

(Projekt)

Komitet Inicjatywy Ustawodawczej
„Ratujmy Kobiety 2017”-ustawa
o prawach kobiet i świadomym
rodzicielstwie

USTAWA
z dnia 2017 r.
o prawach kobiet i świadomym rodzicielstwie

Art. 1. Ustawa reguluje sprawy związane z prawem do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających podejmowanie decyzji w zakresie świadomego rodzicielstwa, mając na uwadze prawa reprodukcyjne i seksualne rozumiane jako prawa człowieka.

Art. 2. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) prawa reprodukcyjne – zespół praw pozwalających na realizację podstawowego prawa człowieka, jakim jest prawo wszystkich par i jednostek do decydowania swobodnie i odpowiedzialnie o liczbie, odstępach czasowych i momencie sprowadzenia na świat dzieci, prawa do informacji, dostępu do środków, które to zapewniają, a także prawa do utrzymania najwyższego standardu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu, przemocy, w tym w szczególności prawo do edukacji seksualnej dostosowanej do wieku, prawo do informacji o seksualności człowieka, prawo do dostępu do środków zapobiegania ciąży oraz zabiegów przerywania ciąży oraz prawo do badań prenatalnych i opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży, w trakcie porodu i porożu.
- 2) środki zapobiegania ciąży – wyroby medyczne i produkty lecznicze mające na celu niedopuszczenie do zapłodnienia lub zagnieżdżenia się zapłodnionego jaja w słuźówce macicy;
- 3) świadome rodzicielstwo – swobodne decydowanie o tym, czy, ile i kiedy mieć dzieci, dokonywane na bazie dostępnej wiedzy naukowej i autonomicznego rozeznania jednostki.
- 4) ustawa - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn zm.)
- 5) przerywanie ciąży – świadczenie zdrowotne w rozumieniu ustawy, polegające na działaniu medycznym podejmowanym po zagnieżdzeniu się zapłodnionego jaja w słuźówce macicy i mającym na celu uniemożliwienie 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 porożu;
- 8) świadczeniodawca – świadczeniodawca w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy.

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.).

Art. 5. 1. Organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego zapewniają kobiecie:

1) opiekę zdrowotną w okresie ciąży na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

2) pomoc materialną w okresie ciąży, porodu i położu na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

3) dostęp do szczegółowych informacji na temat przysługujących kobiecie w ciąży uprawnień, zasiłków i świadczeń oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających w 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 połóg 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. Zakres i formy oraz tryb udzielania pomocy, o której mowa w ust. 2, określa, w drodze rozporządzenia, Rada Ministrów.

4. 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 udzielania informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 3.

Art. 6. 1. Wprowadza się do programów nauczania szkolnego dla klas 0-3 przedmiot "przygotowanie do życia w rodzinie i w społeczeństwie" w wymiarze nie mniej niż jedną godzinę lekcyjną tygodniowo.

2. Wprowadza się do programów nauczania szkolnego od klasy 4 szkoły podstawowej do końca edukacji szkolnej przedmiot „wiedza o seksualności człowieka” w wymiarze nie mniej niż jedną godzinę lekcyjną tygodniowo.

3. Przedmioty, o których mowa w ust. 1 i 2, dostosowane są do wieku, etapu rozwoju psychoseksualnego, zdolności poznawczych oraz potrzeb uczniów i uczennic.

4. Treści programowe przedmiotu, o którym mowa w ust. 1, obejmują wprowadzenie podstawowej wiedzy o budowie anatomicznej człowieka, podstawowych koncepcji dotyczących różnorodności społecznej i tolerancji, edukacji równościowej oraz podstawowej wiedzy na temat chronienia się i obrony przed przemocą i wykorzystywaniem (tzw. "złym dotykiem").

5. Treści programowe przedmiotu, o którym mowa w ust. 2, 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.

6. Nauczanie przedmiotów, o których mowa w ust. 1 i 2, mogą prowadzić osoby, które mają przygotowanie pedagogiczne oraz ukończyły studia wyższe, które swym zakresem obejmowały zagadnienia wskazane w ust. 4 i 5.

7. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, ustali w drodze rozporządzenia sposób nauczania

przedmiotów, o których mowa w ust. 1 i 2, uwzględniając treści, o których mowa w ust. 4 i 5 oraz wprowadzi do systemu kształcenia nauczycieli tematykę określoną w ust. 4 i 5.

Art. 7. 1. Organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego zapewniają każdemu bez względu na zdolność do czynności prawnych swobodny dostęp do metod i środków zapobiegania ciąży.

