepisania ECP i rozumie, że w tej sytuacji czas odgrywa ważną rolę. Niektórzy lekarze wspomnieli, że wystawiają recepty na ECP za pośrednictwem telemedycyny. Jeden z lekarzy w Warszawie poinformował natomiast, że są w Polsce lekarze, którzy korzystają z klauzuli sumienia i odmawiają przepisania ECP klientkom.

W czerwcu 2024 r. Polska przyjęła nowe prawo zezwalające farmaceutom na przepisywanie ECP bez konsultacji z lekarzem<sup>29</sup>. Do programu przystąpiło w całej Polsce ponad 100 aptek, które można wyszukać na portalu pacjenta NFZ. Program ten ma jednak charakter dobrowolny, a farmaceuci nie są prawnie zobowiązani do wydawania środków antykoncepcyjnych bez recepty, co potencjalnie ogranicza powszechny dostęp do nich w całej Polsce.

W wywiadach jakościowych farmaceuci ogólnie stwierdzili, że nie odgrywają znaczącej roli w doradzaniu klientkom w zakresie metod antykoncepcji. Farmaceuci przypisywali to brakowi prywatności w aptece i przekonaniu, że klientki wstydzą się rozmawiać o antykoncepcji, stwierdzili jednak, że odpowiadają na pytania klientek dotyczące antykoncepcji, jeśli zostaną o to poproszeni – na przykład o znalezienie tańszego zamiennika preparatu, sposób stosowania metody lub możliwe interakcje z innymi lekami. W niektórych przypadkach farmaceuci stwierdzili, że zrealizowaliby recepty dla uchodźczyń z Ukrainy, które zostały wystawione w Ukrainie, pod warunkiem dostępności leku lub recepty.

**Tabela 2. Liczba wizyt zalecanych przez lekarzy w celu przepisania środków antykoncepcyjnych, w podziale według metody (N=37)**

| Metoda antykoncepcji                             | Liczba wizyt zalecanych do wystawienia recepty – cała próba (N=37), średnia (min.–maks.) | Liczba wizyt zalecanych do wystawienia recepty – lekarze w Warszawie (N=25), średnia (min. – maks.) | Liczba wizyt zalecanych do wystawienia recepty – lekarze w Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie (N=12), średnia (min. – maks.) |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Miedziana IUD                                    | 2 (1–4)                                                                                  | 2 (1–3)                                                                                             | 3 (2–4)                                                                                                                   |
| Hormonalna IUD                                   | 2 (1–4)                                                                                  | 2 (1–3)                                                                                             | 3 (2–4)                                                                                                                   |
| Implanty antykoncepcyjne                         | 2 (1–4)                                                                                  | 2 (1–3)                                                                                             | 3 (2–4)                                                                                                                   |
| Zastrzyki antykoncepcyjne                        | 2 (1–4)                                                                                  | 1 (1–2)                                                                                             | 3 (1–4)                                                                                                                   |
| Pierścień dopochwowy z progesteronem             | 2 (1–4)                                                                                  | 1 (1–2)                                                                                             | 2 (1–4)                                                                                                                   |
| Plastry antykoncepcyjne                          | 1 (1–3)                                                                                  | 1 (1–2)                                                                                             | 2 (1–3)                                                                                                                   |
| Złożone doustne tabletki antykoncepcyjne (COC)   | 1 (1–3)                                                                                  | 1 (1–1)                                                                                             | 2 (1–3)                                                                                                                   |
| Tabletki zawierające wyłącznie progestagen (POP) | 1 (1–2)                                                                                  | 1 (1–1)                                                                                             | 2 (1–2)                                                                                                                   |
| Pigułki antykoncepcji awaryjnej (ECP)            | 1 (1–2)                                                                                  | 1 (1–1)                                                                                             | 1 (1–2)                                                                                                                   |

<sup>29</sup> Agata Pyka. 2024. "Poland Labels Pharmacies Providing Morning-after Pill without Doctor's Prescription." Notes From Poland. 11 czerwca 2024. <https://notesfrompoland.com/2024/06/11/poland-labels-pharmacies-providing-morning-after-pill-without-doctors-prescription/>.

Uwaga: Podane tutaj średnie są zaokrąglone do najbliższej liczby całkowitej.

## Dostępność świadczeń i metod planowania rodziny

W ramach oceny rynku lekarze i farmaceuci zostali zapytani o dostępność wizyt i metod FP w Polsce. Ponadto dostępność wizyt i metod FP została sprawdzona online za pośrednictwem portali dla pacjentów.

### Dostępność wizyt związanych z planowaniem rodziny w Warszawie i Polsce wschodniej

W odpowiedzi na pytanie o dostępność wizyt około 30% lekarzy w badaniu ilościowym stwierdziło, że pacjentki mogą liczyć na termin wizyty w ciągu tygodnia od daty kontaktu, zaś 70% stwierdziło, że zajmie to od dwóch do trzech tygodni lub dłużej. Z danych ilościowych wynika, że tylko 20% lekarzy w Warszawie podało, że oferuje wizyty w ciągu tygodnia, podczas gdy w Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie 50% lekarzy podało, że oferuje wizyty w ciągu tygodnia. Co ciekawe, lekarze zgłaszali, że ich zdaniem czas oczekiwania na wizytę dla ukraińskich klientek potrzebujących świadczeń FP był nieco krótszy niż dla polskich klientek. Około 41% lekarzy stwierdziło, że ukraińskie klientki mogą spodziewać się wizyty w ciągu tygodnia, a prawie 80% że w ciągu trzech tygodni.

W wywiadach jakościowych lekarze nie wyrażali zaniepokojenia dostępnością wizyt lekarskich na polskim rynku. Lekarze generalnie uważali, że wizyty ginekologiczne w ramach NFZ są dostępne w odpowiednim czasie, w porównaniu z całością systemu, a zatem łatwiej je uzyskać niż inne rodzaje świadczeń. Lekarze pracujący zarówno w placówkach publicznych, jak i prywatnych, twierdzili, że ich harmonogramy pracy są elastyczne w sposób pozwalający zapewnić świadczenia osobom, które potrzebują ich pilnie. W razie potrzeby pacjentki mogą skorzystać z konsultacji w ciągu kilku dni, a w pilnych sytuacjach – tego samego dnia. Niektórzy lekarze wspominali, że są w stanie ułatwić szybkie uzyskanie świadczeń przez pacjentki dzięki telemedycynie, która nie umożliwia pełnego badania, ale może przyspieszyć zapewnienie opieki pacjentkom o nieskomplikowanych potrzebach. Inni wspomnieli, że zachowują pulę wizyt osobistych na potrzeby pacjentek, które wymagają pilnej opieki. Niektórzy stwierdzili, że pacjentki wiedzą o takiej dostępności terminów i po prostu przychodzą do placówki, aby poprosić o wizytę, ale informacje te nie są publicznie dostępne.

W ramach oceny rynku przeprowadzono badanie online w celu pomiaru dostępności świadczeń w zakresie FP w Warszawie i Przemyślu za pośrednictwem portali pacjentów NFZ i opieki prywatnej<sup>30</sup>. Dostępność wizyt w ramach publicznej opieki zdrowotnej oszacowano na podstawie dostępności podanej na portalu pacjentów NFZ, <https://pacjent.gov.pl/>, który zawiera informacje o dostępnych wizytach w przychodniach NFZ. Przegląd wykazał, że w Warszawie nie było dostępnych wizyt w ramach NFZ w zakresie ginekologii w ciągu tygodnia od daty badania. Jednak trzy wizyty były dostępne w ciągu dwóch tygodni, dwie w ciągu trzech tygodni, a osiem w ciągu czterech tygodni od daty badania. W Przemyślu żadna wizyta ginekologiczna w ramach NFZ nie była dostępna w ciągu pięciu tygodni od daty badania, a wizyty po pięciu tygodniach nie zostały uwzględnione w analizie (zob. **Załącznik I, tabele I i 2**).

Podobne metody zastosowano do oszacowania dostępności świadczeń FP w ramach opieki prywatnej przy użyciu portalu internetowego ZnanyLekarz, [znanylekarz.pl](https://znanylekarz.pl). W Warszawie, w tym samym dniu badania, dostępnych było kilkadziesiąt wizyt u lekarzy prywatnej opieki zdrowotnej. W Przemyślu żadna prywatna przychodnia nie miała dostępnych grafików online – strona zawierała jedynie informacje kontaktowe do poszczególnych przychodni. Co więcej, strony internetowe poszczególnych przychodni również nie zawierały informacji o dostępnych wizytach.

Różnice między postrzeganiem przez lekarzy a faktyczną dostępnością online terminów wizyt sugerują, że lekarze, zwłaszcza we wschodniej Polsce, mogą nie mieć świadomości, że brak dostępnych terminów wizyt ginekologicznych to główna bariera dla uzyskania odpowiedniej opieki. Należy jednak zauważyć, że w próbie badania ilościowego ponad połowa lekarzy z Warszawy i większość lekarzy w Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie pracowała zarówno w przychodniach NFZ, jak i prywatnych. Biorąc pod uwagę te dane, trudno jest stwierdzić, czy lekarze zgłaszali dostępność wizyt u siebie w ramach opieki prywatnej czy publicznej.

<sup>30</sup> Dane te zostały zebrane 21 września 2023 r.

## Dostępność metod planowania rodziny

W oparciu o badania ilościowe i wywiady jakościowe z farmaceutami, a także dane uzyskane z portali NFZ i prywatnej opieki zdrowotnej można uznać, że kryzys w Ukrainie nie zakłócił podaży metod FP w Polsce. Podobnie w wywiadach jakościowych farmaceuci stwierdzili, że metody FP są zasadniczo dostępne na polskim rynku

Według farmaceutów, którzy wzięli udział w badaniu ilościowym, dostępność różnych metod antykoncepcji jest wysoka w całym kraju, przy czym plastry antykoncepcyjne, doustne tabletki antykoncepcyjne (oral contraceptive pill, OCP), ECP i prezerwatywy dla mężczyzn są sprzedawane przez ponad 90% z nich, pierścienie dopochwowe przez 76%, zastrzyki antykoncepcyjne przez 51%, a wkładki wewnątrzmaciczne przez ponad 60%. Implanty, prezerwatywy dla kobiet i diafragmy są najmniej dostępne – około 30% farmaceutów zgłosiło sprzedaż tych metod. Tylko sześciu respondentów wskazało, że w ciągu ostatnich trzech miesięcy w ich aptece zabrakło hormonalnych wkładek wewnątrzmacicznych, implantów antykoncepcyjnych, plastrów antykoncepcyjnych, COC lub ECP.

Na podstawie danych z internetowego portalu <https://www.gdziepolek.pl/>, wszystkie metody FP – miedziane i hormonalne IUD, implanty, zastrzyki, plastry, pierścienie dopochwowe, COC, tabletki zawierające wyłącznie progestagen (progestin-only pills, POP), ECP, prezerwatywy dla kobiet i mężczyzn oraz diafragmy – zostały zgłoszone jako dostępne do zakupu w kraju (**zob. Załącznik 2**)<sup>31</sup>. Większość metod FP można było kupić zarówno w Warszawie, jak i w Przemyślu, z wyjątkiem miedzianych IUD i implantów, które nie były dostępne w żadnej aptece w Przemyślu. Biorąc pod uwagę, że obie metody były dostępne w kraju, brak dostępności miedzianych IUD i implantów w Przemyślu mógł wynikać z braków magazynowych. Jednak dane te zostały zebrane jednego dnia, wskutek czego nie można potwierdzić, czy metody te były dostępne w innym czasie. Na podstawie liczby aptek, które zostały wymienione jako punkty sprzedaży, dostępność metod i marek była znacznie wyższa w Warszawie niż w Przemyślu, co prawdopodobnie wynika z liczby aptek w każdej lokalizacji – 874 aptek w Warszawie i 27 w Przemyślu.

W ramach oceny rynku producenci i dystrybutorzy środków antykoncepcyjnych, a także przedstawiciele NGO-sów, zostali zapytani o stosowanie metod FP pozyskiwanych za pośrednictwem nieformalnych lub nieautoryzowanych sprzedawców w Polsce. Dwadzieścia pięć procent przedstawicieli NGO-sów oraz około 50% producentów i dystrybutorów środków antykoncepcyjnych stwierdziło, że ich zdaniem w Polsce niektóre osoby pozyskują środki FP od nieformalnych lub nieautoryzowanych sprzedawców. Według producentów i dystrybutorów środków FP najczęstszą metodą kupowaną od nieformalnych lub nieautoryzowanych sprzedawców są ECP, a następnie tabletki hormonalne, plastry, zastrzyki antykoncepcyjne i miedziane IUD. Producenci i dystrybutorzy FP często przypisywali pozyskiwanie metod FP od nieautoryzowanych lub nieformalnych sprzedawców barierom związanym z trudnościami w dotarciu do ginekologa (78%) bądź uzyskaniu recepty (67%) lub zbyt restrykcyjnej polityce regulującej dostęp do środków antykoncepcyjnych (52%). Dostępność świadczeń i metod planowania rodziny

## Koszt świadczeń planowania rodziny

Narodowy Fundusz Zdrowia pokrywa koszty wizyt odbywanych w jego ramach przez klientki w celu skorzystania ze świadczeń FP. W wywiadach jakościowych lekarze zgłaszali, że może istnieć konieczność poniesienia kosztów wstępnych badań diagnostycznych w celu uzyskania metod FP w ramach NFZ, w zależności od rodzaju badania, tego, czy jest refundowane, oraz rodzaju placówek opracowujących wyniki badań.

W ramach opieki prywatnej klientki płacą zarówno za wizyty, jak i za badania. W ankietach ilościowych lekarze zostali zapytani o koszty ponoszone przez pacjentki w związku ze świadczeniami FP. Średnio lekarze podali, że badanie lekarskie lub konsultacja w celu uzyskania recepty kosztowałaby 220 PLN (52 USD) w Warszawie i 196 PLN (46 USD) w Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie (patrz Tabela 3). Lekarze w badaniu ilościowym podali, że koszt badań diagnostycznych wyniósłby dodatkowe 214 PLN (50 USD) w Warszawie lub 240 PLN (57 USD) w Przemyślu.

<sup>31</sup> Dane dotyczące dostępności produktu zostały sprawdzone 29 maja 2023 r.

W wywiadach jakościowych lekarze podawali podobny koszt świadczeń FP: jedna wizyta ginekologiczna w Warszawie może kosztować 200 PLN (około 50 USD), oprócz badania krwi i cytologii, które mogą kosztować do 100 PLN (około 25 USD). W Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie lekarze zgłaszali, że koszty mogą wynosić do 170 PLN (43 USD) za jedną wizytę u ginekologa i 30 PLN (7,70 USD) za badanie krwi i cytologię.

Badanie cen świadczeń FP na polskim portalu opieki prywatnej ZnanyLekarz, [znanylekarz.pl](https://znanylekarz.pl), pokazało, że średnia cena jednej wizyty ginekologicznej w Warszawie wynosiła około 250 PLN (57,59 USD). Najtańsza dostępna opcja kosztowała 170 PLN (39,16 USD). W Przemyślu średnia cena prywatnej wizyty ginekologicznej podana w Internecie wynosiła około 205 PLN (47,23 USD) – najtańsza dostępna opcja również kosztowała 170 PLN (39,16 USD) (zob. **Załącznik I, tabele I i 2**).

Na portalu prywatnej opieki medycznej niektóre kliniki oferowały również możliwość umówienia się na wizytę osobistą tego samego dnia w celu uzyskania recepty na ECP. Średnia cena za wizytę w celu uzyskania ECP w Warszawie wynosiła nieco poniżej 260 PLN (59,90 USD), a najniższa 150 PLN (34,56 USD). W Przemyślu tylko jedna klinika oferowała osobiste wizyty tego samego dnia w celu uzyskania ECP, które kosztowały 50 PLN (11,52 USD) (zob. **Załącznik I, tabele I i 2**).

**Tabela 3. Średnia cena badania lekarskiego według rodzaju badania, w Warszawie i miastach Polski wschodniej, podana przez lekarzy ginekologów (N= 37)**

| Rodzaj badania lekarskiego                                            | Warszawa – średnia cena | Przemyśl, Rzeszów i Lublin, miasta we wschodniej Polsce – średnia cena |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Badanie lekarskie lub konsultacja związana z uzyskaniem antykoncepcji | 220,80 PLN (52,22 USD)  | 196 PLN (46,35 USD)                                                    |
| Badania diagnostyczne związane z uzyskaniem antykoncepcji             | 214,40 PLN (50,71 USD)  | 240 PLN (56,76 USD)                                                    |
| Inne koszty związane z uzyskaniem antykoncepcji                       | 107,90 PLN (25,52 USD)  | 150 PLN (35,48 USD)                                                    |

Z kolei postrzegane przez lekarzy koszty prywatnych konsultacji dotyczących FP były na tym samym poziomie, a nawet nieco niższe niż średnie koszty świadczeń dostępne online. Niewielkie różnice między cenami podawanymi online a postrzeganiem ich przez lekarzy sugerują, że lekarze celnie oceniają koszty prywatnych świadczeń z zakresu FP, choć ich szacunki dotyczące kosztów badania lekarskiego były nieco zaniżone.

W ramach przeglądu dokumentacji zebrano również dane ze stron internetowych oferujących wizyty tego samego dnia w formie telemedycyny w celu uzyskania ECP<sup>32</sup>. Takie strony internetowe działają w ramach prywatnej opieki i zapewniają wiele rodzajów wizyt, w tym wizyty w formie telemedycyny w celu uzyskania ECP. Klientki wybierają wizytę w oparciu o specjalizację lekarza, z którym chcą się spotkać lub rodzaj leku, którego potrzebują. Cena za konsultację w formie telemedycyny w związku z FP wynosiła około 80 PLN (18,92 USD), a standardowa cena za receptę ECP wynosiła 59,99 PLN (14,40 USD); można ją było zrealizować w ciągu kilku godzin od złożenia zamówienia.

<sup>32</sup> Uwzględniono następujące strony internetowe: Receptomat (<https://receptomat.pl/>), E-Recepty (<https://e-recepty.pl/>), Lekarz Recepta (<https://lekarz-recepta.pl/>), ZnanaRecepta (<https://znanarecepta.pl/>) oraz HaloMed (<https://halomed.pl/>).

## Koszt metod planowania rodziny

W Polsce NFZ nie refunduje kosztów żadnej metody FP, z wyjątkiem czterech marek COC, które są częściowo refundowane (więcej informacji znajduje się w **Załączniku 2, Złożone doustne środki antykoncepcyjne**)<sup>33</sup>. W związku z tym wszystkie klientki w Polsce, niezależnie od tego, czy korzystają z opieki publicznej czy prywatnej, płacą z własnej kieszeni za stosowane przez siebie metody FP.

