

**USTAWA**

**Z dnia..... 2011 r.**

**o świadomym rodzicielstwie oraz innych prawach reprodukcyjnych<sup>1</sup>**

**Art. 1.**

Ustawa reguluje sprawy związane z prawem do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających podejmowanie decyzji w zakresie świadomego rodzicielstwa.

**Art. 2.**

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) prawa reprodukcyjne – prawa człowieka związane ze świadomym rodzicielstwem, a także swobodnym i dobrowolnym dostępem do edukacji w zakresie wiedzy o seksualności człowieka oraz do procedur medycznie wspomaganey prokreacji, środków zapobiegania ciąży, przerywania ciąży, opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży i prawa do informacji oraz środków umożliwiających ich realizację;
- 2) procedura medycznie wspomaganey prokreacji – zastosowanie komórek rozrodczych lub zarodków wewnątrz- lub pozaustrojowo u ludzi w celach prokreacyjnych;
- 3) środki zapobiegania ciąży – wyroby medyczne i produkty lecznicze mające na celu niedopuszczenie do zapłodnienia lub zagnieżdżenia się zapłodnionego jaja w śluzówce macicy;
- 4) świadome rodzicielstwo – swobodne decydowanie o posiadaniu dzieci, ich liczbie oraz planowaniu ich narodzin w wybranych przez rodziców odstępach czasu z uwzględnieniem procedur medycznie wspomaganey prokreacji;
- 5) przerywanie ciąży – świadczenie zdrowotne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>2</sup>), polegającym na działaniu medycznym podejmowanym po zagnieżdżeniu się zapłodnionego jaja w śluzówce macicy i mającym na celu uniemożliwienie

---

<sup>1</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, ustawę z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny oraz ustawę z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka.

<sup>2</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725.

dalszego rozwoju zarodka lub płodu przy użyciu metod farmakologicznych, mechanicznych lub łączonych;

- 6) badania prenatalne – badania i procedury diagnostyczne wykonywane na żądanie kobiety w ciąży lub ze względu na wskazania medyczne, mające na celu ustalenie istnienia i stopnia zaawansowania ciąży oraz stanu i prawidłowości rozwoju zarodka lub płodu, obejmujące procedury nieinwazyjne, procedury inwazyjne oraz badania cytogenetyczne i molekularne zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;
- 7) opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży – ogół świadczeń zdrowotnych i rzeczowych, w tym badania prenatalne i zajęcia w szkole rodzenia na rzecz kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu;
- 8) świadczeniodawca – świadczeniodawcę w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

### **Art. 3.**

1. Każdy ma prawo do samostanowienia w dziedzinie rozrodczości w warunkach umożliwiających świadome decydowanie o rodzicielstwie.
2. Każdy ma prawo do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z prawa do świadomego rodzicielstwa.

### **Art. 4.**

1. Organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego zapewniają realizację praw reprodukcyjnych.
2. Realizując zadania określone w art. 3 ust. 1 oraz art. 4 ust. 1, organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego współpracują z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze praw reprodukcyjnych, w szczególności w sposób określony w art. 5, 5a i 5b ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010, Nr 234, poz. 1536 z późn. zm.<sup>3</sup>).

### **Art. 5.**

1. Organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego zapewniają kobiecie w ciąży:
  - 1) opiekę zdrowotną w okresie ciąży na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
  - 2) pomoc materialną w okresie ciąży, porodu lub połogu na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
  - 3) dostęp do szczegółowych informacji na temat przysługujących jej uprawnień, zasiłków i świadczeń oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających w

---

<sup>3</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 116, poz. 1203 i Nr 210, poz. 2135, z 2005 r. Nr 155, poz. 1298, Nr 169, poz. 1420, Nr 175, poz. 1462 i Nr 249, poz. 2104, z 2006 r. Nr 94, poz. 651, z 2008 r. Nr 209, poz. 1316, z 2009 r. Nr 19, poz. 100, Nr 22, poz. 120 i Nr 157, poz. 1241 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146 i Nr 234, poz. 1536.

rozwiązywaniu problemów psychologicznych i społecznych, a także zajmujących się sprawami przysposobienia.

2. Na wniosek uczennicy w ciąży szkoła ma obowiązek udzielić jej urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połów uniemożliwia zaliczenie w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła zobowiązana jest do wyznaczenia dodatkowego, dogodnego dla uczennicy terminu egzaminu, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy.
3. W celu prawidłowej realizacji ochrony zdrowia kobiet w ciąży, a w szczególności zapewnienia dostępności świadczeń, Rada Ministrów określi w drodze rozporządzenia szczegółowy zakres, formy i tryb przyznawania i udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 1.

#### **Art. 6.**

1. Wprowadza się do programów nauczania szkolnego przedmiot „wiedza o seksualności człowieka” w wymiarze nie mniej niż jedną godzinę lekcyjną tygodniowo.
2. Przedmiot, o którym mowa w ust. 1, dostosowany jest do wieku, zdolności poznawczych oraz potrzeb uczniów i uczennic i obowiązuje od pierwszej klasy szkoły podstawowej.
3. Treści programowe przedmiotu, o którym mowa w ust. 1, obejmują informacje na temat seksualności człowieka i praw reprodukcyjnych, ochrony przed przemocą seksualną, a także metod i środków zapobiegania ciąży, sposobów zabezpieczania się przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV/ AIDS, oraz kształtowania wolnych od przemocy, partnerskich relacji w związkach i równości płci w społeczeństwie.
4. Nauczanie przedmiotu, o którym mowa w ust. 1, mogą prowadzić osoby, które mają przygotowanie pedagogiczne oraz ukończyły studia wyższe, które swym zakresem obejmowały zagadnienia wskazane w ust. 3.
5. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia ustali w drodze rozporządzenia zakres treści, o których mowa w ust. 3, zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego oraz wprowadzi do systemu dokształcania nauczycieli tematykę określoną w ust. 3.

#### **Art. 7.**

1. Organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego zapewniają każdemu bez względu na zdolność do czynności prawnych dostępność metod i środków zapobiegania ciąży.
2. Środki zapobiegania ciąży są objęte refundacją na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696).
3. Organy samorządu terytorialnego właściwe do spraw polityki społecznej zapewniają bezpłatnie osobom korzystającym z pomocy społecznej na podstawie ustawy z dnia 12 marca

2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 tekst jednolity z późn. zm.<sup>4</sup>) środki zapobiegania ciąży.