2. Samorzady powiatowe tworzą i finansują punkty poradnictwa w ramach istniejących podmiotów leczniczych prowadzące edukację z zakresu świadomego rodzicielstwa i praw reprodukcyjnych oraz zapewniające dostęp do środków zapobiegania ciąży w ramach samorządowych programów zdrowia reprodukcyjnego będących programem polityki zdrowotnej, o którym mowa w art. 48 ust. 1 ustawy.

Art. 8. 1. Kobieta w ciąży ma prawo do jej przerwania do końca 12. tygodnia trwania ciąży.

2. Kobieta w ciąży ma prawo do przerwania ciąży po upływie 12. tygodnia jej trwania w przypadku, gdy:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;
- 2) występuje prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;
- 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża jest następstwem czynu zabronionego.

3. Przerwanie ciąży dokonuje lekarz w możliwie najwcześniejszym stadium, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Możliwe jest przerwanie ciąży metodami farmakologicznymi pod nadzorem lekarskim.

4. W przypadku określonym w ust. 1 decyzję o kontynuowaniu albo przerwaniu ciąży podejmuje kobieta w ciąży. W razie złożenia przez nią pisemnej zgody na przerwanie ciąży w przypadkach, o których mowa w ust. 1, 6 i 7, przerwanie ciąży dokonywane jest w ciągu 72 godzin lub wcześniej, jeśli wymaga tego dotrzymanie terminów wskazanych w ust. 1, 6 i 7.

5. W przypadkach określonych w ust. 2 decyzję o kontynuowaniu albo przerwaniu ciąży podejmuje kobieta w ciąży po otrzymaniu informacji medycznej lub zaświadczenia od prokuratora. Informacja i zaświadczenie, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, powinny zostać przekazane najpóźniej w ciągu 72 godzin od momentu dowiedzenia się o występowaniu przesłanki do przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży przez lekarza lub prokuratora..

6. W przypadkach określonych w ust. 2 pkt. 2 przerwanie ciąży jest dopuszczalne do 24. tygodnia ciąży. W przypadku gdy upośledzenie lub choroba, o których mowa w ust. 2 pkt 2, uniemożliwia płodowi samodzielne życie, przerwanie ciąży jest dopuszczalne bez ograniczeń.

7. W przypadkach określonych w ust. 2 pkt. 3 przerwanie ciąży jest dopuszczalne do 18. tygodnia ciąży.

8. Lekarz, który dokonuje przerwania ciąży, udziela kobiecie informacji o środkach i metodach zapobiegania ciąży.

Art. 9. 1. Do przerwania ciąży w podmiocie leczniczym wymagana jest pisemna zgoda kobiety w ciąży.

2. W przypadku małoletniej, z zastrzeżeniem ust. 3, lub osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego.

3. Małoletnia, która ukończyła 15. rok życia, samodzielnie podejmuje decyzję o przerwaniu ciąży.

4. W przypadku małoletniej poniżej 15. roku życia, w razie braku zgody jej przedstawiciela ustawowego, o dopuszczalności przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży decyduje sąd opiekuńczy, a małoletnia, także poniżej 13. roku życia, ma prawo do wyrażenia własnej opinii. W przypadku małoletniej powyżej 13. roku życia, do przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży oprócz zgody sądu opiekuńczego, wymagana jest jej pisemna zgoda, która może zostać złożona ustnie do protokołu.

5. W przypadku kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest także jej pisemna zgoda, chyba że na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego. W razie braku zgody przedstawiciela ustawowego decyduje sąd opiekuńczy.

Art. 10. Osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki zdrowotnej przysługuje prawo do zabiegu przerwania ciąży finansowanego ze środków publicznych w podmiocie leczniczym, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży.

Art. 11. 1. 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.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do:

1) publicznego udostępnienia listy imion i nazwisk wszystkich lekarzy współpracujących ze świadczeniodawcą, którzy korzystają z prawa do odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z przerywaniem ciąży na podstawie art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015, poz. 464, z późn. zm.) 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.

3. Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnia listę lekarzy korzystających z prawa do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych związanych z przerywaniem ciąży na podstawie art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty w Biuletynie Informacji Publicznej, uwzględniając kwartalne aktualizacje, o których mowa w ust. 3 pkt. 1.

4. 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.

5. 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 zawodzie lekarza i lekarza dentysty, świadczeniodawca jest zobowiązany do posiadania umowy z podwykonawcą, zapewniającej wykonanie tego świadczenia.

Art. 12. Zakazuje się umieszczania treści i organizowania zgromadzeń przeciwnych przepisom niniejszej ustawy w odległości mniejszej niż 100 m od podmiotów leczniczych, w szczególności szpitali ginekologicznych i położniczych, a także placówek edukacyjnych, takich jak szkoły i przedszkola.