W ramach oceny rynku koszty metod FP zostały oszacowane zarówno na podstawie ankiet ilościowych, jak i wywiadów jakościowych z farmaceutami, a także przeglądu kosztów metod FP wymienionych w Internecie za pośrednictwem krajowych portali umożliwiających uzyskanie recepty.

W ankietach ilościowych farmaceutów zapytano o szacunkowe ceny metod FP w podziale na metody (patrz tabela 4). Wkładki wewnątrzmaciczne i implanty były najdroższymi metodami zgłaszanymi przez farmaceutów, wycenianymi średnio odpowiednio na 118-144 USD i 106-149 USD. Najtańszymi metodami FP dostępnymi na receptę były środki typu POP, których średnia cena wynosiła około 7 USD, a następnie COC, których cena wynosiła od około 8 do 10 USD za opakowanie. Ogólnie rzecz biorąc farmaceuti w Warszawie zgłaszali średnio wyższe koszty metod FP niż farmaceuti w Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie, z wyjątkiem czterech metod: miedziane IUD, implanty antykoncepcyjne, zastrzyki antykoncepcyjne i POP były wyceniane nieco wyżej przez farmaceutów we wschodniej Polsce niż przez farmaceutów w Warszawie.

**Tabela 4. Ceny środków antykoncepcyjnych w Polsce w podziale na metody, podane przez farmaceutów (N=37)**

| Szacunki farmaceutów w Warszawie |                                       |                         | Szacunki farmaceutów w Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie – Polska wschodnia |                         |
|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Metoda                           | Zakres cen                            | Średnia cena            | Zakres cen                                                                | Średnia cena            |
| Miedziana IUD                    | 65,25–745,45 PLN (16,56–189,2 USD)    | 247,16 PLN (62,73 USD)  | 93,18–326,15 PLN (23,65–82,78 USD)                                        | 279,54 PLN (70,95 USD)  |
| Hormonalna IUD                   | 465,91–652,27 PLN (118,25–165,55 USD) | 566,77 PLN (143,85 USD) | 111,82–465,91 PLN (28,38–118,25 USD)                                      | 465,91 PLN (118,25 USD) |
| Implanty antykoncepcyjne         | 37,27–726,81 PLN (9,46–184,47 USD)    | 420,79 PLN (106,8 USD)  | 69,9–652,27 PLN (17,74–165,55 USD)                                        | 587,06 PLN (149,00 USD) |
| Zastrzyki antykoncepcyjne        | 18,64–46,61 PLN (4,73–11,83 USD)      | 34,75 PLN (8,82 USD)    | 13,04–93,18 PLN (3,31–23,65 USD)                                          | 44,25 PLN (11,23 USD)   |
| Pierścień dopochwowy             | 27,97–93,18 PLN (7,1–23,65 USD)       | 52,8 PLN (13,4 USD)     | 33,53–69,9 PLN (8,51–17,74 USD)                                           | 41,92 PLN (10,64 USD)   |
| Plastry antykoncepcyjne          | 27,97–74,54 PLN (7,1–18,92 USD)       | 54,92 PLN (13,94 USD)   | 23,29–74,54 PLN (5,91–18,92 USD)                                          | 46,61 PLN (11,83 USD)   |

<sup>33</sup> FEDERA Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. 2020. „Interpelacja ws. refundacji antykoncepcji – odpowiedź i omówienie”, 1 kwietnia 2020. <https://federa.org.pl/interpelacja-refundacja-antykoncepcji/>. Częściowa refundacja jest przewidziana dla: Levomine, Microgynon 21, Rigevidon, Stediril 30

|                                      |                                               |                           |                                         |                           |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|
| <b>COC</b>                           | 26,08–60,56<br>PLN (6,62–<br>15,37 USD)       | 37,94 PLN (9,63<br>USD)   | 23,29–93,18<br>PLN (5,91–23,65<br>USD)  | 31,68 PLN (8,04<br>USD)   |
| <b>POP</b>                           | 18,64–37,27<br>PLN (4,73–<br>9,46 USD)        | 27,62 PLN (7,01<br>USD)   | 13,04–111,82<br>PLN (3,31–28,38<br>USD) | 27,97 PLN (7,10<br>USD)   |
| <b>ECP</b>                           | 51,26–165,87<br>PLN (13,01–<br>42,1 USD)      | 96,33 PLN (24,45<br>USD)  | 41,92–93,18 PLN<br>(10,64–23,65 USD)    | 65,25 PLN (16,56<br>USD)  |
| <b>Prezerwatywa dla<br/>kobiet</b>   | 55,91–85,73<br>PLN (14,19–<br>21,76 USD)      | 63,51 PLN (16,12<br>USD)  | 9,34–37,27 PLN<br>(2,37–9,46 USD)       | 19,58 PLN (4,97 USD)      |
| <b>Prezerwatywa dla<br/>mężczyzn</b> | 3,74–37,27<br>PLN (0,95–<br>9,46 USD)         | 14,14 PLN (3,59 USD)      | 1,85–18,64 PLN<br>(0,47–4,73 USD)       | 9,34 PLN (2,37 USD)       |
| <b>Diafragma</b>                     | 185,42–<br>223,63 PLN<br>(47,06–56,76<br>USD) | 207,13 PLN (52,57<br>USD) | 51,26–325,21 PLN<br>(13,01–82,54 USD)   | 158,43 PLN (40,21<br>USD) |

W ramach oceny rynku oszacowano również koszty środków FP wymienionych na polskich stronach internetowych i uwzględniono je w niniejszej analizie<sup>34</sup>. Dane dotyczące cen na receptach uzyskane z portali internetowych były podobne do tych, które farmaceuci zgłosili w badaniu ilościowym (patrz Tabela 5).

**Tabela 5. Minimalne i średnie ceny środków antykoncepcyjnych w Warszawie i Przemyślu w podziale na metody, według aptek internetowych<sup>35</sup>, lipiec 2023 r.**

| <b>Metoda</b>                       | <b>Najniższa cena na<br/>rynku</b> | <b>Średnia cena na rynku</b> |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| COC (21 tabletek)                   | 5,56 PLN (1,31 USD)                | 31,03 PLN (7,32 USD)         |
| Plastry antykoncepcyjne (3 plastry) | 48,81 PLN (11,51 USD)              | 48,81 PLN (11,51 USD)        |
| POP (28 tabletek)                   | 16,83 PLN (3,97 USD)               | 31,11 PLN (7,34 USD)         |
| Pierścień dopochwowy                | 41,39 PLN (9,76 USD)               | 52,11 PLN (12,29 USD)        |
| ECP                                 | 34,99 PLN (8,25 USD)               | 66 PLN (15,57 USD)           |
| Miedziana IUD                       | 121,57 PLN (28,67 USD)             | 123,89 PLN (31,59 USD)       |

<sup>34</sup> Ceny na receptach zostały losowo wybrane z następujących stron internetowych: <https://www.doz.pl/>, <https://www.swiatleku.pl/>, <https://www.apteka-melissa.pl/>, <https://gemini.pl/>, <https://apteline.pl/>, <https://www.drmax.pl/>. Nazwy leków wpisywano do wyszukiwarek i notowano oferowane tam ceny. Procedurę tę powtórzono trzykrotnie. Następnie obliczono średnią i umieszczono ją w kolumnie „Średnia cena”.

<sup>35</sup> Ibid.

|                                      |                         |                         |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Hormonalna IUD                       | 597,52 PLN (141,01 USD) | 597,52 PLN (141,01 USD) |
| Implanty antykoncepcyjne             | 572,62 PLN (135,13 USD) | 572,62 PLN (135,13 USD) |
| Zastrzyki antykoncepcyjne            | 41,02 PLN (9,67 USD)    | 41,02 PLN (9,67 USD)    |
| Prezerwatywa dla mężczyzn (3 sztuki) | 3,50 PLN (0,82 USD)     | 5,80 PLN (1,36 USD)     |

### Przystępność cenowa planowania rodziny w Polsce

Podczas wywiadów jakościowych lekarze ogólnie zauważyli, że metody FP w Polsce są stosunkowo drogie, ponieważ koszty nie są refundowane przez NFZ. Według niektórych lekarzy koszty mogą stanowić istotny problem dla klientek. Inni lekarze uważali, że koszt metod FP nie stanowi istotnej bariery w dostępie do opieki, ponieważ dostępne są tańsze metody, a pewna liczba OCP jest refundowana przez NFZ.

Niektórzy lekarze poddawali refleksji bariery ekonomiczne stojące przed ukraińskimi uchodźczyniami i trudności w zapewnieniu opieki, jeśli uchodźczynie nie mają źródła dochodu i muszą pokrywać wszystkie koszty życia w obcym kraju. Jednak niektórzy lekarze, zwłaszcza ci pracujący w sektorze prywatnym, postrzegali nowo przybyłe Ukrainki jako zamożne, a zatem mniej obciążone kosztami świadczeń i metod FP w Polsce.

### Jakość świadczeń i metod planowania rodziny

W wywiadach jakościowych przeprowadzonych w ramach oceny rynku lekarze i farmaceuci zostali zapytani o ich doświadczenia w pracy z różnymi społecznościami, w tym z uchodźczyniami z Ukrainy, osobami z niepełnosprawnościami, dorastającymi dziewczętami, społecznościami romskimi oraz osobami o zróżnicowanych orientacjach seksualnych, tożsamościach i ekspresjach płciowych oraz cechach płciowych (sexual orientation, gender identity and expression, and sex characteristics, SOGIESC). Wnioski z danych jakościowych podsumowano poniżej, w podziale na grupy demograficzne.

#### Praca z uchodźczyniami z Ukrainy

Lekarze i farmaceuci zapytani o doświadczenia związane z zapewnianiem świadczeń na rzecz uchodźczyń z Ukrainy podkreślali, że mają one równy dostęp do polskiego systemu opieki zdrowotnej, w tym do bezpłatnych świadczeń i refundacji leków. Chociaż poruszanie się po systemie może być wyzwaniem, świadczeniodawcy uważali, że wielu uchodźczyń radzi sobie z tym dobrze, w czym pomagają im istniejące od dawna społeczności ukraińskie w Polsce.

Niektórzy świadczeniodawcy przyznawali, że ukraińskie uchodźczynie napotykają trudności w opiece zdrowotnej ze względu na bariery językowe oraz posiadanie recept i dokumentacji medycznej sporządzonych cyrylicą<sup>36</sup>. Jednak lekarze uważali te bariery za możliwe do pokonania, wyrażając przekonanie, że Ukrainki mogą szybko nabyć umiejętności posługiwania się językiem polskim na zajęciach językowych, komunikować się z lekarzem w języku angielskim jako trzecim – wspólnym – języku, szukać ukraińskiego lub ukraińskojęzycznego lekarza lub korzystać z osobistego lub internetowego tłumacza. Jeden z lekarzy stwierdził, że zazwyczaj kieruje ukraińskie pacjentki potrzebujące opieki do ukraińskojęzycznych kolegów lub koleżanek.

#### Praca z osobami z niepełnosprawnościami

Podczas wywiadów jakościowych lekarze i farmaceuci przyznali, że mają ograniczone doświadczenie w pracy z klientkami z niepełnosprawnościami, ale kilku z nich zwróciło uwagę na ogólne bariery w świadczeniu opieki. Niektórzy lekarze przyznawali, że ich gabinety były wąskie i nie w pełni dostępne dla osób z niepełnosprawnością ruchową. Inni zauważali, że często potrzebowali pomocy przy przenoszeniu pacjentki

<sup>36</sup> Cyrylica to system zapisu używany w ponad 50 językach, w tym rosyjskim, ukraińskim, białoruskim, bułgarskim i serbskim

z niepełnosprawnością ruchową na kozetkę do badania lub przytrzymywaniu podczas badania. W takich przypadkach zazwyczaj korzystali z pomocy osób towarzyszących klientce. Lekarze wspominali również o wyzwaniach związanych z udzielaniem porad z zakresu FP klientkom z niepełnosprawnościami. Jeden z respondentów stwierdził, że w niektórych przypadkach może być trudno zidentyfikować metody, które nie będą wchodzić w interakcje z innymi lekami przyjmowanymi przez klientkę.

Podobnie podczas wywiadów jakościowych farmaceuci mówili o wyzwaniach związanych z dostępnością i doradzaniem klientkom z niepełnosprawnościami. Niektórzy farmaceuci stwierdzili, że klientki z niepełnosprawnościami napotykają bariery strukturalne w aptekach – takie jak wąskie korytarze i drzwi – i potrzebują odpowiednio dostosowanych instrukcji lub osoby towarzyszącej, aby uzyskać informacje na temat stosowania swojej metody FP.

Jednak w wywiadach jakościowych kilku respondentów wyraziło również potencjalnie szkodliwe przekonania i mówiło o potencjalnie szkodliwych praktykach w zakresie zapewniania świadczeń w obszarze FP klientkom z niepełnosprawnościami.

Jeden z lekarzy stwierdził, że bariery, z którymi borykają się klientki z niepełnosprawnościami, w mniejszym stopniu dotyczą systemu opieki zdrowotnej, a raczej są wynikiem izolacji społecznej; wyraził przekonanie, że jest mniejsze prawdopodobieństwo, że osoby z niepełnosprawnościami będą w związkach romantycznych lub seksualnych, więc mniej potrzebują metod FP. Inny lekarz wyraził wątpliwości co do zdolności osób z niepełnosprawnościami do samodzielnego stosowania niektórych metod FP. Jeden farmaceuta stwierdził podczas wywiadu jakościowego, że nie wie, jak klientki z niepełnosprawnościami radzą sobie i funkcjonują w życiu codziennym.

W badaniu ilościowym prawie wszyscy lekarze i farmaceuci z Warszawy – odpowiednio 100% i 88% – stwierdzili, że w ich pracy nie ma barier w opiece nad klientkami z niepełnosprawnościami. W przypadku Przemyśla, Rzeszowa i Lublina 75% lekarzy i 25% farmaceutów stwierdziło, że w ich pracy nie ma barier w opiece nad osobami z niepełnosprawnościami, pozostali stwierdzili, że są w stanie wskazać pewne bariery lub że nie wiedzą, czy klientki z niepełnosprawnościami napotykają jakiejkolwiek bariery w opiece.

### Praca z dorastającymi dziewczętami

W wywiadach jakościowych przeprowadzonych w ramach oceny rynku większość lekarzy i farmaceutów wskazała, że mieli doświadczenie w pracy z dorastającymi dziewczętami (poniżej 18 roku życia). Wszyscy lekarze stwierdzili, że przestrzegają prawnego wymogu obecności opiekuna podczas badań lekarskich dziecka. Jednak niektórzy ginekolodzy zauważyli, że w niektórych przypadkach dopuszczają wyjątki od tej zasady. Podczas gdy większość lekarzy podała, że wymóg obecności opiekuna może stwarzać bariery i ograniczać dostęp do opieki ginekologicznej dla nastolatek, tylko dwóch stwierdziło, że polityka ta powinna ulec zmianie. Wielu lekarzy mówiło, że edukacja seksualna w szkołach jest ograniczona i niewystarczająca, a młodzież otrzymuje błędne informacje na temat SHR w Internecie. Zapytani o preferowane przez nastolatki metody FP lekarze podawali, że nastolatki zazwyczaj proszą o recepty na OCP, co lekarze przypisywali brakowi wiedzy na temat innych metod antykoncepcji oraz popularności OCP w kręgach towarzyskich i w Internecie.

Interakcje farmaceutów z dorastającymi dziewczętami były w dużej mierze ograniczone do realizacji recept. Niektórzy farmaceuci wspominali w wywiadzie jakościowym, że konieczność obecności opiekuna jest barierą dla świadczeń FP dla nastolatek; wyrażali również przekonanie, że zasięgając opinii na temat FP nastolatki niechętnie mówią o FP lub wykazują się „nadmierną pewnością siebie” co do rodzaju metody FP, której chcą użyć – najczęściej OCP.

### Praca ze społecznościami romskimi

W ramach oceny rynku lekarze i farmaceuci zostali zapytani o ich doświadczenie w pracy ze społecznościami romskimi. Romowie są mniejszością etniczną zarówno w Ukrainie, jak i w Polsce, i często doświadczają

marginalizacji ze względu na swoje pochodzenie etniczne.

W badaniu ilościowym 38% lekarzy stwierdziło, że klientki ze społeczności romskiej napotkają pewne bariery w dostępie do opieki w zakresie SRH, które określili jako bariery językowe, kulturowe lub finansowe. W wywiadach jakościowych tylko jeden lekarz podzielił się jakimkolwiek doświadczeniem w pracy z klientkami romskimi. Wyraził on opinię, że było to trudne ze względu na bariery językowe, a jego zdaniem klientki

*„[Mówiąc o romskich klientkach] Są to pacjentki, które bardzo często spóźniają się na wizyty. Są to pacjentki, które potrafią dzwonić po kilkanaście razy i pytać o to samo. Zdarzyło się też, że mąż pacjentki przyszedł na wizytę nietrzeźwy. Robią awantury w recepcji, kłócą się”.*

*Lekarz ginekolog z Warszawy*

pochodzenia romskiego mają niższy poziom umiejętności czytania i pisania. Wyraził również potencjalnie szkodliwe uprzedzenia dotyczące członków społeczności romskiej, jak opisano poniżej.

### Praca z osobami o zróżnicowanej orientacji seksualnej, tożsamości i ekspresji płciowej oraz cechach płciowych (SOGIESC)

W badaniu ilościowym większość lekarzy ogółem (73%) zgłosiła, że pracowali z klientkami o zróżnicowanych SOGIESC. Tylko 17% lekarzy z Przemyśla, Rzeszowa i Lublina podało, że pracowali z klientkami o zróżnicowanych SOGIESC. Pytani w wywiadach jakościowych dotyczących oceny rynku, zarówno lekarze, jak i farmaceuci zgłaszali ograniczone doświadczenia w pracy z klientkami o zróżnicowanych SOGIESC. Ci lekarze, którzy mieli takie doświadczenie, podawali, że klientki takie rzadko zgłaszają się po świadczenia FP. Ogólnie rzecz biorąc, lekarze wyrażali przekonanie, że klientki o zróżnicowanych SOGIESC otrzymują wysokiej jakości opiekę, niezależnie od ich orientacji lub tożsamości, i że nie napotykają szczególnych barier. Badania pokazują jednak, że klientki o zróżnicowanych SOGIESC doświadczają barier w dostępie do opieki zdrowotnej, w tym świadczeń FP, na całym świecie<sup>37</sup>.

