

Prawne aspekty dostępu do antykoncepcji w Polsce

Streszczenie

Według raportów Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych w Polsce od lat notuje się najgorszy dostęp do antykoncepcji wśród krajów europejskich. Możliwość wyboru bezpiecznych, efektywnych i przystępnych cenowo metod planowania rodziny oraz dostęp do pełnej informacji dotyczącej wszystkich metod stanowi jeden z aspektów praw reprodukcyjnych, które uznaje się za integralny element praw człowieka. Jako że większość środków antykoncepcyjnych przeznaczona jest do użytku przez kobiety, wszelkie ograniczenia w dostępności do nich można zakwalifikować jako formę dyskryminacji ze względu na płeć. Celem niniejszego artykułu jest stwierdzenie, czy obowiązujące w polskim systemie prawnym przepisy zapewniają rzeczywisty i zgodny ze standardami międzynarodowymi dostęp do antykoncepcji. Analizie poddano następujące metody antykoncepcji: awaryjną, chemiczną, mechaniczną, hormonalną, długoterminową oraz trwałą. Dodatkowo omówiono kwestie mające wpływ na dostęp do antykoncepcji, takie jak klauzula sumienia, edukacja seksualna oraz brak niezależności małoletnich kobiet w podejmowaniu decyzji o metodach antykoncepcji, z wyłączeniem mechanicznej i chemicznej.

Słowa kluczowe: prawa reprodukcyjne, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, antykoncepcja

Wprowadzenie

Prawo do antykoncepcji jest jednym z aspektów praw reprodukcyjnych i praw seksualnych, które są integralnymi elementami praw człowieka. Wynikiem międzynarodowych konferencji¹ organizowanych przez Organizację Narodów Zjednoczonych było stopniowe formułowanie definicji praw reprodukcyjnych. Kompleksowe wyjaśnienie zakresu pojęciowego i znaczeniowego praw reprodukcyjnych nastąpiło w paragrafie 7.3 Programu Działań Międzynarodowej Konferencji ONZ na rzecz Ludności i Rozwoju w Kairze w 1994 r., zgodnie z którym:

reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus documents. These rights rest on the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes their right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in human rights documents².

W tym samym dokumencie za zdrowie reprodukcyjne uznano stan całkowitego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie

¹ O konferencjach ONZ dotyczących praw reprodukcyjnych, szczególnie prawa do antykoncepcji, zob. np. E. Zielińska, *Antykoncepcja*, [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, s. 176–180; K. Dobrowolska, *Prawa reprodukcyjne i seksualne w ONZ i ich doktrynalne uwarunkowania*, „Zeszyty Prawnicze” 16/2016, s. 163–181.

² „Prawa reprodukcyjne obejmują pewne prawa człowieka, które są już uznane w przepisach krajowych, międzynarodowych dokumentach dotyczących praw człowieka i innych dokumentach konsensusu. Prawa te opierają się na uznaniu podstawowego prawa wszystkich par i jednostek do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania o liczbie, odstępach pomiędzy i czasie posiadania dzieci oraz do dostępu do informacji i środków, aby to realizować, a także prawa do osiągnięcia najwyższego standardu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Obejmuje to również ich prawo do podejmowania decyzji dotyczących reprodukcji wolnych od dyskryminacji, przymusu i przemocy, jak zostało wyrażone w dokumentach dotyczących praw człowieka” [tłum. aut.].

tylko brak chorób, w ramach którego każda osoba ma prawo do satysfakcjonującego i bezpiecznego życia seksualnego oraz możliwość rozmnażania się i wolność decydowania, czy, kiedy i jak często decydować się na posiadanie dzieci. Do zdrowia reprodukcyjnego zalicza się także zdrowie seksualne, które Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka wydana przez Światową Organizację Zdrowia Reprodukcyjnego uznaje za dobrostan fizyczny, emocjonalny, psychiczny i społeczny związany z seksualnością. Natomiast prawa seksualne obejmują ochroną prawo każdego człowieka do korzystania ze swojej seksualności i jej wyrażania oraz do zachowania zdrowia seksualnego z należyтым poszanowaniem praw innych.

W obszarze zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego zawiera się wybór każdej osoby w zakresie bezpiecznych, efektywnych i przystępnych cenowo metod planowania rodziny oraz dostęp do pełnej informacji dotyczącej wszystkich metod, co stanowi temat niniejszego artykułu.

Według raportu Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych z 2024 r.³ w Polsce notuje się najgorszy dostęp do antykoncepcji wśród krajów europejskich. Taki sam wynik Polska „osiągnęła” również w 2019⁴, 2020⁵, 2022⁶ i 2023 r.⁷ Kryteriami ewaluacji były: dostęp do środków antykoncepcyjnych – rozumiany jako ich refundacja przez państwo; dostęp do poradnictwa, w tym do antykoncepcji

³ Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych, *Contraception Policy Atlas 2024*, https://www.epfweb.org/sites/default/files/2024-02/CCInfoEU_A3_EN_2024-FEB12_0.pdf [dostęp: 6.03.2024].

⁴ Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych, *Contraception Policy Atlas 2022*, <https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/EPF%20Contraception%20Policy%20Atlas%20Europe%202022.pdf> [dostęp: 31.10.2023].

⁵ Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych, *Contraception Policy Atlas 2020*, https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-11/CCeptionInfoA3_EN%202020%20NOV2.pdf [dostęp: 6.03.2024].

⁶ Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych, *Contraception Policy Atlas 2019*, https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-05/map_cci-english_english_v9-web.pdf [dostęp: 6.03.2024].

⁷ Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych, *Contraception Policy Atlas 2023*, https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception_Policy_Atlas_Europe2023.pdf [dostęp: 6.03.2024].

hormonalnej bez recepty i awaryjnej; dostęp do informacji online. Wieleletnie utrzymywanie się Polski na ostatniej pozycji, pomimo wiążących Polskę – i inne przedstawione w raporcie kraje europejskie, w szczególności te należące do UE – tych samych standardów międzynarodowych, każe kwestionować efektywne wykonywanie przez Polskę wynikających z nich zobowiązań.

Wobec powyższego niniejsze opracowanie skupia się przede wszystkim na odpowiedzi na pytanie, czy przepisy obowiązujące w polskim systemie prawnym zapewniają rzeczywisty i zgodny ze standardami międzynarodowymi dostęp do antykoncepcji. Podstawę do sformułowania standardów międzynarodowych dotyczących antykoncepcji stanowi analiza najważniejszych dokumentów ONZ, Rady Europy oraz Unii Europejskiej, którymi związana jest Polska. Następnie omówiono krajowe przepisy odnoszące się do antykoncepcji, w większości dotyczące szeroko interpretowanego prawa do zdrowia, którego jednym z elementów jest właśnie dostęp do antykoncepcji. Porównanie obowiązujących norm międzynarodowych i krajowych do rzeczywistego stanu pozwoli na przeprowadzenie oceny, czy i w jakim zakresie Polska wypełnia swój pozytywny obowiązek zapewnienia dostępu do antykoncepcji.

Analizie poddane zostały następujące metody antykoncepcji: awaryjna, chemiczna, mechaniczna, hormonalna, długoterminowa oraz trwała⁸. Jako że aborcja nie stanowi metody antykoncepcji, choć jest istotnym prawem reprodukcyjnym silnie z nią związanym, nie podlega ona zbadaniu w niniejszym tekście. Dodatkowo tzw. naturalne metody antykoncepcji jako wysoce niepewne i nieskuteczne⁹ również nie zostały uwzględnione jako przedmiot badań niniejszego opracowania. Oprócz dostępności poszczególnych środków antykoncepcji poruszono również

⁸ Opis poszczególnych metod antykoncepcji oraz ich skuteczności zob. np. World Health Organisation, *Mechanisms of action and effectiveness of contraceptive methods*, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/mechanisms-of-action-and-effectiveness-of-contraception-methods.pdf?sfvrsn=e39a69c2_1 [dostęp: 6.03.2024].

⁹ Zob. np. ibidem, *Standard Days Method, Basal Body Temperature Method, TwoDay Method, Sympto-thermal Method, Calendar Method, Withdrawal*.

wpływ tzw. klauzuli sumienia oraz kwestie dotyczące osób młodych, czyli edukację seksualną oraz brak niezależności małoletnich kobiet w podejmowaniu decyzji o metodach antykoncepcji, z wyłączeniem mechanicznej i chemicznej.

Większość środków antykoncepcyjnych przeznaczona jest do użytku przez kobiety, co przerzuca na nie odpowiedzialność za zapobieganie ciąży, choć w zapłodnieniu uczestniczą osoby obu płci. Struktury społeczne i normy dotyczące płci i płodności wpływają na to, jak ludzie konceptualizują stosowanie antykoncepcji, a w konsekwencji tworzą ograniczenia w dostępie do niej i jej stosowaniu¹⁰. To głównie kobiety odczuwają wszelkie ograniczenia w dostępności antykoncepcji, dlatego niezapewnienie odpowiedniego dostępu do niej stanowi formę dyskryminacji ze względu na płeć.

Temat dostępności antykoncepcji wydaje się szczególnie ważny ze względu na niemal całkowity zakaz aborcji w Polsce, pogłębiony wydaniem przez upolityczniony Trybunał Konstytucyjny dnia 22.10.2020 r. tzw. wyroku o sygnaturze akt K 1/20, w którym stwierdzono niezgodność art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny¹¹ z art. 38 w zw. z art. 30 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP¹². Trybunał uznał przesłankę pozwalającą na przerwanie ciąży ze względu na trwale i nieodwracalne wady płodu za sprzeczną z prawną ochroną życia oraz za naruszającą przyrodzoną i niezbywalną godność człowieka. Wskutek tej decyzji z dniem publikacji wyroku – 27.01.2021 r. – aborcja z przyczyn embriopatologicznych stała się spreczna z prawem¹³, a jedynymi pozostałymi

¹⁰ N. Metheny, R. Stephenson, *How the Community Shapes Unmet Need for Modern Contraception: An Analysis of 44 Demographic and Health Surveys*, „Studies in Family Planning” t. 48, nr 3/2017, s. 236.

¹¹ Ustawa z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 1575).

¹² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 319, z 2006 r. Nr 200, poz. 1471, z 2009 r., Nr 114, poz. 946).

¹³ Wyrok ten był szeroko krytykowany przez doktrynę z powodu zasiadania w Trybunale Konstytucyjnym sędziów wybranych niezgodnie z prawem (A. Bień-Kacała, *Nieliberalny sąd konstytucyjny w Polsce na przykładzie wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie aborcyjnej, sygn. akt K 1/20*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” t. 69, nr 5/2022, s. 15–27; D. Szumilo-Kulczycka, K. Kozub-Ciembroniewicz, *Konsekwencje uchyleń w obszarze TK (uwagi na tle orzeczenia w sprawie K 1/20)*, „Państwo i Prawo”

legalnymi przesłankami aborcji są zagrożenie ciąży dla życia lub zdrowia matki oraz uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

W świetle powyższego stanu prawnego kobietom nieplanującym posiadania dzieci pozostaje poleganie – niemal wyłącznie – na antykoncepcji, jeżeli każda z nich chce zachować sprawczość co do decyzyjności w zakresie własnego ciała i życia. Wydaje się więc słuszne wskazanie, że państwo, które prawie całkowicie zakazuje aborcji, powinno w szczególności podwyższonym stopniu zadbać o odpowiedni dostęp do antykoncepcji.