Przepisy zmieniające

Art. 13. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. 2017 poz. 125) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 26:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

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

3) w art. 32:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Jeżeli pacjent jest małoletni z zastrzeżeniem ust. 2a, lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego”;

b) dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych z zakresu dziedziny ginekologii, urologii lub dermatologii pacjentowi będącemu osobą małoletnią, która ukończyła 15 lat, po uzyskaniu jego zgody. Oświadczenie o zgodzie pacjenta, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie wymaga kumulatywnej zgody ze strony jego rodzica lub innego opiekuna prawnego.”

4) w art. 39:

a) dodaje się ust. 2 i 3 w brzmieniu:

„2. Uprawnienie określone w ust. 1 nie dotyczy świadczeń zdrowotnych ani 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. 14. W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 533, ze zm.) 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, wazektomii, koagulacji końcówek nasieniowodów i podwiązania jajowodów przeprowadzanych 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 zeszpecenia lub zniekształcenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.”

4) uchyla się art. 157a;

5) dodaje się art. 269d i art. 269e o brzmieniu:

„Art. 269d. Kto rozpowszechnia, również w internecie, twierdzenia, nieznajdujące oparcia w aktualnym stanie wiedzy ani badaniach naukowych, o przebiegu lub konsekwencjach medycznych stosowania antykoncepcji lub zabiegów przerywania ciąży, mające na celu odwieńczenie od jej stosowania lub od wykonania lub poddania się zabiegowi, bądź też napiętnowanie osób, które go wykonały lub się mu poddały, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności lub karze pozbawienia wolności do lat 2.

Art. 269e. Tej samej karze podlega, kto dopuszcza się aktu przemocy fizycznej bądź wandalizmu lub kto pomawia, zniesławia i znieważa, także w internecie, osoby, organizacje lub instytucje działające na rzecz realizowania przepisów zawartych w ustawie o prawach kobiet i świadomym rodzicielstwie.”

Art. 15. W ustawie z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2015 r. poz. 1094 tekst jednolity z późn. zm.) w art. 51 po § 1 dodaje się § 1a w brzmieniu:

„1a. Jeżeli czyn określony w § 1 ma miejsce w pobliżu szkoły, szpitala lub innej placówki ochrony zdrowia, sprawca podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny.”

Art. 16. W ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93 ze zm.) art. 927 § 2 otrzymuje brzmienie:

“§ 2. Jednakże jako spadkobiercę można oznaczyć dziecko, które ma się urodzić, jeśli w chwili otwarcia spadku płód żyje. Dziedziczenie jest skuteczne, jeśli dziecko urodzi się żywe.”

Art. 17. W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 17 po ust. 1 dodaje się ust. 1a :

„1a. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 15 lat, ma prawo do wyrażenia samodzielnej zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalizacji ginekologicznej, urologicznej lub dermatologicznej.”;

2) w art. 31:

a) dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw również w przypadku odmowy wydania opinii albo orzeczenia, o których mowa w ust. 1, albo odmowy wystawienia recepty na produkt leczniczy lub wydania skierowania na badanie diagnostyczne, jeżeli wynik badania jest niezbędny do wydania opinii albo orzeczenia, mających wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.”

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Sprzeciw wraz z uzasadnieniem wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia, o których mowa w ust. 1, albo odmowy wydania opinii, orzeczenia, odmowy wystawienia recepty na produkt leczniczy albo odmowy skierowania na badania diagnostyczne, o których mowa w ust. 1a, przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.”

c) uchyla się ust. 3,

d) ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4. W przypadku niespełnienia wymagań, o których mowa w ust. 2, sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła.

5. Komisja Lekarska, na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 21 dni od dnia wniesienia sprzeciwu, z zastrzeżeniem ust. 5a.

W przypadku gdy wydanie orzeczenia w terminie nie jest możliwe z powodu konieczności przeprowadzenia badania pacjenta, termin wydania orzeczenia przedłuża się o czas niezbędny do jego przeprowadzenia.”;

f) po ust. 5 dodaje się ust. 5a, 5b i 5c w brzmieniu:

„5a. W przypadku sprzeciwu wobec odmowy wykonania zabiegu przerwania ciąży, Komisja Lekarska wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wniesienia sprzeciwu.

5b. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą uczestniczyć w posiedzeniu Komisji Lekarskiej, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, oraz udzielać informacji i wyjaśnień w sprawie.

5c. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą ustanowić pełnomocnika w postępowaniu przed Komisją Lekarską. Pełnomocnikiem może być osoba fizyczna posiadająca zdolność do czynności prawnych.”;

g) po ust. 7 dodaje się ust. 7a w brzmieniu:

„7a. Orzeczenie Komisji Lekarskiej stanowi podstawę realizacji praw lub obowiązków pacjenta, o których mowa w ust. 1.”