Podczas wywiadów jakościowych również farmaceuci zgłaszali, że mają ograniczone doświadczenie w obsłudze klientek o zróżnicowanych SOGIESC. Kilku farmaceutów stwierdziło, że obsługa klientek o zróżnicowanych SOGIESC nie różni się od obsługi klientek heteroseksualnych czy cisplciowych. Niektórzy wskazywali, że apteki zazwyczaj nie dysponują przestrzeniami zapewniającymi prywatność, w których farmaceuci mogliby konsultować się z klientami i zauważali, że może to stanowić potencjalną barierę dla osób o zróżnicowanych SOGIESC. Farmaceuci podawali jednak, że klientki o zróżnicowanych SOGIESC rzadko pytały o dostępność antykoncepcji.

### Wykorzystanie planowania rodziny: perspektywy ukraińskich uchodźczyń oraz polskiej społeczności przyjmującej

W ramach oceny barier w dostępie do FP przeprowadzono wywiady z 22 ukraińskimi uchodźczyniami i z 26 Polkami ze społeczności przyjmującej, aby zrozumieć bariery, jakie napotykają one w dostępie do opieki w zakresie FP w Polsce. Wyniki tych pogłębionych wywiadów przedstawiono poniżej w dwóch częściach, w oparciu o ich znaczenie dla rynku FP. Pierwsza część przedstawia czynniki po stronie podaży, które wpływają na korzystanie z FP wśród ukraińskich uchodźczyń i Polek ze społeczności przyjmującej, takie jak bariery w dostępności i jakości świadczeń i metod FP w Polsce. W drugiej części zawarto wnioski związane

<sup>37</sup> Cemile Hurrem Balik Ayhan i in, 2020. „A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings”. International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation 50 (1): 44–61. <https://doi.org/10.1177/0020731419885093>. Hayley Conyers i in. „Barriers and Facilitators to Accessing Sexual Health Services for Older LGBTQIA+ Adults: A Global Scoping Review and Qualitative Evidence Synthesis”. Sexual Health 20, nr 1 (luty 2023): 9–19. <https://doi.org/10.1071/SH22144>.

z czynnikami po stronie popytu zarówno z oceny rynku, jak i oceny barier w dostępie do FP; omówiono miejsce FP na liście priorytetów dla ukraińskich uchodźczyń i Polek ze społeczności przyjmującej, ich wiedzę na temat świadczeń i metod FP, postawy wobec FP, bariery finansowe dla opieki zdrowotnej i FP, a także strategie poprawy ich dostępu do dobrej jakości świadczeń FP.

## Czynniki po stronie podaży

### Bariery dla dostępności

Omawiając bariery w dostępie do świadczeń w zakresie FP, szereg ukraińskich uchodźczyń i Polek wskazało polskie ograniczenia dotyczące aborcji jako barierę w dostępie do opieki w zakresie SRH w Polsce. Wiele z tych respondentek wyraziło przekonanie, że ograniczenia te stanowią naruszenie praw kobiet, a niektóre respondentki podzieliły się obawami o możliwość uzyskania dostępu do bezpiecznej aborcji w Polsce, gdyby jej potrzebowały. Ukrainki wyraźnie wiązały polskie ograniczenia dotyczące aborcji z ogólną stygmatyzacją związaną z FP w Polsce. Niektóre respondentki, zarówno Ukrainki, jak i Polki, stwierdziły, że gdyby potrzebowały aborcji, wyjechałyby z Polski lub korzystały z usług poza formalnym systemem opieki zdrowotnej.

*„Tak, to ogromna bariera. Duża bariera ginekologiczna dla kobiet. I pod względem moich praw. Co jeśli nie chcę zajść w ciążę? Na przykład ja i mój mąż zdecydowaliśmy, że nie chcemy mieć więcej dzieci. Dlaczego nie mogę dostać pigułki lub zrobić tego [aborcji i]? Rzeczy, które mogę normalnie zrobić w Ukrainie, w placówce medycznej”*

- Uchodźczynie z Ukrainy z niepełnosprawnością

### Wymagania dotyczące recept

Kilka Ukrainek mówiło o barierach w dostępie do opieki w zakresie FP, takich jak konieczność umówienia się na wizytę lub uzyskania recepty na środki antykoncepcyjne. Większość Ukrainek ogólnie uważała, że metody i świadczenia FP są mniej dostępne w Polsce niż w Ukrainie, szczególnie w przypadku hormonalnych metod antykoncepcyjnych. Zarówno OCP, jak i ECP są dostępne w Ukrainie bez recepty. Uznały one również, że trudniej jest im korzystać z polskiego systemu opieki zdrowotnej niż z ukraińskiego ze względu na wymogi dotyczące wizyt i recept, dłuższy czas oczekiwania na wizyty lub trudności językowe. Kilka Ukrainek wyraziło swoją frustrację z powodu konieczności umawiania się na badania krwi i wymazy cytologiczne w celu uzyskania metod FP – w Ukrainie świadczenia diagnostyczne można uzyskać bezpośrednio w prywatnych laboratoriach; respondentki wymieniły to jako kolejną barierę w dostępie do odpowiedniej opieki SRH.

Wiele Polek uznało również konieczność umawiania się na wizyty i otrzymywania recept za przeszkodę w dostępie do świadczeń w zakresie FP, biorąc pod uwagę liczbę kroków potrzebnych do ich uzyskania. Dla niektórych Polek wymagania te były bardziej uciążliwe ze względu na brak możliwości umówienia się na wizytę w odpowiednim czasie w ramach opieki publicznej, co mogło wydłużyć proces uzyskiwania metody FP. Co więcej, kilka Polek zauważyło, że połączenie wymogów dotyczących umówienia się na wizytę i uzyskania recepty na metody FP oraz ograniczona dostępność wizyt tego samego dnia znacznie zmniejszyły dostępność ECP w ramach NFZ.

### Bariery językowe

Większość Ukrainek mówiła o języku jako barierze w uzyskiwaniu świadczeń zdrowotnych, w tym FP. Wiele Ukrainek omawiało strategie radzenia sobie z tymi barierami, w tym poszukiwanie ukraińskojęzycznych

świadczeniodawców, obecność tłumaczy podczas wizyt, naukę języka polskiego, a w jednym przypadku wsparcie polskojęzycznego członka rodziny. Znalezienie i umówienie się na wizytę u ukraińskojęzycznego świadczeniodawcy wymagało jednak dodatkowego czasu i wysiłku zarówno w ramach publicznego, jak i prywatnego systemu opieki zdrowotnej. Bez tego mogłyby trafić do polskojęzycznych lekarzy, z których pomocy i tak musiałyby skorzystać, ponieważ potrzebowałyby opieki zdrowotnej. Niektóre Ukrainki zgłaszały, że czują się zakłopotane, ponieważ nie rozumieją języka polskiego podczas uzyskiwania świadczeń opieki zdrowotnej lub zgłaszały, że bariery językowe utrudniają poruszanie się po polskim systemie opieki zdrowotnej, co skutkuje otrzymaniem nieodpowiedniej opieki. Inne zauważały, że bariery językowe uniemożliwiają korzystanie z dostępnych dla nich świadczeń oraz powodują zamieszanie wokół niepełnosprawności i statusu uchodźcy. Jedna z kobiet stwierdziła, że niektórzy uchodźcy mają nadzieję, że ich przesiedlenie będzie krótkotrwałe, a nauka języka polskiego nie jest dla nich priorytetem, ponieważ spodziewają się, że wkrótce wrócą do Ukrainy.

*„Musimy zrozumieć, że niektóre Ukrainki, które znalazły tu pracę, nie wracają do domu ale nadal nie uczą się języka. Ciągłe powtarzam dziewczynom, że tak nie powinno być. Nawet jeśli wrócisz do Ukrainy, zamieszkał w Ukrainie, ale nauka języka nie zaszkodzi... Jedna koleżanka mieszka tu od półtora roku, uczęszczała na kursy, ale widać, że po prostu siedziała i myślała o tym, kiedy wróci do domu... Myślę więc, że istnieje bariera językowa, ale wiele zależy od kobiet, które często myślą: „Niedługo wrócę””.*

- Uchodźczynie z Ukrainy z niepełnosprawnością

### Bariery logistyczne w opiece zdrowotnej dla ukraińskich uchodźczyń i Polek

Jako najczęstszą barierę w dostępie do opieki zdrowotnej ukraińskie uchodźczynie wymieniały długi czas oczekiwania. Czas oczekiwania odnosił się zarówno do konieczności oczekiwania przez kilka miesięcy na wolny termin wizyty u lekarza, jak i do długiego oczekiwania w dniu wizyty. Warto zauważyć, że wszystkie respondenci odnosiły się do NFZ, mówiąc o czasie oczekiwania jako barierze. Dla porównania, opieka w Ukrainie była postrzegana jako o wiele bardziej punktualna, zaś klientki mogły umówić się na wizytę online i spotkać się z lekarzem w ciągu kilku dni.

*„[ W ] publicznej służbie zdrowia są bardzo długie kolejki. Nie wiem, kto ma na to czas. Mam pracę i dwójkę dzieci. Studiuję też na uniwersytecie. Wynajmuję mieszkanie. Więc niestety ja nie mam na to czasu. Wizyta w prywatnej klinice jest dla mnie kosztowna. Dlatego do lekarza chodzę tylko w nagłych przypadkach. W żadnym innym przypadku”.*

- Uchodźczynie z Ukrainy bez niepełnosprawności

Ukraińskie uchodźczynie zgłaszały, że długi czas oczekiwania jest szczególnie uciążliwy dla osób z wcześniej istniejącymi schorzeniami bądź nowymi problemami zdrowotnymi, a także doświadczających nagłych wypadków, które często wymagały specjalistycznej opieki. Wspomniały również o innych barierach logistycznych, takich jak

konieczność zapewnienia opieki nad dziećmi w celu odbycia wizyty i brak przyjaznych dzieciom miejsc opieki zdrowotnej, brak przychodni w ich okolicy oraz odległość, którą trzeba pokonać w celu uzyskania opieki. Dla niektórych Ukrainek mieszkających w mniejszych miejscowościach poza Warszawą podróż na wizytę i z powrotem może zająć godzinę lub dłużej. Jedna z Ukrainek wspomniała, że w przychodniach w Ukrainie zazwyczaj znajdują się pokoje dla dzieci, w których dzieci mogą przebywać podczas wizyty rodzica u lekarza, natomiast w Polsce dzieci muszą czekać na korytarzach. Jeśli przychodnia jest zlokalizowana daleko, a zapewnienie opieki nad dziećmi w domu nie jest możliwe lub przystępne cenowo, odbywanie wizyt lekarskich staje się trudne.

Wiele ukraińskich uchodźczyń wspominało o ogólnych trudnościach w poruszaniu się po polskim systemie opieki zdrowotnej. Respondentki omówiły szereg procesów, które stanowiły wyzwanie, w tym rejestrację w celu uzyskania opieki zdrowotnej, rejestrację statusu i świadczeń dla uchodźców oraz ubieganie się o status osoby niepełnosprawnej i powiązane świadczenia. Niektóre ukraińskie uchodźczynie wspominały o trudnościach z rozeznaniem, czy przychodnie są publiczne czy prywatne, lub czy ich opieka będzie gwarantowana ich statusem uchodźcy. Inne zgłaszały, że proces kierowania na specjalistyczne leczenie był skomplikowany, i opisywały doświadczenia, kiedy skierowano je do niewłaściwego świadczeniodawcy lub gdy świadczeniodawca, do którego zostały skierowane, nie był dostępny przez wiele miesięcy. Te wyzwania w poruszaniu się po systemie opieki zdrowotnej są często potęgowane przez bariery językowe i długi czas oczekiwania.

*„Pomimo tego, że dobrze znam język polski i wychowywałam się tutaj przez pierwszy etap mojego życia, nadal nie rozumiem tutejszego systemu. Dobrze by było, gdyby ktoś mi wytłumaczył na przykład: „kiedy idzie pani do ginekologa, umawia się pani na wizytę, przechodzi jakieś bezpłatne badania”, ale nie wiem, skąd wziąć takie informacje. Po prostu nie wiadomo, czy to jest płatne, czy bezpłatne – nie ma takich informacji” .*

*- Uchodźczynie z Ukrainy z niepełnosprawnością*

Polki również wymieniały długi czas oczekiwania jako najczęstszą barierę w dostępie do opieki zdrowotnej, odnosząc się zarówno do konieczności oczekiwania przez kilka miesięcy na dostępną wizytę, jak i długiego oczekiwania w dniu wizyty. Niektóre Polki opisywały również odległość do przychodni jako barierę, gdy preferowani przez nie lekarze lub przychodnie nie znajdowały się w pobliżu ich domu lub pracy – jedna Polka uznała to za normę. Inne Polki wspominały o potrzebie zapewnienia opieki nad dziećmi jako potencjalnej barierze, ale wiele z nich było w stanie zapewnić płatną opiekę nad dziećmi lub oprzeć się na swojej sieci wsparcia – partnerach/partnerkach, rodzicach, rodzeństwie, znajomych itp. Jedna z kobiet wspomniała, że jej ubezpieczenie może pokryć koszty opieki nad dziećmi, eliminując w ten sposób tę barierę.

### **Bariery finansowe dla planowania rodziny i opieki zdrowotnej**

Ukrainki znajdujące się w badanej próbie miały zróżnicowane podejście do kosztów jako bariery przy korzystaniu z ogólnej opieki zdrowotnej lub FP w Polsce. Ogólnie rzecz biorąc, większość ukraińskich uchodźczyń wymieniła koszty opieki jako barierę dla ogólnej opieki zdrowotnej, opieki w zakresie FP lub obu tych świadczeń w Polsce. Twierdziły one, że koszty ogólnych świadczeń zdrowotnych w systemie prywatnym są znacznie wyższe w Polsce niż w Ukrainie, szczególnie dlatego, że w Polsce zarabiają one znacznie mniej. Mimo to, wiele Ukrainek zgłaszało, że decyduje się na skorzystanie z prywatnej opieki, aby uniknąć konieczności oczekiwania w ramach NFZ – muszą dokonywać wyboru między kosztownymi świadczeniami a świadczeniami uzyskiwanymi szybko.

Niektóre ukraińskie uchodźczynie opisywały swoje osobiste doświadczenia związane z kosztami jako przeszkodę w korzystaniu ze świadczeń FP. Jedna z ukraińskich uchodźczyń opisała swoje doświadczenia związane z próbą znalezienia wysoko ocenianego ginekologa, tylko po to, by później dowiedzieć się, że koszt konsultacji jest zbyt wysoki, ponieważ struktura cen była niejasna. Inna kobieta zdecydowała się nie skorzystać ze świadczeń FP, gdy okazało się, że koszt konsultacji to 250 PLN (62 USD) – stwierdziła, że jest to zbyt drogie, biorąc pod uwagę jej dochody i że nie ma czasu na czekanie w długich kolejkach w ramach NFZ. Prywatne świadczenia FP w Polsce, podobnie jak świadczenia ogólnej opieki zdrowotnej, zostały uznane za znacznie droższe niż w Ukrainie.

Inne Ukrainki wskazywały, że koszt byłby barierą dla osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, ale nie wspomniały o tym jako o barierze dla nich samych. Spośród tych kobiet kilka stwierdziło, że to, czy koszt jest barierą, zależy od metody i tego, jak bardzo priorytetowo dana kobieta traktuje antykoncepcję. Kilka ukraińskich uchodźczyń w ogóle nie postrzegało kosztów jako bariery. Jedna z kobiet stwierdziła, że stosowanie środków antykoncepcyjnych zależy wyłącznie od potrzeby, a koszt nie ma znaczenia.

Większość Polek również uważała, że koszty stanowią barierę w dostępie ogólnej opieki zdrowotnej, szczególnie w przypadku prywatnej opieki zdrowotnej i leków, które nie są refundowane przez NFZ. Szereg Polek wskazywało, że korzystają z prywatnych świadczeń, jeśli je na to stać, aby uniknąć oczekiwania i innych barier napotykanych podczas korzystania z świadczeń NFZ. Niektóre Polki uważały, że prywatna opieka jest zbyt droga, aby kiedykolwiek mogły z niej korzystać, podczas gdy inne wspominały, że czasami korzystają z prywatnej opieki, ale tylko wtedy, gdy potrzebują uzyskać świadczenia znacznie szybciej niż mogłoby to nastąpić w ramach opieki publicznej. Kilka kobiet mówiło również o wyzwaniach związanych z płaceniem za leki, biorąc pod uwagę ograniczenia i zmiany w lekach refundowanych przez NFZ.

Co się tyczy dostępu do świadczeń w zakresie FP, prawie wszystkie Polki stwierdziły, że koszt jest barierą. Większość Polek nie podawała, że koszty stanowią barierę dla nich osobiście, ale uważały je za barierę dla innych: tych o niskich dochodach, które mogą potrzebować skorzystać z świadczeń w prywatnej placówce, aby uzyskać opiekę tak szybko, jak to możliwe; w przypadku niektórych metod FP, takich jak IUD, które wiążą się z dużymi kosztami ponoszonymi z góry, lub innych hormonalnych metod antykoncepcji, których koszt jest znacznie niższy w przypadku jednej recepty, ale sumuje się z czasem. Niemniej jednak, kilka kobiet stwierdziło, że w ogóle nie wiedzą, jakie są szacunkowe koszty uzyskania świadczeń FP.

Szereg Polek przyznało, że koszty stanowią barierę w dostępie do FP dla nich osobiście – nie mogą sobie pozwolić na niektóre metody, takie jak IUD, lub wcześniej wydały dużo pieniędzy na metody FP inne niż prezerwatywy. Jak wspomniano wcześniej, wiele kobiet mówiło o przeszkodach logistycznych w korzystaniu z świadczeń FP, w tym o konieczności odbycia wielu wizyt lub wykonania badań diagnostycznych, a także o potrzebie zapewnienia opieki nad dziećmi i transportu – wszystko to wiąże się z kosztami lub może spowodować, że klientka będzie musiała wziąć wolne z pracy, co dodatkowo potęguje barierę związaną z kosztami samego świadczenia.

*„Wiesz, [środki antykoncepcyjne] nie są tanie, nie każda kobieta się na to zgodzi. Na przykład założenie wkładki wewnątrzmacicznej. A jeśli chodzi o pigułki, to musisz pamiętać o ich codziennym przyjmowaniu. W moim przypadku oszczędzałam pieniądze przez trzy lub cztery miesiące, aby móc sobie na to [wkładkę wewnątrzmaciczną] pozwolić. Bo dla mnie to jest drogie. Powiem, że z jednej pensji byłoby mi trudno to zrobić”*

*- Polka bez niepełnosprawności*

Tylko kilka Polek stwierdziło, że nie uważają, aby koszty stanowiły barierę w dostępie do świadczeń FP, przy czym jedna kobieta stwierdziła, że przeciętną Polkę stać na FP, a inna stwierdziła, że posiadanie środków

finansowych na FP jest kwestią priorytetów.