4. Samorządy powiatowe tworzą i finansują placówki prowadzące poradnictwo i świadczenia z zakresu świadomego rodzicielstwa i pozostałych praw reprodukcyjnych.

#### **Art. 8.**

1. Organy administracji rządowej i samorządu województwa zapewniają dostęp do procedur medycznie wspomaganey prokreacji.
2. Procedura medycznie wspomaganey prokreacji jest świadczeniem zdrowotnym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Prawo do korzystania z procedur medycznie wspomaganey prokreacji mają osoby, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy, o której mowa w ust. 2, na zasadach określonych w tej ustawie, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Uprawnienie, o którym mowa w ust. 3, obejmuje nie więcej niż trzy cykle leczenia.

#### **Art. 9.**

1. Kobieta ma prawo do przerwania ciąży podczas pierwszych 12 tygodni jej trwania.
2. Kobieta ma prawo do przerwania ciąży po upływie 12 tygodni jej trwania w przypadku, gdy:
  - 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;
  - 2) występuje duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;
  - 3) ciąża jest następstwem czynu zabronionego.
3. Przerwanie ciąży dokonuje lekarz w możliwie najwcześniejszym stadium, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, w tym również metodami farmakologicznymi.
4. W przypadku określonym w ust. 1 decyzję o kontynuowaniu albo przerwaniu ciąży podejmuje kobieta samodzielnie. W razie złożenia przez kobietę pisemnej zgody na przerwanie ciąży, o której mowa w ust. 1, przerwanie ciąży jest dokonywane w ciągu 72 godzin.
5. W przypadkach określonych w ust. 2 ostateczną decyzję o kontynuowaniu albo przerwaniu ciąży podejmuje kobieta po otrzymaniu informacji medycznej.
6. W przypadkach określonych w ust. 2 pkt. 2) przerwanie ciąży jest dopuszczalne do 24. tygodnia ciąży. W przypadku gdy wykryta choroba uniemożliwia płodowi samodzielne życie i nie ma możliwości jej wyleczenia, przerwanie ciąży jest dopuszczalne bez ograniczeń.
7. W przypadkach określonych w ust. 2 pkt. 3) przerwanie ciąży jest dopuszczalne do 18. tygodnia ciąży.

---

<sup>4</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 202, poz. 1551, Nr 219, poz. 1706 i Nr 221, poz. 1738, z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 40, poz. 229, Nr 81, poz. 527, Nr 125, poz. 842 i Nr 217, poz. 1427 oraz z 2011 r. Nr 81, poz. 440 i Nr 106, poz. 622.

8. W przypadkach określonych w ust. 2 przerwania ciąży dokonuje lekarz lub jest ono wykonywane pod nadzorem lekarskim.
9. Lekarz, który dokonuje przerwania ciąży, udziela kobiecie informacji o środkach i metodach zapobiegania ciąży.

#### **Art. 10.**

1. Do przerwania ciąży wymagana jest pisemna zgoda kobiety.
2. W przypadku małoletniej lub kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku małoletniej powyżej 13. roku życia wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby.
3. W przypadku małoletniej, w razie braku zgody jej przedstawiciela ustawowego, wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia poniżej 13. roku życia ma prawo do wyrażenia własnej opinii. W przypadku małoletniej powyżej 13. roku życia, oprócz zgody sądu opiekuńczego, wymagana jest pisemna zgoda tej osoby, która może zostać złożona ustnie do protokołu.
4. W przypadku kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest także pisemna zgoda tej osoby, chyba że na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego. W razie braku zgody przedstawiciela ustawowego decyduje sąd opiekuńczy.

#### **Art. 11.**

1. Osoby, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo do przerwania ciąży bezpłatnie.
2. Świadczeniodawca, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie obejmującym świadczenia zdrowotne z zakresu opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży, jest zobowiązany do udzielania tych świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący przerwanie ciąży.
3. Świadczeniodawca obowiązany jest do:
  - 1) publicznego udostępnienia listy imion i nazwisk wszystkich lekarzy współpracujących ze świadczeniodawcą, którzy korzystają z odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z przerywaniem ciąży na podstawie art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.<sup>5</sup>) i aktualizowania tej listy co kwartał;
  - 2) udostępnienia kobiecie listy lekarzy, o których mowa w ust. 3 pkt. 1), na jej indywidualne żądanie;
  - 3) zgłoszenia listy lekarzy, o których mowa w ust. 3 pkt. 1) do Narodowego Funduszu Zdrowia.

---

<sup>5</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323, Nr 76, poz. 641 i Nr 219, poz. 1706 i 1708, z 2010 r. Nr 81, poz. 531, Nr 107, poz. 679 i Nr 238, poz. 1578 oraz z 2011 r. Nr 84, poz. 455, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 658.

4. Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnia listę lekarzy korzystających z odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych związanych z przerywaniem ciąży na podstawie art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w Biuletynie Informacji Publicznej, uwzględniając kwartalne aktualizacje, o których mowa w ust. 3 pkt. 1).
5. Narodowy Fundusz Zdrowia rozwiązuje ze świadczeniodawcą umowę, jeśli nie zapewnia on, pomimo możliwości, kompleksowych świadczeń zdrowotnych związanych z opieką zdrowotną nad kobietą w ciąży, w tym przerywania ciąży oraz nie realizuje obowiązków określonych w ust. 3.
6. W przypadku, gdy wszyscy lekarze wykonujący zawód u świadczeniodawcy złożyli informację o możliwości odmowy udzielenia świadczenia na podstawie art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, świadczeniodawca jest zobowiązany do posiadania umowy z podwykonawcą, zapewniającej wykonanie tego świadczenia.

#### **Art. 12.**

1. Świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić, że każda osoba wykonująca czynności wynikające z ustawy zachowa w tajemnicy wszystko, o czym dowiedziała się w związku z wykonywaniem tych czynności.
2. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ujawnienie wiadomości, o których mowa w ust. 1, przez współpracujące z nim osoby. Poszkodowany może żądać odpowiedniej sumy tytułem odszkodowania za poniesioną szkodę lub zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

#### **Art. 13.**

W ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej art. 39 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„Zasiłek celowy może być przyznany w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, w tym środków zapobiegania ciąży, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu”.