Art. 18. W ustawie z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. z 2015 r, poz. 2086, ze zm.) uchyla się art. 2.

Art. 19. W ustawie z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200) uchyla się art. 2 pkt 2.

Art. 20. 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.).

Art. 21. Ustawa wchodzi w życie w terminie 30 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

1. Potrzeba i cel wydania ustawy

Projekt ustawy o prawach kobiet i świadomym rodzicielstwie został opracowany na podstawie zgłaszanych od wielu lat postulatów 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 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

Zabiegi przerywania ciąży

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 ok. tysiącu zabiegów rocznie (w 2015 r. było ich 1044), 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, jednocześnie lekceważąc towarzyszące temu wymogi, wyrażone w art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2017 poz. 125), tj. nie uzasadniają skorzystania z klauzuli sumienia, nie odnotowują tego faktu w dokumentacji medycznej ani nie informują swojego przełożonego. Na mocy wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. K 12/14 lekarz, który powołuje się na tzw. klauzulę sumienia nie musi już wskazywać pacjentce innej realnej możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego. Jak wskazuje wydany przez Federację na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny raport z monitoringu procedur dostępu do legalnej aborcji w polskich szpitalach z 2016 r., częstą praktyką lekarzy jest sztuczne wydłużanie procedur, np. zwlekanie z wydaniem

odpowiedniego zaświadczenia lub zlecenie zbędnych, czasochłonnych badań tak długo, aż na przeprowadzenie zabiegu przerwania ciąży jest już, stosownie do terminów wskazanych w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, za późno. Zdeterminowane kobiety decydują się na przerwanie ciąży w podziemiu aborcyjnym lub za granicą, a tzw. turystyka aborcyjna jest coraz powszechniejszym zjawiskiem. Ministerstwo Zdrowia nigdy nie podjęło działań mających na celu ustalenie choćby szacunkowo liczby zabiegów przerwania ciąży w podziemiu aborcyjnym lub w ramach tzw. turystyki aborcyjnej. Wręcz przeciwnie, w corocznych raportach z wykonania ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 1993 r. Przedstawia jedynie oficjalne dane z liczby zabiegów dokonywanych na podstawie na podstawie tzw. "wyjątków", wprowadzając w błąd opinię publiczną oraz rządzących co do rzeczywistego rozmiaru zjawiska. Nie pozwala to na prowadzenie właściwej polityki zdrowotnej i społecznej.

Badania prenatalne

Nadużywanie przez lekarzy klauzuli sumienia sprawia, że kobiety nie tylko pozbawione są prawa do przerwania ciąży w przypadkach, które dopuszcza ustawa z 1993 roku, ale także ogranicza się im dostęp do badań prenatalnych, zwłaszcza tzw. badań inwazyjnych. Kobiety trudno uzyskać skierowanie na badania, nawet jeśli istnieją ku temu wyraźne wskazania medyczne. W 2014 r. wykonano 5.788 badań inwazyjnych, mimo że przysługiwały one 33.252 kobietom, bo tyle kobiet w przedziale wiekowym 35-44 lata urodziło dzieci, a tymczasem wiek powyżej 35. roku życia jest m.in. przesłanką do przeprowadzenia u ciężarnej badań prenatalnych.

Antykoncepcja

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, ale także braku wyraźnie wskazanego w ustawie obowiązku poradnictwa dotyczącego planowania rodziny oraz braku realizacji zapisu o edukacji seksualnej w szkołach. Badania pokazują, że Polska znajduje się na ostatnim miejscu w Europie, jeśli chodzi o stosowanie nowoczesnych metod antykoncepcji. Ostatnie duże badanie przeprowadzone w 2013 roku, dotyczące stosowania różnych metod antykoncepcji wykazało że, nowoczesną antykoncepcję hormonalną stosuje zaledwie 23% kobiet, 6% ma założoną wkładkę domaciczną, a aż 1/3 kobiet nie stosuje żadnej metody antykoncepcyjnej (20% nie stosowało nigdy w życiu). Najpopularniejszą metodą zapobiegania ciąży jest stosowanie prezerwatywy. Wskazało ją 30% respondentek. 21% par stosuje tzw. metody naturalne o znikomej skuteczności, np. kalendarzyk małżeński. Przyczyną jest utrudniony dostęp do informacji i poradnictwa, wpływ nauczania dominującego w Polsce Kościoła katolickiego, który całkowicie odrzuca współczesne metody regulacji narodzin, powoływanie się przez lekarzy na klauzulę sumienia w celu odmowy wystawienia recepty na antykoncepcję, a także brak refundacji środków antykoncepcyjnych, co dla wielu kobiet stanowi barierę ekonomiczną. Na liście leków refundowanych znajdują się leki starszej generacji, o działaniu antykoncepcyjnym, ale refundowane tylko w przypadku, gdy zostały zapisane z przyczyn zdrowotnych, jako środki stosowane w leczeniu np. bolesnych miesiączek, wahań hormonalnych cyklu itp. Kobiety poniżej 18. roku życia mają jeszcze bardziej ograniczony dostęp do antykoncepcji. Mimo że utrzymywanie kontaktów seksualnych od 15. roku życia jest dozwolone, to niepełnoletnie dziewczęta, by skorzystać ze świadczeń ginekologicznych muszą uzyskać zgodę rodzica lub opiekuna ustawowego. Wycofanie z dostępności bez recepty tzw. pigułki dzień po – preparatu elleOne - zdecydowanie ograniczyło dostęp do antykoncepcji postkoitalnej.