### **Bariery dla dostępu do świadczeń odpowiedniej jakości**

Większość Ukrainek wspominała w wywiadach o niskiej jakości opieki w ramach NFZ. Należy zauważyć, że respondentki mówiły o jakości opieki w odniesieniu do szeregu świadczeń zdrowotnych, nie tylko FP i SRH. Konkretnie wymieniane kwestie obejmowały otrzymywanie innych diagnoz w Polsce niż w Ukrainie, długie czasy oczekiwania, brak szacunku lub negatywne nastawienie ze strony świadczeniodawców oraz nieskuteczne leczenie. Niektóre Ukrainki wspominały o przypadkach, w których polscy świadczeniodawcy nie uznawali schorzeń, które zdiagnozowano u nich w Ukrainie, lub umniejszali ich wagę, ponieważ świadczeniodawca nie wziął pod uwagę ich historii medycznej. Przykładowo, jednej z kobiet odmówiono wypisania recepty na niezbędne leki na chorobę przewlekłą. Kilka kobiet stwierdziło również, że konsultacje są krótkie, a lekarze nie odpowiadają odpowiednio na zadawane pytania. Jedna z kobiet opisała wizytę, podczas której lekarz bez zbadania jej szybko przepisał jej leki, które nie pomogły na jej problem zdrowotny. Niektóre Ukrainki mówiły również o tym, że niska jakość opieki potęguje wyzwania związane z poruszaniem się po polskim systemie opieki zdrowotnej – opowiadały o tym, jak kierowano je kolejno do kilku lekarzy, bez stosowania jakiegokolwiek leczenia czy choćby formułowania jego planu. W kilku przypadkach respondentki podały, że otrzymały opiekę, która nie dotyczyła ich problemów zdrowotnych.

*Respondentka: „Szczepnie mówiąc, doświadczenia były różne. W niektórych przypadkach było dobrze, a w innych nie. Niektórzy lekarze mówili mi, że tak naprawdę nie jestem niepełnosprawna, że to sobie wymyśliłam. Mimo że od urodzenia poruszam się na wózku inwalidzkim. W ogóle nie umiem chodzić. To było dla mnie bardzo dziwne usłyszeć to tutaj, w Polsce. Nie udzielili mi żadnej pomocy, powiedzieli tylko, że mogą wysłać mnie na rehabilitację”.*

*Moderator: „Przykro mi to słyszeć. Czy to był lekarz publiczny czy prywatny?”*

*Respondentka: „To był lekarz [NFZ]”.*

*- Respondentką była uchodźczyni z Ukrainy z niepełnosprawnością*

Polki również wskazywały niską jakość opieki jako barierę w dostępie do ogólnej opieki zdrowotnej, szczególnie w przypadku NFZ. Polki wymieniały wiele z tych samych kwestii związanych z jakością opieki, co ukraińskie uchodźczynie: lekarze, którzy nie słuchają pacjentów, krótkie konsultacje, nieskuteczne leczenie oraz chaotyczna i nieefektywna opieka. Polki znacznie częściej niż Ukrainki wymieniały jakość opieki jako barierę.

Polki również wskazywały niską jakość opieki jako barierę w dostępie do ogólnej opieki zdrowotnej, szczególnie w przypadku NFZ. Polki wymieniały wiele z tych samych kwestii związanych z jakością opieki, co ukraińskie uchodźczynie: lekarze, którzy nie słuchają pacjentów, krótkie konsultacje, nieskuteczne leczenie oraz chaotyczna i nieefektywna opieka. Polki znacznie częściej niż Ukrainki wymieniały jakość opieki jako barierę.

*„Wcześniej korzystałam z usług NFZ, ale teraz, kiedy lepiej zarabiam, nie chce mi się czekać, więc korzystam z usług prywatnych... Chodzi o podejście do klienta i lepsze rozwiązywanie problemów w prywatnej służbie zdrowia. Miałam kilka nieprzyjemnych sytuacji z NFZ. Nie wszystko dało się zrobić podczas jednej wizyty i próbowali narzucić dodatkowe badania. Miałam wrażenie, że próbują mi wcisnąć dodatkowe rzeczy”*

- *Polka bez niepełnosprawności*

Jeśli chodzi konkretnie o FP, wiele Polek spotkało się również z odmową lub zniechęcaniem do stosowania metod FP przez świadczeniodawców. Niektóre z nich osobiście doświadczyły odmowy opieki ze strony lekarzy i nie mogły uzyskać świadczeń FP, ponieważ ich lekarz zastosował klauzulę sumienia; kilka innych słyszało o takich doświadczeniach od członkiń ich społeczności. Fakt, że świadczeniodawcy opieki zdrowotnej mogą odmówić świadczeń FP, zasiał nieufność do systemu publicznego wśród wszystkich Polek, które wymieniły to jako barierę. W wielu z tych przypadkach Polki przeszły na prywatną opiekę zdrowotną, gdzie płaciły więcej za konsultacje, ale nie napotkały tej bariery.

*„Osobiście uważam, że trudno jest mieć takie zaufanie... Ponieważ trudno jest rozmawiać z nieznanym lekarzem, ponieważ może on mieć inne poglądy i może być przeciwny temu, czego potrzebuję. Dla przykładu, jeśli pójde do niego po pigułki „dzień po” lub powiem o aborcji, a on będzie temu przeciwny, rozmowa z takim lekarzem będzie dla mnie wyzwaniem”*

- *Polka bez niepełnosprawności*

#### Czynniki związane z popytem

#### Priorytetyzacja planowania rodziny

W ramach oceny barier w dostępie do FP, zarówno ukraińskie uchodźczynie, jak i Polki zapytano o znaczenie świadczeń w zakresie SRH, a w szczególności świadczeń FP.

Niemal wszystkie ukraińskie uchodźczynie uznały świadczenia w zakresie SRH za ważne, wskazując na znaczenie corocznych badań i badań przesiewowych w kierunku raka lub potrzebę leczenia określonych schorzeń układu rozrodczego. Warto zauważyć, że szereg Ukrainek podało, że po przeprowadzce do Polski przestały traktować priorytetowo regularne świadczenia w zakresie SRH ze względu na bariery w łatwym dostępie do opieki lub inne pilne kwestie, takie jak pojawiające się problemy zdrowotne dzieci.

Tylko niektóre Ukrainki stwierdziły, że dostęp do FP jest dla nich ważny i że korzystały lub korzystają ze świadczeń w tym zakresie. Jednak połowa Ukrainek w badanej próbie stwierdziła, że FP nie jest dla nich priorytetem, twierdząc, że one mieszkają w Polsce, a ich partnerzy pozostali w Ukrainie, lub że są same i nie mają obecnie partnerów seksualnych.

*„ W moim miejscu pracy jest wiele kobiet, których mężowie zostali w Ukrainie, więc czuję, że brakuje im życia seksualnego. Czasami chcą pojechać na granicę, żeby się spotkać, bo bardzo za sobą tęsknią[...] Ale mężczyźni są na froncie, nie dostają urlopu.[...] Ma m wielu znajomych , którzy są teraz na wojnie. Bardzo mało kobiet przyjechało do Polski ze swoimi mężczyznami” .*

- *Uchodźczynie z Ukrainy bez niepełnosprawności*

Wśród Polek prawie wszystkie respondentki określiły SRH jako ważne – Polki wymieniły podobne obawy jak Ukrainki, w tym znaczenie corocznych badań, badań przesiewowych w kierunku nowotworów układu rozrodczego i leczenia istniejących schorzeń. Niektóre Polki stwierdziły również, że świadczenia FP nie są dla nich istotne, ponieważ nie mają partnerów seksualnych bądź nie są w długotrwałych związkach i nie stosują FP.

W wywiadach jakościowych przeprowadzonych w ramach oceny rynku zarówno lekarze, jak i farmaceuci podawali, że ukraińskie uchodźczynie i Polki mają podobne potrzeby w zakresie FP, choć głównym przedmiotem zainteresowania są świadczenia związane z ciążą. Lekarze i farmaceuci twierdzili, że stosowanie antykoncepcji wśród ukraińskich uchodźczyń jest na niskim poziomie, co przypisywali brakowi potrzeby, ponieważ podróżują one bez swoich partnerów; wskazywali również, że ich zdaniem Ukrainki bardziej akceptują ciążę w młodszym wieku w porównaniu z Polkami.

Jednak w badaniu ilościowym 92% lekarzy w Warszawie stwierdziło, że zauważyli wzrost liczby Ukrainek zwracających się o świadczenia FP. We wschodnich województwach odnotowano to w mniejszym stopniu – 42% lekarzy stwierdziło, że nie zauważyli żadnych zmian w popycie na FP.

## **Wiedza na temat planowania rodziny**

### **Znajomość polskiego systemu**

Kilka ukraińskich uchodźczyń podawało, że brakuje im wiedzy na temat dostępu do świadczeń i metod FP w Polsce. Zapytane o to, w jaki sposób uzyskająby dostęp do metod FP, niektóre stwierdziły, że nie mają pojęcia. Inne stwierdziły, że nie są pewne i podały błędne informacje – że udadzą się bezpośrednio do apteki, że nie potrzebują recepty lub że NFZ zwróci koszt stosowanej przez nie metody FP.

Braki w wiedzy na temat dostępu do świadczeń FP w Polsce były bardziej powszechne wśród ukraińskich uchodźczyń, które stwierdziły, że nie potrzebują w danym momencie żadnych metod FP. Kilka z tych kobiet podało nieprawidłowe sposoby dostępu do OCP, stwierdziło, że nie wiedzą, jak uzyskać dostęp do OCP lub że wiedzą, że niektóre metody wymagają recepty i wizyty u lekarza, ale nie były pewne, które z nich. Niektóre Ukrainki, które nie potrzebowały FP, podawały, że nigdy nie słyszały o ECP – inne słyszały o nich, ale nie miały jasności co do ich zastosowania lub sposobu ich uzyskania.

Dla porównania, Ukrainki, które deklarowały potrzebę stosowania FP, miały większą wiedzę na ten temat. Prawie wszystkie kobiety w tej grupie słyszały o ECP, a niektóre wiedziały, że ECP wymaga w Polsce wizyty u lekarza i recepty. Jednak kilka Ukrainek, które zgłosiły potrzebę stosowania metod FP, nie miało pewności, jak uzyskać dostęp do ECP w Polsce lub uważało, że można je uzyskać w aptece bez recepty, co ponownie wskazuje na luki w wiedzy na temat polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Co ciekawe, kilka Polek również wskazało luki w wiedzy na temat dostępu do FP w Polsce jako barierę. Dla niektórych Polek były to bariery, z którymi same miały do czynienia – nieznajomość kosztów metod lub świadczeń FP, takich jak koszty wizyt w Polsce. Inne Polki opisywały braki w wiedzy na temat dostępu do FP jako barierę dla całego polskiego społeczeństwa, wynikającą z braku edukacji i czasami rozpowszechniania błędnych informacji

na tematy związane z FP.

### **Wiedza na temat awaryjnych tabletek antykoncepcyjnych (ECP)**

Podczas wywiadów jakościowych w ramach oceny barier w dostępie do FP, zarówno ukraińskie uchodźczynie, jak i Polki zostały zapytane o ich wiedzę na temat ECP.

Większość ukraińskich uchodźczyń słyszała o ECP, choć tylko połowa z nich wiedziała, jak uzyskać do nich dostęp w Polsce – druga połowa w większości nie była pewna, jak uzyskać dostęp do ECP w Polsce. Kilka z nich nie miało pewności co do tego, czy należy je przyjmować przed stosunkiem czy po nim, lub jak długo po stosunku należy je przyjmować. Na przykład, jedna z Ukrainek wyraziła przekonanie, że aby ECP były skuteczne, należy je przyjąć w ciągu 6–12 godzin po stosunku. Niemniej jednak szereg ukraińskich uchodźczyń przed wywiadem nigdy nie słyszała o ECP.

Większość Polek w badanej próbie posiadała wiedzę lub pewną wiedzę na temat ECP. Prawie połowa Polek stwierdziła, że wiedzą o ECP, sposobie ich działania i dostępie do nich w Polsce. Wiele innych kobiet słyszało o ECP, ale nie wiedziało, jak działają jako środek antykoncepcyjny, miało błędne informacje na temat ich stosowania lub nie było pewnych, jak uzyskać do nich dostęp. Tylko niewielka liczba Polek nigdy nie słyszała o ECP i nie była zainteresowana, aby dowiedzieć się więcej.

### **Mity i błędne wyobrażenia**

Podczas wywiadów niektóre ukraińskie uchodźczynie dzieliły się błędnymi przekonaniami na temat świadczeń SRH i FP. Jedna z respondentek stwierdziła, że jej zdaniem wykonanie więcej niż jednej aborcji może zagrażać życiu. Inna wyraziła zaniepokojenie, że metody FP dostępne w Polsce znacznie różnią się od tych dostępnych w Ukrainie i dlatego należy je dokładnie rozważyć. Inne kobiety podawały, że ich zdaniem IUD mogą być stosowane tylko przez osoby, które już urodziły dziecko, a antykoncepcja hormonalna może uszkadzać narządy lub prowadzić do rozwoju raka.

Podobnie niektóre Polki wyrażały błędne przekonania na temat świadczeń SRH i FP. Podobnie jak ukraińskie uchodźczynie, niektóre z nich uważały, że IUD są przeznaczone tylko dla kobiet, które już rodziły. Inne uważały, że OCP mogą powodować raka lub uszkodzenia narządów lub że ECP są szkodliwe dla kobiet.

### **Postawy wobec planowania rodziny**

#### **Stygmatyzacja społeczna**

Kilka ukraińskich uchodźczyń wskazało stygmatyzację społeczną jako przeszkodę w dostępie do FP. Biorąc pod uwagę restrykcyjne przepisy aborcyjne w Polsce i silne wpływy religijne, Ukrainki uważały, że polskie nastawienie do FP stanowi barierę w dostępie do niego. Niewielka liczba Ukrainek wspomniała również o potencjalnym zakłopotaniu związanym z zakupem lub pytaniem o FP jako o barierze, którą zdaniem jednej z kobiet potęgują dodatkowo bariery językowe. Kilka innych Ukrainek wspomniało, że niektóre bariery religijne i kulturowe w Ukrainie mogą również uniemożliwiać kobietom dostęp do FP, w zależności od poglądów ich rodziny. Co więcej, w przypadku Ukrainek, które podczas wywiadu stwierdziły, że nie potrzebują FP, powszechnie wskazywaną potencjalną barierą była stygmatyzacja społeczna.

Wiele Polek mówiło również o tym, że stygmatyzacja społeczna jest lub może być przeszkodą w dostępie do FP w Polsce, szczególnie w społecznościach wiejskich. Niektóre Polki podały, że małe miasta i wsie zazwyczaj są przeciwnie antykoncepcji ze względu na silne powiązania z religią. Ponadto niektóre kobiety zauważyły, że klientki chcące uzyskać świadczenia FP w regionach wiejskich mogą znać lekarzy lub farmaceutów, z którymi się konsultują, co zmniejszyłoby ich anonimowość i zwiększyło ryzyko napiętnowania, biorąc pod uwagę wielkość tych społeczności. Jedna z respondentek podzieliła się przykładem, w którym osoba, którą знаła, zdecydowała się skorzystać ze świadczeń FP poza swoim miastem zamieszkania, aby uniknąć stygmatyzacji przez swoją społeczność, po tym, jak spotkał ją osąd ze strony lekarza podczas konsultacji. Kilka Polek stwierdziło również, że seks jest

ogólnie tematem tabu w polskich społecznościach, co sprawia, że SRH i FP również stają się tabu. Dzieje się tak pomimo faktu, że wiele Polek wskazało, że uczyły się o SRH i FP w szkole podstawowej – przyznały, że zajęcia te nie były traktowane poważnie, a jakość edukacji seksualnej była niska.

### Preferowane metody antykoncepcji

Zdecydowana większość Ukrainek stwierdziła, że prezerwatywy są ich preferowaną metodą antykoncepcji ze względu na ich powszechność, niską cenę i możliwość zakupu bez recepty. Po prezerwatywach wiele kobiet wymieniło OCP i IUD jako metody preferowane przez siebie i w swoich społecznościach. Większość Polek zgłosiła również preferowanie prezerwatyw, podając podobne powody, a następnie OCP i IUD. Jednak zarówno Ukrainki, jak i Polki wspomniały również, że wahają się przed wyborem IUD ze względu na wysoki koszt początkowy.

Zarówno Ukrainki, jak i Polki wspomniały o wahaniach lub niechęci wobec konkretnych metod FP. Niektóre stwierdziły, że nie zdecydowałyby się na hormonalne środki antykoncepcyjne, ponieważ przypisują im skutki uboczne, takie jak przyrost masy ciała i zaburzenia cyklu hormonalnego. Niewielka liczba Ukrainek i Polek wyraziła również wątpliwości dotyczące innych metod, takich jak plastry i żele plemnikobójcze, które uznały za mniej skuteczne.

W badaniu ilościowym przeprowadzonym w ramach oceny rynku lekarze i farmaceuci zostali zapytani o metody FP preferowane przez ukraińskie i polskie klientki, w tym o wszelkie różnice między metodami, o które pytały i które finalnie nabywały. Z ich perspektywy preferencje obu populacji są zasadniczo takie same, a produkty, o które najczęściej pytano, pokrywają się z tymi najczęściej kupowanymi. Lekarze i farmaceuci zgłaszali, że OCP i hormonalne IUD są najbardziej preferowanymi metodami FP w obsługiwanych przez nich populacjach.

W wywiadach jakościowych lekarze stwierdzili, że COC i w mniejszym stopniu POP są bardzo popularne ze względu na łatwość ich stosowania, możliwość ich łatwego odstawienia oraz względną przystępność cenową w porównaniu z innymi metodami. Często stosowane, ale mniej popularne, są IUD. Lekarze stwierdzili również, że IUD są zalecane dla starszych kobiet, które już rodziły, a niektórzy trzymali się wcześniej powszechnego przekonania, że nie powinny być one stosowane przez kobiety, które nigdy nie rodziły. Inni uważali IUD za przestarzałe. W niektórych przypadkach koszt IUD był uważany za porównywalny lub niższy niż hormonalnych tabletek antykoncepcyjnych przez ten sam okres stosowania. Żaden z lekarzy nie wspomniał jednak, że świadczenia zakładania IUD są refundowane przez NFZ. Według lekarzy IUD są mniej popularne wśród kobiet ze względu na wysoki koszt początkowy i brak elastyczności w porównaniu z OCP.