#### **Art. 14.**

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadza się następujące zmiany:

- 1) art. 26 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla kobiety ciężarnej i płodu.”;

- 2) art. 26 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„Osoby ubezwłasnowolnione, żołnierze służby zasadniczej oraz osoby pozbawione wolności nie mogą uczestniczyć w eksperymentach badawczych.”;

- 3) w art. 32 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Na wniosek osoby małoletniej lekarz udziela świadczenia z zakresu zapobiegania ciąży, bez zgody przedstawiciela ustawowego i sądu opiekuńczego.”;

4) w art. 39 dodaje się ust. 2 i 3 w brzmieniu:

„2. Uprawnienie określone w ust. 1 nie dotyczy prawa do odmowy świadczeń zdrowotnych oraz odmowy udzielenia informacji w zakresie zapobiegania ciąży oraz badań prenatalnych.

3. Lekarz może skorzystać z prawa określonego w ust. 1 pod warunkiem, że zgłosił to na piśmie w każdym podmiocie leczniczym lub do każdego świadczeniodawcy, z którym współpracuje, oraz do organu, który prowadzi rejestr indywidualnych praktyk lekarskich.”

### Art. 15.

W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 533, z późn. zm.<sup>6</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 152 § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1 lub 2, gdy płód osiągnął zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”;

2) w art. 153 § 2 otrzymuje brzmienie:

„§ 2. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1, gdy płód osiągnął zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.”;

3) w art. 156 § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 1. Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci:

1. pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, z wyjątkiem sterylizacji przeprowadzanej za zgodą pacjenta,

2. innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zszpecenia lub zniekształcenia ciała,

podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.”

4) uchyla się art. 157a.

---

<sup>6</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 128, poz. 840, z 1999 r. Nr 64, poz. 729 i Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 48, poz. 548, Nr 93, poz. 1027 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 121, poz. 1142, Nr 179, poz. 1750, Nr 199, poz. 1935 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 25, poz. 219, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889 i Nr 243, poz. 2426, z 2005 r. Nr 86, poz. 732, Nr 90, poz. 757, Nr 132, poz. 1109, Nr 163, poz. 1363, Nr 178, poz. 1479, Nr 180, poz. 1493, z 2006 r. Nr 190, poz. 1409, Nr 218, poz. 1592 i Nr 226, poz. 1648, z 2007 r. Nr 89, poz. 589, Nr 123, poz. 850, Nr 124, poz. 859 i Nr 192, poz. 1378, z 2008 r. Nr 90, poz. 560, Nr 122, poz. 782, Nr 171, poz. 1056, Nr 173, poz. 1080 i Nr 214, poz. 1344, z 2009 r. Nr 62, poz. 504, Nr 63, poz. 533, Nr 166, poz. 1317, Nr 168, poz. 1323, Nr 190, poz. 1474, Nr 201, poz. 1540 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 40, poz. 227 i 229, Nr 98, poz. 625 i 626, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 152, poz. 1018 i 1021, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1474 i Nr 240, poz. 1602 oraz z 2011 r. Nr 17, poz. 78, Nr 24, poz. 130, Nr 39, poz. 202, Nr 48, poz. 245, Nr 72, poz. 381, Nr 94, poz. 549, Nr 117, poz. 678 i Nr 133, poz. 767.

#### **Art. 16.**

W ustawie z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. z 2000 r. Nr 6, poz. 69, z późn. zm.<sup>7</sup>) uchyla się art. 2.

#### **Art. 17.**

Traci moc ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.<sup>8</sup>).

#### **Art. 18.**

Ustawa wchodzi w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia.

---

<sup>7</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 214, poz. 1345, z 2010 r. Nr 197, poz. 1307 oraz z 2011 r. Nr 168, poz. 1004.

<sup>8</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1995 r. Nr 66, poz. 334, z 1996 r. Nr 139, poz. 646, z 1999 r. Nr 5, poz. 32 oraz z 2001 r. Nr 152=4, poz. 1792.

## UZASADNIENIE

### 1. Potrzeba i cel wydania ustawy

Projekt ustawy o świadomym rodzicielstwie oraz innych prawach reprodukcyjnych został opracowany w oparciu o zgłaszane od wielu lat postulaty organizacji pozarządowych działających na rzecz praw kobiet. Ma on na celu zapewnienie zgodności ustawodawstwa zwykłego z Konstytucją RP.

Jakkolwiek prawa reprodukcyjne, rozumiane jako prawo do ochrony zdrowia reprodukcyjnego i samostanowienia w sprawach prokreacji, należą do kanonu podstawowych praw człowieka i choć chroni je także Konstytucja RP, nakazując poszanowanie prawa do godności (art. 30), gwarantując każdemu prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego oraz decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47), prawo do ochrony zdrowia (art. 68) oraz ochronę macierzyństwa i rodzicielstwa (art. 18), to jednak konstytucyjne gwarancje w sferze praw reprodukcyjnych są niedostatecznie zapewnione przez ustawodawstwo zwykłe. Projektowana regulacja prawna ma zmienić ten stan rzeczy.

### 2. Rzeczywisty stan w dziedzinie, która ma być unormowana

Obowiązująca od 1993 roku ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży nie zapewnia dostatecznej możliwości realizacji praw reprodukcyjnych. Ustawa nie tylko nie zlikwidowała zjawiska przerywania ciąży, ale co więcej, przyczyniła się do rozwoju podziemia aborcyjnego w Polsce. Choć oficjalne statystyki, przytaczane w sprawozdaniach rządu z wykonania ww. ustawy, mówią o kilkuset zabiegach rocznie (w 2009 roku było ich 538), to według danych organizacji pozarządowych przeprowadza się ich od 80 do 190 tys. rocznie. Jednocześnie notorycznie łamane jest prawo kobiet do przerywania ciąży w przypadkach, które ustawa dopuszcza, czyli: a) gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, b) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, c) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku przestępstwa. Lekarze, powołując się na klauzulę sumienia, odmawiają wykonania zabiegu i mimo iż mają taki obowiązek, nie wskazują innej placówki, gdzie kobieta mogłaby przerwać ciążę. Często też tak długo zwlekają z wydaniem odpowiedniego zaświadczenia, że na przeprowadzenie zabiegu jest już za późno. Zdeterminowane kobiety decydują się na przerwanie ciąży w podziemiu aborcyjnym lub zagranicą, tzw. turystyka aborcyjna staje się bowiem coraz powszechniejszym zjawiskiem.