Zdrowie reprodukcyjne w zakresie dostępu do antykoncepcji – standardy prawa międzynarodowego

Akty prawne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące antykoncepcji

Trzy dokumenty Organizacji Narodów Zjednoczonych, które wszechstronnie ujmują najważniejsze i najbardziej podstawowe prawa człowieka, można interpretować jako gwarantujące prawo do antykoncepcji, choć nie odnoszą się do niego w bezpośredni sposób. Są to: Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych.

8/2021, s. 81–100; A. Gliszczyńska-Grabias, W. Sadurski, *The Judgment That Wasn't (But Which Nearly Brought Poland to a Standstill): 'Judgment' of the Polish Constitutional Tribunal of 22 October 2020, K 1/20*, „European Constitutional Law Review” t. 17, nr 1/2021, s. 130–153; Zespół Doradców ds. kontroli konstytucyjności prawa przy Marszałku Senatu X kadencji, *Ekspertyza prawna w przedmiocie oceny prawnej orzeczenia TK z 22 października 2020 r. sygn. K 1/20*, co potwierdził Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku z 7.05.2021 r. w sprawie Xero Flor przeciwko Polsce, skarga nr 4907/18. Krytyka wyroku K 1/20 przez przedstawicieli doktryny opiera się również na przekroczeniu przez TK swoich kompetencji (zob. np. B. Grabowska-Moroz, K. Łakomic, *(Nie)dopuszczalność aborcji. Głosa do wyroku TK z dnia 22 października 2020 r., K 1/20*, „Państwo i Prawo” 8/2021, s. 251–259; S. Tarapata, W. Zontek, *Prawnokarne skutki wyroku TK z 22.10.2020 r., K 1/20 (zagadnienia wybrane)*, „Państwo i Prawo” 8/2021, s. 211–225; R. Piotrowski, *Nowa regulacja przerywania ciąży w świetle Konstytucji*, „Państwo i Prawo” 8/2021, s. 62–80). W związku z tym zasadne wydaje się kwestionowanie statusu wyroku K 1/20 i nieuznawanie jego obowiązywania.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 1948 r.¹⁴ jest najstarszym dokumentem wyznaczającym standardy ochrony praw człowieka. Choć nie ma mocy wiążącej, jej ugruntowana pozycja sprawia, że zawarte w niej normy uważa się za podstawowe i konieczne do przestrzegania, co dało punkt wyjścia późniejszym, skutecznym prawnie międzynarodowym umowom chroniącym prawa człowieka. Do prawa do antykoncepcji może odnosić się jej art. 12 zakazujący samowolnej ingerencji w czyjekolwiek życie prywatne oraz przepisy dotyczące równości wobec prawa i zakazu dyskryminacji, czyli art. 2 i art. 7.

Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych¹⁵ nie zawiera praw, które można by uznać za zabezpieczające dostęp do antykoncepcji. Prawa reprodukcyjne mogłyby być ewentualnie wspierane przez przepisy odnoszące się do równości (art. 3 przyznaje kobietom i mężczyznom równe prawo do korzystania ze wszystkich praw obywatelskich i politycznych wymienionych w tym pakcie, a art. 26 ustanawia równość wobec prawa i prawo do ochrony przed dyskryminacją) oraz przez art. 17, zakazujący m.in. bezprawnej ingerencji w życie prywatne jednostki. Na podstawie MPPOiP działa Komitet Praw Człowieka, który rozpatrywał sprawy dotyczące praw reprodukcyjnych, jednak dotyczyły one aborcji¹⁶.

W zdecydowanie większym stopniu do kwestii prawa do antykoncepcji odnosi się Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych¹⁷. Jako że antykoncepcja, jako aspekt reprodukcji, przyczynia się w istotnym stopniu do szeroko rozumianego zdrowia, zastosowanie

¹⁴ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka – rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) przyjęta i proklamowana w dniu 10.12.1948 r.

¹⁵ Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167).

¹⁶ Decyzja Komitetu Praw Człowieka ONZ z 24.10.2005 r., K.L. przeciwko Peru, skarga nr 1153/2003; decyzja Komitetu Praw Człowieka ONZ z 28.04.2011 r., L.M.R. przeciwko Argentynie, skarga nr 1608/2007; decyzja Komitetu Praw Człowieka ONZ z 17.10.2016 r., Amanda Jane Mellet przeciwko Irlandii, skarga nr 2324/2013; decyzja Komitetu Praw Człowieka ONZ z 12.06.2017 r., Siobhán Whelan przeciwko Irlandii, skarga nr 2425/2014.

¹⁷ Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169).

znajdzie przepis art. 12, przyznający każdemu prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. Natomiast art. 3 ustanawia równe prawo kobiet i mężczyzn do korzystania ze wszystkich praw wymienionych w MPPGSiK. Działający na podstawie tego paktu Komitet Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych może wydawać uwagi ogólne, w których umieszcza rekomendacje dla państw odnoszące się konkretnego problemu mającego wpływ na prawa wynikające z paktu.

Komitet ten w uwagach ogólnych nr 14 z 2000 r. dotyczących prawa do najwyższego osiągalnego stanu zdrowia uznał za kluczowy aspekt prawa do zdrowia dostęp do edukacji i informacji związanych ze zdrowiem, w tym zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego (pkt 11 uwag ogólnych). Stwierdził też konieczność wyeliminowania dyskryminacji kobiet w obszarze zdrowia, znów podkreślając świadczenia związane ze sferą seksualną i reprodukcyjną (pkt 21). Do antykoncepcji odniósł się bezpośrednio w pkt 34, który nakłada na państwa obowiązek powstrzymania się od ograniczania dostępu do środków antykoncepcyjnych i innych środków utrzymania zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, od cenzurowania, wstrzymywania lub celowego przedstawiania fałszywych informacji dotyczących zdrowia, w tym edukacji i informacji seksualnych. Istotny jest również pkt 21, dotyczący zapewnienia przez państwa bezpiecznego i wspierającego środowiska dla młodzieży, które zapewni możliwość uczestniczenia w decyzjach mających wpływ na ich zdrowie, zdobywania umiejętności życiowych i odpowiednich informacji, otrzymywania poradnictwa i negocjowania wyborów dotyczących zdrowia. Realizacja prawa młodzieży do zdrowia uzależniona jest według Komitetu od rozwoju opieki zdrowotnej przyjaznej młodzieży, szanującej poufność i prywatność oraz obejmującej odpowiednie usługi w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

W 2016 r. Komitet wydał uwagi ogólne nr 22 dotyczące prawa do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. W pkt 8 stwierdził, że prawo do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego jest uwarunkowane społecznie, jako że we wszystkich krajach wzorce zachowań seksualnych i zdrowie reprodukcyjne zasadniczo odzwierciedlają nierówności społeczne

i nierówny podział władzy. Prawa te są zależne od innych praw człowieka, dlatego ich realizacja wymaga także przestrzegania pozostałych przepisów MPPGSiK. Komitet podaje przykład połączenia praw seksualnych i reprodukcyjnych z prawem do nauki (art. 13 i 14) oraz prawem do niedyskryminacji i równości mężczyzn i kobiet (art. 2 ust. 2 i 3), co pociąga za sobą prawo do edukacji w zakresie seksualności i reprodukcji, która powinna być kompleksowa, niedyskryminująca, oparta na dowodach, dokładna z naukowego punktu widzenia i wiekowo odpowiednia. Za elementy rozważanych praw uznaje dostępność zarówno usług, jak i leków, w tym szerokiego wyboru środków antykoncepcyjnych, zwracając uwagę na ceny i fizyczny dostęp jako niedużą odległość od aptek i miejsc zapewniających usługi zdrowotne (pkt 11–17). Kluczowa jest także dostępność informacji, którą Komitet rozumie jako prawo do poszukiwania, otrzymywania i rozpowszechniania informacji i idei dotyczących ogólnie zagadnień zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, a także prawo jednostek do otrzymywania szczegółowych informacji na temat ich stanu zdrowia (pkt 18–19). Obiekty, towary, informacje i usługi związane ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym muszą być dobrej jakości, czyli oparte na dowodach naukowych oraz odpowiednie i aktualne z naukowego i medycznego punktu widzenia (pkt 21), a także muszą szanować wszelkie różnorodności kulturowe, seksualne, wiekowe etc. (pkt 20). Zobowiązania państw-stron odnoszące się do praw seksualnych i reprodukcyjnych Komitet dzieli na (pkt B) obowiązek poszanowania (powstrzymania się od bezpośredniej lub pośredniej ingerencji w korzystanie przez jednostki z tych praw), ochrony (podjęcie środków zapobiegających ingerencjom osób trzecich w omawiane prawa) i zapewnienia realizacji tych praw poprzez wprowadzenie odpowiednich środków prawnych, administracyjnych, budżetowych i innych. Podkreśla, że państwa muszą gwarantować opiekę w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego osobom, które doświadczyły przemocy seksualnej i domowej, włączając w to m.in. dostęp do awaryjnej antykoncepcji (pkt 45). Jako powszechne naruszenie praw seksualnych i reprodukcyjnych wymienia niezagwarantowanie przez państwa dostępu do pełnego zakresu środków antykoncepcyjnych, tak aby każdy mógł stosować

adekwatną metodę, która odpowiadałaby szczególnej sytuacji i potrzebom danej jednostki (pkt 62).

Pierwszym traktatem dotyczącym praw człowieka, który wyraźnie wymaga od państw-stron zapewnienia dostępu do planowania rodziny¹⁸, jest Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (tzw. Konwencja CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women)¹⁹. W art. 12 wprost zalicza usługi związane z planowaniem rodziny do opieki zdrowotnej, którą państwa powinny zapewnić kobietom na zasadach równości z mężczyznami. Dodatkowo Konwencja CEDAW w art. 16 lit. e. nakazuje państwom podjęcie wszelkich kroków w celu zapewnienia równych praw w zakresie swobodnego i świadomego decydowania o liczbie dzieci i odstępach czasu między ich narodzinami oraz w sprawach dostępu do informacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa.

Rola kobiet w rodzeniu dzieci jest podstawą wielu stereotypów i dyskryminacji wobec nich, ale postanowienia Konwencji są ograniczone przez umiejscowienie praw reprodukcyjnych głównie w kontekście rodziny, dlatego należało rozszerzyć ten zakres²⁰. Powołany na mocy art. 17 Komitet do Spraw Likwidacji Dyskryminacji Kobiet wydał w 1999 r. uwagi ogólne nr 24 dotyczące zdrowia reprodukcyjnego, gdzie przyjął założenie, że kontrola urodzeń leży u podstaw ogólnych relacji między mężczyzną a kobietą. Choć cały dokument, jako że odnosi się do praw reprodukcyjnych, mniej lub bardziej pośrednio podejmuje problematykę dostępu do antykoncepcji, zawiera on również szczegółowe rekomendacje w tym zakresie. Zwraca uwagę na fakt, że brak poszanowania poufności danych przez personel medyczny dotyka zarówno mężczyzn, jak i kobiet, jednak może dodatkowo zniechęcić kobiety do szukania porad i leczenia, w tym w sprawie antykoncepcji (pkt 12d). Podkreśla obowiązek państw-stron do

¹⁸ M.A. Freeman, C. Chinkin, B. Rudolf, *The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. A Commentary*, Oxford 2012, s. 320.

¹⁹ Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 18.12.1979 r. (Dz.U. z 1982 r. Nr 10, poz. 71).

