projekt z dnia 17 11 2017

USTAWA

z dnia

o świadomej prokreacji[1)]

Art. 1. Ustawa określa:

1) zadania państwa w zakresie zapewnienia prawa do informacji, edukacji oraz innych form pomocy w celu umożliwienia podejmowania świadomych decyzji w sprawach prokreacji;
2) warunki dopuszczalności przerywania ciąży.

Art. 2. 1. Każdy ma prawo do samostanowienia w sprawach prokreacji, w warunkach świadomego decydowania o rodzicielstwie.

2. Samostanowienie w sprawach prokreacji jest prawem do podejmowania decyzji dotyczących rodzicielstwa w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu lub przemocy, w warunkach zapewniających pełną, obiektywną wiedzę o skutkach tych decyzji.

Art. 3. Organy administracji rządowej i samorządowej są obowiązane do zapewnienia:

1) dostępu do edukacji w zakresie seksualności człowieka i rodzicielstwa;
2) dostępu do nowoczesnych metod antykoncepcyjnych stosowanych przez kobiety i mężczyzn oraz szczegółowych informacji na temat planowania własnej rozrodczości;
3) systemu poradnictwa w celu umożliwienia podejmowania świadomych decyzji związanych z prawem do samostanowienia w sprawach prokreacji, w tym w przypadkach dopuszczających przerwanie ciąży, zwanego dalej „systemem poradnictwa świadomej prokreacji".

[1)] Niniejszą ustawą

1) zmienia się ustawy: ustawę z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego i ustawę z dnia 6 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem";
2) uchyla się ustawę z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Art. 4. Edukacja w zakresie wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie jest prowadzona w szczególności z uwzględnieniem:

1) wymogu wyprzedzenia doświadczenia młodzieży podejmującej aktywność seksualną;
2) obiektywnego stanu wiedzy naukowej w zakresie seksuologii i rozrodczości człowieka;
3) przekazania rzetelnej i aktualnej informacji na temat:
   a) metod planowania rodziny, w tym różnych rodzajów antykoncepcji, z uwzględnieniem skuteczności oraz ich wad i zalet,
   b) chorób przenoszonych drogą płciową,
   c) orientacji seksualnej człowieka i tożsamości płciowej;
4) nauczania o życiu w rodzinie w szczególności w zakresie:
   a) partnerstwa w sferze seksualnej i odpowiedzialności obojga partnerów za skutki aktywności seksualnej,
   b) praw partnerów, zarówno kobiet jak i mężczyzn, do decyzji w sprawach dotyczących życia seksualnego, w tym odmowy współżycia oraz koncepcji entuzjastycznej zgody jako warunku podejmowania aktywności seksualnej;
5) kształtowania postaw asertywności i odpowiedzialności w zakresie decydowania o swoim ciele, życiu rodzinnym i seksualnym;
6) praw i dostępnych metod pomocy w przypadku doświadczenia przemocy na tle seksualnym lub cyberprzemocy;
7) informacji o dostępnych formach pomocy w ramach opieki zdrowotnej i socjalnej związanych z podejmowaniem decyzji w sprawach rodzicielstwa, w tym możliwości korzystania z systemu poradnictwa świadomej prokreacji.

Art. 5. Edukacja w zakresie wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie prowadzona jest w ramach systemu oświaty oraz poprzez indywidualne poradnictwo.

Art. 6. 1. Edukacja w zakresie wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie w systemie oświaty stanowi element podstawy programowej kształcenia ogólnego.

2. Udział w zajęciach z wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie jest obowiązkowy.

3. Zajęcia z wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie odbywają się co najmniej w wymiarze 1 godziny lekcyjnej tygodniowo w klasach I, IV i VII szkoły podstawowej oraz w klasie II lub III szkoły ponadpodstawowej.

4. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia:

1) sposób i szczegółowy zakres przekazywania wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie w ramach systemu oświaty, uwzględniając potrzebę dostosowania przekazywanych treści do wieku i rozwoju dziecka oraz zapewniając, że nauczanie będzie oparte aktualnej wiedzy medycznej, psychologicznej oraz z zakresu nauk społecznych;
2) kwalifikacje nauczycieli niezbędne do prowadzenia zajęć, uwzględniając rodzaj szkoły i klasy, w której prowadzą zajęcia.

Art. 7. 1. W ramach prawa do samostanowienia w sprawach prokreacji kobiecie w ciąży zapewnia się warunki do swobodnej decyzji w sprawie prokreacji.

2. Kobiecie w ciąży zapewnia się w pierwszej kolejności doradztwo zdrowotne, psychologiczne, socjalne i prawne, pozwalające na świadome i odpowiedzialne decydowanie o rodzicielstwie.

3. Formy doradztwa oraz pomocy kobiecie w ciąży i po urodzeniu dziecka określają odrębne przepisy.

Art. 8. 1. W ramach prawa samostanowienia w sprawach prokreacji zapewnia się dostęp do środków zapobiegania ciąży, w tym środków antykoncepcji mechanicznej, hormonalnej i awaryjnej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia uwzględnia w wykazie, o którym w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. U z 2017 r. poz. 1844) środki zapobiegania ciąży, o których mowa w ust. 1.

3. Osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w wieku rozrodczym przysługuje, nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy, prawo do badań na choroby przenoszone drogą płciową, przeprowadzanych bez zlecenia lekarskiego, finansowanych, jako świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Art. 9. 1. Prowadzenie systemu poradnictwa świadomej prokreacji, jest zadaniem zleconym z zakresu administracji rządowej realizowanym przez powiat.

2. Do korzystania z systemu poradnictwa świadomej prokreacji uprawnione są wszystkie osoby po ukończeniu 13. roku życia.

3. Poradnictwo świadomej prokreacji może być prowadzone w podmiotach leczniczych, poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

4. Poradnictwo świadomej prokreacji może być prowadzone także przez podmioty wymienione w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 60, 573 i 1909), których statut przewiduje wykonywanie zadań z zakresu objętego systemem poradnictwa świadomej prokreacji.

5. Na każdy powiat przypada liczba punktów poradnictwa świadomej prokreacji nie mniejsza niż jeden na liczbę 100 000 mieszkańców, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok, w którym jest ustalana liczba punktów co dwa lata, ustaloną przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

6. Do zlecania zadania w zakresie systemu poradnictwa świadomej prokreacji stosuje się przepisy art. 13–19a ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Art. 10. Przerwanie ciąży jest zabronione, z wyjątkiem przypadków określonych w ustawie.

Art. 11. 1. Przerwanie ciąży może być dokonane, gdy kobieta tego zażąda, a zabieg przerwania ciąży zostanie wykonany nie później niż do upływu 12 tygodni od początku ciąży.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kobieta składa pisemne oświadczenie zawierające żądanie przerwania ciąży, a ponadto zaświadczenie o odbytej konsultacji dotyczącej przerwania ciąży.

3. Celem konsultacji, o której mowa w ust. 2, jest w szczególności ustalenie sytuacji zdrowotnej i życiowej kobiety, pomoc w rozwiązaniu jej problemów, między innymi poprzez wskazanie dostępnych form pomocy przysługujących kobietom w ciąży i po urodzeniu dziecka, poinformowanie kobiety o ochronie prawnej życia w fazie prenatalnej, o aspektach medycznych ciąży oraz przerwania ciąży, a także o środkach i metodach antykoncepcyjnych. Konsultacja jest prowadzona z poszanowaniem prawa do wolnej decyzji kobiety. Na wniosek kobiety w konsultacji może współuczestniczyć wskazana przez nią osoba.

4. Konsultacje mogą być prowadzone w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia konsultacji. Konsultacje prowadzi psycholog.

5. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, świadczący usługi w zakresie ww. konsultacji, ma obowiązek wyznaczyć na żądanie kobiety, która posiada zaświadczenie od lekarza stwierdzające ciążę, konsultację w terminie nie późniejszym niż 7 dni. Jeżeli z zaświadczenia wynika, że ciąża trwa dłużej niż 10 tygodni, termin ten wynosi maksymalnie 3 dni.

6. Psycholog prowadzący konsultacje ma obowiązek wydać zaświadczenie o odbytej konsultacji pod koniec wizyty pacjentki.

7. Przerwanie ciąży może być dokonane, jeżeli kobieta podtrzymuje zamiar przerwania ciąży po upływie 3 dni od konsultacji.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, warunki jakie powinny spełniać podmioty prowadzące konsultacje, o których mowa w ust. 2, tryb przeprowadzana konsultacji oraz kwalifikacje osób przeprowadzających konsultacje, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia kompleksowej informacji kobiecie, która wystąpiła o konsultację.

Art. 12. 1. Przerwanie ciąży może nastąpić również gdy:

1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, w tym zdrowia psychicznego;
2) przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;
3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

2. Wystąpienie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, stwierdza inny lekarz niż dokonujący przerwania ciąży, chyba że ciąża zagraża bezpośrednio życiu kobiety.

3. Okoliczność, o której mowa w ust. 1 pkt 3, stwierdza prokurator w formie zaświadczenia. Prokurator nie może odmówić wydania zaświadczenia, jeżeli zachodzą okoliczności opisane w ust. 1 pkt 3.

4. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2 i 3 przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej.

5. Przerwania ciąży w przypadkach określonych w ust. 1 dokonuje lekarz w szpitalu.

6. Przed podjęciem decyzji w sprawie przerwania ciąży z powodów określonych w ust. 1, kobiecie należy zapewnić możliwość przeprowadzenia konsultacji, o której mowa w art. 11, chyba, że jest to niemożliwe ze względu na jej stan zdrowia.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółową procedurę ustalania zaistnienia tych okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, oraz kwalifikacje lekarzy stwierdzających te okoliczności, uwzględniając konieczność przeprowadzenia procedury w krótkim czasie, przez lekarzy posiadających kwalifikacje adekwatne do charakteru badań i ustaleń jakie mają przeprowadzić.

Art. 13. Do przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży, niezależnie od spełnienia warunków określonych w art. 11 i art. 12, wymagana jest pisemna zgoda kobiety. 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. W przypadku małoletniej poniżej 13. roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii. 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, do przerwania ciąży wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.

Art. 14. 1. Kobietom, po przeprowadzonym zabiegu przerwania ciąży przysługuje prawo do godnego traktowania z uwzględnieniem szczególnej ochrony w zakresie opieki zdrowotnej i psychologicznej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne postępowania wobec kobiet po przeprowadzeniu zabiegu przerwania ciąży oraz szczegółowy zakres opieki zdrowotnej i psychologicznej, kierując się potrzebą minimalizowania negatywnych skutków przerwania ciąży na zdrowie kobiety.

Art. 15. 1. Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza.

2. Szpitale prowadzące oddziały ginekologiczno-położnicze są zobowiązane do zapewnienia w ramach swojej działalności lekarzy, którzy nie skorzystali z prawa powstrzymania się od wykonania zabiegu przerwania ciąży jako niezgodnego z ich sumieniem

na podstawie art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125 i 767).

3. Podmiot leczniczy ma obowiązek zapewnić dokonanie przerwania ciąży pacjentce spełniającej warunki określone w ustawie, w najkrótszym terminie, a nie później jednak niż 7 dni po dniu konsultacji, chyba że uniemożliwia to stan jej zdrowia.

4. W przypadku przedłużenia terminu, o którym mowa w ust. 1, z przyczyn leżących po stronie podmiotu leczniczego, wojewoda może nałożyć na kierownika tego podmiotu karę pieniężną w wysokości trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę. Do postępowania w sprawie nałożenia kary stosuje się odpowiednio art. 39 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260).

Art. 16. 1. Zabieg przerwania ciąży przeprowadzony na podstawie niniejszej ustawy jest świadczeniem opieki zdrowotnej finansowanym ze środków publicznych niezależnie od liczby świadczeń przewidzianych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem zdrowia.

Art. 17. W ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r. poz. 912) po art. 10 dodaje się art. 10a w brzmieniu:

„Art. 10a. 1. W przypadku podjęcia decyzji przez osobę uprawnioną o pochowaniu płodu z martwego urodzenia podmiot leczniczy zapewnia wydanie płodu do pochówku, z uwzględnieniem trudnej sytuacji rodziców, a zarząd cmentarza zapewnia pochówek z uwzględnieniem prawa do godnego pożegnania i spoczynku płodu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia szczegółowe warunki wydawania płodów z martwego urodzenia do pochówku i przeprowadzania ich pochówków, z uwzględniając ograniczenie formalnych procedur do niezbędnego minimum.”.

Art. 18. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142 i 2003 oraz z 2017 r. poz. 1015 i 1200) w art. 23a uchyla się ust. 1a.

Art. 19. W ustawie z dnia 6 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) po art. 4 dodaje się art. 4a w brzmieniu:

„Art. 4a. Szkoła ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połóg powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła zobowiązana jest do wyznaczenia dodatkowego terminu egzaminu dogodnego dla kobiety, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy.".

Art. 20. W ustawie z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. 2016 r. poz. 2064 oraz z 2017 r. poz. 1534) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 54:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Karta martwego urodzenia zawiera dane wymagane w karcie urodzenia oraz informację, że dziecko urodziło się martwe. Kartę martwego urodzenia przekazuje się kierownikowi urzędu stanu cywilnego w terminie jednego dnia od dnia jej sporządzenia.",

b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Jeżeli nie można określić płci dziecka bez wykonania specjalistycznego badania, decyzja o wykonaniu badania należy do rodziców dziecka. Jeżeli rodzice nie wyrażą woli wykonania badania, kartę martwego urodzenia wypełnia się z pominięciem danych o płci i imieniu dziecka.";

2) w art. 144 w ust. 2 pkt 1otrzymuje brzmienie:

„1) dane, o których mowa w art. 54 ust. 2–3a.".