*„ Chodzi o jednorazowy duży koszt, który pacjentka musi ponieść. Oczywiście podkreślam, że w skali stosowania danej wkładki, roczny koszt jej posiadania wychodzi niższy lub porównywalny do pigułki” .*

*Lekarz ginekolog z Warszawy*

### Mechanizmy radzenia sobie z barierami w planowaniu rodziny

W trakcie wywiadów zarówno ukraińskie uchodźczynie, jak i Polki omawiały różne sposoby omijania barier w dostępie do profilaktyki antykoncepcyjnej i ogólnej opieki zdrowotnej. Jak wspomniano, wiele ukraińskich uchodźczyń podawało, że korzystają w Polsce z prywatnej opieki zamiast publicznej, aby uniknąć problemów związanych z czasem oczekiwania lub jakością opieki w ramach NFZ. Prywatna opieka w Polsce jest często bardziej terminowa, a zdaniem niektórych także lepszej jakości w porównaniu z NFZ, który jest uważany za przeciążony i niedofinansowany.

„Mogę powiedzieć, że wszystko było niejasne. Gdzie pójść, co zrobić, długie kolejki, nie wiadomo gdzie się zarejestrować. Więc kiedy po raz pierwszy poszłam tu do ginekologa, znalazłam prywatną przychodnię, w której lekarz mówił po angielsku. Dlatego trafiłam do prywatnej przychodni – ponieważ nie było jasne, jak to działa za pośrednictwem [NFZ]”.

- Uchodźczynie z Ukrainy bez niepełnosprawności

„Po miesiącu zostałam zaproszona do centrum onkologii. Przyniosłam wszystkie dokumenty medyczne i próbowałam porozmawiać z lekarzem. Nie chciał mnie słuchać. Miał jeden cel: zrobić mi biopsję, choć wiem, że jej nie potrzebuję. Powiedział, że nie powinnam się z nim kłócić i powinnam wykonać biopsję. Odmówiłam więc wykonania biopsji. Był bardzo niezadowolony. Potem poszłam do prywatnego lekarza. Naprawdę go polubiłam. Przejrzał całą moją dokumentację medyczną z Ukrainy i porównał ją z badaniami, które zrobiłam w Polsce. Powiedział, że nic się nie zmieniło i nie mam się czym martwić. Uspokoił mnie i wróciłam do domu”.

- Uchodźczynie z Ukrainy z niepełnosprawnością

Wyniki oceny pozwoliły zidentyfikować strategie stosowane przez ukraińskie uchodźczynie w celu uzyskania dostępu do FP, które mogą narażać je na ryzyko. Wiele ukraińskich uchodźczyń wspomniało, że wróciły lub wrócą do Ukrainy, aby ominąć bariery w polskim systemie w dostępie do FP lub innej ogólnej opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę bariery w dostępie do opieki w ramach FP i restrykcyjne przepisy antyaborcyjne w Polsce, ukraińskie uchodźczynie uważały, że w Ukrainie łatwiej jest poruszać się w systemie świadczeń FP i uzyskać je, pomimo trwającej wojny, i odbierały leki lub umawiały się na wizyty lekarskie, gdy wracały na kilka dni. Kilka Ukrainek wspomniało również o zabraniu ze sobą środków antykoncepcyjnych, takich jak OCP lub ECP, podczas przeprowadzki do Polski lub poproszeniu o to znajomych, gdy podróżowali oni do Polski.

„Przed zorganizowaniem przesyłki z Ukrainy sprawdziłam, czy mogę je kupić tutaj w aptece. Powiedzieli mi, że są na receptę, więc zrozumiałam, że najpierw muszę udać się do ginekologa. Nie wiem tylko, czy ginekolog może przepisać mi je na dłuższy okres, czy też będę musiała spotykać się z nim częściej... Zanim zorganizowałam ich przesyłkę, zastanawiałam się, jak kupić je tutaj. System okazał się bardziej skomplikowany, więc zdecydowaliśmy, że prościej będzie sprowadzić je z Ukrainy”.

- Uchodźczynie z Ukrainy bez niepełnosprawności

Wiele Polek stwierdziło również, że korzystają z prywatnej opieki medycznej, aby uniknąć kolejek lub problemów z jakością opieki w ramach NFZ. Polki korzystają z prywatnej opieki, aby uniknąć opieki publicznej w szczególności w przypadku FP; chcą uniknąć wcześniejszych doświadczeń ze świadczeniodawcami, którzy zniechęcali je do korzystania lub odmawiali świadczenia niektórych metod FP w ramach NFZ; nie chcą również powielać negatywnych doświadczeń, o których dowiedziały się od innych. W niektórych przypadkach Polki lub inne bliskie im osoby umawiały się na wizyty w ramach NFZ, jeśli miały czas na oczekiwanie, ale w przypadku pilnych wizyt

wybierały opiekę prywatną. Inne od samego początku nie decydowały się na NFZ, ponieważ dysponowały środkami na prywatną opiekę i nie chciały napotykać żadnych barier związanych z publiczną opieką zdrowotną. Kilka Polek wspomniało o uzyskaniu hormonalnych środków antykoncepcyjnych lub ECP online od lekarzy za pośrednictwem telemedycyny. Opcja ta była szczególnie korzystna dla jednej Polki, która potrzebowała ECP pilnie, ale nie była w stanie uzyskać opieki, ponieważ jej przychodnia nie była otwarta w weekendy.

Niewielka liczba Polek wspomniała również o strategiach dostępu do świadczeń FP, które mogłyby narazić je na ryzyko. Jedna Polka podała w wywiadzie informację, że jej znajoma przeprowadziła aborcję w domu, co spowodowało poważne komplikacje.

Szereg Ukrainek podzieliło się pozytywnymi doświadczeniami z polską służbą zdrowia. W przypadku ogólnej opieki zdrowotnej doświadczenia te często łączyły się z czynnikami, które pozwalały ominąć opisane powyżej bariery: kilka kobiet wspomniało o łatwości komunikowania się ze swoim lekarzem, ponieważ podczas wizyty obecny był tłumacz lub udało się im dostać do lekarza ukraińsko- lub rosyjskojęzycznego; jedna kobieta przyznała, że chociaż kolejka do publicznej opieki zdrowotnej była długa, jakość opieki, którą otrzymała, była zadowalająca. Jeśli chodzi o FP, oceny jakości opieki nie obniżyły napotkane bariery; niektóre respondentki oceniły ją jako porównywalną lub w jednym przypadku lepszą niż w Ukrainie, bez konkretnego odniesienia do opieki publicznej lub prywatnej.

Pomimo barier w dostępie do odpowiedniej jakości opieki większość Polek podzieliła się w wywiadach pozytywnymi doświadczeniami. Mniej więcej połowa z nich przypisywała swoje pozytywne doświadczenia jakości opieki prywatnej lub otrzymanym rekomendacjom konkretnych lekarzy w systemie publicznym. Część tych historii obejmowała wcześniejsze doświadczenia niskiej jakości opieki w systemie publicznym, co zwiększyło odsetek przypadków, w których klientki korzystały z prywatnej opieki, aby uniknąć barier i negatywnych doświadczeń w systemie publicznym.

## Pomoc w formie gotówki i bonów na planowanie rodziny

Przeprowadzenie tej oceny i opracowanie jej wyników miało na celu przede wszystkim przygotowanie fundamentów projektowania, koordynacji i finansowania przyszłych programów typu CVA w zakresie świadczenia FP w reakcji na przybycie do Polski uchodźczyń. W przypadku oceny zarówno rynku, jak i barier w dostępie do FP, zapytano respondentki o przydatność i ewentualny kształt interwencji CVA w celu poprawy dostępu do FP w Polsce zarówno dla ukraińskich uchodźczyń, jak i polskiej społeczności. Ponadto, ukraińskie uchodźczynie i Polki zostały zapytane o kwestie związane z finansami, takie jak dostęp do instytucji finansowych, trudności finansowe i procesy podejmowania decyzji w gospodarstwie domowym; informacje te mogą zostać wykorzystane do lepszego zaprojektowania przyszłego programu CVA w zakresie FP. Wyniki dotyczące tych tematów zostały zebrane w poniższej części.

### Dostęp do instytucji finansowych i trudności finansowe

W Polsce ukraińscy uchodźcy otrzymują numery identyfikacyjne Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności (PESEL), gdy rejestrują się w celu uzyskania statusu uchodźcy, czyli „UKR”. W ramach systemu PESEL obywatele polscy i ukraińscy uchodźcy są traktowani na równi pod każdym względem. W rezultacie polski rząd zapewnia ukraińskim uchodźcom taki sam dostęp do pomocy społecznej, jak obywatelom polskim. Po przyjeździe do Polski ukraińscy uchodźcy ze statusem „UKR” mają prawo do jednorazowego świadczenia pieniężnego w wysokości 300 PLN (70,95 USD). Mogą oni również ubiegać się o inne świadczenia dostępne dla obywateli polskich, w tym dodatkowe 800 PLN (197,54 USD) miesięcznie na każde dziecko, zasiłek porodowy (jednorazowa wypłata w wysokości 1000 PLN, czyli 236,50 USD), świadczenia rodzinne, świadczenia z tytułu niepełnosprawności lub dopłaty do pobytu dziecka w żłobku.

Podczas wywiadów ukraińskie uchodźczynie pytano o ich dostęp do instytucji finansowych, a także o trudności finansowe, z jakimi borykały się w Polsce. Szereg z nich wspomniało, że używając posiadanych przez siebie dokumentów, one i inne osoby z ich społeczności były w stanie otworzyć rachunki bankowe w Polsce. Wiele z nich mówiło jednak o trudnościach i poczuciu zagubienia w systemie bankowości w Polsce; kilka kobiet stwierdziło, że osoby posiadające status „UKR” nie są w stanie w ogóle uzyskać pożyczki za pośrednictwem swojego banku w Polsce, ponieważ nie posiadają karty pobytu, która jest wymogiem do otrzymania pożyczki. Jedna z kobiet wspomniała, że ubiegając się o kartę pobytu w Polsce, obawiała się utraty dostępu do świadczeń, które otrzymywała w ramach statusu „UKR”, z powodu upływu terminu na przedłużenie go, ale nie wiedziała, czy nadal będzie otrzymywać te świadczenia jako rezydentka.

*„Ostatnio mieliśmy trochę zawirowań z tym zasiłkiem [w ramach naszego statusu UKR]. Starłam się o pozwolenie na pobyt. I nie wiedziałam, że wymagany jest nowy wniosek [o przywrócenie zasiłku UKR]. Straciłam status UKR w listopadzie. Nie otrzymuję więc zasiłku od listopada i nie jestem pewna, czy pieniądze przepadną, czy nie. Ponieważ mam teraz zezwolenie na pobyt”*

- Uchodźczynie z Ukrainy bez niepełnosprawności

Inne ukraińskie uchodźczynie również mówiły o trudnościach w poruszaniu się po polskim systemie świadczeń socjalnych. Kilka z nich przyznało, że nie były pewne, jakie świadczenia są dostępne w ramach statusu „UKR”. Dwie ukraińskie uchodźczynie wspomniały o trudnościach w zrozumieniu polskich świadczeń z tytułu niepełnosprawności. Choroba przewlekła jednej z nich kwalifikowała ją do uzyskania statusu osoby niepełnosprawnej w Ukrainie – jednak status ten nie został uznany w Polsce, a jej wniosek o przyznanie statusu osoby niepełnosprawnej został dwukrotnie odrzucony, choć nie była pewna, dlaczego. Dziecko drugiej kobiety jest niepełnosprawne i mimo że udało jej się uzyskać orzeczenie o niepełnosprawności w Polsce, nie była w stanie otrzymać pomocy finansowej dla swojego dziecka ze względu na sposób składania dokumentów. Ten brak wiedzy finansowej ukraińskich uchodźczyń w Polsce wpłynął na zdolność do uzyskania dostępu do niezbędnego i dostępnego im wsparcia finansowego.

Niektóre ukraińskie uchodźczynie wspomniały, że ich pensje są znacznie niższe od czasu przeprowadzki do Polski, a niewielka liczba respondentek stwierdziła, że są zatrudnione poniżej swoich kwalifikacji, co oznacza, że nie pracują na stanowiskach, które w pełni wykorzystywałyby ich umiejętności. Na przykład jedna z kobiet powiedziała, że w Polsce pracuje jako asystentka w przedszkolu, podczas gdy w Ukrainie była inżynierką. Nie jest w stanie pracować jako inżynierka w Polsce, ponieważ nie stać jej na opłatę za nostryfikację jej dyplomu. Szereg ukraińskich uchodźczyń opisało doświadczenia bezskutecznych prób rejestracji w celu uzyskania pomocy finansowej, czy to za pośrednictwem państwa, czy programów lub organizacji międzynarodowych. W niektórych przypadkach dochód respondentki był zbyt wysoki, aby się zakwalifikować do pomocy, w innych przypadkach respondentki nie wiedziały, dlaczego się do niej nie zakwalifikowały.

### **Podejmowanie decyzji finansowych w gospodarstwie domowym**

Podczas projektowania interwencji CVA najlepszą praktyką jest ocena dynamiki podejmowania decyzji finansowych w gospodarstwach domowych w celu oceny ryzyka związanego z udzielaniem pomocy. Zarówno Ukrainki, jak i Polki zapytano o dynamikę podejmowania decyzji w ich gospodarstwie domowym lub w gospodarstwach domowych w ich społeczności, zwłaszcza w odniesieniu do wydatków związanych ze zdrowiem kobiet i FP.

Większość ukraińskich uchodźczyń stwierdziła, że zazwyczaj podejmują decyzje dotyczące FP samodzielnie,

niezależnie od tego, czy są w związku. Pozostałe stwierdziły, że jest to wspólna decyzja ich i ich partnera. Tylko jedna kobieta wspomniała, że to jej chłopak zazwyczaj podejmuje decyzje dotyczące zakupu środków antykoncepcyjnych, ponieważ używają prezerwatyw, które on kupuje. Prawie wszystkie Ukrainki stwierdziły, że dynamika podejmowania decyzji nie zależy od płci, ale raczej od preferencji pary lub rodziny.

Wiele Polek stwierdziło, że podejmują decyzje dotyczące zdrowia kobiet i polityki antykoncepcyjnej samodzielnie, niezależnie od tego, czy mają partnerów. Niektóre Polki wspomniały, że decyzje te są podejmowane wspólnie przez nie i ich partnerów. Tylko dwie kobiety stwierdziły, że ich partner podejmuje decyzje dotyczące zakupu środków antykoncepcyjnych, ponieważ preferowaną przez nie metodą były prezerwatywy, które kupuje ich partner.

### Projektowanie pomocy w formie gotówki i bonów na planowanie rodziny: perspektywa świadczeniodawców

Przeprowadzone w ramach oceny rynku gromadzenie danych ilościowych i jakościowych z rozmów z lekarzami, farmaceutami, producentami i dystrybutorami produktów FP oraz przedstawicielami NGO obejmowało pytania dotyczące wykonalności świadczenia CVA w zakresie FP w Polsce. We wszystkich grupach interesariuszy respondenci byli ogólnie przychylni powstaniu w Polsce programów pomocy CVA w zakresie FP.

Producenci i dystrybutorzy FP opisali polski rynek antykoncepcji jako konkurencyjny (47%), ograniczony przepisami (37%) i niewłaściwie wyceniony (16%). Sugestie dotyczące poprawy sytuacji obejmowały zmiany w obowiązujących przepisach, w szczególności dotyczących „klauszuli sumienia” i wymogu posiadania recepty, poważne zmiany w polityce rządu w celu umożliwienia szerszej refundacji antykoncepcji oraz działania edukacyjne i informacyjne.

W ocenie ilościowej ponad 80% ankietowanych przedstawicieli NGO zgodziło się, że CVA może pomóc w dostępie do FP, biorąc pod uwagę fakt, że jest już wykorzystywana przez różne organizacje wspierające uchodźców i osoby w potrzebie, w tym ONZ i inne wyspecjalizowane agencje. W wywiadach jakościowych wielu lekarzy i farmaceutów wyrażało przekonanie, że ewentualna pomoc w dostępie do FP powinna być skierowana do osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym i powinna obejmować nie tylko uchodźczyń z Ukrainy, ale także Polki.

### Projektowanie pomocy w formie gotówki i bonów na planowanie rodziny: perspektywa klientek

Podczas wywiadów jakościowych ukraińskie uchodźczynie zostały zapytane o to, czy miały doświadczenie z otrzymywaniem jakiegokolwiek rodzaju pomocy typu CVA w Polsce. Prawie wszystkie Ukrainki podały, że uzyskały jakąś formę CVA po przybyciu do Polski. Jako podmioty udzielające pomocy wskazano szereg organizacji, w tym ONZ, Czerwony Krzyż, Pomoc dla Ukrainy i Caritas Polska. Rodzaj i kwota otrzymanej CVA różniły się w zależności od celu pomocy: od bonów, przez jednorazowe płatności w wysokości 100 PLN (25 USD), po miesięczne płatności w wysokości 800 PLN (202 USD). Kobiety w próbie wykorzystały uzyskaną pomoc na pokrycie niezliczonych potrzeb: czynszu, artykułów spożywczych, szczepionek, leków i okularów dla dzieci. Na pytanie, czy kwota otrzymywanej pomocy pieniężnej była wystarczająca do zaspokojenia podstawowych potrzeb, odpowiedzi były zróżnicowane – prawdopodobnie odzwierciedlając różnice w kwotach otrzymywanych przez konkretne osoby.

Niewielka liczba ukraińskich uchodźczyń napotkała jednak bariery w otrzymywaniu CVA. Jedna z kobiet podzieliła się doświadczeniem, w którym jej przyjaciółka dowiedziała się o dystrybucji pomocy, ale kiedy przybyła na miejsce, powiedziano jej, że nie kwalifikuje się do wsparcia, ponieważ są inni, którzy mają większe potrzeby. To doświadczenie sprawiło, że jej przyjaciółka przestała w ogóle szukać pomocy, ponieważ czuła się „głupio”, prosząc o pomoc.

Ukrainki i Polki zostały zapytane o to, czy CVA można byłoby wykorzystać do poprawy ich dostępu do świadczeń SRH w Polsce. Zarówno Ukrainki, jak i Polki zgodziły się, że CVA może wspierać kobiety w dostępie do świadczeń SRH, w tym FP. Warto zauważyć, że dwa razy więcej Polek niż Ukrainek stwierdziło, że skorzystałyby z CVA w szczególności w zakresie świadczeń związanych z FP. Szereg Polek opowiedziało się za tym, aby wsparcie to było

dostępne dla grup szczególnie wrażliwych, takich jak dorastające dziewczęta, kobiety pozostające w przemocowych związkach oraz kobiety o niskich dochodach.