²⁰ M.A. Freeman, C. Chinkin, B. Rudolf, *The UN Convention...*, op. cit., s. 17.

podjęcia odpowiednich środków ustawodawczych, sądowych, administracyjnych, budżetowych, ekonomicznych i innych, w maksymalnym zakresie dostępnych zasobów, aby zapewnić kobietom realizację ich praw do opieki zdrowotnej. Jest to szczególnie ważne w obliczu dużej liczby par, które chciałyby ograniczyć wielkość swojej rodziny, ale nie mają dostępu do żadnej formy antykoncepcji lub nie stosują jej wcale, co powinno stanowić dla państwa ważną wskazówkę dotyczącą możliwych naruszeń swoich obowiązków w zakresie zapewnienia kobietom dostępu do opieki zdrowotnej (pkt 17). Jako rekomendację dla działań rządowych Komitet w pkt 31c podaje nadanie priorytetu zapobieganiu niechcianej ciąży przez planowanie rodziny oraz edukację seksualną.

Jako że antykoncepcja nie dotyczy wyłącznie osób pełnoletnich, do osób poniżej 18. roku życia oprócz omówionych powyżej aktów prawa międzynarodowego znajdują zastosowanie również przepisy Konwencji o prawach dziecka²¹. Artykuł 16 dotyczy ochrony prawnej dziecka przed arbitralną lub bezprawną ingerencją m.in. w sferę jego życia prywatnego, a art. 24 ust. 2 pkt f zobowiązuje państwa do podjęcia niezbędnych kroków w celu rozwoju profilaktycznej opieki zdrowotnej, poradnictwa dla rodziców oraz wychowania i usług w zakresie planowania rodziny.

Ustanowiony w art. 43 ust. 1 Komitet Praw Dziecka w wydawanych komentarzach ogólnych odnosił się do praw związanych z antykoncepcją. W komentarzu ogólnym nr 4 z 2003 r., dotyczącym zdrowia i rozwoju osób nastoletnich, zobowiązuje państwa-strony do zapewnienia wszystkim takim osobom dostępu do placówek opieki zdrowotnej, towarów i usług, w tym poradnictwa i usług zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego oraz seksualnego i reprodukcyjnego, o odpowiedniej jakości i wrażliwych na problemy tej grupy (pkt 39c). W świetle art. 3, 17 i 24 Konwencji państwa powinny zapewnić osobom nastoletnim dostęp do odpowiednich informacji, niezależnie od ich stanu cywilnego oraz tego, czy rodzice lub opiekunowie wyrazili na to zgodę (pkt 28). Komitet wzywa państwa do opracowania skutecznych programów profilaktycznych, w tym środków mających na

²¹ Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20.11.1989 r. (Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526).

celu zmianę poglądów kulturowych na temat potrzeb osób nastoletnich co do antykoncepcji i profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową oraz zajęcie się tabu dotyczącymi seksualności osób nastoletnich, a także do podjęcia kroków w celu usunięcia wszelkich barier utrudniających im dostęp do informacji, środków zapobiegawczych, takich jak prezerwatywy, oraz opieki (pkt 30). Państwa powinny opracować i wdrożyć programy zapewniające dostęp do usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w tym planowania rodziny, antykoncepcji i bezpiecznej aborcji (tam, gdzie aborcja nie jest niezgodna z prawem) oraz odpowiedniej i kompleksowej opieki położniczej i poradnictwa (pkt 31).

Komitet, rozważając w komentarzu ogólnym nr 15 z 2013 r. prawa dziecka do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia, zauważa, że wolności, których znaczenie wzrasta wraz z dojrzałością, obejmują prawo do kontrolowania własnego zdrowia i ciała, w tym wolność seksualną i reprodukcyjną w celu dokonywania odpowiedzialnych wyborów (pkt 24). Rozwija tę kwestię w pkt 31, postulując, aby dzieci zgodnie z ich rozwojem miały dostęp do poufnego poradnictwa bez zgody rodziców lub opiekunów prawnych, jeżeli specjaliści pracujący z dzieckiem uznają, że leży to w najlepszym interesie dziecka. Państwa powinny przeanalizować i rozważyć zezwolenie dzieciom na niektóre zabiegi i interwencje medyczne za ich zgodą, ale bez zgody rodzica, opiekuna lub kuratora, takie jak testy na obecność wirusa HIV oraz usługi z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w tym edukację i poradnictwo w tych kwestiach oraz w sprawie zapobiegania ciąży. Usługi planowania rodziny należy umiejscowić w ramach kompleksowych usług zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego i powinny obejmować edukację seksualną, w tym poradnictwo. Zgodnie z pkt 69 państwa powinny zapewnić, by osoby nastoletnie nie były pozbawione informacji lub usług z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego z powodu sprzeciwu sumienia świadczeniodawców. Krótkoterminowe metody antykoncepcji, jak prezerwatywy, metody hormonalne i antykoncepcja awaryjna, powinny być łatwo i szybko dostępne dla osób nastoletnich aktywnych seksualnie, jednak należy również zapewnić środki długoterminowe i trwałe. Komitet zaleca, by państwa zapewniły dostęp do bezpiecznej aborcji i usług

opieki poaborcyjnej niezależnie od tego, czy sama aborcja w danym kraju jest legalna (pkt 70). Edukacja na temat zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego powinna obejmować samoświadomość i wiedzę o ciele, w tym aspekty anatomiczne, fizjologiczne i emocjonalne (pkt 60). Co ciekawe, Komitet zwraca uwagę nie tylko na szczególnie wrażliwą sytuację dziewcząt, lecz również na fakt, że chłopcy i mężczyźni mają kluczowe znaczenie dla planowania i zapewnienia zdrowych ciąż i porodów (pkt 57).

W komentarzu ogólnym nr 20 z 2016 r. dotyczącym implementacji praw dziecka podczas okresu dojrzewania, w punktach 59, 60 oraz 61 Komitet bezpośrednio odnosi się do kwestii praw reprodukcyjnych i seksualnych. Wzywa państwa do przyjęcia kompleksowej, uwzględniającej płeć i seksualność polityki w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego osób w wieku nastoletnim, podkreślając, że nierówny dostęp do takich informacji, towarów i usług jest równoznaczny z dyskryminacją. Wszystkie osoby nastoletnie powinny mieć dostęp do bezpłatnych, poufnych, dostosowanych do potrzeb i niedyskryminujących usług z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, informacji i edukacji, dostępnych zarówno online, jak i stacjonarnie, włączając w to planowanie rodziny oraz antykoncepcję, w tym antykoncepcję awaryjną. Podkreśla, że nie powinny istnieć żadne bariery w dostępie do ww. praw, takie jak wymóg uzyskania zgody lub upoważnienia osoby trzeciej. Zwraca uwagę na szczególną rolę dostosowanej do wieku, kompleksowej i inkluzywnej, opartej na dowodach naukowych i standardach praw człowieka edukacji seksualnej, która powinna być częścią obowiązkowego programu szkolnego, a także docierać do młodzieży pozaszkolnej.

Prawo do antykoncepcji w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka

W systemie Rady Europy akt prawny, który chroni prawo do antykoncepcji, stanowi Europejska Konwencja Praw Człowieka (dalej jako: EKPC)²². Naj-

²² Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie 4.11.1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).

istotniejszym w tym kontekście przepisem EKPC jest art. 8, gwarantujący poszanowanie życia prywatnego jednostki oraz zakazujący ingerencji władzy publicznej w korzystanie z tego prawa z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności osób. Sfera prokreacji niewątpliwie jest częścią życia prywatnego, co potwierdził Europejski Trybunał Praw Człowieka w licznych orzeczeniach dotyczących praw reprodukcyjnych²³.

Ważny w obliczu podkreślonego wcześniej w niniejszym artykule problemu dyskryminacji kobiet w dostępie do antykoncepcji jest art. 14 EKPC. Jednak należy pamiętać, że art. 14 zakazuje dyskryminacji w korzystaniu z praw i wolności gwarantowanych Konwencją, a ogólny zakaz dyskryminacji ustanawia art. 1 Protokołu nr 12, który ratyfikowało jedynie 20 państw Rady Europy. Jako że Polska nie znajduje się w tej grupie, w odniesieniu do naruszeń przez Polskę praw wynikających z EKPC art. 14 nie występuje samodzielnie, lecz zawsze w związku z innym artykułem Konwencji.

Wśród orzeczeń Europejskiego Trybunału Praw Człowieka należy zwrócić uwagę na postanowienie *Pichon i Sajous* przeciwko Francji²⁴. Sprawa ta dotyczyła odmowy przez właścicieli apteki sprzedaży trzem kobietom środków antykoncepcyjnych na podstawie przedstawionych przez nie recept. Trybunał wydał decyzję, w której stwierdził, że art. 9 Konwencji (dotyczący wolności myśli, sumienia i wyznania) nie gwarantuje w każdym przypadku prawa do postępowania w sferze publicznej w sposób spójny z przekonaniami religijnymi danej osoby. Dopóki w danym państwie sprzedaż środków antykoncepcyjnych jest legalna i może odbywać się jedynie w aptekach na podstawie recepty lekarskiej,

²³ Por. Press Unit of European Court of Human Rights, *Factsheet – Reproductive rights*, https://www.echr.coe.int/documents/fs_reproductive_eng.pdf [dostęp: 6.03.2024].

²⁴ Postanowienie ETPC z 2.10.2001 r., *Pichon i Sajous* przeciwko Francji, skarga nr 49853/99.

farmaceuci nie mogą narzucać swoich przekonań innym i podawać ich jako przyczyny odmowy wydania środków antykoncepcyjnych.

Do prawa do antykoncepcji można odnieść również wyroki podejmujące kwestie związane z prawami reprodukcyjnymi, jak klauzula sumienia (R.R. przeciwko Polsce²⁵), zapłodnienie *in vitro* (*Evans* przeciwko Wielkiej Brytanii²⁶) i edukacja seksualna (*Kjeldsen* przeciwko Danii²⁷). Choć sprawy te nie dotyczyły wprost antykoncepcji, poruszały one aspekty integralnie z nią powiązane.

W sprawie *Evans* ETPC podkreślił, iż art. 8 Konwencji, odnoszący się do prawa do ochrony życia prywatnego, nakazuje zarówno poszanowanie decyzji o posiadaniu, jak i nieposiadaniu potomstwa, potwierdzając, że przepis ten zapewnia prawo do rezygnacji z prokreacji. Trybunał odwoływał się do tego stwierdzenia w wyroku R.R. przeciwko Polsce, w którym stwierdził, że prawo świadczeniodawcy opieki zdrowotnej do sprzeciwu sumienia wobec wykonania pewnych świadczeń zdrowotnych musi być odpowiednio uregulowane, aby nie uniemożliwiała kobiecie w praktyce uzyskania takich świadczeń, jakie są jej gwarantowane przez prawo. Mimo że sprawa R.R. dotyczyła aborcji, wyrok można odnieść również do antykoncepcji, której uzyskanie nie powinno być ograniczone przez niewłaściwie uregulowane prawo do tzw. klauzuli sumienia.

Do zapewnienia dostępu do antykoncepcji na właściwym poziomie konieczna jest edukacja w zakresie planowania rodziny. Trybunał w wyroku *Kjeldsen* stwierdził, iż obowiązkowa edukacja seksualna w szkołach publicznych nie narusza prawa rodziców do wychowywania i nauczania ich dziecka zgodnie z ich własnymi przekonaniami religijnymi i filozoficznymi, wynikającego z art. 2 Protokołu dodatkowego nr 1 z 1952 r., państwo musi zadbać o to, aby informacje lub wiedza zawarte w programie były przekazywane w sposób obiektywny, krytyczny i w ujęciu pluralistycznym. Jednak, zdaniem Trybunału, granicą nie do przekroczenia jest realizowanie przez państwa jakiegokolwiek indoktrynacji, ponieważ może ona być uważana za

²⁵ Wyrok ETPC z 26.11.2011 r., R.R. przeciwko Polsce, skarga nr 27617/04.