Edukacja seksualna

Brak w szkołach rzetelnej edukacji o życiu seksualnym człowieka i przyjaznych dla młodzieży punktów poradnictwa z zakresu edukacji seksualnej skutkuje nieplanowanymi ciążami i infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Rośnie liczba urodzeń przez nastolatki: dla młodych dziewcząt nieplanowane, zbyt wczesne ciąże są prawdziwym dramatem, częstym powodem prób samobójczych i zawsze zagrożeniem zdrowia psychicznego i fizycznego.

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 praw człowieka. W sprawach tych wypowiedziały się Komitet ONZ ds. Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (w 1998, 2002, 2009 i 2016 r.), Komitet Praw Człowieka ONZ (w 1999, 2004, 2010 i 2016 r.), a także Komitet ONZ ds. Tortur: na 51. sesji, która odbyła się w dniach 28 października-22 listopada 2013 r. w Genewie członkinie i członkowie Komitetu ONZ ds. Tortur wyrazili ubolewanie, że Polska nie zapewnia kobietom, szczególnie tym, które doświadczyły przemocy seksualnej, dostępu do aborcji. W uwagach końcowych Komitet podkreślił, że kobiety, którym odmawia się dostępu do przerywania ciąży z powodu klauzuli sumienia, ryzykują swoje zdrowie poddając się aborcji w niebezpiecznych warunkach, a taka sytuacja może być traktowana jako tortury, nieludzkie, okrutne i poniżające traktowanie. Komitet ONZ ds. Tortur zaapelował do Polski o zastosowanie się do najnowszych rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w zakresie dostępu do bezpiecznej aborcji (2012) i wprowadzenie procedur gwarantujących, że przywoływanie tzw. klauzuli sumienia przez lekarzy nie będzie ograniczało dostępu pacjentek do legalnych świadczeń medycznych. Komitet zalecił także Polsce wprowadzenie prawnych uregulowań zapewniających dostęp do legalnej aborcji. Takie same zalecenia zawarte były w raportach pozostałych Komitetów ONZ.

W 2016 r. Komitet ONZ ds. Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych zalecił Polsce, by zapewniła dostęp do bezpiecznej i legalnej aborcji, osiągalny w praktyce, zorganizowała opiekę post-aborcyjną i wprowadziła efektywny mechanizm odwoławczy w przypadku korzystania przez lekarza z klauzuli sumienia. W tym samym roku Komitet Praw Człowieka ONZ wydał podobne rekomendacje, dodając, że dostęp do bezpiecznej i legalnej aborcji powinien być zapewniony na terenie całego kraju, a kobiety nie powinny być zmuszane do korzystania z niebezpiecznego podziemia aborcyjnego z powodu klauzuli sumienia lekarza lub zbyt długiej procedury odwoławczej. Zdaniem Komitetu Polska powinna zapewnić skuteczny dostęp do badań prenatalnych, skrócony czas rozpatrywania sprzeciwu pacjentki wobec odmowy lekarza przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży, mechanizm egzekwowania zaświadczeń od prokuratora o występowaniu podejrzenia, że ciąża jest wynikiem czynu zabronionego oraz rzetelną edukację seksualną i swobodny dostęp do antykoncepcji..