Art. 21. Przepisy art. 6 stosuje się od roku szkolnego 2018/2019.

2. Do końca roku szkolnego 2017/2018 stosuje się przepisy ustawy, o której mowa w art. 17, w zakresie nauczania szkolnego.

Art 22. Starosta zapewnia działanie punktów poradnictwa świadomej prokreacji nie później niż do upływu 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 23. Traci moc ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. poz. 78, z 1995 r. poz. 334, z 1996 r. poz. 646, z 1997 r. poz. 943 i 1040, z 1999 r. poz. 32 oraz z 2001 r. poz. 1792).

UZASADNIENIE

1. Wyjaśnienie potrzeby i celu wydania aktu

Obowiązujące obecnie w Polsce rozwiązania prawne i instytucjonalne nie zapewniają obywatelkom i obywatelom możliwości korzystania z pełni praw reprodukcyjnych. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży uznawana jest za kompromis pomiędzy ochroną życia płodu a prawem kobiet do decydowania o własnym życiu. W praktyce jest to jedynie kompromis między władzą państwową a Kościołem Katolickim – czyli głównie między mężczyznami a mężczyznami, bez uwzględnienia głosu i potrzeb kobiet. Wraz z niskim poziomem edukacji seksualnej, utrudnionym dostępem do skutecznych metod antykoncepcji, wysokim poziomem przemocy wobec kobiet, w tym przemocy domowej i seksualnej, oznacza on prawie całkowity zakaz aborcji i znacznie ogranicza prawa reprodukcyjne i wolność kobiety.

Ubiegłoroczne próby zaostrzenia prawa antyaborcyjnego poprzez przyjęcie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (druk nr 784) wywołały obawy nie tylko setek tysięcy Polek i Polaków, którzy protestowali przeciwko ustawie, ale także Parlamentu Europejskiego, ONZ czy Amnesty International, które uznały ją za poważne naruszenie praw człowieka. Wprowadzenie proponowanych wtedy rozwiązań doprowadziłoby do sytuacji podobnych jak w Salwadorze. W tym kraju postępowanie karne i kara więzienia grożą nie tylko kobietom, które świadomie dokonały przerwania ciąży, ale również tym, które poroniły – ale nie były w stanie tego przekonująco wykazać przed sądem. W ubiegłym roku pod naciskiem społecznym Sejm odrzucił tamten nieludzki projekt, ale wkrótce pod obrady trafi kolejny, nieco łagodniejszy, bo pozbawiający prawa wyboru „tylko" kobiety, u których stwierdzono poważne uszkodzenie płodu (co odpowiada za większość obecnie przeprowadzanych legalnych zabiegów aborcji w Polsce).

W opinii autorek i autorów projektu, obecne prawo dotyczące planowania rodziny jest nieskuteczne, a przepisy antyaborcyjne – zbyt restrykcyjne. Projektowana ustawa ma na celu całkowitą zmianę w zakresie praw reprodukcyjnych. Pozwoli obywatelkom i obywatelom na świadome, swobodne, oparte na wiedzy decydowanie o swoim życiu seksualnym i rodzinnym. Zwiększy jakość edukacji seksualnej w szkołach i zapewni dostęp do poradnictwa zdrowia seksualnego i metod planowania rodziny dla dorosłych. Zwiększy realny dostęp do różnych metod antykoncepcji. Ustawa wprowadza również możliwość uzyskania bezpiecznej, legalnej aborcji do 12. tygodnia ciąży na żądanie kobiety oraz po upływie tego terminu, w przypadku, gdy ciąża jest wynikiem czynu zabronionego, zagraża zdrowiu lub życiu kobiety lub płód jest ciężko i nieodwracalnie uszkodzony. Zapewni podmiotowość i godne traktowanie w szpitalach kobietom, które straciły ciąże.

2. Przedstawienie rzeczywistego (faktycznego) stanu w dziedzinie, która ma zostać uregulowana

Polska jest krajem, w którym prawa reprodukcyjne i prawa kobiet nie są respektowane. Poziom edukacji seksualnej w szkołach jest niski, co pozostawia młodych ludzi zdanych na czerpanie wiadomości od rówieśników, z gazet i z Internetu, a w konsekwencji zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia ryzykownych zachowań seksualnych i nastoletnich ciąż. Ma to też niekorzystny wpływ na przyszłe życie, w tym życie seksualne młodych ludzi. Tabuizacja seksu i cielesności zwiększa narażenie dzieci i młodych ludzi na wykorzystywanie seksualne, gdyż ofiary nie wiedzą, jak reagować w sytuacjach zagrożenia i wstydzą się szukać pomocy. Szkoła ani inne instytucje nie wyrabiają właściwych postaw w odniesieniu do partnerów i potencjalnych partnerów seksualnych oraz mniejszości seksualnych, co skutkuje nadużyciami seksualnymi, molestowaniem i gwałtami, a także agresją i dyskryminacją osób, których zachowania odbiegają od dominującego, konserwatywnego i heteronormatywnego modelu seksualności.

Szkoła prowadzi zajęcia z wychowania do życia w rodzinie, które mają charakter nieobowiązkowy. Podstawy programowe i wymagania dla nauczycieli tego przedmiotu były niewystarczające z punktu widzenia zapotrzebowania współczesnego dziecka i nastolatka na wiedzę, a wprowadzone od roku szkolnego 2017/2018 r. ustanawiają jeszcze niższe standardy. Tymczasem rzetelna wiedza o cielesności i seksualności człowieka służy bezpieczeństwu dzieci. Wprowadzana od najmłodszych lat wiedza o granicach własnego ciała

i prawie do stanowienia o nim uwrażliwia dzieci na przypadki molestowania. Dziecko, które wie, że nikt nie ma prawa go dotykać wbrew jego woli, zwłaszcza dotykać jego genitaliów, w sytuacji zagrożenia wykorzystywaniem będzie umiało odpowiednio zareagować: protestować, krzyczeć, prosić o pomoc zaufane osoby[2]. Pedofile wykorzystują właśnie brak świadomości i wstyd dzieci. Dziecko ukrywa fakt wykorzystywania, przez co oprawca pozostaje długo bezkarny.

Edukacja seksualna jest zwłaszcza ważna dla młodzieży. Z badań m.in. profesora Z. Izdebskiego wynika, że średni wiek inicjacji seksualnej w Polsce systematycznie obniża się. Młodzież często nie zyskuje w szkole rzetelnej wiedzy o seksualności, w tym o bezpieczeństwie zachowań seksualnych. Brak edukacji seksualnej lub edukacja oparta wyłącznie na promowaniu wstrzemięźliwości nie przynoszą efektów w postaci opóźniania inicjacji seksualnej – przynajmniej tak wynika z badań amerykańskich[3, 4, 5]. Zwiększają natomiast ryzyko niechcianej ciąży (która dla nastolatki jest poważnym utrudnieniem w ukończeniu edukacji) oraz chorób przenoszonych drogą płciową. Młodzież rzadko rozmawia z rodzicami o seksie (badania profesora Izdebskiego). W rezultacie wiedzę czerpie głównie z Internetu i pornografii, nie nabywając właściwych wzorców w zakresie bezpiecznego i konsensualnego stosunku. Młodzi ludzie nie mają też możliwości uzyskania pomocy i konsultacji lekarskiej na własną rękę w sprawach związanych z seksualnością i chorobami przenoszonymi drogą płciową (Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty - druk nr 1631, umożliwiający 15-latkom samodzielne korzystanie z usług ginekologów, urologów i dermatologów został negatywnie zaopiniowany przez Sejmową Komisję Zdrowia i wkrótce zostanie odrzucony przez Sejm).

W publicznej debacie o aborcji za punkt odniesienia zazwyczaj przyjmuje się obowiązujące prawo. Mało kto jednak pamięta, że uchwalaniu obecnej ustawy

---

2 Finkelhor D., *The prevention of childhood sexual abuse*, Future Child. 2009 Fall;19(2):169-94.

[3] Santelii S. i in., *Abstinence-Only-Until-Marriage: An Updated Review of U.S. Policies and Programs and Their Impact*
Journal of Adolescent Health, Volume 61, Issue 3, 273 - 280

[4] m.in. Stanger-Hall K., Hall D., *Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S.* 2011; 6(10)

[5]Guttmacher Institiute https://www.guttmacher.org/fact-sheet/facts-american-teens-sources-information-about-sex#

antyaborcyjnej w 1993 r. towarzyszyły istotne kontrowersje. Pod wnioskiem o referendum w sprawie liberalizacji ustawy podpisało się 1,7 mln obywatelek i obywateli, ale Sejm odrzucił wniosek. Polskie rozwiązania regulacyjne w zakresie przerywania ciąży są również jednymi z najbardziej restrykcyjnych w Europie. Mniejszy dostęp do aborcji mają tylko mieszkanki Cypru, Malty i Irlandii (choć w tej ostatniej za rok odbędzie się referendum w sprawie liberalizacji prawa aborcyjnego). Szczegółowe informacje na temat dopuszczalności przerywania ciąży w Europie znajdują się w załączniku do uzasadnienia.

Obowiązująca ustawa antyaborcyjna dopuszcza przerywanie ciąży tylko w trzech, obiektywnie tragicznych przypadkach. W założeniu miała dawać prawo do decyzji i chronić życie i zdrowie kobiet w sytuacjach skrajnych. Niestety, jest nieskuteczna. Tak zwana klauzula sumienia (art. 39 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r.) istotnie ogranicza dostęp do zabiegu nawet dla tych kobiet, które mają do niego prawo w świetle obecnych przepisów. Na przykład w województwie podkarpackim wszyscy lekarze o odpowiednich kwalifikacjach powołują się na klauzulę sumienia. W takim przypadku kobieta, która prędzej czy później trafi do jednego z podkarpackich szpitali z ciążą zagrażającą jej zdrowiu i życiu będzie narażona dodatkowo na upokorzenie, stres związany z poszukiwaniem placówki, która ją przyjmie i transport – co dodatkowo może zagrozić jej zdrowiu. Ofiary lekarzy zasłaniających się przepisami lub opóźniających diagnozę choroby płodu muszą na własną rękę szukać lekarza, który przeprowadzi zabieg. Gdy go nie znajdą, pozostają same z konsekwencjami lekarskiego sumienia: rodząc i wychowując dziecko swojego oprawcy, rodząc z narażeniem swojego zdrowia i życia lub też rodząc dziecko, które nigdy nie będzie zdolne do samodzielnej egzystencji, które spędzi całe życie (niekiedy zaledwie kilkugodzinne) w cierpieniu.

Obecnie w Polsce przeprowadza się rocznie od kilkuset do tysiąca legalnych zabiegów aborcji [6, 7]. Zdaniem ekspertek Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny statystyki te mogą być jednak zaniżone, gdyż lekarze niekiedy wpisują w dokumenty poronienie zamiast aborcji – nawet gdy jest ona dozwolona przez prawo. Brak jest oficjalnych statystyk o liczbie kobiet, które napotykają problemy w dostępie do legalnej aborcji, z doniesień prasowych znany jest jednak szereg takich spraw, jak choćby pacjentki doktora B. Chazana, które straciły przez

[6] http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-poland.html

[7] Odpowiedź na interpelację nr 5624 w sprawie danych statystycznych NFZ dotyczących przyczyn przeprowadzania aborcji w Polsce w latach 1993-2016
http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=031EE640

niego możliwość legalnej terminacji ciąży w przypadku poważnego uszkodzenia płodu. Kobiety te musiały donosić ciążę, wiedząc, że ich dzieci będą żyły tylko kilka godzin, w cierpieniu. W poprzednich latach głośne były przypadki zgwałconej 14-latki, której odmówiono zabiegu, i która przerwała ciążę dopiero po interwencji ówczesnego Ministra Zdrowia (rok 2008) czy też kobiety, której lekarze odmówili leczenia bojąc się wywołać zagrożeniea dla płodu. W efekcie zmarła zarówno ona, jak i jej nienarodzone dziecko (rok 2004).