Zupełny brak dozoru nad stosowaniem przez lekarzy klauzuli sumienia powoduje, że nie tylko odmawia się kobietom prawa do przerywania ciąży w przypadkach, które dopuszcza ustawa z 1993 roku, ale także ogranicza się im dostęp do badań prenatalnych. Kobietom trudno uzyskać skierowanie na badania, nawet jeśli istnieją po temu wyraźne wskazania medyczne. W 2009 roku wykonano 5 795 badań inwazyjnych, mimo iż przysługiwały one 45 100 kobietom, bo tyle kobiet w przedziale wiekowym 35-44 lata urodziło dzieci, a właśnie wiek powyżej 35. roku życia jest m.in. przesłanką do przeprowadzenia u ciężarnej badań prenatalnych. Tymczasem np. w Republice Czeskiej, kraju o znacznie mniejszej liczbie ludności niż Polska, wykonuje się tych badań 19 razy więcej.

Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 1993 roku nie zmniejszyła liczby aborcji m.in. wskutek ograniczonej dostępności antykoncepcji i braku poradnictwa oraz braku edukacji seksualnej w szkołach. Badania pokazują, że Polska znajduje się na ostatnim miejscu w Europie, jeśli chodzi o stosowanie nowoczesnych metod

antykoncepcji (według danych Światowej Organizacji Zdrowia stosuje je tylko 19 proc. kobiet). Przyczyną jest utrudniony dostęp do informacji i poradnictwa, spowodowany m.in. tym, że lekarze także i w tym wypadku powołują się na klauzulę sumienia, odmawiając wypisania recepty, a także brak refundacji środków antykoncepcyjnych, co dla wielu kobiet jest barierą ekonomiczną. Na liście leków refundowanych są leki starszej generacji, o działaniu antykoncepcyjnym, ale refundowane tylko w przypadku gdy zostały zapisane z przyczyn zdrowotnych, bowiem są stosowane w leczeniu np. bolesnych miesiączek, wahań hormonalnych cyklu itp. Kobiety poniżej 18. roku życia mają jeszcze bardziej ograniczony dostęp do antykoncepcji, lekarze odmawiają wystawiania recept, jeżeli nie pojawi się rodzic. W zasadzie niemożliwe jest zdobycie antykoncepcji postkoitalnej, stosowanej do 72 godzin po stosunku, lekarze myślą ją bowiem często z wczesnoporonną pigułką RU 486.

Brak w szkołach rzetelnej edukacji o życiu seksualnym człowieka i przyjaznych dla młodzieży punktów poradnictwa z zakresu edukacji seksualnej skutkuje nieplanowanymi ciążami i zakażeniami chorobami przenoszonymi drogą płciową. Rośnie liczba urodzeń przez nastolatki; dla młodych dziewcząt nieplanowane, zbyt wczesne ciążę są prawdziwym dramatem i są często także powodem prób samobójczych.

Prawa reprodukcyjne obejmujące m.in. fundamentalne prawo wszystkich par i jednostek do swobodnego decydowania o tym, ile, kiedy i w jakich odstępach czasu mieć dzieci, nie ograniczają się wyłącznie do zapewnienia dostępu do nowoczesnych metod planowania rodziny, ale także dotyczą metod leczenia niepłodności. W Polsce jest to obszar nieuregulowany prawnie, a zabiegi wspomaganiej prokreacji są dostępne dla par niemogących mieć dzieci tylko w placówkach prywatnych i są drogie, co uniemożliwia skorzystanie z tej metody leczenia niezamożnym parom. Mimo iż w Sejmie złożone zostały poselskie projekty dające możliwość refundacji zabiegów in vitro, to jednak wskutek silnych nacisków Kościoła katolickiego i dużego oporu konserwatywnych posłów i posłanek jest mało prawdopodobne, że zostaną one szybko uchwalone.

Rażące naruszenia prawa do ochrony zdrowia reprodukcyjnego i samostanowienia w sprawach prokreacji, jak też zaniedbania Polski w dostępie do edukacji seksualnej i nowoczesnych metod planowania rodziny były wielokrotnie przedmiotem krytyki ze strony gremiów międzynarodowych stojących na straży przestrzegania traktatów ochrony praw człowieka. W sprawach tych dwukrotnie wypowiedziały się Komitet ONZ ds. Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (w 1998, 2002 i 2009 roku) oraz Komitet Praw Człowieka ONZ (w 1999, 2004 i 2010 roku):

- „12. Komitet zauważa, że nakładając niedawno prawne ograniczenia aborcji nie wzięto pod uwagę względów ekonomicznych ani społecznych. Zaniepokojenie Komitetu budzi skutek tych ograniczeń: Polki, żeby przerwać ciążę, uciekają się obecnie często do usług osób bez skrupułów, ryzykując przez to zdrowiem. Komitet wyraża również niepokój z powodu braku usług planowania rodziny w państwowym systemie opieki zdrowotnej, co wiąże się z brakiem przystępnych finansowo środków antykoncepcyjnych dla kobiet” (Uwagi podsumowujące Komitetu ONZ ds. Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 1998 roku).
- „11. Komitet z zaniepokojeniem odnotowuje: a) surowe prawo dotyczące aborcji, którego skutkiem jest duża liczba pokątnych zabiegów przerywania ciąży, co wiąże się z zagrożeniem dla życia i zdrowia kobiet, b) ograniczony dostęp kobiet do środków antykoncepcyjnych na skutek wysokich cen i ograniczonej możliwości otrzymania odpowiednich recept, c) wyłączenie z programu szkolnego edukacji seksualnej oraz d) niedostatek dostępnych powszechnie programów planowania rodziny (art. 3, 6, 9 i 26).

Państwo Strona winno wprowadzić strategie i programy służące zapewnieniu pełnego i wolnego od dyskryminacji dostępu do wszystkich metod planowania rodziny, a także

ponownie wprowadzić do programu szkół państwowych wychowanie seksualne” (Uwagi końcowe Komitetu Praw Człowieka ONZ z 1999 roku).

- „28. Komitet jest zaniepokojony, iż usługi oferujące planowanie rodziny nie są częścią systemu opieki zdrowotnej i kobiety nie mają dostępu do taniej antykoncepcji. Komitet zauważa także, iż edukacja w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego nie znajduje odpowiedniego miejsca w programach nauczania.

29. Komitet jest zaniepokojony istnieniem restrykcyjnego prawodawstwa aborcyjnego, które prowadzi do tego, że duża liczba kobiet decydujących się na nielegalną aborcję, ryzykuje własnym życiem.