²⁶ Wyrok ETPC z 7.03.2006 r., *Evans* przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 6339/05.

²⁷ Wyrok ETPC z 7.12.1976 r., *Kjeldsen i in.* przeciwko Danii, skargi nr 5095/71, 5920/72.

nierespektującą przekonań religijnych i filozoficznych rodziców. Obowiązkowa edukacja seksualna w szkołach publicznych zapewne pozytywnie przyczynia się do wiedzy młodych osób na temat antykoncepcji, czym jednocześnie zwiększa jej szeroko rozumianą dostępność.

Regulacje prawne Unii Europejskiej w zakresie antykoncepcji

Podstawowym unijnym aktem prawnym odnoszącym się do praw człowieka i stanowiącym podstawę prawa do antykoncepcji jest Karta praw podstawowych Unii Europejskiej²⁸ (dalej jako: KPP). Należy jednak pamiętać, że zastosowanie KPP podlega ograniczeniu zgodnie z jej art. 51 do instytucji, organów i jednostek organizacyjnych UE przy poszanowaniu zasady pomocniczości oraz do państw członkowskich wyłącznie w zakresie, w jakim stosują one prawo Unii.

W art. 7 KPP formułuje obowiązek poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, co pokrywa się z art. 8 EKPC. Zgodnie z art. 52 ust. 3 KPP w zakresie, w jakim Karta zawiera prawa, które odpowiadają prawom zagwarantowanym w EKPC, ich znaczenie i zakres są takie same jak praw przyznanych przez tę konwencję, dlatego art. 7 nie będzie szerzej omówiony z uwagi na rozwinięcie prawa do życia prywatnego w odniesieniu do EKPC.

Prawo człowieka do integralności fizycznej i psychicznej przyznaje art. 3 KPP. Artykuł 23 promuje równość kobiet i mężczyzn, a art. 21 ustanawia zakaz dyskryminacji nie tylko ze względu na płeć, która jest istotnym czynnikiem przy rozważaniach o dostępności antykoncepcji, lecz również ze względu na majątek. Zasoby finansowe determinują, do jakich środków antykoncepcyjnych osoba ma rzeczywisty dostęp, zwłaszcza gdy nie są one refundowane przez państwo. Powoduje to nierówności pomiędzy osobami mniej i bardziej zamożnymi, ponieważ te pierwsze w rezultacie braku wsparcia państwowego są ograniczone do tańszych środków antykoncepcji, które mogą być mniej wygodne i efektywne lub powodować więcej skutków ubocznych.

²⁸ Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (Dz.U. UE z 2007 r. nr 303, s. 1).

Do kwestii zdrowotnych odnosi się bezpośrednio art. 35 Karty. Przyznaje on prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych, podkreślając jednocześnie, iż przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Jak już zostało wspomniane, kwestie reprodukcyjne stanowią integralny element zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego, zatem niewątpliwie art. 35 znajdzie zastosowanie do dostępności antykoncepcji.

W obszarze prawa unijnego szczególne znaczenie mają regulacje dotyczące leków. Artykuł 4 ust. 4 dyrektywy 2001/83/WE²⁹ („Niniejsza dyrektywa nie wpływa na stosowanie ustawodawstwa krajowego zabraniającego lub ograniczającego sprzedaż bądź stosowanie produktów leczniczych jako środków antykoncepcyjnych lub poronnych”) stanowi źródło problematyczności prawa unijnego pod kątem dostępności antykoncepcji. Unijne uregulowania umożliwiły państwom członkowskim różnicowanie sprzedaży bądź stosowania produktów leczniczych jako środków antykoncepcyjnych lub poronnych, wprowadzając w art. 13 rozporządzenia nr 726/2004³⁰ wyjątek od zasady jednolitości dopuszczania do obrotu produktów leczniczych poprzez zastrzeżenie, iż ma być ona realizowana bez uszczerbku dla przepisów art. 4 ust. 4 dyrektywy 2001/83/WE. Artykuł 13 ww. rozporządzenia stanowi dyskryminację pośrednią, ponieważ pod pozorem neutralnej regulacji wyklucza w rzeczywistości kobiety, których, jak już zostało wyżej pokazane, dotyczy większość antykoncepcji. Łamie tym samym postanowienia art. 2 Traktatu o Unii Europejskiej³¹,

²⁹ Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 6.11.2001 r. w sprawie wspólnego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz.Urz. UE L z 2001 r. nr 311, s. 67).

³⁰ Rozporządzenie (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z 31.03.2004 r. ustanawiające unijne procedury wydawania pozwoleń dla produktów stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzór nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków (Dz.Urz. UE L z 2004 r. nr 136, s. 1).

³¹ Traktat o Unii Europejskiej z 13.12.2007 r. – wersja skonsolidowana (Dz.U. C 202 z 7.6.2016 s. 13–46).

uznającego równość kobiet i mężczyzn za jedną z głównych wartości Unii. „Przyzwolenie przez Unię Europejską na wprowadzanie przez poszczególne państwa członkowskie zakazów i ograniczeń w dostępie do farmaceutycznych środków antykoncepcyjnych oznacza naruszenie prawa obywateli Unii Europejskiej do planowania rodziny. Ogranicza również ich prawo do możliwie najwyższego stanu zdrowia oraz prawo do korzystania z aktualnych osiągnięć wiedzy i techniki medycznej, skazując często na korzystanie z bardziej szkodliwych zdrowotnie, mniej efektywnych lub uciążliwszych w stosowaniu środków i metod antykoncepcji”³².

Artykuł 4 ust. 4 dyrektywy 2001/83/WE służy państwom również do utrzymania wydawania środka antykoncepcji awaryjnej w postaci tabletek o nazwie EllaOne wyłącznie na podstawie recepty. Choć początkowo EllaOne była dopuszczona do obrotu w krajach członkowskich UE jedynie po przepisaniu przez lekarza (decyzja K(2009)4049), to obecnie kategoria dostępności tego produktu leczniczego to „wydawany bez recepty” (zmiana ta nastąpiła na podstawie decyzji wykonawczej Komisji Europejskiej C(2015)51 *final* z 7.01.2015 r.)³³. Mimo to wspomniany przepis pozwala państwom członkowskim na odstępianie od norm unijnych przy regulacji wydawania środka antykoncepcji awaryjnej, który co do zasady powinien być łatwo dostępny.

Istotnym dokumentem jest rezolucja w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet³⁴. W sposób niezwykle wyczerpujący określa ona potrzeby z obszaru praw reprodukcyjnych, w tym oczywiście prawa do antykoncepcji, zwracając uwagę na szczególną sytuację kobiet i dziewcząt. Wzywa państwa członkowskie do stworzenia efektywnych strategii gwarantujących dostęp do pełnego zakresu wysokiej jakości i przystępnych cenowo usług dotyczących praw reprodukcyjnych (pkt 9).

³² E. Zielińska, *Antykoncepcja...*, op. cit., s. 188–189.

³³ Ibidem, s. 189.

³⁴ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z 24.06.2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet (2020/2215(INI)) (Dz.Urz. UE C z 2022 r. nr 81, s. 43).

Wymaga zarówno od państw członkowskich, jak i Komisji Europejskiej gromadzenia i monitorowania statystyk dotyczących wszystkich usług w zakresie praw reprodukcyjnych i seksualnych oraz zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego w celu wykrywania i eliminowania ewentualnych różnic (pkt 11). Komisja ma również wspierać państwa w zagwarantowaniu powszechnego dostępu do ww. praw. Rezolucja zwraca też uwagę na kwestie dostępu do bezpiecznych i uczciwych produktów menstruacyjnych oraz na korzyści wynikające z kompleksowej edukacji seksualnej.

Szczegółowo do kwestii związanych z antykoncepcją odnosi się w pkt c o nazwie „Nowoczesna antykoncepcja jako strategia osiągnięcia równości kobiet i mężczyzn”. Państwa członkowskie powinny zapewnić powszechny dostęp do wysokiej jakości i przystępnych nowoczesnych, skutecznych metod antykoncepcji oraz informacji i doradztwa, aby umożliwić każdej osobie wybór najbardziej odpowiadającej jej metody antykoncepcyjnej, co jest gwarancją podstawowego prawa do zdrowia i prawa wyboru (pkt 30). W pkt 31 wzywa państwa członkowskie do zapewnienia, by cała służba zdrowia oferowała odpowiednią i regularną opiekę medyczną i psychologiczną, w ramach której promowane i chronione będzie zdrowie seksualne i reprodukcyjne kobiet przez całe ich życie. Zwraca uwagę, że to na organach publicznych państw spoczywa odpowiedzialność za dostarczanie opartych na dowodach dokładnych informacji na temat antykoncepcji. Państwa członkowskie powinny opracować programy i kampanie uświadamiające na temat możliwości wyboru w zakresie nowoczesnych metod antykoncepcyjnych oraz pełnej gamy środków antykoncepcyjnych, a także zapewnienia wysokiej jakości nowoczesnych usług antykoncepcyjnych i poradnictwa świadczonych przez pracowników służby zdrowia. Powołując się na standardy WHO, podkreśla problem dostępności antykoncepcji awaryjnej, która powinna być wydawana bez recepty, jako że w niektórych państwach lekarze odmawiają jej przepisania ze względu na osobiste przekonania.

Z założenia rezolucje nie mają skutków prawnych. Wyrażają jedynie stanowisko organów unijnych w konkretnych sprawach związanych z obszarami działalności UE i zazwyczaj przedstawiają wytyczne co do przyszłych działań. Mimo to tak kompleksowe potraktowanie

problematyki praw reprodukcyjnych i seksualnych z pewnością stanowi istotny drogowskaz i krok w realizacji przez poszczególne państwa członkowskie wyznaczonych przez Unię Europejską standardów.

Prawo krajowe wobec antykoncepcji

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej

Szczególne znaczenie dla prawa do antykoncepcji mają kwestie uregulowane w Konstytucji RP, która – jako najważniejszy krajowy akt prawny – nadaje zawartym w niej zobowiązaniom szczególne miejsce wśród obowiązków państwa³⁵.