Światowa Organizacja Zdrowia uważa, że ograniczenie dostępu do aborcji powoduje zwiększenie liczby zabiegów niebezpiecznych dla zdrowia i życia kobiet. Przeciwnicy liberalizacji prawa antyaborcyjnego nazywają się „obrońcami życia". Trudno jednak uznać to za zasłużone miano. Przede wszystkim, ignorują oni fakty. Nie ma oficjalnych danych odnośnie liczby przerywanych ciąż w Polsce. W 1997 r., kiedy przejściowo złagodzono ustawę z 1993 r., dopuszczając przerywanie ciąży ze względu na trudną sytuację kobiety, skorzystało z tej możliwości ponad 2,5 tysiąca Polek. Według danych Federacji nielegalnych aborcji rocznie przeprowadza się około 100-200 tysięcy. Wg badania CBOS z 2013 r. co czwarta Polka usunęła ciążę. Zakaz aborcji powoduje, że kobiety, które są zdeterminowane, aby przerwać ciążę dokonują tego w podziemiu, z narażeniem swojego zdrowia, płodności i życia. Prawidłowo wykonany zabieg w szpitalu nie niesie ze sobą takiego ryzyka, ale przy zabiegu w szarej strefie pacjentki nie mogą być pewne kwalifikacji osoby wykonującej zabieg, sterylności warunków czy też bezpieczeństwa stosowanych leków. Bardziej zamożne kobiety mogą uniknąć tego ryzyka, wybierając zabieg nielegalny, ale wykonywany przez znanego lekarza, lub korzystając z otwartych granic i bardziej liberalnego prawa sąsiednich krajów. W efekcie położone niedaleko polskiej granicy kliniki w Niemczech, Czechach czy na Słowacji świadczą zabiegi Polkom na tyle często, że niektórym klinikom opłaca się prowadzić strony w języku polskim lub zatrudniać polskojęzyczny personel. Koszt bezpiecznej aborcji za granicą wynosi od 400 euro plus koszty dojazdu, noclegu na miejscu, należy też uwzględnić konieczność wzięcia urlopu. Aborcję farmakologiczną można dosyć bezpiecznie przeprowadzić też w domowych warunkach za pomocą tabletek poronnych, wysyłanych przez międzynarodowe organizacje, takie jak Women on Web (koszt 70-80 euro) lub mniej bezpiecznie, za pomocą leków dopuszczonych do stosowania w Polsce, ale z innym wskazaniem. Aborcja domowa pozostawia kobietę najczęściej samą ze strachem, bólem i ryzykiem. Kobiety, których nie stać na taki jednorazowy wydatek lub które nie są w stanie same zorganizować sobie dostępu do nielegalnej, ale bezpiecznej i profesjonalnej aborcji, zdają się na metody, które powinny pozostać obecne wyłącznie w podręcznikach historii medycyny. Następnie trafiają do szpitali

z przebitymi macicami po próbie chałupniczego zabiegu. Ich życiem „obrońcy życia" się nie przejmują.

Podobnie jak życiem chorych dzieci i ich rodzin. Dalsze zaostrzenie prawa aborcyjnego spowoduje, że kobiety będą zmuszone rodzić ciężko upośledzone dzieci, które umrą w pierwszych dniach lub miesiącach, zyskując prawo do krótkiego i naznaczonego cierpieniem życia. Nie interesują się też oni dalszym losem dzieci z poważnymi niepełnosprawnościami i ich rodzin. Nie było delegacji „obrońców życia", gdy w poprzedniej kadencji rodzice niesamodzielnych dzieci protestowali, domagając się wyższych świadczeń. Nie lobbują oni za zwiększeniem rent czy dostępu do rehabilitacji. Zakaz aborcji ze względu na uszkodzenie płodu będzie powodował ograniczenie badań prenatalnych (lekarze mogą się obawiać, że gdy badanie wykaże wadę płodu, kobieta będzie poszukiwać możliwości aborcji, lub też oni zostaną oskarżeni o narażenie płodu na ryzyko, które związane jest z niektórymi badaniami). Przy współczesnym stanie medycyny badania są jednak w stanie wykryć takie wady, które można leczyć, a nawet operować, jeszcze przed porodem. Na pewno też wczesna diagnoza pozwala lepiej przygotować się rodzicom i szpitalowi na narodziny chorego dziecka. Badania zwiększają szansę chorych dzieci na poprawę jakości życia oraz pozwalają rodzicom przygotować się do nieoczekiwanej sytuacji.

Gdyby samozwańczym „obrońcom życia" zależało na redukcji liczby wykonywanych przez Polki aborcji, to skupiliby się na skutecznym spadku liczby niechcianych ciąż. To najprostsze, logiczne i skuteczne rozwiązanie, a współczesna medycyna dostarcza całego szeregu skutecznych i bezpiecznych metod zapobiegania ciąży. W Polsce jednak dostęp do antykoncepcji jest poważnie utrudniony. Pierwszą przeszkodą jest dostanie się do lekarza ginekologa. Według Fundacji Rodzić Po Ludzku mediana oczekiwania na wizytę u ginekologa wynosi ok. 7 dni, ale 25% kobiet czekało ponad miesiąc. Jedne z popularniejszych w Polsce (według badań profesora Izdebskiego) środków antykoncepcyjnych, tabletki hormonalne, dostępne są wyłącznie na receptę, więc kobiety muszę regularnie pamiętać o zapisaniu się do ginekologa z wyprzedzeniem, aby zdążyć wykupić kolejne opakowanie tabletek na czas. Z doniesień medialnych wynika, że coraz częściej klauzulę sumienia stosują lekarze również w odniesieniu do antykoncepcji, zwłaszcza antykoncepcji awaryjnej, a także farmaceuci – choć to niezgodne z obowiązującym prawem. Ponadto, nie wszystkie środki antykoncepcyjne są refundowane i większość z nich stanowi znaczne obciążenie dla budżetu kobiety – czy to regularne wydatki na tabletki lub plastry hormonalne, czy to jednorazowy wydatek na spiralkę. W trakcie tej kadencji ograniczono dostępność antykoncepcji awaryjnej, zmniejszając

szanse na jej skuteczne zastosowanie i zmuszając kobiety i ich partnerów do szukania lekarza, który nie zasłoni się klauzulą sumienia. Sterylizacja jest w Polsce zakazana – choć byłaby dobrym rozwiązaniem np. dla osób, które mają już tyle dzieci, ile chciały, lub są nosicielami chorób genetycznych i z tej przyczyny unikają prokreacji. Liczbę niechcianych ciąż redukuje też edukacja seksualna, która dostarcza wiedzy o skutecznych metodach antykoncepcji. Ale „obrońcy życia" nie są zainteresowani poszerzaniem ani wiedzy, ani dostępu do antykoncepcji.

Podobnie, obecne rozwiązania prawne pogłębiają traumę kobiet, które straciły ciążę i ich najbliższych. Szpitale nie są zobowiązane do przeznaczania dla nich osobnej sali, w związku z czym kobiety te leżą tuż obok szczęśliwych matek. W przypadku poronienia, które nastąpiło przed ok. 10. tygodniem ciąży, nie da się ustalić płci płodu bez dokonania badań DNA. Bez ustalenia płci nie jest natomiast możliwe wydanie karty martwego urodzenia, niezbędnej do pochówku i otrzymania należnych świadczeń. Osoby, które chcą pochować swoje dziecko, muszą wykonywać badania DNA prywatnie i na własny koszt, zamiast w spokoju przeżywać żałobę – jak w opisywanej w mediach w październiku 2017 r. historii z jednego z opolskich szpitali. Ten problem może rozwiązać jedna prosta zmiana prawna, dotycząca procedury wydawania karty martwego urodzenia.

3. Różnice pomiędzy dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym.

Proponowana ustawa ma zastąpić regulacje zawarte w ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

Po wejściu w życie będzie ona kompleksowo regulowała kwestie związane z podejmowaniem decyzji w sprawach prokreacji i rodzicielstwa. Zasadnicze zmiany prawne jakie zostaną wprowadzone sprowadzają się do:

- zagwarantowania prawa do samostanowienia w sprawach prokreacji, w warunkach świadomego decydowania o rodzicielstwie poprzez zapewnienie dostępu do wiedzy o seksualności i rodzicielstwie tak, aby decyzje w tej sprawie podejmowane były w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy, w warunkach zapewniających pełną, obiektywną wiedzę o skutkach tych decyzji. Oprócz rozszerzenia dotychczasowego zakresu nauczania, wprowadzony zostanie obowiązek odbywania zajęć wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie dla uczniów klas 1., 4. i 7. szkół podstawowych oraz klas 2. lub 3. szkół średnich;

- zapewnienia szerszego niż dotychczas dostępu do środków antykoncepcyjnych na zasadach określonych w przepisach o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a także badań na choroby przenoszone drogą płciową;
- poszerzenie katalogu sytuacji, w których może nastąpić przerwanie ciąży – o żądanie kobiety w ciąży do 12. tygodnia jej trwania. Przerwanie ciąży będzie jednak w tym przypadku możliwe jedynie wtedy, gdy kobieta po złożeniu żądania na piśmie odbędzie konsultację, której celem będzie uzyskanie przez nią informacji dotyczących skutków przerwania ciąży, a także form pomocy dla kobiet w ciąży. Dla wielu kobiet, które staną w trudnej sytuacji, jaką jest nieplanowana ciąża, konsultacje te będą pierwszą lub jedyną okazją do spokojnej rozmowy o ich sytuacji, w bezpiecznej, dyskretnej i nieosądzającej atmosferze. Zabieg przerwania ciąży nie będzie mógł być przeprowadzony później niż w 12. tygodniu od początku ciąży i nie wcześniej niż po upływie trzech dni od dnia odbycia konsultacji. Inne przypadki, w których możliwe będzie przerwanie ciąży pozostaną bez zmian, z tym że kobietom przed podjęciem decyzji w tej sprawie będzie przysługiwała możliwość skorzystania z konsultacji;
- ustawa wprowadza dodatkowe gwarancje sprawności przeprowadzania procedur przerywania ciąży, nakładając w tym zakresie obowiązki na podmioty lecznicze i wprowadzając sankcje za uchylanie się od nich.

Ustawa wprowadzi także przepisy dotyczące opieki nad kobietą po poronieniu lub zabiegu przerwania ciąży, sposobu postępowania wobec martwego płodu, a także jego pochówku. Zwłaszcza ta ostatnia sprawa w dotychczasowych przepisach nie jest uregulowana jednoznacznie i powoduje dodatkowe cierpienia ludzi, którzy stracili oczekiwane dziecko, lub zdecydowali się na przerwanie ciąży ze względów medycznych.

Ustawa wprowadza sieć poradnictwa w zakresie planowania rodziny i zdrowia seksualnego, które będą uzupełniały edukację prowadzoną w szkole. Poradnie będą dostępne dla wszystkich, którzy ukończyli 13. rok życia i będą zapewniały możliwość uzyskania rzetelnej wiedzy w bezpiecznej i dyskretnej atmosferze. Organizacja sieci poradni będzie zadaniem zleconym realizowanym przez powiaty.

Nadto, projekt przewiduje zmianę w ustawie Prawo farmaceutyczne, w której poprzez uchylenie ust. 1a w art. 23a, likwiduje się zasadę, że produkty lecznicze dopuszczone do obrotu,

wskazane w charakterystyce produktu leczniczego do stosowania w antykoncepcji zawsze otrzymują kategorię dostępności jako wydawane z przepisu lekarza. Umożliwi to dostęp do antykoncepcji awaryjnej bez recepty.

Proponuje się, aby ustawa weszła w życie po upływie trzech miesięcy od dnia wejścia w życie. Zapewni to odpowiednią długość *vacatio legis* dla jej stosowania, w tym opracowania i wydania przepisów wykonawczych związanych z jej stosowaniem. Powiaty otrzymają 6 miesięcy na organizację poradni.

4. **Przewidywane skutki społeczne, gospodarcze, finansowe i prawne wejścia aktu w życie**

a) **Społeczne**: Projekt spowoduje pozytywne skutki społeczne. Poprawa stanu wiedzy na temat seksualności i świadomego rodzicielstwa wśród młodzieży w wieku szkolnym poprawi świadomość i odpowiedzialność za podejmowanie decyzji o rozpoczęciu życia seksualnego, ograniczając liczbę niechcianych ciąż, zakażeń chorobami przenoszonymi droga płciową, a także przemoc seksualną. Zwiększenie dostępności refundowanych środków antykoncepcyjnych obniży liczbę niechcianych ciąż i problemów społecznych z tym związanych. Przede wszystkim jednak wprowadzenie możliwości przerwania ciąży na żądanie wyeliminuje zjawisko nielegalnych zabiegów. Konsekwencją tego będzie możliwość wykonania zabiegów w odpowiednich warunkach, stworzonych przez działające zgodnie z prawem podmioty lecznicze, co ograniczy zagrożenie dla zdrowia kobiet obecnie decydujących się na zabiegi i powikłań z tytułu braku odpowiednich warunków, w jakich powinien być przeprowadzany zabieg przerwania ciąży.

b) **Gospodarcze**: Wejście w życie ustawy nie wywoła odczuwalnych skutków gospodarczych.

c) **Finansowe**: Skutkami finansowymi wejście w życie ustawy będzie:

- Zwiększenie wydatków na refundację środków antykoncepcyjnych oraz badań na choroby przenoszone drogą płciową, a także organizację konsultacji przed zabiegiem przerwania ciąży. Dodatkowe skutki finansowe będą także wiązały się ze zwiększoną liczbą zabiegów przerwania ciąży wykonywanych jako świadczenia opieki zdrowotnej realizowane ze środków publicznych. Wydatki te pokryte zostaną ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, a ich szacunek nie jest możliwy, ze względu na brak

danych o popycie na zabiegi. Roczny koszt utrzymania poradni szacuje się na około 54 mln zł, przy założeniu organizacji poradni w ramach już istniejącej infrastruktury (placówek ochrony zdrowia, poradni psychologiczno-pedagogicznych);

- Zmniejszenie wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie powikłań po niebezpiecznych, nielegalnych zabiegach przerywania ciąży oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na wypłaty zasiłków chorobowych w tych przypadkach;
- Zwiększenie wydatków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu poszerzenia uprawnień do otrzymywania zasiłków pogrzebowych – szacowany roczny koszt nie przekroczy ok. 130 mln zł (40 000 poronień rocznie razy 80% poronień w pierwszym trymestrze razy wysokość zasiłku pogrzebowego 4 000 zł), co stanowi ok. 10% obecnych wydatków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu wypłaty zasiłków pogrzebowych.

d) **Prawne**: Skutki prawne wejścia w życie ustawy określono w pkt 3. uzasadnienia.