50. Komitet zaleca, aby usługi planowania rodziny były świadczone przez publiczny system opieki zdrowotnej, aby środki antykoncepcyjne można było kupić po przystępnych cenach, a edukacja o zdrowiu reprodukcyjnym i seksualnym została włączona do krajowych programów nauczania.

51. Komitet zwraca się do Państwa Strony o dostarczenie w następnym raporcie okresowym dokładnych informacji na temat aborcji w Polsce oraz podejmowanych środków, prawnych i innych, włączając w to przegląd aktualnego prawodawstwa, jakie Państwo Strona podejmuje w celu ochrony kobiet przed dokonywaniem pokątnych i niebezpiecznych aborcji” (Uwagi końcowe Komitetu ONZ ds. Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 2002 roku).

- „8. Komitet ponawia swoje głębokie zaniepokojenie restrykcyjnym prawem aborcyjnym w Polsce, które może zachęcać kobiety do korzystania z niebezpiecznych, nielegalnych aborcji, którym towarzyszy ryzyko zagrożenia życia i zdrowia. [Komitet] jest również zaniepokojony niedostępnością aborcji w praktyce, nawet kiedy prawo na nią zezwala, na przykład w przypadkach, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu, jak również brakiem informacji na temat korzystania z klauzuli sumienia przez lekarzy, którzy odmawiają przeprowadzenia legalnych aborcji. Ponadto Komitet wyraża rozczarowanie z powodu braku informacji na temat rozmiaru zjawiska nielegalnie przeprowadzanych aborcji i ich konsekwencji dla kobiet (art. 6).

Państwo powinno zliberalizować swoje ustawodawstwo oraz praktykę dotyczącą aborcji. Państwo powinno dostarczyć dalszych informacji na temat korzystania z klauzuli sumienia przez lekarzy oraz, na ile to możliwe, na temat liczby nielegalnych aborcji przeprowadzanych w Polsce. Te zalecenia powinny być wzięte pod uwagę w czasie dyskusji w parlamencie nad projektem ustawy o świadomym rodzicielstwie.

9. Komitet ponawia również swoje zaniepokojenie przyjętymi przez Państwo Stronę regulacjami dotyczącymi planowania rodziny. Przyczyną zaniepokojenia Komitetu są również wysoki koszt środków antykoncepcyjnych, zmniejszenie liczby refundowanych doustnych środków antykoncepcyjnych, brak bezpłatnych usług planowania rodziny oraz charakter edukacji seksualnej (art. 6) (Uwagi końcowe Komitetu Praw Człowieka ONZ z 2004 roku).

Ponadto w styczniu 2007 roku Komitet ds. Eliminacji Dyskryminacji Kobiet (CEDAW), oceniając przedstawione przez Polskę łącznie trzy raporty z wykonania *Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet*, również odniósł się do kwestii ochrony zdrowia reprodukcyjnego:

- „24. (...) Komitet jest zaniepokojony brakiem oficjalnych danych i badań nad skalą nielegalności aborcji w Polsce oraz wpływem tego zjawiska na zdrowie i życie kobiet.

25. Komitet wzywa Państwo Stronę do skupienia wysiłków na poprawie dostępu kobiet do opieki zdrowotnej, w szczególności do usług w zakresie zdrowia seksualnego i

reprodukcyjnego, zgodnie z art. 12 Konwencji oraz ogólnym zaleceniem 24. Komitetu w sprawie kobiet i zdrowia. Komitet wzywa Państwo Stronę do prowadzenia badań nad skalą, przyczynami i skutkami nielegalnych aborcji oraz ich wpływem na zdrowie i życie kobiet. Komitet wzywa również Państwo Stronę, aby zapewniło zainteresowanym kobietom możliwości legalnego przerywania ciąży i aby takie możliwości nie były ograniczane stosowaniem odmowy ze względu na przekonania. Komitet zwraca się do Państwa Strony o zintensyfikowanie przedsięwzięć mających zapobiegać niechcianym ciążom, w tym poprzez zapewnienie pełnego wyboru środków antykoncepcyjnych po dostępnych cenach oraz poprzez upowszechnianie wiedzy o różnych metodach planowania rodziny. Komitet zaleca, aby Państwo Strona priorytetowo traktowało sytuację nieletnich i zapewniało edukację seksualną odpowiednią do ich wieku, przeznaczoną dla dziewcząt i chłopców, w ramach programów nauczania.

Sytuacja w Polsce wzbudziła też zaniepokojenie Komisarza Praw Człowieka Rady Europy, który w 2007 roku zauważył, że „dostęp do legalnej aborcji (...) w Polsce jest ograniczony” i zalecił rządowi zadbanie o to, „aby kobiety spełniające przewidziane prawem kryteria mogły faktycznie przerwać ciążę bez dodatkowych utrudnień lub przykrości”. Zaś specjalny sprawozdawca OZN ds. zdrowia stwierdził w swoim raporcie na temat zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych, przedstawionym na forum Rady Praw Człowieka ONZ 4 kwietnia 2010 roku, że „dostęp do pewnych świadczeń związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym, np. (...) legalnej aborcji, jest poważnie ograniczony”.

Rażące naruszenia praw reprodukcyjnych, jakich się Polska dopuszcza w stosunku do swoich obywaterek, były już dwukrotnie przyczyną przegranej przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu: w 2007 roku w sprawie *Tysiąc przeciwko Polsce* i w 2011 roku w sprawie *R.R. przeciwko Polsce* Trybunał orzekł na korzyść poszkodowanych. Na rozpatrzenie czekają w tej chwili dwie kolejne sprawy: *S. i T. przeciwko Polsce* oraz *Z. przeciwko Polsce*. Szczególnie bulwersująca jest sprawa *Z. przeciwko Polsce*, dotyczy bowiem śmierci młodej dziewczyny, która umarła, gdyż lekarze odmówili leczenia jej na owrzodzone zapalenie jelita grubego, bojąc się, iż może dojść do poronienia.

Jakkolwiek kwestia zdrowia reprodukcyjnego nie jest przedmiotem regulacji prawnych w ustawodawstwie Unii Europejskiej, to warto zauważyć, że Polska jest jednym z ostatnich krajów UE (obok Irlandii i Malty) o tak restrykcyjnym ustawodawstwie aborcyjnym. W ostatnim czasie Hiszpania i Portugalia zliberalizowały swoje ustawodawstwo.