Artykuł 18 Konstytucji wprost ustanawia obowiązek ochrony macierzyństwa i rodzicielstwa przez państwo, jednak nie stanowi on jedynej podstawy praw reprodukcyjnych. Jak zostało wspomniane powyżej, kwestie prokreacji w szczególny sposób dotyczą kobiet, dlatego art. 32 (zasada równości i zakaz dyskryminacji) oraz art. 33 (zasada równości kobiet i mężczyzn) są istotnym źródłem do zapewnienia przestrzegania praw reprodukcyjnych. Dodatkowo art. 47 chroni prawo do prywatności, które bez wątpienia zawiera w sobie prawo do decydowania o posiadaniu lub nieposiadaniu dziecka, a art. 54 zapewnia prawo do pozyskiwania informacji, które to mogą dotyczyć m.in. właśnie środków antykoncepcyjnych. Jako że prawo do antykoncepcji jest ściśle powiązane z kwestiami medycznymi, zastosowanie znajdzie również art. 68, ustanawiający prawo do ochrony zdrowia. Choć nie wynika z niego przyznanie prawa do indywidualnych roszczeń o udzielenie świadczenia, mimo to istnieje pewien minimalny standard, którego nieosiągnięcie oznacza naruszenie normy konstytucyjnej. Eleonora Zielińska twierdzi, że można by na tej podstawie „postawić zarzut niekonstytucyjności [...] każdej restrykcyjnej regulacji prawnej, w której prawo decydowania o posiadaniu dzieci

³⁵ L. Berro Pizzarossa, K.S. Perehudoff, *Mapping Constitutional Commitments on Sexual and Reproductive Health and Rights. A Global Survey*, [w:] H. Bielefeldt, M. Schmidhuber, A. Frewer (red.), *Healthcare as a Human Rights Issue. Normative Profile, Conflicts and Implementation*, Bielefeld 2017, s. 325–326.

zostałoby wydrażone z rzeczywistej treści”³⁶. „Niemniej jednak dotychczasowe orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego świadczy o wąskim rozumieniu wymienionych uprawnień, gdy odnoszą się one do sfery reprodukcji człowieka, zwłaszcza w zakresie, w jakim są wyłącznym atrybutem kobiet, co powoduje, że w przypadku rozstrzygnięcia ich ewentualnych kolizji np. z prawem do życia płodu, priorytet ochrony przyznaje się z reguły temu ostatniemu. Oznacza to, że konstytucyjne gwarancje w sferze praw reprodukcyjnych w dużej mierze pozostają czystą deklaracją, a możliwości dochodzenia na ich podstawie przez jednostkę swych praw są iluzoryczne”³⁷.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy wywnioskować, że Konstytucja RP nie porusza tematu antykoncepcji wprost, a jedynie w bardzo ogólnym stopniu odnosi się do kwestii z nią powiązanych. Czynią to następujące przepisy: art. 18 dotyczący ochrony macierzyństwa i rodzicielstwa, art. 47 chroniący prawo do prywatności, art. 54 gwarantujący prawo do pozyskiwania informacji oraz art. 68 zapewniający prawo do ochrony zdrowia. Dodatkowo istotne ze względu na dyskryminacyjne aspekty antykoncepcji są art. 32 oraz art. 33, wprowadzające odpowiednio zasadę równości i zakaz dyskryminacji oraz zasadę równości kobiet i mężczyzn. Konstytucja to najważniejszy krajowy akt prawny w Polsce, dlatego analiza, z jakich jej artykułów można wysnuć prawo do dostępu do antykoncepcji, jest konieczna dla odpowiedzi na pytanie, czy obowiązujące przepisy tworzą podstawę do zapewnienia odpowiedniego dostępu do antykoncepcji.

Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Głównym źródłem norm odnoszących się do antykoncepcji jest ustawa o planowaniu rodziny. W preambule uznaje „prawo każdego do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz prawo dostępu do

³⁶ E. Zielińska, *Antykoncepcja...*, op. cit., s. 195.

³⁷ Eadem, *Przegląd polskich regulacji prawnych w zakresie praw reprodukcyjnych*, [w:] Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Prawa reprodukcyjne w Polsce. Skutki ustawy antyaborcyjnej. Raport – wrzesień 2007*, Warszawa 2007, s. 9.

informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa”. Na podstawie art. 9 Rada Ministrów zobowiązana jest do przedkładania corocznie Sejmowi sprawozdania z wykonywania ustawy oraz ze skutków jej stosowania.

Bezpośrednio o metodach i środkach antykoncepcji stanowi jedynie art. 2 ust. 2, nakładając obowiązek zapewnienia swobodnego dostępu do nich na organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego. Jako że ustawa nie precyzuje rodzajów metod i środków antykoncepcji, „obowiązek zapewnienia dostępu obejmuje wszelkie środki planowania rodziny zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej lub – w przypadku produktów leczniczych – dodatkowo dopuszczone do obrotu w Polsce”³⁸.

Więcej uwagi ustawa poświęca w art. 4 edukacji seksualnej w programach szkolnych, której sposób nauczania i zakres treści ustala minister właściwy do spraw oświaty i wychowania w drodze rozporządzenia. Aktem wykonawczym do art. 4 ust. 3 jest rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 12.08.1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego³⁹. Zgodnie z nim dla uczniów poszczególnych klas (od klasy IV szkoły podstawowej do klasy III szkół ponadpodstawowych) każdego roku przewidziana jest 14 godzin lekcyjnych, w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców (§ 3). Celami zajęć wychowania do życia w rodzinie, zgodnie z § 2, są w szczególności wspieranie wychowawczej roli rodziny, promowanie integralnego ujęcia ludzkiej seksualności oraz kształtowanie postaw prorodzinnych, prozdrowotnych i prospołecznych, co powinno

³⁸ Eadem, *Antykoncepcja...*, op. cit., s. 191.

³⁹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 12.08.1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 395; zm.: Dz.U. z 2017 r. poz. 1117).

być spójne z pozostałymi zadaniami wychowawczo-profilaktycznymi szkoły. Uczniowie niepełnoletni mogą nie uczęszczać na zajęcia w przypadku zgłoszenia przez rodziców rezygnacji z nich, a pełnoletni mogą samodzielnie zgłosić dyrektorowi szkoły rezygnację. Paragraf 5 nakazuje nauczycielowi prowadzącemu zajęcia wraz z wychowawcą klasy przeprowadzić co najmniej jedno spotkanie informacyjne z rodzicami uczniów niepełnoletnich oraz z uczniami pełnoletnimi w celu przedstawienia pełnej informacji o celach i treściach realizowanego programu nauczania, podręcznikach szkolnych oraz środkach dydaktycznych.

W obliczu powyższego należy zauważyć, iż wprost o antykoncepcji stanowi tylko jeden przepis ustawy o planowaniu rodziny, będąc równocześnie jedyną bezpośrednią regulacją dotyczącą antykoncepcji w prawie krajowym. Nakłada on bardzo ogólny obowiązek zapewnienia swobodnego dostępu do środków antykoncepcyjnych na organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, dlatego nie można go uznać za wystarczająco chroniący prawo do antykoncepcji. Ustawodawca poświęca więcej uwagi aborcji (nieomawianej w niniejszej pracy) oraz edukacji seksualnej, której kwestie dodatkowo doprecyzowuje w rozporządzeniu. Mogłoby się zatem wydawać, że edukacja seksualna stanowi dla państwa priorytetowy obszar realizacji praw reprodukcyjnych, jednak dopiero analiza faktycznego stanu edukacji seksualnej w Polsce pozwoli na stwierdzenie, na ile jest to rzeczywiście kompleksowe źródło wiedzy na temat między innymi antykoncepcji.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Kodeks Etyki Lekarskiej

Dostęp do antykoncepcji w dużej mierze zależy od ginekologów, którzy przepisują środki antykoncepcji hormonalnej oraz zakładają wkładki i implanty. Wykonują oni również konieczne badania w celu doboru najodpowiedniejszej dla danej kobiety formy antykoncepcji. Z tego powodu istotne jest odniesienie się do przepisów wiążących lekarzy. Jest to nie tylko powszechnie obowiązująca ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴⁰,

⁴⁰ Ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1516, 1617, 1831).

lecz także Kodeks Etyki Lekarskiej, uchwalony przez samorząd zawodowy. W art. 39 ust. 2 nakłada on na lekarzy obowiązek udzielania zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesu zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko. Regulacja ta dotyczy bezpośrednio antykoncepcji, co w prawie krajowym ma miejsce jedynie w omówionej wyżej ustawie o planowaniu rodziny. Podkreśla to, jak istotną funkcję pełnią medycy i medyczki w zapewnieniu pacjentkom wiedzy o metodach planowania rodziny.

Najistotniejsze z perspektywy dostępu do antykoncepcji przepisy z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty to art. 31 ust. 1 oraz art. 36 ust. 1. Zgodnie z tym pierwszym lekarz ma obowiązek udzielać pacjentce przystępnej informacji o jej stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Natomiast art. 36 ust. 1 nakłada na lekarzy obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjentki podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Obowiązкови temu odpowiada prawo pacjentek wynikające z art. 20 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴¹. W dalszej części artykułu omówiono kolejne dwie kwestie uregulowane w ustawie o zawodach lekarza wpływające na dostęp do antykoncepcji, mianowicie świadczeń zdrowotnych dla osób niepełnoletnich oraz klauzulę sumienia.

Z zakresu prawa medycznego z perspektywy pacjentek duże znaczenie ma również art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, który przyznaje prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Zgodnie z postanowieniem Sądu Najwyższego⁴² „do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażanie

⁴¹ Ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1545, 1675, 1692, 1972).

⁴² Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 3.07.2019 r., I CSK 45/19.

pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia”. W kontekście antykoncepcji należy interpretować „wyleczenie” jako zapewnienie najbardziej właściwego dla danej kobiety środka antykoncepcji, który będzie efektywnie zapobiegał zajściu w ciążę.

Żaden z wyżej wymienionych przepisów nie ogranicza zakresu świadczeń, wyłączając któryś ze środków antykoncepcji. Podkreślają one za to konieczność zapewnienia pacjentkom kompleksowej wiedzy o metodach planowania rodziny i świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną.

Antykoncepcja dla osób niepełnoletnich według przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Problematycznym zagadnieniem jest dostęp osób małoletnich do antykoncepcji, zwłaszcza dziewcząt, których, jak już zostało wcześniej wspomniane, dotyczy ona w szczególnym stopniu. Ustawa o planowaniu rodziny nie reguluje tej kwestii, odnosząc się jedynie do zgody małoletniej kobiety na przerwanie ciąży. W związku z tym należy kierować się ogólnymi zasadami dotyczącymi niepełnoletnich pacjentek zawartymi w ustawie o zawodzie lekarza. Do przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych potrzebna jest zgoda przedstawiciela ustawowego małoletniej, a gdy ta nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 2). Zgodę taką może wyrazić również opiekun faktyczny (art. 32 ust. 3). Gdy nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, konieczne jest uzyskanie zgody sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 8). Tak zwanej zgody równoległej wymaga się, gdy pacjentka ukończyła 16 lat.

Analogicznie wygląda sytuacja w przypadku wykonania na małoletniej zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku (art. 34), z tą różnicą, że opiekun faktyczny nie jest uprawniony do udzielenia zgody na te działania. Gdy przedstawiciel ustawy nie zgadza się na wykonanie przez lekarza tych czynności, jednocześnie niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjentkę życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju

zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego (art. 34 ust. 6).

Wyjątki od konieczności uzyskania zgody dopuszczalne są w dwóch sytuacjach. Badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego jest dopuszczalne, jeżeli pacjentka wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jej przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym (art. 33 ust. 1), co lekarz powinien uprzednio skonsultować w miarę możliwości z innym lekarzem (ust. 2). Drugi wyjątek stanowią przypadki, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentce niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Wówczas obowiązkiem lekarza jest zasięgnięcie w miarę możliwości opinii drugiego lekarza oraz zawiadomienie przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sądu opiekuńczego o wykonywanych czynnościach (art. 34 ust. 7).

Gdy niepełnoletnia kobieta podjęła już współżycie seksualne i chciałaby korzystać z innego rodzaju antykoncepcji niż mechaniczna czy chemiczna, wśród lekarzy w takich przypadkach często pojawiają się wątpliwości co do konieczności uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sądu opiekuńczego na przepisanie antykoncepcji hormonalnej. „Wykładnia językowa i logiczna przedstawionych przepisów powinna prowadzić do udzielenia odpowiedzi negatywnej na to pytanie. Niemniej w odwołaniu się do ogólnych zasad, którymi powinien kierować się lekarz wykonujący swój zawód oraz standardów międzynarodowych wiążących Rzeczpospolitą Polską, można wywieść prawo lekarza do pominięcia wymogów ustawy, zwłaszcza gdy zwłoka w udzieleniu porady mogłaby prowadzić do wystąpienia negatywnych skutków. Co do zasad ogólnych, wypada w tym miejscu przywołać przepis art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że «Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus suprema lex est*»⁴³.