W związku z wejściem w życie konieczne będzie wydanie 5 rozporządzeń:

1) założenia rozporządzenia na postawie art. 4 ust. 6:
- określenie adekwatnych do wieku treści programowych przekazywanych w trakcie nauczania wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie, z uwzględnieniem rodzajów, szkół i wieku dzieci i ich rozwoju na poszczególnych etapach edukacji,
- określenie form dydaktycznych i materiałów pomocniczych używanych w procesie edukacji,
- określenie dodatkowych kwalifikacji jakie powinni posiadać nauczyciele z zakresu objętego zajęciami,
- określenie szczególnych warunków w jakich prowadzone jest poradnictwo dla osób nieletnich;

2) założenia rozporządzenia na postawie art. 11 ust. 9:
- określenie warunków lokalowych dla podmiotów przeprowadzających konsultacje,
- określenie trybu i sposobu przeprowadzania konsultacji przed zabiegiem terminacji ciąży,
- określenie minimalnych wymogów czasowych dostępu do konsultacji,
- określenie dodatkowych wymogów i kompetencji, jakie muszą posiadać psycholodzy przeprowadzający konsultacje z zakresu świadomej prokreacji,

3) założenia rozporządzenia na postawie art. 12 ust. 7:
- zakres prowadzonej działalności leczniczej przez podmioty, w których mogą być przeprowadzane badania,

- określenie minimalnego zakresu badań, jakie powinien przeprowadzić lekarz dla stwierdzenia okoliczności dopuszczających przerywanie ciąży,
- określenie specjalizacji lekarzy przeprowadzających badania;

4) założenia rozporządzenia na postawie art. 14 ust. 2:
- określenie sposobu opieki nad kobietą po poronieniu lub przerwaniu ciąży,
- zapewnienie odpowiednich warunków miejsc pobytu kobiety po poronieniu lub zabiegu przerwania ciąży, z możliwością korzystania ze wsparcia osób bliskich,
- określenie minimalnego zakresu konsultacji medycznych jakie zapewnia podmiot dla zapobieżenia negatywnym skutkom wykonanego zabiegu,
- zapewnienie odpowiednio długiego czasu pobytu w podmiocie leczniczym dla zniwelowania ujemnych skutków zdrowia fizycznego i psychicznego;

5) założenia rozporządzenia na postawie art. 17 w dodawanym art. 10a 2:
- określenie warunków zapewniających godne warunki wydawania martwego płodu w podmiocie leczniczym i jego pochówku na cmentarzu,
- określenie minimalnych standardów grobu martwego płodu,
- określenie minimalnej dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia pochówku.

5. Przedkładany projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.
6. Projekt nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).
7. Wejście w życie ustawy nie będzie miało wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.

Załącznik do uzasadnienia projektu ustawy o świadomej prokreacji

Kraj	Prawo do aborcji
Belgia	Aborcja jest dopuszczalna do 12. tygodnia ciąży, również na żądanie. Obecnie trwa dyskusja nad wykreśleniem aborcji z kodeksu karnego.
Bułgaria	Aborcja jest dopuszczalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży, do 20. po konsultacji medycznej, dłużej w przypadku zagrożenia zdrowia i życia kobiety. Dla kobiet w wieku poniżej 16 i powyżej 35 lat, w przypadku wskazań medycznych lub gwałtu – bezpłatnie.
Chorwacja	Aborcja na żądanie do 10. tygodnia ciąży. Po tym terminie wyłącznie po konsultacji z lekarzami i pracownikami społecznymi, w przypadku zagrożenia zdrowia i życia kobiety, upośledzenia płodu lub gwałtu.
Cypr	Aborcja jest zakazana. Może być przeprowadzona dopiero za zgodą 2 lekarzy, w przypadku zagrożenia zdrowia i życia kobiety, upośledzenia płodu lub gdy ciąża pochodzi z gwałtu lub kazirodztwa.
Czechy	Aborcja jest dozwolona do 12. tygodnia ciąży na żądanie, pod warunkiem że od ostatniego zabiegu upłynęło więcej niż 6 miesięcy (chyba, że wystąpią wskazania medyczne, kobieta ma powyżej 35 lat, dwójkę dzieci lub została zgwałcona). Wymagana jest wcześniejsza konsultacja oraz pisemne oświadczenie kobiety. Po 12 tygodniach – wyłącznie ze wskazań medycznych. Jest refundowana.
Dania	Aborcja jest dozwolona do 12. tygodnia, po tym terminie: ze wskazań medycznych lub gdy ciąża jest wynikiem gwałtu, po zatwierdzeniu przez 2 lekarzy i pracownika społecznego. Aborcja jest w pełni refundowana, również dla kobiet z innych krajów. Aborcja jest legalna.
Estonia	Aborcja jest dozwolona do 11. tygodnia ciąży na żądanie oraz do 21. w przypadku wskazań medycznych, gwałtu, kobiet w wieku poniżej 15 i powyżej 45 lat. Wymaga wcześniejszej konsultacji i pisemnego oświadczenia kobiety. Aborcja ze wskazań medycznych jest w pełni refundowana, na żądanie – refundowana w 2/3.
Finlandia	Aborcja jest dopuszczalna do 12. tygodnia ciąży w przypadku gwałtu, wskazań medycznych lub społecznych (gdy rodzice mają ograniczone możliwości wychowawcze ze względów materialnych lub zdrowotnych), po

	uzyskaniu zgody 2 lekarzy. Zgoda 1 lekarza jest wystarcza w przypadku kobiety poniżej 17. i powyżej 41. roku życia lub matki co najmniej 4 dzieci. Do 20. tygodnia dopuszczana jest w przypadku kobiet poniżej 17. r.ż. ze względów społecznych oraz do 24. ze względu na uszkodzenie płodu. Zabieg jest częściowo refundowany.
Francja	Aborcja jest dopuszczalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży, po tym terminie ze względów medycznych i po konsultacji z zespołem lekarzy i pracowników społecznych. Od 2013 r. jest w pełni refundowana. W ostatnich latach prawo chroni dostęp do informacji o aborcji oraz ogranicza możliwości prowadzenia propagandy antyaborcyjnej w oparciu o nieprawdziwe informacje oraz polegającej na wywieraniu presji na kobiety decydujące się na zabieg i ich otoczenie. Aborcja nie jest traktowana jako przestępstwo.
Niemcy	Aborcja jest dopuszczalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży po konsultacji w centrum poradnictwa dla kobiet w ciąży (konsultacja nie jest wymagana w przypadku gwałtu). Po 12. tygodniu ze wskazań medycznych za zgodą 2 lekarzy. Zabieg jest refundowany wyłącznie dla osób o niskich dochodach.
Grecja	Aborcja jest dopuszczalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży, do 19. w przypadku gwałtu i do 24. w przypadku poważnych wad płodu. Gdy istnieje poważne zagrożenie dla zdrowia (w tym psychicznego) lub życia kobiety – nie ma limitów czasowych. Zabiegi w publicznych placówkach są w pełni refundowane, w prywatnych – w części.
Hiszpania	Aborcja jest dozwolona do 14. tygodnia ciąży na żądanie oraz do 22. tygodnia w przypadku zagrożenia zdrowia kobiety, za zgodą 1 lekarza lub poważnego uszkodzenia płodu, za zgodą 2 lekarzy. Nieletnie kobiety muszą uzyskać zgodę od rodziców. W 2013 r. zaostrzono przepisy, ograniczając katalog wskazań medycznych, ale pod presją społeczną wycofano się z zaostrzenia już rok później.
Holandia	Aborcja jest legalna, ale kodeks karny uznaje pozbawienie życia płodu zdolnego do życia poza ciałem matki za dzieciobójstwo. W praktyce za limit czasowy do dokonania zabiegu uznaje się 20-24. tydzień ciąży. Zabieg jest w pełni refundowany, również dla kobiet z innych krajów.
Irlandia	Aborcja jest możliwa wyłącznie w przypadku zagrożenia zdrowia i życia kobiety, lub gdy 3 lekarzy (w tym 2 psychiatrów) orzeknie o dużym ryzyku

	popełnienie samobójstwa przez ciężarną. Ofiary gwałtu oraz kobiety noszące uszkodzone płody nie mają prawa do aborcji. Kara za nielegalną aborcję jest do 14 lat pozbawienia wolności (nie tylko dla lekarzy, także dla kobiet). Nie jest jednak karalny wyjazd do innego kraju (zwykle do Wielkiej Brytanii) na zabieg, co jest często stosowanym rozwiązaniem przez kobiety, których status materialny na to pozwala. Niedawno ogłoszono, że w 2018 r. odbędzie się referendum w sprawie uchylenia poprawki do konstytucji, nadającej płodom od początku ciąży status obywateli.
Litwa	Aborcja jest dopuszczalna do 12. tygodnia ciąży, po odbyciu konsultacji i wyrażeniu pisemnej zgody przez kobietę, do 22. tygodnia – ze wskazań medycznych. Aborcja ze wskazań medycznych jest refundowana. Uzyskanie zgody partnera jest wskazane, ale nie wymagane.
Luksemburg	Od 2014 r. aborcja jest wykreślona z kodeksu karnego. Aborcja jest dopuszczalna do 12. tygodnia na żądanie, po odbyciu konsultacji. Po upływie tego terminu jest możliwa ze wskazań medycznych za zgodą 2 lekarzy. Jest w pełni refundowana.
Łotwa	Aborcja jest dopuszczalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży, po konsultacji i za wyrażeniem pisemnej zgody przez kobietę oraz ze wskazań medycznych po tym terminie za zgodą lekarza. Nie jest refundowana.
Malta	Aborcja jest w pełni zakazana. Malta zastrzegła sobie w traktacie akcesyjnym, że UE nie będzie ingerować w maltańskie prawo antyaborcyjne.
Norwegia	Aborcja jest legalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży, po tym terminie ze wskazań społecznych lub medycznych za zgodą 2 lekarzy. Zabieg jest w pełni refundowany.
Portugalia	Aborcja jest dopuszczalna do 10. tygodnia ciąży po konsultacji z innym lekarzem, niż przeprowadzający zabieg i za pisemnym oświadczeniem kobiety. Do 16. tygodnia w przypadku gwałtu i ze wskazań medycznych, do 24. tygodnia – w przypadku uszkodzenia płodu lub zagrożenia dla zdrowia i życia kobiety. Od 2015 r. zabieg nie jest refundowany, a konsultacje mają kłaść nacisk na wsparcie i korzyści dla kobiety, jeżeli zdecyduje się donosić ciążę.
Rumunia	Aborcja jest dopuszczalna do 12. tygodnia ciąży na żądanie, po tym terminie w przypadku ryzyka dla zdrowia kobiety lub poważnego uszkodzenia płodu.

	Jest znacznej części refundowana przez państwo, a dla osób ubogich - w pełni.
Słowacja	Aborcja jest dozwolona do 12. tygodnia ciąży na żądanie, pod warunkiem że od ostatniego zabiegu upłynęło więcej niż 6 miesięcy (chyba, że wystąpią wskazania medyczne, kobieta ma powyżej 35 lat, dwójkę dzieci lub została zgwałcona). Po upływie 12 tygodni możliwa jest w przypadku gwałtu lub wskazań medycznych. Aborcja ze wskazań medycznych jest w pełni refundowana.
Słowenia	Aborcja jest dozwolona do 10. tygodnia ciąży, po upływie tego terminu ze wskazań medycznych po konsultacji z interdyscyplinarnym komitetem. Nie jest refundowana.
Szwecja	Aborcja jest dozwolona do 18. tygodnia ciąży, a po tym terminie ze szczególnych powodów, za zgodą interdyscyplinarnego komitetu. Zabieg jest w pełni refundowany.
Węgry	Aborcja dopuszczalna jest do 12. tygodnia ciąży, gdy kobieta uzna że ciąża stanowi dla niej poważny kryzys życiowy i po dwóch konsultacjach z pracownikami społecznymi. Po tym terminie aborcja jest możliwa ze wskazań medycznych lub społecznych za zgodą 2 lekarzy. Dostęp do aborcji jest poważnie ograniczony przez małą liczbę placówek wykonujących zabiegi, biurokrację i konsultacje które kobiety odbierają jako upokarzające i zawstydzające.
Wielka Brytania	Aborcja jest dozwolona do 24. tygodnia ciąży, po tym terminie w przypadku zgody 2 lekarzy co do poważnego uszkodzenia płodu lub ryzyka zdrowotnego dla kobiety. Zabieg jest prawie w pełni refundowany, również dla kobiet z innych krajów.
Włochy	Aborcja dopuszczalna jest do 90. dnia ciąży (ok. 13 tygodni) ze wskazań medycznych lub społecznych, po konsultacji z lekarzem. Po tym terminie – wyłącznie ze wskazań medycznych. Zabieg jest w pełni refundowany. Faktyczny dostęp do aborcji jest poważnie ograniczony ze względu na klauzulę sumienia, na którą powołuje się ok. 80% lekarzy.

Źródło: opracowanie własne

projekt z dnia 17 11 2017

USTAWA

z dnia

o świadomej prokreacji[1)]

Art. 1. Ustawa określa:

1) zadania państwa w zakresie zapewnienia prawa do informacji, edukacji oraz innych form pomocy w celu umożliwienia podejmowania świadomych decyzji w sprawach prokreacji;
2) warunki dopuszczalności przerywania ciąży.

Art. 2. 1. Każdy ma prawo do samostanowienia w sprawach prokreacji, w warunkach świadomego decydowania o rodzicielstwie.