### **3. Różnica pomiędzy dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym**

Projekt ustawy o świadomym rodzicielstwie oraz innych prawach reprodukcyjnych ma nie tylko zapewnić zgodność ustawodawstwa zwykłego z Konstytucją RP, ale stworzyć także nowoczesny system pozwalający na faktyczną (a nie tylko deklaratywną) realizację praw reprodukcyjnych i ochronę zdrowia reprodukcyjnego. Projekt ma naprawić istniejącą lukę w polskim prawodawstwie, tzn. brak funkcjonujących i przestrzeganych przepisów o świadomym rodzicielstwie i innych prawach reprodukcyjnych.

Główne założenia projektu opierają się na przekonaniu, że prawa reprodukcyjne to prawa człowieka, a świadome rodzicielstwo to nie tylko prawo do usunięcia ciąży, ale także prawo do informacji o własnej seksualności (edukacja seksualna), prawo do decydowania o tym, kiedy, ile i w jakich odstępach czasu chce się mieć dzieci (refundowana antykoncepcja) oraz prawo do pomocy państwa w przypadku trudności z poczęciem potomstwa (procedury medycznie wspomaganego prokreacji).

Projekt ustawy reguluje sprawy związane z prawem do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających podejmowanie decyzji w zakresie świadomego rodzicielstwa (art. 1) poprzez:

- zapewnienie dzieciom i młodzieży dostępu do wiedzy o świadomym rodzicielstwie, zdrowiu i seksualności człowieka;
- zapewnienie dostępności nowoczesnych metod i środków zapobiegania ciąży;
- zapewnienie dostępu do metod medycznie wspomaganey prokreacji finansowanych ze środków publicznych;
- stworzenie możliwości legalnego i bezpiecznego przerywania ciąży;
- zapewnienie kobiecie w ciąży pełnej opieki, zdrowotnej (m.in. poprzez dostęp do badań prenatalnych i zajęcia w szkole rodzenia) i materialnej;
- zagwarantowanie, że świadczeniodawca, który ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, będzie się wywiązywał z zakontraktowanych świadczeń.

Art. 2 projektu ustawy zawiera słowniczek pojęć definiujący pojęcia takie jak: prawa reprodukcyjne, procedura medycznie wspomaganey prokreacji, środki zapobiegania ciąży, świadome rodzicielstwo, przerywanie ciąży, badania prenatalne, opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży, świadczeniodawca, zgodne z terminologią dokumentów międzynarodowych i standardami Światowej Organizacji Zdrowia. Warto podkreślić, że tym samym do polskiego języka prawnego zostanie wprowadzone pojęcie „prawa reprodukcyjne”.

Art. 3 gwarantuje każdemu prawo do samostanowienia w dziedzinie rozrodczości w warunkach umożliwiających świadome decydowanie o rodzicielstwie. Zawiera przykładową, otwartą listę działań jednostek administracji publicznej zmierzających do realizacji celu, jakim jest ochrona świadomego rodzicielstwa.

Art. 4 nakłada na organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego obowiązek zapewnienia realizacji praw reprodukcyjnych. Precyzuje również zasady współpracy z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze praw reprodukcyjnych zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010, nr 234, poz. 1536 z późn. zm.).

Art. 5 określa obowiązki organów administracji rządowej i samorządowej w zakresie opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży i udzielania jej pomocy. Szczegółowy zakres, formy i tryb przyznawania świadczeń, o których mowa w ust.1, określi Rada Ministrów w drodze rozporządzenia. Ust. 2 przyznaje uczennicy w ciąży uprawnienie do skorzystania z urlopu i pomocy niezbędnej do ukończenia edukacji.

Art. 6 wprowadza do programów nauczania szkolnego obowiązkowy przedmiot „wiedza o seksualności człowieka” w wymiarze nie mniejszym niż jedna godzina lekcyjna tygodniowo. Przedmiot ten będzie dostosowany do wieku, zdolności poznawczych oraz potrzeb uczniów i uczennic i ma obowiązywać od pierwszej klasy szkoły podstawowej. Treści programowe mają obejmować informacje na temat seksualności człowieka i praw reprodukcyjnych, ochrony przed przemocą seksualną, a także metod i środków zapobiegania ciąży, sposobów zabezpieczania się przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV/ AIDS, i kształtowania wolnych od przemocy, partnerskich relacji w związkach i równości płci w społeczeństwie. Minister właściwy do spraw edukacji i wychowania w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia ustali w drodze rozporządzenia zakres treści nauczania i wprowadzi do systemu doksztalcania nauczycieli ww. tematykę. Fakt, że przedmiot ten będzie nauczany przez osoby mające odpowiednie przygotowanie,

będzie gwarancją przekazywania uczniom i uczennicom rzetelnych i obiektywnych informacji o seksualności człowieka, wolnych od indoktrynacji, dzięki czemu będą mieli wiedzę pozwalającą im zabezpieczać się w przyszłości przed niebezpiecznymi zachowaniami seksualnymi, nieplanowaną ciążą i skuteczniej chronić swoje zdrowie.

Art. 7 nakłada na organy administracji rządowej i samorządowej obowiązek zapewnienia rzeczywistego dostępu do metod i środków zapobiegania ciąży. Jednocześnie w ust. 2 gwarantuje się refundację środków antykoncepcyjnych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r., nr 122, poz. 696). Refundacją mają być objęte również środki antykoncepcji postkoitalnej, co wynika z definicji środków zapobiegania ciąży ujętej w art. 2 niniejszego projektu ustawy. Prawo do bezpłatnej antykoncepcji będą miały również osoby znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej. Takie sformułowanie warunków dostępności środków zapobiegania ciąży nie tylko umożliwi dostęp do nowoczesnych metod i środków planowania rodziny większej liczbie kobiet, niezależnie od ich statusu ekonomicznego, ale także będzie ratunkiem dla kobiet zgwałconych, żeby mogły zabezpieczyć się przed niechcianą ciążą, będącą skutkiem traumatycznych przeżyć. Z doświadczeń innych krajów wynika, że pełna dostępność antykoncepcji postkoitalnej przyczyniła się znacznie do zmniejszenia liczby nieplanowanych ciąż i zabiegów przerywania ciąży. Skorzystać z niej bowiem mogą kobiety w sytuacji awaryjnej, tj. w przypadku seksu bez zabezpieczenia, albo gdy zawiodły inne metody zabezpieczania się przed niechcianą ciążą. Ust. 4 art. 7 zobowiązuje samorządy powiatowe do utworzenia i finansowania placówek prowadzących poradnictwo z zakresu świadomego rodzicielstwa i pozostałych praw reprodukcyjnych. Sieć takich placówek na szczeblu powiatu poprawi dostęp do ochrony zdrowia reprodukcyjnego.