⁴³ E. Zielińska, *Przegląd...*, op. cit., s. 11.

Legalność dobrowolnej sterylizacji w świetle art. 156 § 1 kodeksu karnego

Przepisy art. 156 § 1 pkt 1 *in fine* i pkt 2 kodeksu karnego⁴⁴ odnoszą się do spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu odpowiednio w postaci pozbawienia zdolności płodzenia oraz wycięcia, infibulacji (czyli usunięcia zewnętrznych żeńskich narządów płciowych, a następnie zaszcycia) lub innego trwałego istotnego okaleczenia żeńskiego narządu płciowego. Przez pozbawienie zdolności płodzenia rozumie się utratę naturalnych możliwości splodzenia potomstwa, na czego ocenę nie wpływają osiągnięcia współczesnej medycyny⁴⁵. Stworzenie w 2023 r.⁴⁶ odrębnej regulacji dotyczącej okaleczenia żeńskich narządów płciowych miało na celu dostosowanie polskich przepisów do Konwencji stambulskiej⁴⁷. „Wydaje się jednak, że zmiana ta jest niepotrzebna, albowiem penalizowane nią zachowania ścigane mogą być na podstawie art. 156 § 1 pkt 1 k.k. w przypadku, gdy skutkiem zachowania sprawcy byłoby pozbawienie kobiety zdolności płodzenia w ogóle albo na mocy art. 156 § 1 pkt 2 jako inne ciężkie kalectwo lub trwałe, istotne zszpecenie lub zniekształcenie ciała. Proponowana nowelizacja stanowi niepożądaną, nadmierną kazuistykę”⁴⁸.

Ani ustawy, ani orzecznictwo nie rozstrzygnęły kwestii dobrowolnej – czyli wykonywanej ze wskazań nielecniczych, a zatem niebędącej czynnością terapeutyczną – sterylizacji dokonanej przez osobę uprawnioną (lekarza) zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Również w doktrynie nie ma jednoznacznego stanowiska odnoszącego się do ewentualnej przestępności dokonania zabiegu dobrowolnej sterylizacji,

⁴⁴ Ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1138, 1726, 1855, 2339, 2600, z 2023 r. poz. 289, 403, 818, 852, 1234, 1834).

⁴⁵ Wyrok Sądu Okręgowego – IV Wydział Karny Odwoławczy w Poznaniu z 6.11.2014 r., sygn. akt IV Ka 452/14.

⁴⁶ Przepis dodany ustawą z 13.01.2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 289, 535).

⁴⁷ Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzona w Stambule 11.05.2011 r., (Dz.U. z 2015 r. poz. 961).

⁴⁸ J. Karnat, *Komentarz do art. 156*, [w:] B. Gadecki (red.), *Kodeks karny. Art. 1–316. Komentarz*, Warszawa 2023, Legalis, teza 16.

a osoby nieuznające tego za naruszenie art. 156 § 1 k.k. uzasadniają swój pogląd na różne sposoby, które należy podzielić na dwa typy: uznające pierwotną legalność lub kwalifikujące ten zabieg jako kontratyp pozaustawowy. Dobrowolna sterylizacja staje się jednak coraz bardziej popularnym zabiegiem, m.in. przez „upowszechnienie technik wspomaganego rozrodu, co spowodowało, że trwale ubezplodnienie stało się skutecznie odwracalne”⁴⁹.

Uznawanie dobrowolnej sterylizacji za kontratyp pozaustawowy opiera się na dwóch podstawach: zgodzie osoby uprawnionej do dysponowania dobrem na dokonanie zabiegu lub wyższej społecznej wartości dobra realizowanego poprzez sterylizację przy kolizji dóbr. Za dobro chronione należałoby uznać prawo do prokreacji w jego aspekcie negatywnym, czyli prawo do nieposiadania potomstwa. Zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego⁵⁰ jednostka ma prawo do swobodnego decydowania o swojej prokreacji, więc dobro to niewątpliwie znajduje się w jej dyspozycji. Jednak skuteczność prawna zgody „pokrzywdzonego” przy ciężkim uszkodzeniu ciała jest podważana – według dominującego poglądu zgoda ta jest prawnie irrelevantna, a art. 156 nie uzależnia przestępności czynu od postawy osoby względem doznanego uszkodzenia ciała, nawet gdyby uznawała je za obojętne lub korzystne dla niej. „Przyjmując słuszność takiego założenia w odniesieniu do zabiegu sterylizacji, zwłaszcza mając na uwadze odwracalność jego skutków”⁵¹, uprawniony

⁴⁹ R. Dębski, *Antykoncepcja – metody zapobiegania niepożądaney ciąży. Część II. Medyczne (nienaturalne) metody zapobiegania niepożądaney ciąży*, „Ginekologia Polska” 78/2007, s. 840.

⁵⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 28.05.1997 r., sygn. akt K 26/96.

⁵¹ Tak zwana refertylizacja, która jest szczególnie skuteczna przy udrażnianiu nasieniowodów, choć kluczowym czynnikiem jest odstęp czasu od wazektomii do jej odwrócenia. Przy przerwie do 3 lat przywrócenie drożności (powrót plemników do nasieniowodu) następowało w 97%, od 3 do 8 lat – w 88%, od 9 do 14 – 79%, a powyżej 15 lat – 71% (A.M. Belker, A.J. Thomas, E.F. Fuchs, J.W. Konnak, I.D. Sharlip, *Results of 1,469 Microsurgical Vasectomy Reversals by the Vasovasostomy Study Group*, „The Journal of Urology” t. 145, nr 3/1991). Statystyki te są niższe (ok. 50–80%) przy udrażnianiu jajowodów oraz zależą od większej liczby czynników, szczególnie wieku, dlatego też można spotkać się z poglądem, jakoby to sterylizacja osób z gonadami męskimi miałaby być dopuszczalna ze względu na jej możliwą odwracalność, a sterylizacja osób z gonadami żeńskimi zakazana przez w wielu (choć nie większości) przypadkach trwale pozbawienie zdolności płodzenia.

jest wniosek, że w istocie prawo do odpowiedzialnego planowania rodziny, wyprowadzone wprost z ustawy zasadniczej i znajdujące rozwinięcie w ustawie o planowaniu rodziny, jest całkowicie iluzoryczne. Taka interpretacja doprowadzałaby do wniosku, że prawo karne chroni jednostkę wbrew jej woli i interesom⁵². Skoro tymczasowe wyłączenie funkcji organizmu, jaką jest płodność, ma być tożsame z pozbawieniem zdolności płodzenia z art. 156 KK, każdą inną, poza sterylizacją, formę antykoncepcji należałoby uznać za niedopuszczalną, ponieważ zainteresowany osiągnięciem takiego skutku pacjent nie mógłby być dłużej traktowany jako dzierzyciel własnej płodności⁵³. Jeśli zgoda na dokonanie sterylizacji miałaby być przez prawo postrzegana jako irrelevantna, stałoby to w sprzeczności z fundamentem praw reprodukcyjnych, czyli swobodą w decydowaniu o własnej płodności. Należałoby zatem przyjąć stanowisko, iż nawet jeśli sterylizacja w celach pozaleczniczych byłaby ciężkim uszkodzeniem ciała, zgoda na jej dokonanie wyłączałaby przestępność czynu. Byłoby to spójne systemowo z powszechnie uznawaną za legalną praktyką dokonywania za zgodą osoby pacjenckiej transplantacji *ex vivo* i chirurgicznej korekty płci. Mimo wszystko wydaje się, że nie jest to rozwiązanie uniwersalne i słuszne, „skoro działanie takie [dobrowolna sterylizacja – przyp. aut.] jest realizacją przysługującego podmiotowi prawa wyboru w jednym z aspektów życia prywatnego, to nie można twierdzić, że wymaga ono następczego usprawiedliwienia jako sytuacja kontratypowa”⁵⁴. Dodatkowo przyjęcie koncepcji kontratypowej oznaczałoby konieczność wszczynania postępowania w każdym przypadku dokonania dobrowolnej sterylizacji i dopiero wtórnego uznania czynu za legalny.

Jeżeli przyjąć natomiast drugą koncepcję wtórnej legalności dobrowolnej sterylizacji, należałoby dokonać ważenia dóbr. W obiektywnych okolicznościach dobro chronione przez wykonanie zabiegu (prawo do samostanowienia) musiałoby zatem mieć wyższą społeczną wartość niż

⁵² Zob. np. A. Wąsek, *Czy dobrowolna sterylizacja jest przestępstwem?*, „Państwo i Prawo” 8/1988, s. 94.

⁵³ M. Kowalewska-Laguna, *Dobrowolna sterylizacja w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, „Państwo i Prawo” 1/2014, s. 31.

⁵⁴ J. Holoher, *Dobrowolna sterylizacja. Uwagi de lege lata*, „Studia Prawnicze” 1/2015, s. 77.

dobro, które narusza (ochrona zdrowia). Przy tak indywidualnej kwestii jak prokreacja decyzja jednostki nie powinna być jednak oceniana przez pryzmat ujednoczonych kryteriów, dlatego takie uzasadnienie zgodności z prawem dobrowolnej sterylizacji nie zasługuje na aprobatę.

Za przyjęciem dobrowolnej sterylizacji za pierwotnie legalną, a zatem nienaruszającą chronionego dobra prawnego w sposób sprzeczny z prawem, podnoszone są argumenty dotyczące ochrony wolności prokreacji, która jest podstawowym prawem człowieka zarówno na gruncie krajowym, jak i w prawie międzynarodowym. Dobrowolną sterylizację postrzega się jako metodę antykoncepcji, co wyraża np. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 2436 (XXIII) z 9.12.1969 r. (uznająca sterylizację za narzędzie do realizacji prawa do planowania rodziny) oraz Rezolucja (75) 29 Komitetu Ministrów Rady Europejskiej z 14.11.1975 r. (zalecająca, aby państwa członkowskie udostępniały zabiegi sterylizacji na zasadach dotyczących świadczeń medycznych)⁵⁵. Stanowi to przejaw poszanowania autonomii jednostki w dysponowaniu swoją sferą prokreacyjną. „Prawo do prokreacji uznaje się obecnie za prawo podmiotowe, w swej istocie fundamentalne i to niezależnie od tego, czy traktuje się je jako przejaw (aspekt) szeroko pojętych wolności i praw człowieka (w szczególności realizacji godności ludzkiej poprzez prokreację) czy też wyróżnia się je jako prawo odrębne. Jest ono związane wyłącznie ze sferą życia prywatnego człowieka, który decyduje się na dokonanie sterylizacji”⁵⁶. Skoro prawo do swobodnego planowania rodziny obejmuje również dobrowolną sterylizację, to, zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji ograniczenie go mogłoby nastąpić jedynie w ustawie i tylko wtedy, gdy byłoby to konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa, porządku publicznego, ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób. Jak twierdzi Eleonora Zielińska, „[b]rak jest przekonujących argumentów, żeby uznać, że w przypadku dobrowolnej sterylizacji antykoncepcyjnej

⁵⁵ R. Snarski, *Dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji – uwagi na tle prawnoporównawczym*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego” 2/2015, s. 344.