2. Samostanowienie w sprawach prokreacji jest prawem do podejmowania decyzji dotyczących rodzicielstwa w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu lub przemocy, w warunkach zapewniających pełną, obiektywną wiedzę o skutkach tych decyzji.

Art. 3. Organy administracji rządowej i samorządowej są obowiązane do zapewnienia:

1) dostępu do edukacji w zakresie seksualności człowieka i rodzicielstwa;
2) dostępu do nowoczesnych metod antykoncepcyjnych stosowanych przez kobiety i mężczyzn oraz szczegółowych informacji na temat planowania własnej rozrodczości;
3) systemu poradnictwa w celu umożliwienia podejmowania świadomych decyzji związanych z prawem do samostanowienia w sprawach prokreacji, w tym w przypadkach dopuszczających przerwanie ciąży, zwanego dalej „systemem poradnictwa świadomej prokreacji".

[1)] Niniejszą ustawą

1) zmienia się ustawy: ustawę z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego i ustawę z dnia 6 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem";
2) uchyla się ustawę z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Art. 4. Edukacja w zakresie wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie jest prowadzona w szczególności z uwzględnieniem:

1) wymogu wyprzedzenia doświadczenia młodzieży podejmującej aktywność seksualną;
2) obiektywnego stanu wiedzy naukowej w zakresie seksuologii i rozrodczości człowieka;
3) przekazania rzetelnej i aktualnej informacji na temat:
   a) metod planowania rodziny, w tym różnych rodzajów antykoncepcji, z uwzględnieniem skuteczności oraz ich wad i zalet,
   b) chorób przenoszonych drogą płciową,
   c) orientacji seksualnej człowieka i tożsamości płciowej;
4) nauczania o życiu w rodzinie w szczególności w zakresie:
   a) partnerstwa w sferze seksualnej i odpowiedzialności obojga partnerów za skutki aktywności seksualnej,
   b) praw partnerów, zarówno kobiet jak i mężczyzn, do decyzji w sprawach dotyczących życia seksualnego, w tym odmowy współżycia oraz koncepcji entuzjastycznej zgody jako warunku podejmowania aktywności seksualnej;
5) kształtowania postaw asertywności i odpowiedzialności w zakresie decydowania o swoim ciele, życiu rodzinnym i seksualnym;
6) praw i dostępnych metod pomocy w przypadku doświadczenia przemocy na tle seksualnym lub cyberprzemocy;
7) informacji o dostępnych formach pomocy w ramach opieki zdrowotnej i socjalnej związanych z podejmowaniem decyzji w sprawach rodzicielstwa, w tym możliwości korzystania z systemu poradnictwa świadomej prokreacji.

Art. 5. Edukacja w zakresie wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie prowadzona jest w ramach systemu oświaty oraz poprzez indywidualne poradnictwo.

Art. 6. 1. Edukacja w zakresie wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie w systemie oświaty stanowi element podstawy programowej kształcenia ogólnego.

2. Udział w zajęciach z wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie jest obowiązkowy.

3. Zajęcia z wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie odbywają się co najmniej w wymiarze 1 godziny lekcyjnej tygodniowo w klasach I, IV i VII szkoły podstawowej oraz w klasie II lub III szkoły ponadpodstawowej.

4. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia:

1) sposób i szczegółowy zakres przekazywania wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie w ramach systemu oświaty, uwzględniając potrzebę dostosowania przekazywanych treści do wieku i rozwoju dziecka oraz zapewniając, że nauczanie będzie oparte aktualnej wiedzy medycznej, psychologicznej oraz z zakresu nauk społecznych;
2) kwalifikacje nauczycieli niezbędne do prowadzenia zajęć, uwzględniając rodzaj szkoły i klasy, w której prowadzą zajęcia.

Art. 7. 1. W ramach prawa do samostanowienia w sprawach prokreacji kobiecie w ciąży zapewnia się warunki do swobodnej decyzji w sprawie prokreacji.

2. Kobiecie w ciąży zapewnia się w pierwszej kolejności doradztwo zdrowotne, psychologiczne, socjalne i prawne, pozwalające na świadome i odpowiedzialne decydowanie o rodzicielstwie.

3. Formy doradztwa oraz pomocy kobiecie w ciąży i po urodzeniu dziecka określają odrębne przepisy.

Art. 8. 1. W ramach prawa samostanowienia w sprawach prokreacji zapewnia się dostęp do środków zapobiegania ciąży, w tym środków antykoncepcji mechanicznej, hormonalnej i awaryjnej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia uwzględnia w wykazie, o którym w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. U z 2017 r. poz. 1844) środki zapobiegania ciąży, o których mowa w ust. 1.

3. Osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w wieku rozrodczym przysługuje, nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy, prawo do badań na choroby przenoszone drogą płciową, przeprowadzanych bez zlecenia lekarskiego, finansowanych, jako świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Art. 9. 1. Prowadzenie systemu poradnictwa świadomej prokreacji, jest zadaniem zleconym z zakresu administracji rządowej realizowanym przez powiat.

2. Do korzystania z systemu poradnictwa świadomej prokreacji uprawnione są wszystkie osoby po ukończeniu 13. roku życia.

3. Poradnictwo świadomej prokreacji może być prowadzone w podmiotach leczniczych, poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

4. Poradnictwo świadomej prokreacji może być prowadzone także przez podmioty wymienione w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 60, 573 i 1909), których statut przewiduje wykonywanie zadań z zakresu objętego systemem poradnictwa świadomej prokreacji.

5. Na każdy powiat przypada liczba punktów poradnictwa świadomej prokreacji nie mniejsza niż jeden na liczbę 100 000 mieszkańców, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok, w którym jest ustalana liczba punktów co dwa lata, ustaloną przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

6. Do zlecania zadania w zakresie systemu poradnictwa świadomej prokreacji stosuje się przepisy art. 13–19a ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Art. 10. Przerwanie ciąży jest zabronione, z wyjątkiem przypadków określonych w ustawie.

Art. 11. 1. Przerwanie ciąży może być dokonane, gdy kobieta tego zażąda, a zabieg przerwania ciąży zostanie wykonany nie później niż do upływu 12 tygodni od początku ciąży.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kobieta składa pisemne oświadczenie zawierające żądanie przerwania ciąży, a ponadto zaświadczenie o odbytej konsultacji dotyczącej przerwania ciąży.

3. Celem konsultacji, o której mowa w ust. 2, jest w szczególności ustalenie sytuacji zdrowotnej i życiowej kobiety, pomoc w rozwiązaniu jej problemów, między innymi poprzez wskazanie dostępnych form pomocy przysługujących kobietom w ciąży i po urodzeniu dziecka, poinformowanie kobiety o ochronie prawnej życia w fazie prenatalnej, o aspektach medycznych ciąży oraz przerwania ciąży, a także o środkach i metodach antykoncepcyjnych. Konsultacja jest prowadzona z poszanowaniem prawa do wolnej decyzji kobiety. Na wniosek kobiety w konsultacji może współuczestniczyć wskazana przez nią osoba.

4. Konsultacje mogą być prowadzone w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia konsultacji. Konsultacje prowadzi psycholog.

5. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, świadczący usługi w zakresie ww. konsultacji, ma obowiązek wyznaczyć na żądanie kobiety, która posiada zaświadczenie od lekarza stwierdzające ciążę, konsultację w terminie nie późniejszym niż 7 dni. Jeżeli z zaświadczenia wynika, że ciąża trwa dłużej niż 10 tygodni, termin ten wynosi maksymalnie 3 dni.

6. Psycholog prowadzący konsultacje ma obowiązek wydać zaświadczenie o odbytej konsultacji pod koniec wizyty pacjentki.

7. Przerwanie ciąży może być dokonane, jeżeli kobieta podtrzymuje zamiar przerwania ciąży po upływie 3 dni od konsultacji.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, warunki jakie powinny spełniać podmioty prowadzące konsultacje, o których mowa w ust. 2, tryb przeprowadzana konsultacji oraz kwalifikacje osób przeprowadzających konsultacje, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia kompleksowej informacji kobiecie, która wystąpiła o konsultację.

Art. 12. 1. Przerwanie ciąży może nastąpić również gdy:

1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, w tym zdrowia psychicznego;
2) przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;
3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

2. Wystąpienie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, stwierdza inny lekarz niż dokonujący przerwania ciąży, chyba że ciąża zagraża bezpośrednio życiu kobiety.

3. Okoliczność, o której mowa w ust. 1 pkt 3, stwierdza prokurator w formie zaświadczenia. Prokurator nie może odmówić wydania zaświadczenia, jeżeli zachodzą okoliczności opisane w ust. 1 pkt 3.

4. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2 i 3 przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej.

5. Przerwania ciąży w przypadkach określonych w ust. 1 dokonuje lekarz w szpitalu.

6. Przed podjęciem decyzji w sprawie przerwania ciąży z powodów określonych w ust. 1, kobiecie należy zapewnić możliwość przeprowadzenia konsultacji, o której mowa w art. 11, chyba, że jest to niemożliwe ze względu na jej stan zdrowia.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółową procedurę ustalania zaistnienia tych okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, oraz kwalifikacje lekarzy stwierdzających te okoliczności, uwzględniając konieczność przeprowadzenia procedury w krótkim czasie, przez lekarzy posiadających kwalifikacje adekwatne do charakteru badań i ustaleń jakie mają przeprowadzić.

Art. 13. Do przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży, niezależnie od spełnienia warunków określonych w art. 11 i art. 12, wymagana jest pisemna zgoda kobiety. 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. W przypadku małoletniej poniżej 13. roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii. 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, do przerwania ciąży wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.

Art. 14. 1. Kobietom, po przeprowadzonym zabiegu przerwania ciąży przysługuje prawo do godnego traktowania z uwzględnieniem szczególnej ochrony w zakresie opieki zdrowotnej i psychologicznej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne postępowania wobec kobiet po przeprowadzeniu zabiegu przerwania ciąży oraz szczegółowy zakres opieki zdrowotnej i psychologicznej, kierując się potrzebą minimalizowania negatywnych skutków przerwania ciąży na zdrowie kobiety.

Art. 15. 1. Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza.

2. Szpitale prowadzące oddziały ginekologiczno-położnicze są zobowiązane do zapewnienia w ramach swojej działalności lekarzy, którzy nie skorzystali z prawa powstrzymania się od wykonania zabiegu przerwania ciąży jako niezgodnego z ich sumieniem

na podstawie art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125 i 767).

3. Podmiot leczniczy ma obowiązek zapewnić dokonanie przerwania ciąży pacjentce spełniającej warunki określone w ustawie, w najkrótszym terminie, a nie później jednak niż 7 dni po dniu konsultacji, chyba że uniemożliwia to stan jej zdrowia.

4. W przypadku przedłużenia terminu, o którym mowa w ust. 1, z przyczyn leżących po stronie podmiotu leczniczego, wojewoda może nałożyć na kierownika tego podmiotu karę pieniężną w wysokości trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę. Do postępowania w sprawie nałożenia kary stosuje się odpowiednio art. 39 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260).

Art. 16. 1. Zabieg przerwania ciąży przeprowadzony na podstawie niniejszej ustawy jest świadczeniem opieki zdrowotnej finansowanym ze środków publicznych niezależnie od liczby świadczeń przewidzianych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem zdrowia.

Art. 17. W ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r. poz. 912) po art. 10 dodaje się art. 10a w brzmieniu:

„Art. 10a. 1. W przypadku podjęcia decyzji przez osobę uprawnioną o pochowaniu płodu z martwego urodzenia podmiot leczniczy zapewnia wydanie płodu do pochówku, z uwzględnieniem trudnej sytuacji rodziców, a zarząd cmentarza zapewnia pochówek z uwzględnieniem prawa do godnego pożegnania i spoczynku płodu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia szczegółowe warunki wydawania płodów z martwego urodzenia do pochówku i przeprowadzania ich pochówków, z uwzględniając ograniczenie formalnych procedur do niezbędnego minimum.”.

Art. 18. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142 i 2003 oraz z 2017 r. poz. 1015 i 1200) w art. 23a uchyla się ust. 1a.

Art. 19. W ustawie z dnia 6 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) po art. 4 dodaje się art. 4a w brzmieniu:

„Art. 4a. Szkoła ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połóg powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła zobowiązana jest do wyznaczenia dodatkowego terminu egzaminu dogodnego dla kobiety, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy.".

Art. 20. W ustawie z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. 2016 r. poz. 2064 oraz z 2017 r. poz. 1534) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 54:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Karta martwego urodzenia zawiera dane wymagane w karcie urodzenia oraz informację, że dziecko urodziło się martwe. Kartę martwego urodzenia przekazuje się kierownikowi urzędu stanu cywilnego w terminie jednego dnia od dnia jej sporządzenia.",

b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Jeżeli nie można określić płci dziecka bez wykonania specjalistycznego badania, decyzja o wykonaniu badania należy do rodziców dziecka. Jeżeli rodzice nie wyrażą woli wykonania badania, kartę martwego urodzenia wypełnia się z pominięciem danych o płci i imieniu dziecka.";

2) w art. 144 w ust. 2 pkt 1otrzymuje brzmienie:

„1) dane, o których mowa w art. 54 ust. 2–3a.".

Art. 21. Przepisy art. 6 stosuje się od roku szkolnego 2018/2019.

2. Do końca roku szkolnego 2017/2018 stosuje się przepisy ustawy, o której mowa w art. 17, w zakresie nauczania szkolnego.