Ponadto w listopadzie 2014 r. Komitet ds. Eliminacji Dyskryminacji Kobiet (CEDAW), oceniając przedstawiony przez Polskę raport z wykonania Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet, również odniósł się do kwestii ochrony zdrowia reprodukcyjnego, wyrażając swoje zaniepokojenie z powodu wysokiej liczby aborcji, w większości nielegalnych, ze względu na restrykcyjne przepisy ustawy z 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Komitet wyraził również swoje zaniepokojenie z powodu restrykcyjnego stosowania ustawy i nadużywania przez personel medyczny klauzuli sumienia. Jego niepokój wzbudził również brak oficjalnych danych i badań dotyczących liczby nielegalnych i niebezpiecznych aborcji przeprowadzanych w Polsce. Komitet wyraził swoje zaniepokojenie z powodu ograniczonego dostępu do nowoczesnej antykoncepcji, m.in. barier, na jakie napotykają nastoletnie dziewczęta w dostępie do informacji i usług z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, w tym antykoncepcji. Komitet CEDAW zalecił, by Polska: ułatwiła kobietom dostęp do opieki zdrowotnej, w szczególności usług z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego, m.in. poprzez nowelizację ustawy z 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, żeby warunki przerywania ciąży były mniej restrykcyjne; zleciła, wsparła i sfinansowała – zgodnie z wcześniejszą rekomendacją Komitetu (CEDAW/C/POL/CO/6, par. 25) – badania, analizy i gromadzenie danych na temat skali, przyczyn i skutków niebezpiecznych, nielegalnych aborcji oraz ich wpływu na zdrowie i życie kobiet po to, żeby uzyskać oparte na dowodach materiały pozwalające na nowelizację ustawy;

zapewniła kobietom i dziewczętom, w tym kobietom z obszarów wiejskich, dostępną i przystępną cenowo nowoczesną antykoncepcję, poprzez wprowadzenie refundowania nowoczesnych i skutecznych metod antykoncepcji w publicznym systemie opieki zdrowotnej; oraz
zapewniła nastoletnim dziewczętom wolny dostęp do usług z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i antykoncepcji.

Komisarz Praw Człowieka Rady Europy, w 2016 r. złożył w Polsce wizytę i jako jej rezultat opublikował raport, w którym wyraził zaniepokojenie występującymi w Polsce regresywnymi tendencjami, które utrudniają kobietom dostęp do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz korzystanie z odpowiednich praw, a także zagrażają dotychczasowym postępom w dziedzinie równości płci. Zdaniem Komisarza należy się skoncentrować na unikaniu niechcianych ciąż, a nie na ograniczaniu kobietom wyboru. W swoim raporcie Komisarz podkreślił, że kobiety, w tym dziewczęta w okresie dojrzewania, mają prawo do informacji o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym, opartych na dowodach naukowych, niedyskryminujących oraz szanujących godność i autonomię.

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 r., że „dostęp do pewnych świadczeń związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym, np. (...) legalnej aborcji, jest poważnie ograniczony”.

Podobne zalecenia wobec Polski zostały sformułowane podczas procedury Powszechnego Okresowego Przeglądu Praw Człowieka na forum Rady Praw Człowieka ONZ w Genewie dnia 9 maja 2017 r.

Polska jako państwo członkowskie UE zobowiązana jest do wdrażania strategii i rozwiązań zalecanych przez Parlament Europejski. W przyjętej w 2015 roku Rezolucji „W sprawie strategii UE na rzecz równości kobiet i mężczyzn w okresie po 2015”(...) domaga się, aby Komisja Europejska zagwarantowała, że europejska współpraca na rzecz rozwoju będzie się kierowała podejściem opartym na przestrzeganiu praw człowieka, w szczególności równości płci (...) podkreśla, że powszechny dostęp do opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz związanych z nim praw, jest podstawowym prawem człowieka i podkreśla prawo dobrowolnego dostępu do usług w zakresie planowania rodziny, w tym do bezpiecznych i legalnych usług związanych z aborcją.

Rażące naruszenia praw reprodukcyjnych, jakich się Polska dopuszcza w stosunku do swoich obywaterek, były przyczyną przegranej przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu: w 2007 roku w sprawie Tysiąc przeciwko Polsce (5410/03), w 2011 roku w sprawie R.R. przeciwko Polsce (27617/04) oraz w 2012 roku w sprawie P. i S. przeciwko Polsce (57375/08). Trybunał orzekł na korzyść poszkodowanych. Na rozpatrzenie czekają kolejne sprawy.

Odpowiadając na powyższe zalecenia, a przede wszystkim - dla zrealizowania wielokrotnie sygnalizowanej przez ekspertów - seksuologów i pedagogów, także na gruncie polskim - potrzeby ochrony dzieci i młodzieży przed przemocą seksualną i wykorzystaniem oraz krzywdą wynikającą z podejmowania aktywności seksualnej bez podstawowej wiedzy oraz umiejętności społecznych - wprowadza się obowiązek edukacji seksualnej. Obowiązek ten podzielony jest ze względu na wiek i możliwości percepcyjne dzieci i młodzieży na dwa cykle - przygotowanie do życia w rodzinie i społeczeństwie dla klas 0-3 oraz wiedza o seksualności od klasy 4. do końca edukacji.