⁵⁶ J. Holocher, *Dobrowolna...*, op. cit., s. 59.

któryś z tych warunków byłby spełniony [...]. Prawo karne nie może być więc tak interpretowane, żeby zamykać drogę pacjentowi do korzystania z zagwarantowanych mu konstytucyjnie i traktatowo praw człowieka⁵⁷. Państwo nie ma prawa do „selekcjonowania dopuszczalności metod antykoncepcji, nawet jeżeli byłyby one nieodwracalne i stanowiły ciężkie naruszenie czynności narządów ciała”⁵⁸. Warto również zwrócić uwagę na stanowisko, według którego „[z]miany w postrzeganiu autonomii człowieka, rozwój świadomości praw człowieka powodują, że zwiększa się katalog praw i dóbr, którymi człowiek może swobodnie dysponować”⁵⁹, dlatego trzeba dostrzec, iż także decyzyjność co do własnej płodności należy do tego rodzaju dóbr.

„Na obecnym etapie rozwoju wiedzy i technik medycznych podkreśla się, że zabieg sterylizacji jest w zasadzie obojętny dla zdrowia fizycznego pacjenta. Są podstawy do twierdzenia, że nawet wprost przeciwnie: antykoncepcyjna sterylizacja może w pewnych sytuacjach być uznana za zabieg korzystny dla zdrowia, zwłaszcza psychicznego, pacjenta”⁶⁰. Wychodząc z założenia, że zdrowie to nie jedynie brak chorób oraz bólu, ale również dobre samopoczucie psychiczne i fizyczne, poddanie się sterylizacji z własnej woli jako forma antykoncepcji nie narusza zdrowia, lecz wręcz przeciwnie – dąży do jego poprawy. Skoro przy zabiegu dobrowolnej sterylizacji nie dochodzi do spowodowania uszczerbku na zdrowiu, prawo karne nie ingeruje w tę kwestię.

Innym uzasadnieniem pierwotnej legalności dobrowolnej sterylizacji jest odwoływanie się do materialnego elementu definicji przestępstwa, czyli społecznej szkodliwości czynu. Bazując na opinii Andrzeja Zolla, „bezprawność musi być warunkowana podwójnie; od strony merytorycznej poprzez społeczną szkodliwość konkretnego czynu i od strony

⁵⁷ E. Zielińska, *Antykoncepcja...*, op. cit., s. 205,

⁵⁸ J. Holoher, *Dobrowolna...*, op. cit., s. 74.

⁵⁹ O. Sitarz, *Dobrowolna sterylizacja – czy czas na zmianę prawa?*, [w:] W. Cieślak, M. Romańczuk-Grącka (red.), *Między stabilnością a zmiennością prawa karnego*, Olsztyn 2017, s. 312.

⁶⁰ E. Zielińska, *Antykoncepcja...*, op. cit., s. 204.

formalnej poprzez ustawową określoność czynu. Z prawa de Morgana dla koniunkcji wynika, że brak społecznej szkodliwości zachowania prowadzić musi do wyłączenia jego bezprawności⁶¹. Trudno uznać dokonanie nieszkodliwej dla zdrowia, a nawet poprawiającej je (przy przyjęciu szerokiej definicji zdrowia) sterylizacji dokonanej za zgodą osoby zainteresowanej zabiegiem za czyn szkodliwy społecznie. „[Z]achowania służące ochronie jakiegoś dobra nie mogą być jednocześnie uznane za zagrażające temu dobru”⁶².

Reasumując, kwestia dobrowolnej sterylizacji nie jest wprost uregulowana w prawie krajowym. Doktryna opiera argumenty za legalnością tej metody antykoncepcji na dwóch koncepcjach: kontratypu pozaustawowego lub pierwotnej legalności. Pierwszy pogląd zakłada, że czyn był pierwotnie sprzeczny z prawem i dopiero wtórnie nie uznano go za przestępstwo. Jak pokazano powyżej, takie uzasadnienie prowadzi do wniosku, że realizacja przez jednostkę przysługującego jej prawa jest wstępnie nielegalna. W związku z tym wydaje się słuszny pogląd uznający pierwotną legalność dobrowolnej sterylizacji, choć podnieszone w ramach koncepcji kontratypowej argumenty dotyczące zgody na taki zabieg są wartościowe w dyskusji nad kwestią dostępu do trwałej antykoncepcji.

Analiza dostępu do antykoncepcji w Polsce

Rzeczywisty dostęp do poszczególnych metod i środków antykoncepcji

Kwestiami warunkującymi dostęp do antykoncepcji, które zostaną poddane analizie, zwłaszcza pod kątem prawnym, są: konieczność posiadania recepty do wykupienia danego środka, refundacja, dostęp dla osób niepełnoletnich, edukacja seksualna, poradnictwo oraz tzw. klauzula sumienia.

⁶¹ A. Zoll, *Okoliczności nylączające bezprawność czynu*, Warszawa 1982, s. 85.

⁶² *Ibidem*, s. 88.

Antykoncepcja mechaniczna i chemiczna jako jedyne nie wymagają recepty, jednak nie są refundowane. Antykoncepcja hormonalna (w postaci tabletek, krążków dopochwowych i plastrów) jest dostępna jedynie na receptę. Refundacji podlegają tylko środki antykoncepcji hormonalnej z grupy limitowej⁶³ 72.0, obejmującej leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron. Są to zatem leki funkcjonujące pod nazwami: Cyprodiol, Diane-35, OC-35, Syndi-35, Levomine, Microgynon, Rigevidon, Stediril i Provera⁶⁴. Co więcej, Polska nie zapewnia szerszej refundacji antykoncepcji dla osób młodych ani znajdujących się w trudnej sytuacji (np. bezrobotnych, o niskim przychodzie). Konieczność posiadania recepty tworzy barierę w dostępie do antykoncepcji. Porady specjalistyczne z zakresu położnictwa i ginekologii zaliczane są do świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁶⁵, jednak czas oczekiwania na wizytę w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia jest zwykle znacznie dłuższy niż w przypadku prywatnej opieki. Dodatkowo samo poradnictwo antykoncepcyjne nie jest osobno „włączone do systemu podstawowej opieki zdrowotnej, w związku z czym kasy chorych nie refundują porad antykoncepcyjnych. Pozostają prywatne wizyty u ginekologa, które są drogie, a niektórzy lekarze wymagają comiesięcznych wizyt po receptę”⁶⁶.

⁶³ Art. 2. pkt 9 ustawy z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 826, 1733) podaje definicję legalną grupy limitowej jako grupę leków albo środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobów medycznych objętych wspólnym limitem finansowania. Tworzenie grup limitowych reguluje art. 15 tej ustawy.

⁶⁴ Według obwieszczenia Ministra Zdrowia z 30.08.2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1.09.2023 r.

⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 357).

⁶⁶ W. Nowicka, *Ustawa antyaborcyjna w Polsce. Stan prawny i rzeczywistość*, [w:] Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Prawa reprodukcyjne w Polsce...*, op. cit., s. 39–40.

Jako jedyny kraj w Europie Polska na mocy art. 23a ust 1a ustawy – Prawo farmaceutyczne⁶⁷ od 23.07.2017 r. wymaga recepty na antykoncepcję awaryjną, znacznie ograniczając praktyczny dostęp do niej. Pigułka „dzień po” musi być zażyta do 72 (Escapelle) lub 120 (EllaOne) godzin po stosunku, dlatego czas odgrywa w tym przypadku kluczową rolę. Aby móc zakupić tabletkę, konieczne w ostatnim czasie było uzyskanie recepty od lekarza, co wymaga umówienia się na wizytę lub chociażby poradę telefoniczną czy online. Znalezienie tak szybkiego terminu w publicznej przychodni jest zdecydowanie trudniejsze niż udanie się na wizytę prywatnie, a zdobycie na czas tabletki dodatkowo komplikowała tzw. klauzula sumienia. „Przywilej odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego przez lekarza rodzi niebezpieczeństwo, że pacjent nie uzyska świadczenia, do którego ma prawo, albo w ogóle, albo we właściwym czasie”⁶⁸. Na dodatek brak w polskim systemie prawnym „środka o charakterze prawnym, którego kobieta mogłaby użyć, aby w sposób skuteczny w odpowiednim czasie jej prawo do antykoncepcji doraźnej zostało zrealizowane”⁶⁹. Choć zarówno w Sejmie, jak i Senacie uchwalono zmianę ustawy – Prawo farmaceutyczne, która miała znieść konieczność posiadania recepty na jeden z hormonalnych środków antykoncepcyjnych (octan uliprystalu – EllaOne) przez kobiety powyżej 15. roku życia, prezydent zawetował tę zmianę 29.03.2024 r. Jak podał w piśmie do marszałka Sejmu⁷⁰, powodem odmowy podpisania ustawy i przekierowania jej do ponownego rozpatrzenia są „wątpliwości dotyczące gwarancji poszanowania praw i ochrony zdrowia dzieci”. Prezydent zadeklarował, iż nie może zaakceptować „rozwiązań prawnych umożliwiających dostęp dzieci poniżej osiemnastego roku życia

⁶⁷ Ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2301, z 2023 r. poz. 605, 650, 1859, 1938).

⁶⁸ E. Zielińska, *Klauzula sumienia*, „Prawo i Medycyna” 13/2003, s. 27.

⁶⁹ Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej w Polsce. Raport 2013*, Warszawa 2013, s. 33.

⁷⁰ Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Andrzej Duda, Pismo do Marszałka Sejmu, https://www.prezydent.pl/storage/file/core_files/2024/3/29/e68732f9418857c259e07fc6878cb62f/Weto_Prawo_Farmaceutyczne.pdf [dostęp: 29.03.2024].

do produktów leczniczych do stosowania w antykoncepcji, bez kontroli lekarza oraz z pominięciem roli i odpowiedzialności rodziców”, zwracając przy tym uwagę na „niebezpieczeństwo wystąpienia negatywnych i trudnych do przewidzenia konsekwencji zdrowotnych, biorąc pod uwagę młody wiek oraz stopień rozwoju i dojrzałości biologicznej i emocjonalnej dziecka”.

Wymienione przez Prezydenta RP powody weta są sprzeczne z obowiązującym w polskim porządku prawnym tzw. wiekiem zgody wynoszącym 15 lat (art. 200 k.k.). Powołanie się na niebezpieczeństwo wynikające z niedostatecznej dojrzałości osób od 15. do 18. roku życia, które dzięki ustawie miały mieć zagwarantowany dostęp do antykoncepcji awaryjnej bez konieczności posiadania recepty lekarskiej, jest logicznie niespójne z uznawaniem przez polskie prawo osób w tym wieku za wystarczająco dojrzałe do podejmowania świadomej decyzji o współżyciu seksualnym. Skoro osobę uznaje się za zdolną do samodzielnego decydowania o podjęciu współżycia seksualnego, nie można jednocześnie kwestionować jej dojrzałości do korzystania z antykoncepcji bez ingerencji rodziców, przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych. W sprzeczności z obowiązującym w polskim prawie wiekiem zgody pozostaje również brak możliwości samodzielnego odbycia przez osoby niepełnoletnie wizyty u lekarza (w tym ginekologa) i podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia, w tym stosowania antykoncepcji hormonalnej, co szerzej omówiono w podrozdziale *Antykoncepcja dla osób niepełnoletnich według przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry* niniejszego artykułu. Biorąc pod uwagę znaczne ograniczenia w dostępie osób nastoletnich do efektywnych środków antykoncepcji hormonalnej, szczególnie ważne jest zapewnienie osobom między 15. a 18. rokiem życia łatwego dostępu do antykoncepcji awaryjnej, aby zapobiec niechcianym ciążyom wśród nastolatek, które nie są gotowe na posiadanie dzieci.