Celem art. 8 jest zapewnienie finansowania ze środków publicznych leczenia niepłodności metodami wspomaganego prokreacji. W tej chwili ze względu na wysokie koszty leczenia niepłodności metodą *in vitro*, która jest stosowana wtedy, gdy inne metody okazały się nieskuteczne, mogą sobie pozwolić jedynie zamożne pary, co jest dla wielu bezdzietnych par, które starają się o dziecko, dyskryminujące. Osoby, które chcą mieć dzieci, powinny mieć prawo do pomocy państwa w przypadku trudności z poczęciem potomstwa.

Art. 9 reguluje kwestię przerywania ciąży. Zgodnie z intencją projektodawców decyzja o przerwaniu ciąży powinna należeć wyłącznie do kobiety, embrion nie jest bowiem podmiotem praw. Kobieta ma prawo do przerywania ciąży bez żadnych ograniczeń w pierwszym trymestrze ciąży. Przerwanie ciąży dokonuje lekarz w możliwie najwcześniejszym stadium ciąży, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, w tym także metodami farmakologicznymi. Zabieg należy przeprowadzić nie później niż w ciągu 72 godzin od wyrażenia zgody przez kobietę. Powyżej 12. tygodnia ciąży zabieg można przeprowadzić, jeżeli za istnieje któraś z trzech wymienionych przesłanek: 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, 2) występuje duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, 3) ciąża jest następstwem czynu zabronionego. We wszystkich tych przypadkach ostateczną decyzję o kontynuowaniu lub przerwaniu ciąży podejmuje kobieta po otrzymaniu informacji medycznej. W przypadkach określonych w ust. 2 pkt. 2) przerwanie ciąży jest dopuszczalne do 24. tygodnia ciąży, w przypadkach określonych w ust. 2 pkt. 3) do 18. tygodnia ciąży. W przypadku, gdy ciąża zagraża zdrowiu i życiu kobiety oraz gdy wykryta choroba uniemożliwia płodowi samodzielne życie i nie ma możliwości jej wyleczenia, przerwanie ciąży jest dopuszczalne bez ograniczeń. Proponując powyższe zapisy, projektodawcy opierali się na obecnie obowiązującej ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, która taki zamknięty katalog przesłanek zawiera, a także na najnowszych ustawach liberalizujących prawo do przerywania ciąży, przyjętych w Hiszpanii i Portugalii.

Art. 10 ma na celu zapewnienie poszanowania godności osobom małoletnim lub kobietom całkowicie ubezwłasnowolnionym w odniesieniu do ich praw reprodukcyjnych. Choć to przedstawiciel ustawowy musi wyrazić zgodę na przeprowadzenie zabiegu przerwania ciąży, to zarówno osoba małoletnia, jak i kobieta całkowicie ubezwłasnowolniona muszą się na zastosowanie tej procedury medycznej zgodzić. Jeśli przedstawiciel ustawowy nie wyrazi zgody, wówczas decyzję podejmuje sąd opiekuńczy. Warto podkreślić, że osoby małoletnie powyżej 13. roku życia muszą wyrazić pisemną zgodę, a osoby małoletnie poniżej 13. roku życia mają prawo do wyrażenia własnej opinii. W przypadku kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest także pisemna zgoda tej osoby, chyba że na jej wyrażenie nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego.

Zgodnie z art. 11 przerwanie ciąży jest świadczeniem zdrowotnym w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto celem art. 11 jest zapewnienie kobietom w ciąży kompleksowych świadczeń, w tym związanych z przerywaniem ciąży. Zobowiązuje do tego świadczeniodawcę, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, ust. 2. Ponadto ust. 3 nakłada na świadczeniodawcę obowiązek publicznego udostępnienia listy imion i nazwisk wszystkich lekarzy współpracujących ze świadczeniodawcą, którzy powołują się na tzw. klauzulę sumienia (art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty), odmawiając udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z przerywaniem ciąży. Lista ta ma być udostępniana kobiecie na jej indywidualne żądanie. Obowiązkowe ma być (w świetle art. 11 ust. 3 pkt. 3) zgłoszenie jej do Narodowego Funduszu Zdrowia i opublikowanie w Biuletynie Informacji Publicznej (art. 11 ust. 4). Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia rozwiązuje umowę ze świadczeniodawcą, jeśli nie zapewnia on, pomimo możliwości, kompleksowych świadczeń zdrowotnych związanych z opieką zdrowotną nad kobietą w ciąży, także tych związanych z przerywaniem ciąży, i nie wywiązuje się z obowiązków wyszczególnionych w art. 11 ust. 3. Celem tak sformułowanego art. 11 jest zagwarantowanie rzeczywistej dostępności do świadczeń zdrowotnych, w szczególności związanych z przerywaniem ciąży.

Art. 12 stanowi gwarancję zachowania tajemnicy we wszystkich sprawach wynikających z nowej ustawy. Celem tak sformułowanego przepisu jest poszanowanie prywatności. Odpowiedzialność za ujawnienie tajemnicy spoczywa na świadczeniodawcy, a osoba pokrzywdzona ujawnieniem tajemnicy zawodowej w sprawach regulowanych nową ustawą ma prawo żądać odpowiedniej sumy tytułem odszkodowania lub zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Warto podkreślić, że miały już miejsce przypadki złamania tajemnicy lekarskiej i narażenia na szkodę pacjentek, dlatego wprowadzone sankcje powinny być skuteczne, proporcjonalne i odstrasżające, aby w przyszłości prywatność osób korzystających z porad i świadczeń w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, była lepiej chroniona.