3. Różnica pomiędzy dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym

Projekt ustawy o prawach kobiet i świadomym rodzicielstwie ma nie tylko zapewnić zgodność ustawodawstwa zwykłego z Konstytucją RP, ale stworzyć także nowoczesny i humanistyczny system pozwalający na faktyczną (a nie tylko deklaratywną) realizację praw reprodukcyjnych i ochronę zdrowia reprodukcyjnego rozumianych jako nieodłączna część powszechnych praw człowieka. 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 zespół praw pozwalających na realizację podstawowego prawa człowieka, jakim jest prawo wszystkich par i jednostek do decydowania swobodnie i odpowiedzialnie o liczbie, odstęпах czasowych i momencie sprowadzenia na świat dzieci, prawa do informacji, dostępu do środków, które to zapewniają, a także prawa do utrzymania najwyższego standardu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu, przemocy, w tym w szczególności prawa do edukacji seksualnej dostosowanej do wieku, prawo do informacji o seksualności człowieka, prawo do dostępu do środków zapobiegania ciąży oraz zabiegów przerywania ciąży oraz prawo do badań prenatalnych i opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży, w trakcie porodu i połogu. 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;
- 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, środki zapobiegania ciąży, świadome rodzicielstwo, ustawa, przerywanie ciąży, badania prenatalne, opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży, świadczeniodawca, zgodnie z terminologią dokumentów międzynarodowych i standardami Światowej Organizacji Zdrowia. Art. 3 gwarantuje każdemu prawo do samostanowienia w dziedzinie rozrodczości w warunkach umożliwiających świadome decydowanie o rodzicielstwie. 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. Art. 6 wprowadza do programów nauczania szkolnego obowiązkowe przedmioty "przygotowanie do życia w rodzinie i w społeczeństwie" oraz „wiedza o seksualności człowieka” w wymiarze nie mniejszym niż jedna godzina lekcyjna tygodniowo. Przedmioty ten będą dostosowane do wieku, etapu rozwoju psychoseksualnego, zdolności poznawczych oraz potrzeb uczniów i uczennic. Treści programowe mają przekazywać podstawową wiedzę o budowie anatomicznej człowieka, podstawowych koncepcjach dotyczących różnorodności społecznej i tolerancji, edukacji równościowej oraz podstawowej wiedzy na temat chronienia się i obrony przed przemocą i wykorzystywaniem (tzw. "złym dotykiem") oraz 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. Minister właściwy do spraw edukacji i wychowania w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia ustalili w drodze rozporządzenia zakres treści nauczania i wprowadzi do systemu doksztalcenia 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. 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.

Art. 8 reguluje kwestię przerywania ciąży. Zgodnie z intencją projektodawców decyzja o przerwaniu ciąży powinna należeć wyłącznie do kobiety, embriion, zarodek ani płód nie jest bowiem podmiotem praw równoważnym kobiecie ani od niej ważniejszym. 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 zaistnieje 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 przepisy, 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. 9 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 przerywania 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 15. 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. W związku z tym, że utrzymywanie kontaktów seksualnych jest dozwolone od 15. roku życia, decyzja o przerwaniu ciąży powinna należeć wyłącznie do małoletniej powyżej 15. roku życia.

Zgodnie z art. 10 osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki zdrowotnej przysługuje prawo do

zabiegu przerwania ciąży finansowanego ze środków publicznych w podmiocie leczniczym, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży. 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. nakłada na świadczeniodawcę obowiązek publicznego udostępnienia listy imion i nazwisk wszystkich lekarzy współpracujących ze świadczeniodawcą, którzy powołują się, na tzw. klauzulę sumienia, odmawiając udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z przerywaniem ciąży. Lista ta ma być udostępniana kobiecie na jej indywidualne żądanie. Obowiązkowe ma być zgłoszenie jej do Narodowego Funduszu Zdrowia i opublikowanie w Biuletynie Informacji Publicznej. 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, i powinno przyczynić się do ograniczenia negatywnych skutków nadużywanej przez lekarzy klauzuli sumienia oraz zniwelować lukę prawną powstałą w wyniku wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. K 12/14.

Art. 12 zakazuje umieszczania treści i organizowania zgromadzeń przeciwnych przepisom niniejszej ustawy w odległości mniejszej niż 100 m od podmiotów leczniczych, w szczególności szpitali ginekologicznych i położniczych, a także placówek edukacyjnych, takich jak szkoły i przedszkola.