### Preferowane metody realizacji CVA

Kobiety w próbie zostały również zapytane o preferowane metody korzystania z CVA. Większość ukraińskich uchodźczyń wspomniała, że płatności kartą są najwygodniejsze dla ich stylu życia i że przelewy gotówkowe na kartę debetową byłyby odpowiednim sposobem otrzymywania CVA. Jedna z kobiet podzieliła się jednak negatywnymi doświadczeniami związanymi z korzystaniem z kart: płacąc kartą nie była w stanie wykorzystać środków w całości, ponieważ karta miała minimalne saldo, które należało utrzymywać w celu dokonywania płatności.

BLIK<sup>38</sup> był kolejną popularną wśród Ukrainek metodą otrzymywania pomocy. Wiele Ukrainek podało, że wcześniej otrzymały pomoc za pośrednictwem BLIK. Kilka kobiet wspomniało jednak o trudnościach w korzystaniu z przelewów mobilnych w przypadku CVA. W przypadku jednej kobiety płatność była opóźniona o kilka dni, inna w ogóle nie otrzymała płatności. Jedna z kobiet stwierdziła, że BLIK nie jest dla niej preferowaną metodą, ponieważ nie ma polskiego konta bankowego ani karty bankowej.

Niektóre ukraińskie uchodźczynie sugerowały wykorzystanie bonów lub pomocy rzeczowej, aby mieć pewność, że środki zostaną wykorzystane na FP. Inne zauważyły, że przekazywanie bonów do wykorzystania w konkretnych placówkach lub u konkretnych świadczeniodawców mogłoby pomóc Ukrainkom łatwiej poruszać się po systemie opieki zdrowotnej. Z drugiej strony, kilka kobiet wspomniało, że wołałyby samodzielnie wybrać lekarza.

Preferencje dotyczące otrzymywania pomocy gotówkowej badanych Ukrainek były bardzo zróżnicowane. Dla niektórych gotówka jest bezpieczną i powszechną metodą CVA. Posiadanie przy sobie dużych kwot w Polsce wiąże się dla nich z niewielkim lub wręcz żadnym ryzykiem, a czasami posiadanie gotówki pod ręką jest koniecznością. Dla innych gotówka wiąże się z pewnym ryzykiem lub niedogodnościami, a niektóre kobiety w próbie nie czują się komfortowo nosząc gotówkę – wskazywały, że trudno jest nią płacić lub kontrolować jej wydawanie.

W przypadku badanych Polek preferowane metody CVA różniły się nieznacznie od tych wskazywanych przez Ukrainki. Karty są powszechną metodą płatności w życiu codziennym, dlatego wiele respondentek zalecało używanie kart do świadczenia CVA. Kilka Polek sugerowało przekazywanie CVA w postaci voucherów lub e-voucherów, aby zapewnić, że pomoc nie zostanie wykorzystana niezgodnie z przeznaczeniem. Zwroty kosztów FP lub pomoc rzeczowa były również często sugerowane. Podobnie jak w przypadku Ukrainek, pojawiło się wiele mieszanych opinii na temat gotówki jako metody wsparcia, biorąc pod uwagę czynniki związane z bezpieczeństwem i wygodą.

### Zalecenia dotyczące tworzenia programów CVA w zakresie FP

Ukrainki i Polki podzieliły się różnymi perspektywami i zaleceniami dotyczącymi tego, w jaki sposób należy zaprojektować CVA w zakresie FP, aby zaspokoić ich potrzeby i priorytety w obszarze SRH oraz promować dostęp do FP i jego stosowanie.

<sup>38</sup> BLIK to system płatności w Polsce, który umożliwia użytkownikom dokonywanie natychmiastowych płatności i wypłat gotówki przy użyciu standardowej aplikacji bankowości mobilnej użytkownika

Większość ukraińskich uchodźczyń chciała, by w połączeniu z CVA w zakresie FP zapewniono nie tylko edukację na temat metod antykoncepcji, ale także informacje o tym, jak poruszać się po polskim systemie opieki zdrowotnej i świadczeń. Kilka z nich wspomniało, że CVA w zakresie FP można połączyć ze zorganizowaniem grup, które odwiedzą konkretną placówkę opieki zdrowotnej i otrzymają opiekę. Niektóre ukraińskie uchodźczynie zasugerowały również zaangażowanie online lub cyfrowe w celu dzielenia się informacjami na temat FP.

*„ Myślę, że [sesje informacyjne na temat FP] nie byłyby zbyt przydatne, ponieważ jest to coś, co wymaga czasu. A ludziom, którzy przeżyli traumę, trudno jest przyswoić takie informacje... Myślę, że bardziej pomocne byłyby filmy informacyjne lub billboardy niż gromadzenie ludzi w celu wysłuchania wykładu” .*

- Uchodźczynie z Ukrainy bez niepełnosprawności

Prawie wszystkie Polki zalecały, aby interwencja CVA w zakresie FP była połączona z edukacją na temat FP, a także zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tym zakresie (SRHR). Wiele Polek zdecydowanie zalecało kampanie edukacyjne mające na celu zwalczanie mitów i błędnych wyobrażeń w polskim społeczeństwie na temat FP i seksu – uważały one, że sama CVA nie wystarczy, aby zapobiec niechcianym ciążom. Niektóre Polki zalecały prowadzenie warsztatów online lub w organizacjach w Polsce. Inne sugerowały miejsca umożliwiające bezpłatne porady indywidualne i skorzystanie z zaufanych źródeł, aby dowiedzieć się więcej o FP i SRHR w otoczeniu zapewniającym poufność, biorąc pod uwagę, jak bardzo temat ten może być tabuizowany w niektórych częściach polskiego społeczeństwa.

*„ Zwłaszcza, że edukacja seksualna w Polsce jest beznadziejna i słaba, szczególnie w mniejszych miejscowościach i na wsiach. Gdyby antykoncepcja była dostępna za niewielką opłatą lub całkowicie subsydiowana, to myślę, że ułatwiłoby to życie wielu kobietom. Nie mielibyśmy niechcianych dzieci. Myślę, że taka dotacja byłaby pozytywna, ale musi iść w parze z edukacją seksualną” .*

- Polka bez niepełnosprawności

Ukraińskie uchodźczynie i Polki zostały również zapytane o źródła informacji na temat FP i najlepsze sposoby dotarcia z tego typu programami do ich społeczności. Wiele ukraińskich uchodźczyń stwierdziło, że najlepszym sposobem dotarcia do ich społeczności z informacjami na temat FP są media społecznościowe lub komunikatory, takie jak Facebook, WhatsApp, Viber i Telegram. Za pośrednictwem grup w mediach społecznościowych ukraińskie uchodźczynie zdobywały informacje nie tylko o tym, jak radzić sobie z życiem w Polsce, ale także o opiece zdrowotnej. Szereg kobiet wspomniało, że samodzielnie poszukują informacji w Internecie, dlatego najlepszym rozwiązaniem byłaby strona internetowa. Inne zalecały, aby informacje na ten temat były udostępniane przez lekarzy lub NGO.

Większość Polek w próbie stwierdziła, że zazwyczaj znajduje informacje na temat FP w Internecie, za pośrednictwem mediów społecznościowych lub rozmawiając z lekarzami. Kilka z nich wymieniło przykłady organizacji, które przeprowadziły kampanie informacyjne w celu rozpowszechniania informacji na temat

antykoncepcji.

## Omówienie

W ramach tej oceny Globalny Oddział ds. Zdrowia Publicznego w Sytuacjach Kryzysowych CDC, CARE International, CARE International w Polsce, WRC i Federa przeprowadziły badanie metodami mieszanymi w celu zidentyfikowania i zrozumienia potrzeb w zakresie FP ukraińskich uchodźczyń w Polsce, oceny dostępności świadczeń FP oraz zbadania możliwości wykorzystania CVA do wspierania dostępu do FP w ramach bieżącej reakcji na przybycie uchodźców do Polski. Wyniki oceny wskazują, że chociaż świadczenia FP są udostępniane powszechnie, dostęp do nich może być trudny, a zarówno Ukrainki, jak i Polki napotykają tu szereg barier. Omawiając możliwości w zakresie interwencji CVA, respondentki wyrażały poparcie dla tworzenia programów CVA w zakresie FP jako strategii mającej na celu zmniejszenie tych barier i poprawę dostępu do FP w Polsce.

Wnioski uzyskane z informacji podawanych przez klientki i świadczeniodawców oraz przegląd danych zastanych pokazują, że metody FP są szeroko dostępne, a rynek pozostał stabilny pomimo trwającej wojny w Ukrainie. Jednak zróżnicowane wymagania świadczeniodawców w zakresie wizyt i koniecznych badań diagnostycznych w obszarze metod FP ograniczają pełny dostęp do FP dla wielu osób.

Lekarze ogólnie uważali, że trudność związana z czasem oczekiwania na wizytę w ramach NFZ jest możliwa do pokonania, szczególnie w przypadku osób, które mogą skorzystać z wizyt doraźnych. Jednak nie wszystkie klientki FP mają czas i zasoby, aby skorzystać z wizyt doraźnych, i nie wszystkie mogą mieć wiedzę na temat dostępności takich wizyt. Ponadto, w porównaniu z danymi dotyczącymi dostępności wizyt za pośrednictwem portalu pacjentów NFZ, czas oczekiwania na wizytę był generalnie dłuższy niż szacowany przez świadczeniodawców, szczególnie w Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie. Podobnie, wśród lekarzy występowały różnice w kosztach świadczeń FP, w tym konsultacji i badań diagnostycznych. Lekarze przyznawali, że koszty związane ze świadczeniami mogą być wygórowane, zwłaszcza, że NFZ nie pokrywa kosztów świadczeń ani materiałów FP, z wyjątkiem kilku marek OCP.

Dane z oceny wskazują, że wiedza, postawy i praktyki świadczeniodawców miały znaczący wpływ na dostępność świadczeń FP. Klientki musiały skonsultować się z lekarzem w celu otrzymania recepty, ale liczba wizyt, w których klientka musiała uczestniczyć, wahała się od jednej do trzech, w zależności od metody i indywidualnych preferencji świadczeniodawcy. Odnotowano różnice między wymaganiami świadczeniodawców na terenach miejskich i wiejskich w odniesieniu do liczby wizyt; opisane badania, diagnostyka i liczba wymaganych wizyt były niezgodne z wytycznymi WHO dotyczącymi świadczeń FP<sup>39</sup>. Bariery w dostępie do świadczeń, w tym koszty, rosną wraz z każdą dodatkową wymaganą wizytą. Ponadto lekarze w Polsce mogą skorzystać z klauzuli sumienia i odmówić zapewnienia świadczeń FP. Świadczeniodawcy w Przemyślu, Rzeszowie i Lublinie generalnie wymagali większej liczby wizyt przed wystawieniem recepty niż świadczeniodawcy w Warszawie, co wskazuje, że bariery dla klientek potrzebujących FP mogą być większe na obszarach wiejskich.

Poproszeni o omówienie swoich doświadczeń w zapewnianiu świadczeń na rzecz zróżnicowanych klientek, w tym nastolatek, osób z niepełnosprawnościami, osób o zróżnicowanych SOGIESC i członkiń społeczności romskiej, świadczeniodawcy ogólnie przyznawali, że klientki te napotykają wyjątkowe i zwiększone bariery w dostępie do świadczeń FP. W przypadku nastolatek w Polsce wymagana jest obecność opiekuna podczas korzystania z świadczeń zdrowotnych, co może być szczególnie ograniczające w odniesieniu do świadczeń z zakresu SRH, a świadczeniodawcy wskazywali, że brakuje kompleksowej edukacji seksualnej dla młodzieży. W przypadku ukraińskich nastolatek mieszkających w Polsce dostęp do ograniczonej edukacji seksualnej w szkole jest dodatkowo utrudniony przez bariery w zapisywaniu się do polskich szkół i kontynuowaniu edukacji na żywo<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> WHO. 2016. Wybrane zalecenia dotyczące stosowania antykoncepcji, wydanie trzecie 2016, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565400>.

<sup>40</sup> CARE International, International Rescue Committee, Save the Children Poland oraz Triangle. „Out of School: Assessment on Barriers to School Enrollment for Ukrainian Refugee Adolescents in Poland”, 2024. [https://www.care.org/wp-content/uploads/2024/02/Out-of-School-Report\\_en-I.pdf](https://www.care.org/wp-content/uploads/2024/02/Out-of-School-Report_en-I.pdf).

Warto zauważyć, że istnieją rozbieżności między danymi ilościowymi i jakościowymi pozyskanymi od świadczeniodawców na temat dostępności świadczeń dla osób z niepełnosprawnościami. Pomimo tego, że prawie wszyscy lekarze z Warszawy i 75% lekarzy z Przemyśla, Rzeszowa i Lublina ankietowanych w ramach oceny ilościowej podało, że w ich praktyce nie ma barier w opiece nad klientkami z niepełnosprawnościami, dane jakościowe ujawniły, że klientki z niepełnosprawnościami stykają się z niedostępnością placówek oraz uprzedzeniami i negatywnym nastawieniem ze strony świadczeniodawców.

Klientki z niepełnosprawnościami potrzebujące świadczeń z zakresu FP powinny otrzymywać opiekę skoncentrowaną na klientce i opartą na jej prawach, wspierającą dobrowolność i swobodę wyboru metody FP. Wypowiedzi świadczeniodawców pozyskane w trakcie wywiadów jakościowych jasno pokazują uprzedzenia, które potencjalnie wpływają na jakość świadczeń FP oferowanych w Polsce osobom z niepełnosprawnościami. Ponadto dane z badania ilościowego sugerują luki w wiedzy świadczeniodawców na temat barier w dostępie do opieki, z jakimi borykają się w Polsce klientki z niepełnosprawnościami. Biorąc pod uwagę, że klientki z niepełnosprawnościami napotykały problemy związane z dostępnością i jakością opieki na całym świecie, jest mało prawdopodobne, aby w Polsce nie istniały żadne bariery w tym obszarze. Niezdolność do zidentyfikowania barier w opiece zdrowotnej dla klientek z niepełnosprawnościami może utrudniać lekarzom i farmaceutom świadczenie opartej na równych prawach opieki tej populacji klientek.

Świadczeniodawcy opisali ograniczone doświadczenia w zapewnianiu opieki osobom o zróżnicowanych SOGIESC i członkiniom społeczności romskiej. Jeden z ankietowanych lekarzy wykazał się uprzedzeniami i negatywnym nastawieniem do członkiń społeczności romskiej; większość respondentów wskazała, że nie ma doświadczenia w zapewnianiu opieki członkiniom społeczności romskiej. Dane ankietowe uzyskane od świadczeniodawców wskazywały jednak, że członkinie społeczności romskiej napotykały bariery językowe, kulturowe i finansowe w dostępie do świadczeń z zakresu SRH.

Lekarze i farmaceuci twierdzili, że uchodźczynie mają dostęp do świadczeń zdrowotnych, w tym FP, na równi z obywatelkami Polski. Chociaż ankietowani przyznali, że uchodźczynie mogą napotykać pewne bariery – na przykład bariery językowe – większość z nich uważała, że są one w stanie sobie poradzić. Niemniej jednak percepcja świadczeniodawców nie pokrywała się z osobistymi doświadczeniami wielu ukraińskich uchodźczyń.

Zarówno Ukrainki, jak i Polki dostrzegały znaczące bariery w dostępie do świadczeń związanych z FP, wskazując konieczność umawiania się na wizyty i posiadania recept. Ukrainki zgłaszały, że świadczenia z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego są znacznie bardziej dostępne w Ukrainie; zarówno Ukrainki jak i Polki wskazywały ograniczenia dotyczące aborcji w Polsce jako barierę w dostępie do świadczeń z zakresu SRH, w tym FP. Warto zauważyć, że wiele Polek opisywało doświadczenia, kiedy świadczeniodawcy zniechęcali je do ubiegania się o FP lub kiedy odmówiono im FP – co wyraźnie kontrastowało z opiniami świadczeniodawców, że klauzula sumienia nie jest istotną barierą.

Zarówno Ukrainki, jak i Polki mówiły o obawach dotyczących jakości opieki świadczonej przez NFZ, w tym w zakresie FP, przy czym Ukrainki w większości wyrażały przekonanie, że jakość opieki, którą otrzymywały w Ukrainie, była lepsza niż w Polsce. Ukrainki mówiły również o trudnościach w poruszaniu się po publicznym systemie finansowanym przez NFZ, wskazując na brak jasności co do tego, czy świadczenia są objęte opieką publiczną czy prywatną, trudności z umówieniem się na wizytę, długi czas oczekiwania, wyzwania związane z uzyskaniem skierowań na specjalistyczną opiekę oraz bariery językowe. Część respondentek, zarówno Ukrainek, jak i Polek, zgłaszała, że nie wiedzą, jak uzyskać dostęp do świadczeń FP lub nie są pewne, czy wymagane są wizyty i recepty. Ponownie, doświadczenia zgłaszane przez kobiety stanowiły kontrast z opiniami lekarzy, że planowanie terminowych wizyt jest stosunkowo proste, że uchodźczynie są w stanie poruszać się po systemie opieki zdrowotnej, a bariery językowe nie stanowią dla uchodźczyń znaczącego wyzwania.

Zarówno Ukrainki, jak i Polki mówiły o kosztach jako barierze dla FP, w tym o kosztach metod FP w ramach NFZ i kosztach świadczeń w ramach opieki prywatnej. Wyniki oceny rynku pokazują, że koszt metod FP może wahać się od 17 PLN (4 USD) miesięcznie za POP do jednorazowej opłaty w wysokości 600 PLN (141 USD) za IUD. W przypadku świadczeń opieki prywatnej koszt konsultacji związanej z FP wynosił średnio od 200 do 250 PLN, a

koszt badań diagnostycznych w celu uzyskania FP wynosił średnio od 40 do 240 PLN (od 10 do 60 USD), w zależności od liczby i rodzajów badań wymaganych dla konkretnej metody FP. Ogólnie rzecz biorąc, świadczenia FP w ramach prywatnej opieki mogły kosztować do 490 PLN (126 USD), z wyłączeniem kosztu samej metody FP.

Do kosztów metod lub świadczeń FP w ramach prywatnej opieki dochodziły koszty transportu i opieki nad dziećmi, szczególnie w przypadku konieczności odbycia wielu wizyt. Jest prawdopodobne, że bariery te byłyby większe na obszarach wiejskich, gdzie świadczeniodawcy mogą wymagać większej liczby wizyt, a placówki i apteki mogą znajdować się w większej odległości.