Art 22. Starosta zapewnia działanie punktów poradnictwa świadomej prokreacji nie później niż do upływu 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 23. Traci moc ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. poz. 78, z 1995 r. poz. 334, z 1996 r. poz. 646, z 1997 r. poz. 943 i 1040, z 1999 r. poz. 32 oraz z 2001 r. poz. 1792).

UZASADNIENIE

1. Wyjaśnienie potrzeby i celu wydania aktu

Obowiązujące obecnie w Polsce rozwiązania prawne i instytucjonalne nie zapewniają obywatelkom i obywatelom możliwości korzystania z pełni praw reprodukcyjnych. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży uznawana jest za kompromis pomiędzy ochroną życia płodu a prawem kobiet do decydowania o własnym życiu. W praktyce jest to jedynie kompromis między władzą państwową a Kościołem Katolickim – czyli głównie między mężczyznami a mężczyznami, bez uwzględnienia głosu i potrzeb kobiet. Wraz z niskim poziomem edukacji seksualnej, utrudnionym dostępem do skutecznych metod antykoncepcji, wysokim poziomem przemocy wobec kobiet, w tym przemocy domowej i seksualnej, oznacza on prawie całkowity zakaz aborcji i znacznie ogranicza prawa reprodukcyjne i wolność kobiety.

Ubiegłoroczne próby zaostrzenia prawa antyaborcyjnego poprzez przyjęcie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (druk nr 784) wywołały obawy nie tylko setek tysięcy Polek i Polaków, którzy protestowali przeciwko ustawie, ale także Parlamentu Europejskiego, ONZ czy Amnesty International, które uznały ją za poważne naruszenie praw człowieka. Wprowadzenie proponowanych wtedy rozwiązań doprowadziłoby do sytuacji podobnych jak w Salwadorze. W tym kraju postępowanie karne i kara więzienia grożą nie tylko kobietom, które świadomie dokonały przerwania ciąży, ale również tym, które poroniły – ale nie były w stanie tego przekonująco wykazać przed sądem. W ubiegłym roku pod naciskiem społecznym Sejm odrzucił tamten nieludzki projekt, ale wkrótce pod obrady trafi kolejny, nieco łagodniejszy, bo pozbawiający prawa wyboru „tylko" kobiety, u których stwierdzono poważne uszkodzenie płodu (co odpowiada za większość obecnie przeprowadzanych legalnych zabiegów aborcji w Polsce).

W opinii autorek i autorów projektu, obecne prawo dotyczące planowania rodziny jest nieskuteczne, a przepisy antyaborcyjne – zbyt restrykcyjne. Projektowana ustawa ma na celu całkowitą zmianę w zakresie praw reprodukcyjnych. Pozwoli obywatelkom i obywatelom na świadome, swobodne, oparte na wiedzy decydowanie o swoim życiu seksualnym i rodzinnym. Zwiększy jakość edukacji seksualnej w szkołach i zapewni dostęp do poradnictwa zdrowia seksualnego i metod planowania rodziny dla dorosłych. Zwiększy realny dostęp do różnych metod antykoncepcji. Ustawa wprowadza również możliwość uzyskania bezpiecznej, legalnej aborcji do 12. tygodnia ciąży na żądanie kobiety oraz po upływie tego terminu, w przypadku, gdy ciąża jest wynikiem czynu zabronionego, zagraża zdrowiu lub życiu kobiety lub płód jest ciężko i nieodwracalnie uszkodzony. Zapewni podmiotowość i godne traktowanie w szpitalach kobietom, które straciły ciąże.

2. Przedstawienie rzeczywistego (faktycznego) stanu w dziedzinie, która ma zostać uregulowana

Polska jest krajem, w którym prawa reprodukcyjne i prawa kobiet nie są respektowane. Poziom edukacji seksualnej w szkołach jest niski, co pozostawia młodych ludzi zdanych na czerpanie wiadomości od rówieśników, z gazet i z Internetu, a w konsekwencji zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia ryzykownych zachowań seksualnych i nastoletnich ciąż. Ma to też niekorzystny wpływ na przyszłe życie, w tym życie seksualne młodych ludzi. Tabuizacja seksu i cielesności zwiększa narażenie dzieci i młodych ludzi na wykorzystywanie seksualne, gdyż ofiary nie wiedzą, jak reagować w sytuacjach zagrożenia i wstydzą się szukać pomocy. Szkoła ani inne instytucje nie wyrabiają właściwych postaw w odniesieniu do partnerów i potencjalnych partnerów seksualnych oraz mniejszości seksualnych, co skutkuje nadużyciami seksualnymi, molestowaniem i gwałtami, a także agresją i dyskryminacją osób, których zachowania odbiegają od dominującego, konserwatywnego i heteronormatywnego modelu seksualności.

Szkoła prowadzi zajęcia z wychowania do życia w rodzinie, które mają charakter nieobowiązkowy. Podstawy programowe i wymagania dla nauczycieli tego przedmiotu były niewystarczające z punktu widzenia zapotrzebowania współczesnego dziecka i nastolatka na wiedzę, a wprowadzone od roku szkolnego 2017/2018 r. ustanawiają jeszcze niższe standardy. Tymczasem rzetelna wiedza o cielesności i seksualności człowieka służy bezpieczeństwu dzieci. Wprowadzana od najmłodszych lat wiedza o granicach własnego ciała

i prawie do stanowienia o nim uwrażliwia dzieci na przypadki molestowania. Dziecko, które wie, że nikt nie ma prawa go dotykać wbrew jego woli, zwłaszcza dotykać jego genitaliów, w sytuacji zagrożenia wykorzystywaniem będzie umiało odpowiednio zareagować: protestować, krzyczeć, prosić o pomoc zaufane osoby[2]. Pedofile wykorzystują właśnie brak świadomości i wstyd dzieci. Dziecko ukrywa fakt wykorzystywania, przez co oprawca pozostaje długo bezkarny.

Edukacja seksualna jest zwłaszcza ważna dla młodzieży. Z badań m.in. profesora Z. Izdebskiego wynika, że średni wiek inicjacji seksualnej w Polsce systematycznie obniża się. Młodzież często nie zyskuje w szkole rzetelnej wiedzy o seksualności, w tym o bezpieczeństwie zachowań seksualnych. Brak edukacji seksualnej lub edukacja oparta wyłącznie na promowaniu wstrzemięźliwości nie przynoszą efektów w postaci opóźniania inicjacji seksualnej – przynajmniej tak wynika z badań amerykańskich[3, 4, 5]. Zwiększają natomiast ryzyko niechcianej ciąży (która dla nastolatki jest poważnym utrudnieniem w ukończeniu edukacji) oraz chorób przenoszonych drogą płciową. Młodzież rzadko rozmawia z rodzicami o seksie (badania profesora Izdebskiego). W rezultacie wiedzę czerpie głównie z Internetu i pornografii, nie nabywając właściwych wzorców w zakresie bezpiecznego i konsensualnego stosunku. Młodzi ludzie nie mają też możliwości uzyskania pomocy i konsultacji lekarskiej na własną rękę w sprawach związanych z seksualnością i chorobami przenoszonymi drogą płciową (Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty - druk nr 1631, umożliwiający 15-latkom samodzielne korzystanie z usług ginekologów, urologów i dermatologów został negatywnie zaopiniowany przez Sejmową Komisję Zdrowia i wkrótce zostanie odrzucony przez Sejm).

W publicznej debacie o aborcji za punkt odniesienia zazwyczaj przyjmuje się obowiązujące prawo. Mało kto jednak pamięta, że uchwalaniu obecnej ustawy

---

2 Finkelhor D., *The prevention of childhood sexual abuse*, Future Child. 2009 Fall;19(2):169-94.

[3] Santelii S. i in., *Abstinence-Only-Until-Marriage: An Updated Review of U.S. Policies and Programs and Their Impact*
Journal of Adolescent Health, Volume 61, Issue 3, 273 - 280

[4] m.in. Stanger-Hall K., Hall D., *Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S.* 2011; 6(10)

[5]Guttmacher Institiute https://www.guttmacher.org/fact-sheet/facts-american-teens-sources-information-about-sex#

antyaborcyjnej w 1993 r. towarzyszyły istotne kontrowersje. Pod wnioskiem o referendum w sprawie liberalizacji ustawy podpisało się 1,7 mln obywatelek i obywateli, ale Sejm odrzucił wniosek. Polskie rozwiązania regulacyjne w zakresie przerywania ciąży są również jednymi z najbardziej restrykcyjnych w Europie. Mniejszy dostęp do aborcji mają tylko mieszkanki Cypru, Malty i Irlandii (choć w tej ostatniej za rok odbędzie się referendum w sprawie liberalizacji prawa aborcyjnego). Szczegółowe informacje na temat dopuszczalności przerywania ciąży w Europie znajdują się w załączniku do uzasadnienia.

Obowiązująca ustawa antyaborcyjna dopuszcza przerywanie ciąży tylko w trzech, obiektywnie tragicznych przypadkach. W założeniu miała dawać prawo do decyzji i chronić życie i zdrowie kobiet w sytuacjach skrajnych. Niestety, jest nieskuteczna. Tak zwana klauzula sumienia (art. 39 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r.) istotnie ogranicza dostęp do zabiegu nawet dla tych kobiet, które mają do niego prawo w świetle obecnych przepisów. Na przykład w województwie podkarpackim wszyscy lekarze o odpowiednich kwalifikacjach powołują się na klauzulę sumienia. W takim przypadku kobieta, która prędzej czy później trafi do jednego z podkarpackich szpitali z ciążą zagrażającą jej zdrowiu i życiu będzie narażona dodatkowo na upokorzenie, stres związany ż poszukiwaniem placówki, która ją przyjmie i transport – co dodatkowo może zagrozić jej zdrowiu. Ofiary lekarzy zasłaniających się przepisami lub opóźniających diagnozę choroby płodu muszą na własną rękę szukać lekarza, który przeprowadzi zabieg. Gdy go nie znajdą, pozostają same z konsekwencjami lekarskiego sumienia: rodząc i wychowując dziecko swojego oprawcy, rodząc z narażeniem swojego zdrowia i życia lub też rodząc dziecko, które nigdy nie będzie zdolne do samodzielnej egzystencji, które spędzi całe życie (niekiedy zaledwie kilkugodzinne) w cierpieniu.

Obecnie w Polsce przeprowadza się rocznie od kilkuset do tysiąca legalnych zabiegów aborcji [6, 7]. Zdaniem ekspertek Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny statystyki te mogą być jednak zaniżone, gdyż lekarze niekiedy wpisują w dokumenty poronienie zamiast aborcji – nawet gdy jest ona dozwolona przez prawo. Brak jest oficjalnych statystyk o liczbie kobiet, które napotykają problemy w dostępie do legalnej aborcji, z doniesień prasowych znany jest jednak szereg takich spraw, jak choćby pacjentki doktora B. Chazana, które straciły przez

[6] http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-poland.html

[7] Odpowiedź na interpelację nr 5624 w sprawie danych statystycznych NFZ dotyczących przyczyn przeprowadzania aborcji w Polsce w latach 1993-2016
http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=031EE640

niego możliwość legalnej terminacji ciąży w przypadku poważnego uszkodzenia płodu. Kobiety te musiały donosić ciążę, wiedząc, że ich dzieci będą żyły tylko kilka godzin, w cierpieniu. W poprzednich latach głośne były przypadki zgwałconej 14-latki, której odmówiono zabiegu, i która przerwała ciążę dopiero po interwencji ówczesnego Ministra Zdrowia (rok 2008) czy też kobiety, której lekarze odmówili leczenia bojąc się wywołać zagrożeniea dla płodu. W efekcie zmarła zarówno ona, jak i jej nienarodzone dziecko (rok 2004).

Światowa Organizacja Zdrowia uważa, że ograniczenie dostępu do aborcji powoduje zwiększenie liczby zabiegów niebezpiecznych dla zdrowia i życia kobiet. Przeciwnicy liberalizacji prawa antyaborcyjnego nazywają się „obrońcami życia". Trudno jednak uznać to za zasłużone miano. Przede wszystkim, ignorują oni fakty. Nie ma oficjalnych danych odnośnie liczby przerywanych ciąż w Polsce. W 1997 r., kiedy przejściowo złagodzono ustawę z 1993 r., dopuszczając przerywanie ciąży ze względu na trudną sytuację kobiety, skorzystało z tej możliwości ponad 2,5 tysiąca Polek. Według danych Federacji nielegalnych aborcji rocznie przeprowadza się około 100-200 tysięcy. Wg badania CBOS z 2013 r. co czwarta Polka usunęła ciążę. Zakaz aborcji powoduje, że kobiety, które są zdeterminowane, aby przerwać ciążę dokonują tego w podziemiu, z narażeniem swojego zdrowia, płodności i życia. Prawidłowo wykonany zabieg w szpitalu nie niesie ze sobą takiego ryzyka, ale przy zabiegu w szarej strefie pacjentki nie mogą być pewne kwalifikacji osoby wykonującej zabieg, sterylności warunków czy też bezpieczeństwa stosowanych leków. Bardziej zamożne kobiety mogą uniknąć tego ryzyka, wybierając zabieg nielegalny, ale wykonywany przez znanego lekarza, lub korzystając z otwartych granic i bardziej liberalnego prawa sąsiednich krajów. W efekcie położone niedaleko polskiej granicy kliniki w Niemczech, Czechach czy na Słowacji świadczą zabiegi Polkom na tyle często, że niektórym klinikom opłaca się prowadzić strony w języku polskim lub zatrudniać polskojęzyczny personel. Koszt bezpiecznej aborcji za granicą wynosi od 400 euro plus koszty dojazdu, noclegu na miejscu, należy też uwzględnić konieczność wzięcia urlopu. Aborcję farmakologiczną można dosyć bezpiecznie przeprowadzić też w domowych warunkach za pomocą tabletek poronnych, wysyłanych przez międzynarodowe organizacje, takie jak Women on Web (koszt 70-80 euro) lub mniej bezpiecznie, za pomocą leków dopuszczonych do stosowania w Polsce, ale z innym wskazaniem. Aborcja domowa pozostawia kobietę najczęściej samą ze strachem, bólem i ryzykiem. Kobiety, których nie stać na taki jednorazowy wydatek lub które nie są w stanie same zorganizować sobie dostępu do nielegalnej, ale bezpiecznej i profesjonalnej aborcji, zdają się na metody, które powinny pozostać obecne wyłącznie w podręcznikach historii medycyny. Następnie trafiają do szpitali

z przebitymi macicami po próbie chałupniczego zabiegu. Ich życiem „obrońcy życia" się nie przejmują.