Przepisy zawarte w art. 13-16 dostosowują obecnie prawo do zmian wprowadzanych niniejszym projektem. Zmieniona zostaje ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, w której w art. 39 ust. 2 umożliwia się przeznaczenie zasiłku celowego także na pokrycie kosztów zakupu środków zapobiegania ciąży. Art. 14 wprowadza zmiany w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Istotną zmianą jest poprawa dostępu do antykoncepcji dla osób małoletnich, bowiem na wniosek osoby małoletniej lekarz ma obowiązek udzielenia świadczenia z zakresu zapobiegania ciąży, bez zgody przedstawiciela ustawowego i sądu opiekuńczego. Ponadto lekarz, który powołuje się na klauzulę sumienia, musi zgłosić to na piśmie w każdym podmiocie leczniczym lub do każdego świadczeniodawcy, z którym współpracuje, oraz do organu, który prowadzi rejestr indywidualnych praktyk lekarskich. Tak sformułowany przepis ukróci powszechne dotychczas praktyki, kiedy w placówce publicznej lekarz odmawia wykonania świadczeń ze względu na klauzulę sumienia, natomiast bez żadnego problemu wykonuje je w placówce prywatnej za pieniądze. Istotnym rozwiązaniem jest zmiana w kodeksie karnym w art. 156 par. 1 ust. 1), wprowadzona w art. 15,

polegająca na dekryminalizacji sterylizacji przeprowadzanej za zgodą pacjenta bądź pacjentki oraz uchylenie art. 157a kodeksu karnego. Art. 16 wprowadza zmianę w ustawie o Rzeczniku Praw Dziecka polegającą na uchyleniu art. 2, który definiował dziecko jako istotę ludzką od poczęcia do osiągnięcia pełnoletniości, co było sprzeczne z innymi przepisami prawa.

Art. 17 deroguje ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 7 stycznia 1993 roku, a art. 18 określa datę wejścia w życie ustawy w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia.

#### **4. Przewidywane skutki społeczne, gospodarcze, finansowe i prawne i źródła finansowania**

Wprowadzenie w życie nowej ustawy przyniesie wymierne korzyści społeczne i w istotny sposób przyczyni się do poprawy sytuacji kobiet i mężczyzn. W opinii projektodawców ustawa zapewni przede wszystkim ochronę zdrowia reprodukcyjnego i zapewni pełną realizację praw reprodukcyjnych, zgodnie ze standardami zawartymi w przepisach międzynarodowych traktatów ochrony praw człowieka. Ustawa przyczyni się do ukrócenia rażącej niesprawiedliwości, jaką jest niemożność decydowania przez kobiety o własnym życiu. Zapewni im realizację konstytucyjnych praw, m.in. prawa do godności, prawa do prywatności i decydowania o swoim życiu osobistym, prawa do ochrony zdrowia. Ustawa przywraca kobietom godność i podmiotowe traktowanie, znosi dotychczasowe prawo podważające zdolność kobiety do samodzielnej oceny sytuacji i odbierające jej prawo do decydowania w tak ważnej sprawie, jak kontynuowanie ciąży i urodzenie dziecka. Co więcej, uchwalenie tej ustawy przywróci szacunek obywateli wobec prawa, przepisy obowiązującej obecnie ustawy z 1993 roku są bowiem nagminnie łamane.

Ustawa położy kres praktyce nielegalnie dokonywanych aborcji i czerpania zysków przez podziemie aborcyjne. Będzie to z korzyścią dla systemu ubezpieczeń społecznych, który ponosi dziś koszty fatalnych, szkodliwych dla zdrowia kobiet skutków nefachowego działania osób świadczących usługi przerywania ciąży w podziemiu aborcyjnym. Ustawa ograniczy także zjawisko turystyki aborcyjnej.

Projektowana ustawa jest także wyrazem sprawiedliwości społecznej, zlikwiduje bowiem nierówny dostęp do świadczeń z zakresu ochrony zdrowia reprodukcyjnego wynikający z różnic w sytuacji materialnej. Obecnie kobiety lepiej sytuowane, mające lepszy dostęp do informacji i dysponujące środkami finansowymi, nawet jeżeli znajdują się w trudnej sytuacji i zdecydują się na przerwanie ciąży, mogą to zrobić, zapewniając sobie odpowiednią opiekę medyczną. Kobiety niezamożne są pozostawione same sobie i skazane na niewyobrażalne cierpienie.

Ustawa przyczyni się do poprawy sytuacji demograficznej kraju, bowiem z doświadczeń innych państw, które zliberalizowały prawo do przerywania ciąży, zapewniając jednocześnie dostęp do antykoncepcji i edukacji seksualnej (np. Francja, Holandia), wynika, że idzie z tym w parze wyższy wskaźnik urodzeń. Pary chętniej decydują się na dzieci, jeśli mają zapewnione poczucie bezpieczeństwa. Należy również podkreślić, że przyczyni się do tego także zapis zezwalający na refundowanie procedur wspomaganego prokreacji, które są metodą leczenia niepłodności.

Wprowadzenie do systemu nauczania przedmiotu „wiedza o seksualności człowieka”, dostosowanego do wieku, zdolności poznawczych oraz potrzeb uczniów i uczennic, przygotowuje młodych ludzi do podejmowania odpowiedzialnych decyzji i zapewni lepszą ochronę zdrowia. Nauczy kształtować relacje wolne od przemocy i pomoże lepiej chronić się przed przemocą seksualną.

Z wdrożeniem przepisów ustawy w życie będą się wiązały koszty, które obciążą Narodowy Fundusz Zdrowia oraz jednostki samorządu terytorialnego.

Szacowane łączne koszty ponoszone przez Narodowy Funduszu Zdrowia wyniosą ok. 380-705 mln zł. Obejmują one koszty zwiększenia dostępu do badań prenatalnych (ok. 5 mln rocznie), zapewnienia dostępności antykoncepcji (w łącznej kwocie 250-500 mln zł przy założeniu, że poziom spożycia będzie na obecnym poziomie doustnych środków antykoncepcyjnych, refundowanych w wysokości 50 proc.), finansowanie leczenia niepłodności metodą in vitro (100-150 mln zł), koszty zabiegów przerywania ciąży (25-50 mln zł rocznie). Jednostki samorządu terytorialnego poniosą koszty utworzenia placówek prowadzących poradnictwo i świadczenia z zakresu świadomego rodzicielstwa i pozostałych praw reprodukcyjnych (75 mln rocznie) oraz koszty zasiłków celowych na zakup środków zapobiegania ciąży dla osób do tego uprawnionych.

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację i rozwój regionalny ani na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

## **5. Zgodność z prawem Unii Europejskiej**

Problematyka regulowana przez projekt ustawy nie jest objęta przepisami prawa Unii Europejskiej.