Ukrainki i Polki omówiły szereg strategii pozwalających sprostać wyzwaniom związanym z dostępem do FP w Polsce. Zarówno Ukrainki, jak i Polki mówiły o uzyskiwaniu prywatnych świadczeń, pomimo kosztów – Polki szczególnie często mówiły o korzystaniu z prywatnych świadczeń w celu złagodzenia barier wynikających z praktyk świadczeniodawców, takich jak konieczność wielokrotnego umawiania się na wizyty lub stosowanie klauzuli sumienia, a także w celu zapewnienia sobie wyższej jakości opieki. Szereg Ukrainek mówiło o przywiezieniu metod FP, w tym ECP, z Ukrainy do Polski lub powrocie do Ukrainy w celu uzyskania metod FP i świadczeń SRH, ponieważ tam są one ich zdaniem bardziej dostępne. Podobnie jak Ukrainki, Polki również rozważałyby dostęp do aborcji poza Polską, jeśli byłoby to konieczne.

Chociaż ukraińskie uchodźczynie i Polki stwierdziły, że dostęp do świadczeń w zakresie SRH jest dla nich priorytetem, szereg Ukrainek podało, że nie traktują priorytetowo korzystania ze świadczeń w zakresie SRH z powodu barier w dostępie do opieki. Warto zauważyć, że połowa ukraińskich respondentek stwierdziła, że FP nie jest dla nich priorytetem, głównie dlatego, że zostały one rozdzielone ze swoimi partnerami w wyniku konfliktu.

## Pomoc w formie gotówki i bonów na planowanie rodziny w Polsce

Pomimo mniejszego zapotrzebowania na FP wśród niektórych ukraińskich uchodźczyń, respondentki biorące udział w badaniu uważały, że świadczenia i metody FP mogłyby być bardziej dostępne w Polsce. Wśród świadczeniodawców, przedstawicieli NGO oraz Ukrainek i Polek panowała zgoda co do tego, że interwencja CVA mogłaby wyeliminować niektóre z tych barier, poprawić dostęp do świadczeń FP w Polsce i zwiększyć ich wykorzystanie.

Wyniki oceny potwierdzają, że ukraińskie uchodźczynie – i Polki – napotykają bariery w dostępie do FP i ogólnie świadczeń SRH. Respondentki konsekwentnie wymieniały koszty korzystania z świadczeń jako kluczowe wyzwanie, w tym koszty wizyt, zwłaszcza w ramach prywatnej opieki, oraz uzyskania metody, która nie jest refundowana przez NFZ, a także związane z tym wydatki na transport i opiekę nad dziećmi. Wyzwania te mogą być szczególnie dotkliwe na obszarach wiejskich i są jeszcze większe w przypadku uchodźczyń, które mogą być bezrobotne lub pracować poniżej swoich kwalifikacji. Co więcej, uchodźczynie mówiły o wyzwaniach związanych z rejestracją w celu uzyskania pomocy humanitarnej, zaś ogólna dostępność pomocy dla ukraińskich uchodźców maleje w miarę trwania konfliktu.

Interwencje typu CVA w zakresie FP mogą potencjalnie rozwiązać te bariery w dostępie do FP, z którymi borykają się zarówno ukraińskie uchodźczynie, jak i polskie społeczności. Dane z oceny rynku wskazują, że rynek FP w Polsce może wchłonąć zwiększony popyt na świadczenia i produkty FP.

Zarówno Ukrainki, jak i Polki stwierdziły, że program CVA powinien szerzej odnosić się do potrzeb kobiet w zakresie SRH, umożliwiając kobietom ustalenie priorytetów świadczeń – w tym FP – w celu zaspokojenia ich potrzeb. Podobnie, zarówno Ukrainki, jak i Polki podkreślały, że ważne byłoby, aby program CVA w zakresie FP obejmował działania promujące dokładną wiedzę na temat SRH oraz zajmował się mitami i błędnymi przekonaniami; wiele respondentek stwierdziło, że dostępność informacji na temat zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego jest w Polsce ograniczona.

Ze względu na ograniczenia próby niniejsza ocena nie bada w wystarczającym stopniu barier w dostępie do FP specyficznych dla różnych społeczności, takich jak dorastające dziewczęta, osoby o zróżnicowanych SOGIESC

i członkinie społeczności romskiej. Potrzeba więcej badań, aby zidentyfikować i zrozumieć te bariery, a przyszłe interwencje CVA w zakresie FP powinny być zaprojektowane tak, aby zaspokoić unikalne potrzeby różnych społeczności w Polsce.

## Wyzwania i ograniczenia

Zarówno w przypadku oceny rynku, jak i oceny barier w zakresie FP, zespół projektowy stanął przed wyzwaniami związanymi z gromadzeniem danych i miał trudności z osiągnięciem docelowej liczebności próby.

W ocenie rynku zastosowano metodę celowanego doboru próby w celu rekrutacji uczestników do wywiadów. Przeprowadzono mapowanie interesariuszy w celu zidentyfikowania różnorodności podmiotów potrzebnych do oceny rynku tylko w dwóch miastach, Warszawie i Przemyślu. Jednak podczas zbierania danych wystąpiły znaczne trudności w rekrutacji ginekologów i farmaceutów, ponieważ wielu z nich odmówiło udziału w badaniu. Zespół projektowy nie był w stanie osiągnąć docelowej liczby uczestników po dotarciu do prawie wszystkich ginekologów i farmaceutów w Przemyślu. W rezultacie kryteria próby zostały rozszerzone o uczestników z Lublina i Rzeszowa.

W przypadku oceny barier próba docelowa wynosiła 60 uczestniczek. Jednak ostateczna próba poddana analizie obejmowała tylko 48 wywiadów z uczestniczkami. Respondentki w wieku 18–25 lat były niedostatecznie reprezentowane zarówno w społeczności ukraińskiej, jak i polskiej, co można przypisać stygmatyzacji społecznej i ogólnej niechęci do omawiania FP lub tematów związanych z seksem zarówno przez Ukrainki, jak i przez Polki. Z tego względu w niniejszej ocenie nie udało się skutecznie omówić barier dla FP wśród młodszych kobiet; prawdopodobnie miałyby one inne doświadczenia i perspektywy niż starsze kobiety reprezentowane w tej próbie. Ponadto żadna z respondentek w próbie nie miała mniej niż 18 lat, co ogranicza analizę w omawianiu barier dla dorastających dziewcząt.

Niektóre wywiady zostały usunięte z analizy ze względu na jakość zebranych danych lub słabe tłumaczenie z języka polskiego lub ukraińskiego na angielski, co zostało wykonane w procesie analizy. Niektóre wywiady zostały również usunięte z analizy, ponieważ ustalono, że część respondentek nie spełnia kryteriów doboru próby w oparciu o zebrane metadane.

## Podsumowanie

FP jest istotnym elementem podstawowej opieki zdrowotnej, a dobrej jakości świadczenia, w tym pełen zakres metod, powinny być dostępne i osiągalne – w tym dla społeczności dotkniętych wysiedleniami i kryzysami. Podczas konfliktu zbrojnego dostępność świadczeń i metod FP może być ograniczona i nierównomierna, co skutkuje niezaspokojonymi potrzebami w zakresie SRH wysiedlonych społeczności. Od czasu rozpoczęcia rosyjskiej ofensywy wojskowej w 2022 r. miliony Ukraińców korzystają z tymczasowej ochrony w Polsce. Polska ma jedną z najbardziej restrykcyjnych polityk w zakresie SRHR w Europie. Dostęp do świadczeń i metod FP różni się znacznie między Polską a Ukrainą. Ponieważ Ukrainki nadal przenoszą się do Polski, konieczne jest zapewnienie im dostępu do świadczeń i metod FP, a wcześniej zgromadzone dowody wskazują, że interwencje typu CVA mogą wspierać wykorzystanie świadczeń FP przez członkinie przesiedlanych społeczności.

W celu uzyskania danych merytorycznych potrzebnych do tworzenia w przyszłości w Polsce programów CVA w zakresie FP w Polsce, w niniejszej ocenie zbadano dostępność i jakość świadczeń i metod na rynku FP, a także bariery napotymane przez ukraińskie uchodźczynie i Polki ze społeczności przyjmującej podczas korzystania z FP w Polsce. Wyniki tej oceny wykazały, że chociaż dostępność metod FP pozostaje stabilna pomimo trwającej wojny w Ukrainie, zarówno ukraińskie uchodźczynie, jak i Polki doświadczają wielu barier w dostępie i jakości świadczeń i metod FP. Niska dostępność wizyt prowadząca do długiego czasu oczekiwania, niska jakość opieki i brak refundacji preparatów FP znacznie zmniejszyły dostęp do FP w ramach publicznego systemu opieki

zdrowotnej w Polsce. Bariery te były potęgowane przez inne czynniki, unikalne dla ukraińskich uchodźczyń, takie jak bariery językowe, brak wiedzy na temat poruszania się po polskim systemie i wyzwania finansowe. W przypadku Polek stygmatyzacja społeczna i braki w wiedzy ograniczają popyt na FP. Co więcej, wyniki oceny rynku wykazały również, że lekarze i farmaceuci oferujący świadczenia i metody FP w Polsce są w dużej mierze nieświadomi barier w dostępie i jakości, z jakimi borykają się klientki FP, co sugeruje dodatkowe trudności związane z jakością opieki.

Ukraińskie uchodźczynie i Polki korzystały ze świadczeń poza polskim systemem publicznym, aby ominąć te bariery i uzyskać dostęp do dobrej jakości świadczeń i metod FP. Klientki korzystały z opieki prywatnej, która zapewniała wyższą jakość świadczeń i większą dostępność wizyt niż opieka publiczna. Jednak związane z tym koszty opieki prywatnej stanowiły dodatkowe obciążenie finansowe zarówno dla ukraińskich uchodźczyń, jak i Polek, które korzystały z FP. Wiele ukraińskich uchodźczyń uważało, że FP jest bardziej dostępna w Ukrainie niż w ramach publicznej lub prywatnej opieki w Polsce, a kilka kobiet zaopatrywało się w metody FP w Ukrainie, wracając do kraju w celu skorzystania z świadczeń lub prosząc członków społeczności o przywiezienie dla nich metod FP przy okazji podróży do Polski. Te strategie podejmowane przez ukraińskie uchodźczynie i Polki w celu uzyskania dostępu do FP dodatkowo podkreślają znaczenie barier w dostępie do opieki w zakresie FP w Polsce.

Wyniki tej oceny nie tylko zidentyfikowały wyzwania związane z korzystaniem z FP w Polsce, ale także pokazały, w jaki sposób interwencja CVA w zakresie FP mogłaby zaradzić tym barierom i wesprzeć korzystanie z FP. Tworzenie programów CVA w zakresie FP mogłoby umożliwić ukraińskim i polskim kobietom zakup metod o dłuższym czasie działania, które są droższe niż preferowane metody krótko działające, takie jak prezerwatywy, lub korzystanie z prywatnej opieki w celu uzyskania dostępu do wysokiej jakości świadczeń w odpowiednim czasie. Dzięki specjalnej CVA w zakresie FP ukraińskie uchodźczynie mogłyby być również zachęcane do priorytetowego traktowania swoich potrzeb w zakresie SRH i FP poprzez zmniejszenie obciążenia kosztami w okresie trudności finansowych. CVA mogłaby pozwolić Ukrainkom, które zaopatrują się w metody FP z Ukrainy, przejście na bardziej zrównoważone ścieżki dostępu do FP w Polsce.

Zarówno klientki, jak i świadczeniodawcy poparli ideę CVA w zakresie FP, szczególnie dla ukraińskich uchodźczyń i Polek o niskich dochodach. Ukraińskie uchodźczynie i Polki zalecały również, aby CVA była zapewniana wraz z kampaniami informacyjnymi na temat SRHR, a w szczególności FP, w celu wypełnienia luk w wiedzy na temat metod FP i dostępu do FP w Polsce. W przyszłych programach CVA w zakresie FP w Polsce należy uwzględnić ustalenia zawarte w niniejszym raporcie, aby stanowiły one podstawy merytoryczne dla ich schematów, co pozwoli zaspokajać potrzeby w zakresie FP ukraińskich uchodźczyń i polskich społeczności przyjmujących. Potrzebne są jednak dalsze badania, aby lepiej zrozumieć potrzeby i bariery związane z FP w różnych społecznościach, które powinny zostać uwzględnione w programach CVA na rzecz FP, takich jak dorastające dziewczęta, osoby o zróżnicowanych SOGIESC i członkinie społeczności romskiej.

Bariery zidentyfikowane w niniejszym raporcie są dla ukraińskich uchodźczyń i Polek istotnymi czynnikami zniechęcającymi do korzystania ze świadczeń i metod FP w Polsce. Aby zapewnić dostęp do wysokiej jakości świadczeń FP, które spełniają potrzeby w zakresie SRH, konieczne jest zajęcie się tymi barierami, zwłaszcza że konflikt w Ukrainie trwa. Biorąc pod uwagę wyniki tej oceny, opracowywanie programów CVA w zakresie FP może być obiecującą drogą do zwiększenia wykorzystania FP w Polsce i poprawy wyników w zakresie SRH zarówno ukraińskich uchodźczyń, jak i społeczności przyjmujących w Polsce.

**Chcesz wiedzieć więcej?** W maju 2024 r. zespół projektowy zorganizował w Warszawie warsztaty planowania działań z udziałem interesariuszy SRHR i CVA, aby omówić wstępne wyniki badania i zidentyfikować czynniki ułatwiające i utrudniające dostęp do FP w Polsce. **Zalecenia i kolejne kroki** opracowane podczas warsztatów w naszym [briefie](#) dostępnym [tutaj](#).

## Bibliografia

- USTAWA z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dziennik Ustaw z 2008 r, nr 45, poz. 271. Dostęp: <https://www.gif.gov.pl/download/3/5000/pharmaceuticallaw-june2009.pdf>
- Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium państwa, Dz. L. nr poz. 583, z późn. zm, Dz.U. 2022 (2022). Dostęp: <https://www.gov.pl/attachment/fd791ffb-c02b-4e99-b710-e8ed3a9a821b>
- Cemile Hurrem Balik Ayhan i in. „A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings”. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 50, nr 1 (styczeń 2020): 44–61. <https://doi.org/10.1177/0020731419885093>
- Katarzyna K. Borkowska, Ewa M. Guzik-Makaruk i Emil W. Pływaczewski. „Discussion around the Issue of Punishability of Abortion in Poland”. *Prawo w Działaniu*, nr 53 (2023): 7–19. <https://doi.org/10.32041/pwd.5301>
- CaLP: The Cash Learning Partnership. „The State of the World's Cash 2023: An Insightful and Authoritative Analysis of Humanitarian Cash and Voucher Assistance Worldwide”, listopad 2023. Dostęp: <https://www.calpnetwork.org/wp-content/uploads/2023/11/The-State-of-the-Worlds-Cash-2023-1.pdf>
- CARE International, International Rescue Committee, Save the Children Poland, and Triangle. „Out of School: Assessment on Barriers to School Enrollment for Ukrainian Refugee Adolescents in Poland”, 2024. Dostęp: [https://www.care.org/wp-content/uploads/2024/02/Out-of-School-Report\\_en-1.pdf](https://www.care.org/wp-content/uploads/2024/02/Out-of-School-Report_en-1.pdf)
- Center for Reproductive Rights. „Center and Partners Call on Europe and Broader International Community to Address the Sexual and Reproductive Health Needs of Women and Girls Impacted by the Conflict in Ukraine”, 16 marca 2022 r. Dostęp: <https://reproductiverights.org/ukraine-call-to-action/>
- Center for Reproductive Rights. „European Abortion Laws: A Comparative Overview”, 13 września 2023. Dostęp: <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2023/09/European-Abortion-Laws-A-Comparative-Overview-new-9-13-23.pdf>
- Center for Reproductive Rights. „Poland's Parliamentary Commission Recommends Decriminalization of Abortion”, 28 czerwca 2024. Dostęp: <https://reproductiverights.org/poland-parliamentary-commission-decriminalize-abortion/>
- Hayley Conyers, i in. „Barriers and Facilitators to Accessing Sexual Health Services for Older LGBTQIA+ Adults: A Global Scoping Review and Qualitative Evidence Synthesis”. *Sexual Health* 20, nr 1 (luty 2023): 9–19. <https://doi.org/10.1071/SH22144>
- Justyna Czekajewska, Dariusz Walkowiak i Jan Domaradzki. „Attitudes of Polish Physicians, Nurses and Pharmacists towards the Ethical and Legal Aspects of the Conscience Clause”. *BMC Medical Ethics* 23, nr 1 (3 listopada 2022): 107. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00846-0>
- Małgorzata Darmas i Julia Wygnańska. „Raport „Monitoring dostępności do świadczeń ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ w Polsce”. Fundacja Rodzic po Ludzku, 30 października 2015. Dostęp: <https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-monitoring-dostepnosc-do-uslug-ginekologiczno-poloznicznych-w-ramach-nfz-w-polsce/>
- Krystyna Dzwonkowska-Godula. „The phenomenon of social inequalities in the area of reproductive rights in Poland – selected issues”. *Przegląd Socjologiczny* 68, nr 2 (28 sierpnia 2019): 133–57. <https://doi.org/10.26485/PS/2019/68.2/6>
- European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. „European Contraception Policy Atlas – Poland”. Dostęp: <https://www.epfweb.org/node/745>
- European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. „European Contraception Policy Atlas – Ukraine”. Dostęp: <https://www.epfweb.org/node/756>
- FEDERA Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. „Interpelacja ws. nadużywania klauzuli sumienia – odpowiedź i omówienie”, 27 marca 2020. Dostęp: <https://federa.org.pl/interpelacja-klauzula-sumienia/>
- FEDERA Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. „Interpelacja ws. refundacji antykoncepcji – odpowiedź i omówienie”, 1 kwietnia 2020. Dostęp: <https://federa.org.pl/interpelacja-refundacja-antykoncepcji/>
- FEDERA Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. „Które warszawskie przychodnie zakładają/usuwają wkładki antykoncepcyjne na NFZ? Baza placówek do pobrania”, 23 maja 2022. Dostęp: <https://federa.org.pl/wladki-na-nfz->

warszawa/

Anna Gorter i Corinne Grainger. „A ‘Stocktake’ of CVA for Health Outcomes in the MENA Region Moving from Evidence to Practice”. CaLP: The Cash Learning Partnership, maj 2021. Dostęp: <https://www.calpnetwork.org/wp-content/uploads/2021/06/CaLP-CVA-for-Health-Outcomes.pdf>

Karen Hargrave. 2023. „Refugees and Other Migrants in Poland: A Spotlight on City Leadership”. ODI: Think Change, 24 lutego 2023. Dostęp: <https://odi.org/en/insights/refugees-and-other-migrants-in-poland-a-spotlight-on-city-leadership/>

Eszter Kismödi i Emma Pitchforth. „Sexual and Reproductive Health, Rights and Justice in the War against Ukraine 2022”. Sexual and Reproductive Health Matters 30, nr 1 (31 grudnia 2022): 2052459. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2052459>

Adam Kozierekiewicz, Wojciech Trąbka, Artur Romaszewski, Krzysztof Gajda i Dariusz Gilewski. „Definition of the ‘Health Benefit Basket’ in Poland”. The European Journal of Health Economics 6, nr Suppl 1 (listopad 2005): 58–65. <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0320-3>

Max G. Levy. „The War in Ukraine Is a Reproductive Health Crisis for Millions”. Wired, 16 marca 2022 r. Dostęp: <https://www.wired.com/story/the-war-in-ukraine-is-a-reproductive-health-crisis-for-millions/>

Agata Pyka. „Poland Labels Pharmacies Providing Morning-after Pill without Doctor’s Prescription”. Notes From Poland, 11 czerwca 2024. Dostęp: <https://notesfrompoland.com/2024/06/11/poland-labels-pharmacies-providing-morning-after-pill-without-doctors-prescription/>.