Podobnie jak życiem chorych dzieci i ich rodzin. Dalsze zaostrzenie prawa aborcyjnego spowoduje, że kobiety będą zmuszone rodzić ciężko upośledzone dzieci, które umrą w pierwszych dniach lub miesiącach, zyskując prawo do krótkiego i naznaczonego cierpieniem życia. Nie interesują się też oni dalszym losem dzieci z poważnymi niepełnosprawnościami i ich rodzin. Nie było delegacji „obrońców życia", gdy w poprzedniej kadencji rodzice niesamodzielnych dzieci protestowali, domagając się wyższych świadczeń. Nie lobbują oni za zwiększeniem rent czy dostępu do rehabilitacji. Zakaz aborcji ze względu na uszkodzenie płodu będzie powodował ograniczenie badań prenatalnych (lekarze mogą się obawiać, że gdy badanie wykaże wadę płodu, kobieta będzie poszukiwać możliwości aborcji, lub też oni zostaną oskarżeni o narażenie płodu na ryzyko, które związane jest z niektórymi badaniami). Przy współczesnym stanie medycyny badania są jednak w stanie wykryć takie wady, które można leczyć, a nawet operować, jeszcze przed porodem. Na pewno też wczesna diagnoza pozwala lepiej przygotować się rodzicom i szpitalowi na narodziny chorego dziecka. Badania zwiększają szansę chorych dzieci na poprawę jakości życia oraz pozwalają rodzicom przygotować się do nieoczekiwanej sytuacji.

Gdyby samozwańczym „obrońcom życia" zależało na redukcji liczby wykonywanych przez Polki aborcji, to skupiliby się na skutecznym spadku liczby niechcianych ciąż. To najprostsze, logiczne i skuteczne rozwiązanie, a współczesna medycyna dostarcza całego szeregu skutecznych i bezpiecznych metod zapobiegania ciąży. W Polsce jednak dostęp do antykoncepcji jest poważnie utrudniony. Pierwszą przeszkodą jest dostanie się do lekarza ginekologa. Według Fundacji Rodzić Po Ludzku mediana oczekiwania na wizytę u ginekologa wynosi ok. 7 dni, ale 25% kobiet czekało ponad miesiąc. Jedne z popularniejszych w Polsce (według badań profesora Izdebskiego) środków antykoncepcyjnych, tabletki hormonalne, dostępne są wyłącznie na receptę, więc kobiety muszę regularnie pamiętać o zapisaniu się do ginekologa z wyprzedzeniem, aby zdążyć wykupić kolejne opakowanie tabletek na czas. Z doniesień medialnych wynika, że coraz częściej klauzulę sumienia stosują lekarze również w odniesieniu do antykoncepcji, zwłaszcza antykoncepcji awaryjnej, a także farmaceuci – choć to niezgodne z obowiązującym prawem. Ponadto, nie wszystkie środki antykoncepcyjne są refundowane i większość z nich stanowi znaczne obciążenie dla budżetu kobiety – czy to regularne wydatki na tabletki lub plastry hormonalne, czy to jednorazowy wydatek na spiralkę. W trakcie tej kadencji ograniczono dostępność antykoncepcji awaryjnej, zmniejszając

szanse na jej skuteczne zastosowanie i zmuszając kobiety i ich partnerów do szukania lekarza, który nie zasłoni się klauzulą sumienia. Sterylizacja jest w Polsce zakazana – choć byłaby dobrym rozwiązaniem np. dla osób, które mają już tyle dzieci, ile chciały, lub są nosicielami chorób genetycznych i z tej przyczyny unikają prokreacji. Liczbę niechcianych ciąż redukuje też edukacja seksualna, która dostarcza wiedzy o skutecznych metodach antykoncepcji. Ale „obrońcy życia" nie są zainteresowani poszerzaniem ani wiedzy, ani dostępu do antykoncepcji.

Podobnie, obecne rozwiązania prawne pogłębiają traumę kobiet, które straciły ciążę i ich najbliższych. Szpitale nie są zobowiązane do przeznaczania dla nich osobnej sali, w związku z czym kobiety te leżą tuż obok szczęśliwych matek. W przypadku poronienia, które nastąpiło przed ok. 10. tygodniem ciąży, nie da się ustalić płci płodu bez dokonania badań DNA. Bez ustalenia płci nie jest natomiast możliwe wydanie karty martwego urodzenia, niezbędnej do pochówku i otrzymania należnych świadczeń. Osoby, które chcą pochować swoje dziecko, muszą wykonywać badania DNA prywatnie i na własny koszt, zamiast w spokoju przeżywać żałobę – jak w opisywanej w mediach w październiku 2017 r. historii z jednego z opolskich szpitali. Ten problem może rozwiązać jedna prosta zmiana prawna, dotycząca procedury wydawania karty martwego urodzenia.

3. Różnice pomiędzy dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym.

Proponowana ustawa ma zastąpić regulacje zawarte w ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

Po wejściu w życie będzie ona kompleksowo regulowała kwestie związane z podejmowaniem decyzji w sprawach prokreacji i rodzicielstwa. Zasadnicze zmiany prawne jakie zostaną wprowadzone sprowadzają się do:

- zagwarantowania prawa do samostanowienia w sprawach prokreacji, w warunkach świadomego decydowania o rodzicielstwie poprzez zapewnienie dostępu do wiedzy o seksualności i rodzicielstwie tak, aby decyzje w tej sprawie podejmowane były w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy, w warunkach zapewniających pełną, obiektywną wiedzę o skutkach tych decyzji. Oprócz rozszerzenia dotychczasowego zakresu nauczania, wprowadzony zostanie obowiązek odbywania zajęć wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie dla uczniów klas 1., 4. i 7. szkół podstawowych oraz klas 2. lub 3. szkół średnich;

- zapewnienia szerszego niż dotychczas dostępu do środków antykoncepcyjnych na zasadach określonych w przepisach o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a także badań na choroby przenoszone drogą płciową;
- poszerzenie katalogu sytuacji, w których może nastąpić przerwanie ciąży – o żądanie kobiety w ciąży do 12. tygodnia jej trwania. Przerwanie ciąży będzie jednak w tym przypadku możliwe jedynie wtedy, gdy kobieta po złożeniu żądania na piśmie odbędzie konsultację, której celem będzie uzyskanie przez nią informacji dotyczących skutków przerwania ciąży, a także form pomocy dla kobiet w ciąży. Dla wielu kobiet, które staną w trudnej sytuacji, jaką jest nieplanowana ciąża, konsultacje te będą pierwszą lub jedyną okazją do spokojnej rozmowy o ich sytuacji, w bezpiecznej, dyskretnej i nieosądzającej atmosferze. Zabieg przerwania ciąży nie będzie mógł być przeprowadzony później niż w 12. tygodniu od początku ciąży i nie wcześniej niż po upływie trzech dni od dnia odbycia konsultacji. Inne przypadki, w których możliwe będzie przerwanie ciąży pozostaną bez zmian, z tym że kobietom przed podjęciem decyzji w tej sprawie będzie przysługiwała możliwość skorzystania z konsultacji;
- ustawa wprowadza dodatkowe gwarancje sprawności przeprowadzania procedur przerywania ciąży, nakładając w tym zakresie obowiązki na podmioty lecznicze i wprowadzając sankcje za uchylanie się od nich.

Ustawa wprowadzi także przepisy dotyczące opieki nad kobietą po poronieniu lub zabiegu przerwania ciąży, sposobu postępowania wobec martwego płodu, a także jego pochówku. Zwłaszcza ta ostatnia sprawa w dotychczasowych przepisach nie jest uregulowana jednoznacznie i powoduje dodatkowe cierpienia ludzi, którzy stracili oczekiwane dziecko, lub zdecydowali się na przerwanie ciąży ze względów medycznych.

Ustawa wprowadza sieć poradnictwa w zakresie planowania rodziny i zdrowia seksualnego, które będą uzupełniały edukację prowadzoną w szkole. Poradnie będą dostępne dla wszystkich, którzy ukończyli 13. rok życia i będą zapewniały możliwość uzyskania rzetelnej wiedzy w bezpiecznej i dyskretnej atmosferze. Organizacja sieci poradni będzie zadaniem zleconym realizowanym przez powiaty.

Nadto, projekt przewiduje zmianę w ustawie Prawo farmaceutyczne, w której poprzez uchylenie ust. 1a w art. 23a, likwiduje się zasadę, że produkty lecznicze dopuszczone do obrotu,

wskazane w charakterystyce produktu leczniczego do stosowania w antykoncepcji zawsze otrzymują kategorię dostępności jako wydawane z przepisu lekarza. Umożliwi to dostęp do antykoncepcji awaryjnej bez recepty.

Proponuje się, aby ustawa weszła w życie po upływie trzech miesięcy od dnia wejścia w życie. Zapewni to odpowiednią długość *vacatio legis* dla jej stosowania, w tym opracowania i wydania przepisów wykonawczych związanych z jej stosowaniem. Powiaty otrzymają 6 miesięcy na organizację poradni.

4. Przewidywane skutki społeczne, gospodarcze, finansowe i prawne wejścia aktu w życie

a) **Społeczne**: Projekt spowoduje pozytywne skutki społeczne. Poprawa stanu wiedzy na temat seksualności i świadomego rodzicielstwa wśród młodzieży w wieku szkolnym poprawi świadomość i odpowiedzialność za podejmowanie decyzji o rozpoczęciu życia seksualnego, ograniczając liczbę niechcianych ciąż, zakażeń chorobami przenoszonymi droga płciową, a także przemoc seksualną. Zwiększenie dostępności refundowanych środków antykoncepcyjnych obniży liczbę niechcianych ciąż i problemów społecznych z tym związanych. Przede wszystkim jednak wprowadzenie możliwości przerwania ciąży na żądanie wyeliminuje zjawisko nielegalnych zabiegów. Konsekwencją tego będzie możliwość wykonania zabiegów w odpowiednich warunkach, stworzonych przez działające zgodnie z prawem podmioty lecznicze, co ograniczy zagrożenie dla zdrowia kobiet obecnie decydujących się na zabiegi i powikłań z tytułu braku odpowiednich warunków, w jakich powinien być przeprowadzany zabieg przerwania ciąży.

b) **Gospodarcze**: Wejście w życie ustawy nie wywoła odczuwalnych skutków gospodarczych.

c) **Finansowe**: Skutkami finansowymi wejście w życie ustawy będzie:

- Zwiększenie wydatków na refundację środków antykoncepcyjnych oraz badań na choroby przenoszone drogą płciową, a także organizację konsultacji przed zabiegiem przerwania ciąży. Dodatkowe skutki finansowe będą także wiązały się ze zwiększoną liczbą zabiegów przerwania ciąży wykonywanych jako świadczenia opieki zdrowotnej realizowane ze środków publicznych. Wydatki te pokryte zostaną ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, a ich szacunek nie jest możliwy, ze względu na brak

danych o popycie na zabiegi. Roczny koszt utrzymania poradni szacuje się na około 54 mln zł, przy założeniu organizacji poradni w ramach już istniejącej infrastruktury (placówek ochrony zdrowia, poradni psychologiczno-pedagogicznych);

- Zmniejszenie wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie powikłań po niebezpiecznych, nielegalnych zabiegach przerywania ciąży oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na wypłaty zasiłków chorobowych w tych przypadkach;
- Zwiększenie wydatków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu poszerzenia uprawnień do otrzymywania zasiłków pogrzebowych – szacowany roczny koszt nie przekroczy ok. 130 mln zł (40 000 poronień rocznie razy 80% poronień w pierwszym trymestrze razy wysokość zasiłku pogrzebowego 4 000 zł), co stanowi ok. 10% obecnych wydatków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu wypłaty zasiłków pogrzebowych.

d) **Prawne**: Skutki prawne wejścia w życie ustawy określono w pkt 3. uzasadnienia.