Przepisy zawarte w art. 13-18 dostosowują obecnie obowiązujące przepisy do zmian wprowadzanych niniejszym projektem tak, by uczynić skuteczną możliwość realizacji praw seksualnych i reprodukcyjnych. Art. 19 Projekt ustawy znosi obowiązek uzyskania recepty lekarskiej na środek antykoncepcji awaryjnej *ellaOne - octan uliprystalu*, który został wprowadzony na mocy ustawy z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200). Opinia Europejskiej Agencji Leków z dnia 21 listopada 2014 r. (sygn. EMA/710568/2014) potwierdziła, że stosowanie tego środka antykoncepcyjnego jest na tyle bezpieczne, że nie wymaga kontroli lekarskiej w postaci wydawania recepty. W czerwcu 2017 r. substancja składowa *ellaOne - octan uliprystalu* została dodana do *Model List of Essential Medicines* prowadzonej przez Światową Organizację Zdrowia. Oznacza to, że dostęp do produktów zawierających tę substancję powinien być łatwy i szybki. Związane jest to z rolą, jaką odgrywa *ellaOne* w ochronie kobiet przed niechcianą ciążą, co jest ich podstawowym prawem. Warto przywołać tu opinię prof. dr hab. n. med. Violetty Skrzypulec-Plinta o tym, że: „*ellaOne* jest lekiem bezpiecznym. Oczywiście, jak wszystkie leki może wywoływać działania niepożądane, choć występują one bardzo rzadko. Najczęściej zgłaszane działania niepożądane to: niechciana ciąża, bóle głowy, nudności, bóle brzucha i bolesne okresy”. Nie są to zatem dolegliwości zagrażające życiu lub zdrowiu pacjentek, nie ma więc potrzeby reglamentowania sprzedaży antykoncepcji awaryjnej *ellaOne* decyzją lekarza. Przeciwwskazania przyjmowania leku nie różnią się znacznie od tych występujących przy innych produktach leczniczych sprzedawanych bez recepty, np. niektórych środków przeciwbólowych. Sposób zażywania tego środka antykoncepcji awaryjnej i ostrzeżenie o ewentualnych skutkach ubocznych są na tyle przejrzyste, że nie przekraczają możliwości percepcyjnych kobiet i dziewcząt powyżej 15. roku życia. Ograniczenie dostępności *ellaOne - octan uliprystalu* poprzez wprowadzenie wymogu uzyskania recepty przyczynia się do znacznego ograniczenia w Polsce możliwości zabezpieczania się kobiet przed niechcianą ciążą. W praktyce środek ten może stać się w zasadzie niedostępny, ponieważ lekarze świadczący usługi w ramach NFZ w przeważającej mierze odmawiają wypisywania recept na środki antykoncepcji awaryjnej, powołując się na klauzulę sumienia. Uzyskanie recepty w prywatnym gabinecie (też nie zawsze możliwe) wiąże się z kolei z kosztami, często zbyt wysokimi dla kobiet o niższym statusie ekonomicznym. Dodatkową barierą staje się również czas potrzebny na uzyskanie recepty,

który może oznaczać, że zastosowanie tego środka nie będzie już skuteczne. W przypadku tego typu produktów leczniczych czas dostępu do tabletek odgrywa istotną rolę – preparat ma największą skuteczność, gdy zażyje się go 24 godziny po stosunku. Wprowadzenie ograniczeń prowadzi także do tego, że kobiety będą szukały antykoncepcji doraźnej poza legalnym obiegiem, ze szkodą dla własnego zdrowia, a antykoncepcja awaryjna traci swoją funkcję i nie będzie już „awaryjna”. Poprzez ograniczenie dostępu do ellaOne, Polska dołączyła do trzech krajów, które jako ostatnie w Europie dopuszczają sprzedaż antykoncepcji awaryjnej wyłącznie na receptę. Należą do nich: Rosja, Węgry, Albania. Zgodnie z rankingiem Europejskiego Parlamentarnego Forum ds. Populacji i Rozwoju dotyczącym dostępności środków antykoncepcyjnych i poradnictwa planowania rodziny Polska ma jeden z najniższych wskaźników w Europie. Utrzymuje się on na poziomie 42,7%. Niższy wskaźnik znajduje się tylko w Rosji, Bułgarii, Grecji, Azerbejdżanie i Ukrainie. Art. 20 deroguje ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 7 stycznia 1993 roku, a art. 21 określa datę wejścia w życie ustawy w terminie 30 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. 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.

Wprowadzenie do systemu nauczania przedmiotu „wiedza o seksualności człowieka”, dostosowanego do wieku, zdolności poznawczych oraz potrzeb uczniów i uczennic, przygotuje 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 Fundusz Zdrowia wyniosą ok. 280-605 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.), 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). 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.