„Refugees and Other Migrants in Poland: A Spotlight on City Leadership | ODI: Think Change”. Dostęp: 12 sierpnia 2024. <https://odi.org/en/insights/refugees-and-other-migrants-in-poland-a-spotlight-on-city-leadership/>

Sarah Rich i Lily Jacobi. „Contraceptive Services in Humanitarian Settings and in the Humanitarian-Development Nexus: Summary of Gaps and Recommendations from a State-of-the-Field Landscaping Assessment”. Women’s Refugee Commission, 2021. Dostęp: [https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2021/03/FP-In-Humanitarian-Settings-In-The-Humanitarian-Development-Nexus\\_Summary.pdf](https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2021/03/FP-In-Humanitarian-Settings-In-The-Humanitarian-Development-Nexus_Summary.pdf)

Royal Tropical Institute. „Evidence and Feasibility of Cash and Voucher Assistance for Sexual and Reproductive Health Services in Humanitarian Emergencies”, Amsterdam, sierpień 2020. Dostęp: <https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2020/11/CVA-for-SRH-in-Humanitarian-Settings-Literature-Review.pdf>

Track20. „Ukraine – Projected Trends in mCPR”. Dostęp: 12 sierpnia 2024. <https://www.track20.org/Ukraine>

UNHCR. „Ukraine Refugee Situation”. UNHCR Operational Data Portal. Dostęp: 12 sierpnia 2024. <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>

Welcome Point, Uniwersytet Warszawski. „Healthcare in Poland”. Dostęp: 12 sierpnia 2024. <https://welcome.uw.edu.pl/healthcare-in-poland/>

WHO. 2016. Selected practice recommendations for contraceptive use, Third edition 2016. Dostęp: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565400>

Catherine Zdanowicz. „Podkarpacie z pełnym zakazem aborcji?”, 12 lutego 2019. Dostęp: <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1781782,1,podkarpacie-z-peelnym-zakazem-aborcji.read>

## Załączniki

### Załącznik nr 1: Dostępność i koszt świadczeń - dane z analizy dokumentacji

W ramach oceny rynku w dniu 21 września 2023 r. przeprowadzono badanie online w celu oceny dostępności i kosztów świadczeń FP w Warszawie i Przemysłu za pośrednictwem portali pacjentów NFZ i prywatnej opieki. Dostępność w ramach publicznej opieki zdrowotnej oszacowano na podstawie dostępności i kosztów opieki wymienionych na portalu pacjentów NFZ, <https://pacjent.gov.pl/>, który zawiera informacje o dostępnych wizytach w przychodniach NFZ. Dostępność i koszt świadczeń FP w ramach opieki prywatnej oszacowano na podstawie podobnych informacji podanych na krajowej stronie internetowej opieki prywatnej, ZnanyLekarz, [znanylekarz.pl](https://znanylekarz.pl). Zebrano dane dotyczące dostępności i kosztów świadczeń FP w Warszawie i Przemysłu, jak przedstawiono poniżej odpowiednio w tabelach 1 i 2.

**Tabela 1. Dostępność świadczeń w Warszawie**

|                                                                            | Liczba klinik z dostępnymi wizytami w ciągu 7 dni | Liczba klinik z dostępnymi wizytami w ciągu najbliższych 14 dni | Liczba klinik z dostępnymi wizytami w ciągu najbliższych 21 dni | Liczba klinik z dostępnymi wizytami w ciągu najbliższych 28 dni | Najtańsza dostępna usługa* | Średnia cena*             |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Wizyta u ginekologa w ramach NFZ                                           | 0                                                 | 3                                                               | 2                                                               | 8                                                               | Bezpłatnie                 | Bezpłatnie                |
| Prywatna wizyta u ginekologa                                               | >100                                              | >100                                                            | >100                                                            | >100                                                            | 170 PLN<br>(39,16 USD)     | 245,66 PLN<br>(56,59 USD) |
| Telemedyczna wizyta w ramach opieki prywatnej                              | >100                                              | >100                                                            | >100                                                            | >100                                                            | 90 PLN (20,73 USD)         | 178,80 PLN<br>(41,19 USD) |
| Wizyta związana z badaniem cytologicznym w ramach opieki prywatnej         | >100                                              | >100                                                            | >100                                                            | >100                                                            | 50 PLN (11,52 USD)         | 85,83 PLN<br>(19,77 USD)  |
| Antykoncepcja awaryjna w ramach opieki prywatnej (wizyta tego samego dnia) | 32                                                | -                                                               | -                                                               | -                                                               | 150 PLN<br>(34,56 USD)     | 258,42 PLN<br>(59,53 USD) |

Uwaga: \* Ceny te zostały obliczone na podstawie pierwszych 42 dostępnych wyników wyszukiwania.

**Tabela 2. Dostępność świadczeń w Przemysłu**

|                                                                            | Liczba klinik z dostępnymi wizytami w ciągu 7 dni | Liczba klinik z dostępnymi wizytami w ciągu najbliższych 14 dni | Liczba klinik z dostępnymi wizytami w ciągu najbliższych 21 dni | Liczba klinik z dostępnymi wizytami w ciągu najbliższych 28 dni | Najtańsza dostępna usługa* | Średnia cena*          |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| Wizyta u ginekologa w ramach NFZ                                           | 0                                                 | 0                                                               | 0                                                               | 0                                                               | Bezpłatnie                 | Bezpłatnie             |
| Prywatna wizyta u ginekologa                                               | Brak danych w źródłach internetowych              | Brak danych w źródłach internetowych                            | Brak danych w źródłach internetowych                            | Brak danych w źródłach internetowych                            | 170 PLN (39,16 USD)        | 204,83 PLN (47,19 USD) |
| Telemedyczna wizyta w ramach opieki prywatnej                              | Brak danych w źródłach internetowych              | Brak danych w źródłach internetowych                            | Brak danych w źródłach internetowych                            | Brak danych w źródłach internetowych                            | 150 PLN (34,56 USD)        | 160 PLN (36,86 USD)    |
| Wizyta związana z badaniem cytologicznym w ramach opieki prywatnej         | Brak danych w źródłach internetowych              | Brak danych w źródłach internetowych                            | Brak danych w źródłach internetowych                            | Brak danych w źródłach internetowych                            | 30 PLN (6,91 USD)          | 40 PLN (9,21 USD)      |
| Antykoncepcja awaryjna w ramach opieki prywatnej (wizyta tego samego dnia) | 1                                                 | -                                                               | -                                                               | -                                                               | 50 PLN (11,52 USD)         | 50 PLN (11,52 USD)     |

Uwaga: \* Ceny te zostały obliczone na podstawie pierwszych 42 dostępnych wyników wyszukiwania.

## Załącznik nr 2: Dostępność metod antykoncepcji

Dane zostały zebrane na podstawie przeglądu ogólnodostępnych stron internetowych przeprowadzonego 29 maja 2023 roku. Informacje na temat dostępności produktu zaczerpnięto ze strony <https://www.gdziepolek.pl/>, która zawiera dane z 13 336 aptek w Polsce, w tym 874 aptek w Warszawie i 27 w Przemyślu. Kolumna „Dostępność w kraju” odzwierciedla odsetek aptek, które prowadziły sprzedaż produktu w kraju. Kolumny „Przemyśl” i „Warszawa” odzwierciedlają liczbę aptek w Warszawie i Przemyślu, które podały w Internecie, że posiadają dany produkt.

### Miedziane wkładki wewnątrzmaciczne

Biorąc pod uwagę niską dostępność w aptekach, prawdopodobne jest, że klientki kupowały miedziane IUD ze źródeł internetowych.

|    | Nazwa produktu     | Dostępność w kraju | Przemyśl –<br>Liczba aptek | Warszawa –<br>Liczba aptek |
|----|--------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | Copper TCu 380A    |                    |                            |                            |
| 2. | Meringer UT380     |                    |                            |                            |
| 3. | Nova T 380 Cu380Ag | 1%                 | 0                          | 6                          |

### Hormonalne wkładki wewnątrzmaciczne

|    | Nazwa produktu | Dostępność w kraju | Przemyśl –<br>Liczba aptek | Warszawa –<br>Liczba aptek |
|----|----------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | Jaydess        | niedostępne        |                            |                            |
| 2. | Kyleena        | 14%                | 0                          | 40                         |
| 3. | Levosert       | 5%                 | 0                          | 6                          |
| 4. | Levosert Easy  | niedostępne        |                            |                            |
| 5. | Mirena         | 26%                | 2                          | 54                         |

### Implanty

|    | Nazwa produktu | Dostępność w kraju | Przemyśl –<br>Liczba aptek | Warszawa –<br>Liczba aptek |
|----|----------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | Implanon NXT   | 2%                 | 0                          | 2 apteki                   |

### Zastrzyki

|    | Nazwa produktu | Dostępność w kraju | Przemyśl – Liczba aptek | Warszawa – Liczba aptek |
|----|----------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. | Depo-Prrovera  | 29%                | 1                       | 45                      |

### Pierścienie dopochwowe

|    | Nazwa produktu | Dostępność w kraju | Przemyśl – Liczba aptek | Warszawa – Liczba aptek |
|----|----------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. | Adaring        | 34%                | 0                       | 82                      |
| 2. | Circlet        | niedostępne        |                         |                         |
| 3. | Contraseton    | niedostępne        |                         |                         |
| 4. | Ginoring       | 38%                | 0                       | >100                    |
| 5. | Mirgi          | 1%                 | 0                       | 0                       |
| 6. | NuvaRing       | 52%                | 2                       | >100                    |
| 7. | PolaRing       | 26%                | 1                       | 63                      |

### Plastry antykoncepcyjne

|    | Nazwa produktu | Dostępność w kraju | Przemyśl – Liczba aptek | Warszawa – Liczba aptek |
|----|----------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. | Evra           | 88%                | 3                       | >100                    |

### Złożone doustne tabletki antykoncepcyjne

#### Częściowo refundowane przez NFZ

|    | Nazwa produktu | Dostępność w kraju | Przemyśl – Liczba aptek | Warszawa – Liczba aptek |
|----|----------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. | Levomine       | 24%                | 0                       | 24                      |
| 2. | Microgynon 21  | 1%                 | 0                       | 1                       |
| 3. | Rigevidon      | 75%                | 2                       | >100                    |
| 4. | Stediril 30    | 25%                | 2                       | 28                      |

**Nier refundowane przez NFZ**

|     | <b>Nazwa produktu</b> | <b>Dostępność w kraju</b> | <b>Przemysł –<br/>Liczba aptek</b> | <b>Warszawa –<br/>Liczba aptek</b> |
|-----|-----------------------|---------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1.  | Aidee                 | 51%                       | 0                                  | 95                                 |
| 2.  | Angiletta             | 0                         | 0                                  | 0                                  |
| 3.  | Artilla               | 23%                       | 0                                  | 37                                 |
| 4.  | Astha                 | 2%                        | 0                                  | 9                                  |
| 5.  | Asubtela              | 29%                       | 0                                  | 83                                 |
| 6.  | Atywia                | 61%                       | 3                                  | >100                               |
| 7.  | Atywia Daily          | 58%                       | 2                                  | >100                               |
| 8.  | Axia                  | 55%                       | 2                                  | >100                               |
| 9.  | Axia Conti            | 64%                       | 1                                  | >100                               |
| 10. | Axia Forte            | 37%                       | 1                                  | 76                                 |
| 11. | Axia Forte Plus       | 23%                       | 0                                  | 61                                 |
| 12. | Axia Plus             | 26%                       | 0                                  | 58                                 |
| 13. | Belara                | 89%                       | 3                                  | >100                               |
| 14. | Belara CONTI          | niedostępne               |                                    |                                    |
| 15. | Bonadea               | 40%                       | 2                                  | 83                                 |
| 16. | Clormetin             | niedostępne               |                                    |                                    |
| 17. | Daylette              | 60%                       | 1                                  | >100                               |
| 18. | Dessette              | niedostępne               |                                    |                                    |
| 19. | Dessette Forte        | niedostępne               |                                    |                                    |
| 20. | Dionelle              | 31%                       | 0                                  | 89                                 |
| 21. | Dorin                 | 20%                       | 1                                  | 67                                 |
| 22. | Drosfemine            | 10%                       | 1                                  | 22                                 |
| 23. | Drosfemine forte      | 10%                       | 0                                  | 16                                 |
| 24. | Drosfemine mini       | 10%                       | 0                                  | 20                                 |

|     |               |             |   |      |
|-----|---------------|-------------|---|------|
| 25. | Drovelis      | 81%         | 2 | >100 |
| 26. | Elin          | 35%         | 2 | 65   |
| 27. | Estmar        | niedostępne |   |      |
| 28. | Femoden       | 20%         | 0 | 58   |
| 29. | Harmonet      | 49%         | 2 | >100 |
| 30. | Hastina 21    | 14%         | 0 | 50   |
| 31. | Hastina 21+7  | 12%         | 1 | 51   |
| 32. | Hastina 24+4  | 19%         | 0 | 74   |
| 33. | Jeanine       | 62%         | 1 | >100 |
| 34. | Kontracept    | 43%         | 1 | >100 |
| 35. | Lesine        | 25%         | 0 | 44   |
| 36. | Lesinelle     | 36%         | 0 | 77   |
| 37. | Lesiplus      | 27%         | 1 | 59   |
| 38. | Leverette     | 31%         | 1 | 76   |
| 39. | Levomine mini | 18%         | 0 | 37   |
| 40. | Liberelle     | 35%         | 2 | 73   |
| 41. | Lindynette    | niedostępne |   |      |
| 42. | Logest        | 38%         | 2 | >100 |
| 43. | Lydisilka     | niedostępne |   |      |
| 44. | Madinette     | 35%         | 2 | 94   |
| 45. | Marvelon      | 36%         | 1 | 94   |
| 46. | Mercilon      | 40%         | 1 | >100 |
| 47. | Midiana       | 38%         | 2 | 87   |
| 48. | Milvane       | 0%          | 0 | 0    |
| 49. | Mywy          | 44%         | 2 | 81   |
| 50. | Naraya        | 42%         | 1 | >100 |

|     |                 |             |   |      |
|-----|-----------------|-------------|---|------|
| 51. | Naraya Flex     | niedostępne |   |      |
| 52. | Naraya Plus     | 42%         | 2 | >100 |
| 53. | Nobabelle       | niedostępne |   |      |
| 54. | Nobabelle Daily | niedostępne |   |      |
| 55. | Novynette       | 80%         | 2 | >100 |
| 56. | Orlifique       | 63%         | 2 | >100 |
| 57. | Ovulastan       | 14%         | 1 | 55   |
| 58. | Ovulastan Forte | 9%          | 0 | 29   |
| 59. | Qlaira          | 89%         | 2 | >100 |
| 60. | Regulon         | 57%         | 0 | >100 |
| 61. | Seasonique      | 16%         | 0 | 37   |
| 62. | Sibilla         | niedostępne |   |      |
| 63. | Sidretella 20   | 51%         | 2 | >100 |
| 64. | Sidretella 30   | 45%         | 2 | 86   |
| 65. | Sylvie 20       | 45%         | 2 | 92   |
| 66. | Sylvie 30       | 40%         | 2 | 80   |
| 67. | Symbella        | 7%          | 0 | 10   |
| 68. | Teenia          | 12%         | 1 | 37   |
| 69. | Varel           | niedostępne |   |      |
| 70. | Varenelle       | Internet    | 0 | 1    |
| 71. | Velbienne mini  | 31%         | 0 | 89   |
| 72. | Vibin           | 70%         | 3 | >100 |
| 73. | Vibin mini      | 70%         | 2 | >100 |
| 74. | Winorośl        | 86%         | 1 | >100 |
| 75. | Vixpo           | 53%         | 2 | >100 |
| 76. | Yasmin          | 77%         | 2 | >100 |

|     |            |     |   |      |
|-----|------------|-----|---|------|
| 77. | Yasminelle | 78% | 2 | >100 |
| 78. | Yaz        | 76% | 2 | >100 |
| 79. | Zoely      | 29% | 1 | >100 |

#### Tabletki doustne zawierające wyłącznie progestagen

|    | Nazwa produktu | Dostępność w kraju | Przemyśl –<br>Liczba aptek | Warszawa –<br>Liczba aptek |
|----|----------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | Azalia         | 26%                | 0                          | 62                         |
| 2. | Cerazette      | 62%                | 2                          | >100                       |
| 3. | Desirette      | niedostępne        |                            |                            |
| 4. | Dessette mono  | 16%                | 1                          | 15                         |
| 5. | Lemena         | 9%                 | 0                          | 26                         |
| 6. | Limetic        | 85%                | 2                          | >100                       |
| 7. | Ovulan         | 17%                | 1                          | 54                         |
| 8. | Symonette      | 19%                | 1                          | 26                         |
| 9. | Slinda         | 68%                | 2                          | >100                       |

#### Tabletki antykoncepcji awaryjnej

|    | Nazwa produktu    | Dostępność w kraju | Przemyśl –<br>Liczba aptek | Warszawa – Liczba<br>aptek |
|----|-------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | Eginilla          | niedostępne        |                            |                            |
| 2. | ellaOne           | 77%                | 2                          | >100                       |
| 3. | Misstala          | niedostępne        |                            |                            |
| 4. | Ulipristal Aristo | niedostępne        |                            |                            |
| 5. | Escapelle         | 76%                | 2                          | >100                       |
| 6. | Halyone           | niedostępne        |                            |                            |
| 7. | Livopill          | 28%                | 2                          | 60                         |
| 8. | Ramonna           | niedostępne        | 0                          | 0                          |