W związku z wejściem w życie konieczne będzie wydanie 5 rozporządzeń:

1) założenia rozporządzenia na postawie art. 4 ust. 6:
- określenie adekwatnych do wieku treści programowych przekazywanych w trakcie nauczania wiedzy o seksualności człowieka i rodzicielstwie, z uwzględnieniem rodzajów, szkół i wieku dzieci i ich rozwoju na poszczególnych etapach edukacji,
- określenie form dydaktycznych i materiałów pomocniczych używanych w procesie edukacji,
- określenie dodatkowych kwalifikacji jakie powinni posiadać nauczyciele z zakresu objętego zajęciami,
- określenie szczególnych warunków w jakich prowadzone jest poradnictwo dla osób nieletnich;

2) założenia rozporządzenia na postawie art. 11 ust. 9:
- określenie warunków lokalowych dla podmiotów przeprowadzających konsultacje,
- określenie trybu i sposobu przeprowadzania konsultacji przed zabiegiem terminacji ciąży,
- określenie minimalnych wymogów czasowych dostępu do konsultacji,
- określenie dodatkowych wymogów i kompetencji, jakie muszą posiadać psycholodzy przeprowadzający konsultacje z zakresu świadomej prokreacji,

3) założenia rozporządzenia na postawie art. 12 ust. 7:
- zakres prowadzonej działalności leczniczej przez podmioty, w których mogą być przeprowadzane badania,

- określenie minimalnego zakresu badań, jakie powinien przeprowadzić lekarz dla stwierdzenia okoliczności dopuszczających przerywanie ciąży,
- określenie specjalizacji lekarzy przeprowadzających badania;

4) założenia rozporządzenia na postawie art. 14 ust. 2:
- określenie sposobu opieki nad kobietą po poronieniu lub przerwaniu ciąży,
- zapewnienie odpowiednich warunków miejsc pobytu kobiety po poronieniu lub zabiegu przerwania ciąży, z możliwością korzystania ze wsparcia osób bliskich,
- określenie minimalnego zakresu konsultacji medycznych jakie zapewnia podmiot dla zapobieżenia negatywnym skutkom wykonanego zabiegu,
- zapewnienie odpowiednio długiego czasu pobytu w podmiocie leczniczym dla zniwelowania ujemnych skutków zdrowia fizycznego i psychicznego;

5) założenia rozporządzenia na postawie art. 17 w dodawanym art. 10a 2:
- określenie warunków zapewniających godne warunki wydawania martwego płodu w podmiocie leczniczym i jego pochówku na cmentarzu,
- określenie minimalnych standardów grobu martwego płodu,
- określenie minimalnej dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia pochówku.

5. Przedkładany projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.
6. Projekt nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).
7. Wejście w życie ustawy nie będzie miało wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.

Załącznik do uzasadnienia projektu ustawy o świadomej prokreacji

Kraj	Prawo do aborcji
Belgia	Aborcja jest dopuszczalna do 12. tygodnia ciąży, również na żądanie. Obecnie trwa dyskusja nad wykreśleniem aborcji z kodeksu karnego.
Bułgaria	Aborcja jest dopuszczalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży, do 20. po konsultacji medycznej, dłużej w przypadku zagrożenia zdrowia i życia kobiety. Dla kobiet w wieku poniżej 16 i powyżej 35 lat, w przypadku wskazań medycznych lub gwałtu – bezpłatnie.
Chorwacja	Aborcja na żądanie do 10. tygodnia ciąży. Po tym terminie wyłącznie po konsultacji z lekarzami i pracownikami społecznymi, w przypadku zagrożenia zdrowia i życia kobiety, upośledzenia płodu lub gwałtu.
Cypr	Aborcja jest zakazana. Może być przeprowadzona dopiero za zgodą 2 lekarzy, w przypadku zagrożenia zdrowia i życia kobiety, upośledzenia płodu lub gdy ciąża pochodzi z gwałtu lub kazirodztwa.
Czechy	Aborcja jest dozwolona do 12. tygodnia ciąży na żądanie, pod warunkiem że od ostatniego zabiegu upłynęło więcej niż 6 miesięcy (chyba, że wystąpią wskazania medyczne, kobieta ma powyżej 35 lat, dwójkę dzieci lub została zgwałcona). Wymagana jest wcześniejsza konsultacja oraz pisemne oświadczenie kobiety. Po 12 tygodniach – wyłącznie ze wskazań medycznych. Jest refundowana.
Dania	Aborcja jest dozwolona do 12. tygodnia, po tym terminie: ze wskazań medycznych lub gdy ciąża jest wynikiem gwałtu, po zatwierdzeniu przez 2 lekarzy i pracownika społecznego. Aborcja jest w pełni refundowana, również dla kobiet z innych krajów. Aborcja jest legalna.
Estonia	Aborcja jest dozwolona do 11. tygodnia ciąży na żądanie oraz do 21. w przypadku wskazań medycznych, gwałtu, kobiet w wieku poniżej 15 i powyżej 45 lat. Wymaga wcześniejszej konsultacji i pisemnego oświadczenia kobiety. Aborcja ze wskazań medycznych jest w pełni refundowana, na żądanie – refundowana w 2/3.
Finlandia	Aborcja jest dopuszczalna do 12. tygodnia ciąży w przypadku gwałtu, wskazań medycznych lub społecznych (gdy rodzice mają ograniczone możliwości wychowawcze ze względów materialnych lub zdrowotnych), po

	uzyskaniu zgody 2 lekarzy. Zgoda 1 lekarza jest wystarcza w przypadku kobiety poniżej 17. i powyżej 41. roku życia lub matki co najmniej 4 dzieci. Do 20. tygodnia dopuszczana jest w przypadku kobiet poniżej 17. r.ż. ze względów społecznych oraz do 24. ze względu na uszkodzenie płodu. Zabieg jest częściowo refundowany.
Francja	Aborcja jest dopuszczalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży, po tym terminie ze względów medycznych i po konsultacji z zespołem lekarzy i pracowników społecznych. Od 2013 r. jest w pełni refundowana. W ostatnich latach prawo chroni dostęp do informacji o aborcji oraz ogranicza możliwości prowadzenia propagandy antyaborcyjnej w oparciu o nieprawdziwe informacje oraz polegającej na wywieraniu presji na kobiety decydujące się na zabieg i ich otoczenie. Aborcja nie jest traktowana jako przestępstwo.
Niemcy	Aborcja jest dopuszczalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży po konsultacji w centrum poradnictwa dla kobiet w ciąży (konsultacja nie jest wymagana w przypadku gwałtu). Po 12. tygodniu ze wskazań medycznych za zgodą 2 lekarzy. Zabieg jest refundowany wyłącznie dla osób o niskich dochodach.
Grecja	Aborcja jest dopuszczalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży, do 19. w przypadku gwałtu i do 24. w przypadku poważnych wad płodu. Gdy istnieje poważne zagrożenie dla zdrowia (w tym psychicznego) lub życia kobiety – nie ma limitów czasowych. Zabiegi w publicznych placówkach są w pełni refundowane, w prywatnych – w części.
Hiszpania	Aborcja jest dozwolona do 14. tygodnia ciąży na żądanie oraz do 22. tygodnia w przypadku zagrożenia zdrowia kobiety, za zgodą 1 lekarza lub poważnego uszkodzenia płodu, za zgodą 2 lekarzy. Nieletnie kobiety muszą uzyskać zgodę od rodziców. W 2013 r. zaostrzono przepisy, ograniczając katalog wskazań medycznych, ale pod presją społeczną wycofano się z zaostrzenia już rok później.
Holandia	Aborcja jest legalna, ale kodeks karny uznaje pozbawienie życia płodu zdolnego do życia poza ciałem matki za dzieciobójstwo. W praktyce za limit czasowy do dokonania zabiegu uznaje się 20-24. tydzień ciąży. Zabieg jest w pełni refundowany, również dla kobiet z innych krajów.
Irlandia	Aborcja jest możliwa wyłącznie w przypadku zagrożenia zdrowia i życia kobiety, lub gdy 3 lekarzy (w tym 2 psychiatrów) orzeknie o dużym ryzyku

	popełnienie samobójstwa przez ciężarną. Ofiary gwałtu oraz kobiety noszące uszkodzone płody nie mają prawa do aborcji. Kara za nielegalną aborcję jest do 14 lat pozbawienia wolności (nie tylko dla lekarzy, także dla kobiet). Nie jest jednak karalny wyjazd do innego kraju (zwykle do Wielkiej Brytanii) na zabieg, co jest często stosowanym rozwiązaniem przez kobiety, których status materialny na to pozwala. Niedawno ogłoszono, że w 2018 r. odbędzie się referendum w sprawie uchylenia poprawki do konstytucji, nadającej płodom od początku ciąży status obywateli.
Litwa	Aborcja jest dopuszczalna do 12. tygodnia ciąży, po odbyciu konsultacji i wyrażeniu pisemnej zgody przez kobietę, do 22. tygodnia – ze wskazań medycznych. Aborcja ze wskazań medycznych jest refundowana. Uzyskanie zgody partnera jest wskazane, ale nie wymagane.
Luksemburg	Od 2014 r. aborcja jest wykreślona z kodeksu karnego. Aborcja jest dopuszczalna do 12. tygodnia na żądanie, po odbyciu konsultacji. Po upływie tego terminu jest możliwa ze wskazań medycznych za zgodą 2 lekarzy. Jest w pełni refundowana.
Łotwa	Aborcja jest dopuszczalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży, po konsultacji i za wyrażeniem pisemnej zgody przez kobietę oraz ze wskazań medycznych po tym terminie za zgodą lekarza. Nie jest refundowana.
Malta	Aborcja jest w pełni zakazana. Malta zastrzegła sobie w traktacie akcesyjnym, że UE nie będzie ingerować w maltańskie prawo antyaborcyjne.
Norwegia	Aborcja jest legalna na żądanie do 12. tygodnia ciąży, po tym terminie ze wskazań społecznych lub medycznych za zgodą 2 lekarzy. Zabieg jest w pełni refundowany.
Portugalia	Aborcja jest dopuszczalna do 10. tygodnia ciąży po konsultacji z innym lekarzem, niż przeprowadzający zabieg i za pisemnym oświadczeniem kobiety. Do 16. tygodnia w przypadku gwałtu i ze wskazań medycznych, do 24. tygodnia – w przypadku uszkodzenia płodu lub zagrożenia dla zdrowia i życia kobiety. Od 2015 r. zabieg nie jest refundowany, a konsultacje mają kłaść nacisk na wsparcie i korzyści dla kobiety, jeżeli zdecyduje się donosić ciążę.
Rumunia	Aborcja jest dopuszczalna do 12. tygodnia ciąży na żądanie, po tym terminie w przypadku ryzyka dla zdrowia kobiety lub poważnego uszkodzenia płodu.

	Jest znacznej części refundowana przez państwo, a dla osób ubogich - w pełni.
Słowacja	Aborcja jest dozwolona do 12. tygodnia ciąży na żądanie, pod warunkiem że od ostatniego zabiegu upłynęło więcej niż 6 miesięcy (chyba, że wystąpią wskazania medyczne, kobieta ma powyżej 35 lat, dwójkę dzieci lub została zgwałcona). Po upływie 12 tygodni możliwa jest w przypadku gwałtu lub wskazań medycznych. Aborcja ze wskazań medycznych jest w pełni refundowana.
Słowenia	Aborcja jest dozwolona do 10. tygodnia ciąży, po upływie tego terminu ze wskazań medycznych po konsultacji z interdyscyplinarnym komitetem. Nie jest refundowana.
Szwecja	Aborcja jest dozwolona do 18. tygodnia ciąży, a po tym terminie ze szczególnych powodów, za zgodą interdyscyplinarnego komitetu. Zabieg jest w pełni refundowany.
Węgry	Aborcja dopuszczalna jest do 12. tygodnia ciąży, gdy kobieta uzna że ciąża stanowi dla niej poważny kryzys życiowy i po dwóch konsultacjach z pracownikami społecznymi. Po tym terminie aborcja jest możliwa ze wskazań medycznych lub społecznych za zgodą 2 lekarzy. Dostęp do aborcji jest poważnie ograniczony przez małą liczbę placówek wykonujących zabiegi, biurokrację i konsultacje które kobiety odbierają jako upokarzające i zawstydzające.
Wielka Brytania	Aborcja jest dozwolona do 24. tygodnia ciąży, po tym terminie w przypadku zgody 2 lekarzy co do poważnego uszkodzenia płodu lub ryzyka zdrowotnego dla kobiety. Zabieg jest prawie w pełni refundowany, również dla kobiet z innych krajów.
Włochy	Aborcja dopuszczalna jest do 90. dnia ciąży (ok. 13 tygodni) ze wskazań medycznych lub społecznych, po konsultacji z lekarzem. Po tym terminie – wyłącznie ze wskazań medycznych. Zabieg jest w pełni refundowany. Faktyczny dostęp do aborcji jest poważnie ograniczony ze względu na klauzulę sumienia, na którą powołuje się ok. 80% lekarzy.

Źródło: opracowanie własne

Warszawa, 12 grudnia 2017 r.

Lista posłów popierających projekt ustawy o świadomej prokreacji
Parlamentarnego Zespołu ds. równości i sprawiedliwości społecznej

	Imię	Nazwisko	Podpis
1.	[illegible]	[illegible]	
2.	[illegible]	[illegible]	
3.	[illegible]	[illegible]	
4.	[illegible]	[illegible]	
5.	[illegible]	[illegible]	
6.	[illegible]	[illegible]	
7.	[illegible]	[illegible]	
8.	[illegible]	[illegible]	
9.	[illegible]	[illegible]	
10	[illegible]	[illegible]	
11.	[illegible]	[illegible]	
12	[illegible]	[illegible]	
13	[illegible]	[illegible]	
14	[illegible]	[illegible]	
15	[illegible]	[illegible]	
16	[illegible]	[illegible]	
17	[illegible]	[illegible]	