Na dzień pisania artykułu, tj. 10.04.2024 r., odpowiedzią na potrzebę dostępności tabletki „dzień po” nie tylko dla osób od 15. do 18. roku życia, lecz również pełnoletnich, jest złożenie przez ministrę zdrowia Izabelę Leszczyńską projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia

w sprawie programu pilotażowego opieki farmaceuty sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego⁷¹. Zakłada on możliwość wystawienia w aptekach, które przystąpią do programu pilotażowego, od 1.05.2024 r. recepty farmaceutycznej (o której mowa w art. 96 ust. 4 ustawy – Prawo farmaceutyczne) na pigułkę „dzień po” dla osób powyżej 15. roku życia, po zebraniu stosownego wywiadu. Ma to stanowić rozwiązanie braku dostępu do tabletki „dzień po” bez recepty lekarskiej wobec weta prezydenckiego i, jak ujmuje to uzasadnienie projektu, niemożliwości „podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu”.

Wśród środków długoterminowej antykoncepcji znajdują się wkładki domaciczne, zastrzyki i implanty podskórne – wszystkie są dostępne jedynie na receptę, a ich zakup nierefundowany. Mimo że użycie każdego z tych środków wymaga obecności lekarza (w przypadku zastrzyków może je podać również pielęgniarka lub położna), refundacji przez NFZ podlega jedynie założenie wkładki domacicznej. Poradnie i gabinety ginekologiczno-położnicze, które zawarły kontrakt z NFZ, mają obowiązek wykonać ten zabieg nieodpłatnie dla osób ubezpieczonych. Jednak według monitoringu gabinetów ginekologicznych przeprowadzonego przez Fundację na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, do zrobienia którego impulsem były napływające do Federy skargi, iż niektóre placówki żądają zapłaty za założenie lub usunięcie wkładki, wynika, że rzeczywiście nie wszystkie podmioty wywiązują się z wynikającego z umowy z NFZ obowiązku. Tabela nr 2 przedstawia wyniki monitoringu z województw mazowieckiego, podkarpackiego, podlaskiego i pomorskiego.

⁷¹ Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki farmaceuty sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs/516/12383702/13049444/13049445/dokument662301.pdf> [dostęp: 3.04.2024].

Tabela nr 2. Świadczenie usługi założenia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej w placówkach widniejących w bazie NFZ w województwach mazowieckim, podkarpackim, podlaskim i pomorskim

Liczba placówek	Mazowieckie ⁷²	Podkarpackie ⁷³	Podlaskie ⁷⁴	Pomorskie ⁷⁵	Dolnośląskie ⁷⁶
monitorowanych	339	156	60	157	214
deklarujących możliwość założenia oraz usunięcia wkładki w ramach NFZ	181	84	32	86	102
pobierających opłaty za założenie wkładki	35	–	1	13	20
niezakładających wkładek	56	41	6	16	28
zakładających wkładki, ale brakuje informacji, czy jest to w ramach ubezpieczenia	–	10	3	–	–
które rozwiązały umowę z NFZ, zawiesiły działalność lub zmieniły adres	–	1	–	3	8
które nie udzieliły odpowiedzi	69	20	18	38	53
tylko usuwających wkładki	–	–	–	–	3

Wnioski z tabeli nr 2: W badanych województwach 485 z 926 badanych placówek (52,37%) deklaruje możliwość założenia oraz usunięcia wkładki w ramach NFZ.

Z badania wynika zatem, że niewiele ponad połowa placówek deklaruje możliwość założenia lub usunięcia wkładki w ramach NFZ: w województwie

⁷² Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Wkładki antykoncepcyjne na NFZ w województwie mazowieckim (bazą placówek)*, <https://federa.org.pl/wkladki-mazowieckie/> [dostęp: 10.01.2023].

⁷³ Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Wkładki antykoncepcyjne na NFZ w województwie podkarpackim (bazą placówek)*, <https://federa.org.pl/wkladki-na-nfz-podkarpackie/> [dostęp: 24.05.2023].

⁷⁴ Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Wkładki antykoncepcyjne na NFZ w województwie podlaskim*, <https://federa.org.pl/wkladki-na-nfz-podlaskie/> [dostęp: 11.07.2023].

⁷⁵ Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Wkładki antykoncepcyjne na NFZ w województwie pomorskim (bazą placówek)*, <https://federa.org.pl/wkladki-na-nfz-pomorskie/> [dostęp: 29.03.2023].

⁷⁶ Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Wkładki antykoncepcyjne na NFZ w województwie dolnośląskim (bazą placówek)*, <https://federa.org.pl/wkladki-na-nfz-dolnoslaskie/> [dostęp: 13.03.2024].

mazowieckim jest to 53,39%, w podkarpackim – 53,85%, w podlaskim – 53,33%, w pomorskim – 54,78%, a w dolnośląskim – 47,66%.

Mimo przedstawionych w poprzednim rozdziale wątpliwości co do legalności dobrowolnej sterylizacji reklamy i oferty wazektomii są powszechnie obecne w przestrzeni publicznej, co nie ma miejsca w przypadku sterylizacji kobiet. Po wpisaniu hasła „wazektomia” w wyszukiwarce Google wyświetlają się strony internetowe prywatnych klinik oferujących ten zabieg. Zawierają one nawet cenniki, co wraz z otwartym promowaniem pozwala stwierdzić, że wazektomia jest szeroko dostępnym zabiegiem. Metodę antykoncepcji trwałej dla osób z gonadami żeńskimi traktuje się zupełnie inaczej – nie ma otwartych ofert salpingotomii. Nawet biorąc pod uwagę statystyki dotyczące odwracalności tych dwóch zabiegów, niewielka różnica w skuteczności na korzyść wazektomii nie uzasadnia tak skrajnie różnego podejścia. Dostęp do antykoncepcji trwałej jest zatem silnie zróżnicowany ze względu na płeć – dla mężczyzn powszechny, dla kobiet za to niemal niemożliwy, choć art. 156 § 1 k.k. nie reguluje osobno kwestii wazektomii i salpingotomii. Dużą wartość zarówno naukową, jak i praktyczną miałoby zrobienie badań aktowych w tym zakresie, jednak ze względu na obszerność takich badań autorka niniejszej pracy nie zdecydowała się na ich przeprowadzenie.

Dostęp małoletnich kobiet do antykoncepcji

W praktyce małoletnie kobiety znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji, gdy chcą korzystać ze środków antykoncepcji innych niż mechaniczne i chemiczne, które nie wymagają wizyty lekarskiej ani recepty. Małoletni mężczyźni nie mierzą się z tym problemem, ponieważ inne środki niż barierowe i chemiczne nie są przeznaczone dla nich. Małoletnie nie tylko doświadczają zaprezentowanych w poprzednim podrozdziale ograniczeń w dostępie do antykoncepcji, lecz także muszą uzyskać zgodę przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sądu opiekuńczego na korzystanie ze środków antykoncepcji hormonalnej, a nawet awaryjnej. Ze względu na młody wiek tych kobiet nie stosuje się u nich metod długotrwałej ani trwałej antykoncepcji.

Choć standardy międzynarodowe, zwłaszcza rekomendacje Komitetu Praw Dziecka, wskazują, iż dostęp do poradnictwa antykoncepcyjnego powinien obejmować możliwość zdecydowania przez małoletnią o stosowanych środkach bez ingerencji przedstawicieli ustawowych, polskie prawo wciąż nakazuje lekarzom informowanie ich o stanie zdrowia pacjentki i pozostawianie im decyzyjności w sprawach udzielania konkretnych świadczeń medycznych.

Rekomendacje wydane przez Grupę Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczą pierwszej wizyty osoby małoletniej u lekarza ginekologa⁷⁷, badania ginekologicznego i leczenia osoby małoletniej⁷⁸. Treść obu tych dokumentów w przedmiocie obecności i zgody przedstawiciela ustawowego jest identyczna. Towarzystwo jednoznacznie wypowiada się co do konieczności odbywania się wizyty w obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Wywiad lekarski należy przeprowadzić nie tylko z pacjentką, lecz również z przedstawicielem ustawowym. Jedyną elastycznością to możliwość przeprowadzenia badania ginekologicznego bez ich obecności, co powinno odnotować się w dokumentacji medycznej, jednak, jeśli nie wyrażą oni zgody na badanie bez ich obecności, należy przeprowadzić je wraz z nimi. Tylko w przypadku kobiet powyżej 16. roku życia konieczne jest uzyskanie zgody kumulatywnej, a w przypadku rozbieżności decyzję podejmuje sąd opiekuńczy. Na czynności medyczne inne niż badanie konieczna jest zgoda przedstawiciela ustawowego, zatem poparcie samego opiekuna faktycznego nie ma wówczas znaczenia. Zdecydowanie narusza to prywatność niepełnoletnich kobiet, które w najintymniejszej sferze życia są zależne od zdania rodziców czy opiekunów.

⁷⁷ Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, *Pierwsza wizyta osoby małoletniej u lekarza ginekologa*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” t. 1, nr 2/2016, s. 83–85.

⁷⁸ Rekomendacje Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące badania ginekologicznego i leczenia osoby małoletniej (stan na 1.01.2020 r.), „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” t. 4, nr 4/2019, s. 164–167.

Edukacja seksualna jako istotny czynnik w dostępności antykoncepcji

Istotny wpływ na rzeczywisty dostęp do antykoncepcji ma świadomość i wiedza społeczeństwa dotycząca seksualności. Państwowa edukacja seksualna ogranicza się właściwie wyłącznie do zajęć wychowania do życia w rodzinie przeznaczonych dla klas od IV szkoły podstawowej do III szkoły ponadpodstawowej i obejmuje jedynie 14 godzin lekcyjnych w całym roku szkolnym. Działająca przy Fundacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny Grupa Ponton opublikowała badanie skierowane do osób w wieku od 13 do 22 lat, przeprowadzone za pomocą ankiety online, dotyczące doświadczeń związanych ze szkolnymi zajęciami wychowania do życia w rodzinie oraz rozmowami o dojrzewaniu i seksualności w domu⁷⁹. Najważniejsze wnioski pokazały, że według badanych na tych lekcjach pomijano lub poruszano w sposób niemerytoryczny i wykluczający ważne tematy, takie jak: radzenie sobie z przemocą, orientacja psychoseksualna i tożsamość płciowa, zdrowie reprodukcyjne, masturbacja i pornografia. Oprócz niesprzyjającej szczerym rozmowom atmosfery osoby badane sceptycznie odniosły się zarówno do sposobu prowadzenia zajęć (średnia ocena 2,2/5), jak i ich przydatności (średnia ocena 2/5). „Braki w realizowanej podstawie programowej obejmują zwłaszcza tematykę zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego (np. wizyty ginekologiczne i urologiczne, choroby i infekcje przenoszone drogą płciową), przeciwdziałanie przemocy (w tym przemocy seksualnej), orientacje psychoseksualne i tożsamość płciową. Aby zajęcia były przydatne, należy uzupełnić podstawę programową o odpowiednie zagadnienia i zadbać o ich (merytoryczne!) wdrożenie we wszystkich szkołach w kraju”⁸⁰. Edukacja seksualna nie powinna ograniczać się wyłącznie do nauki o narządach płciowych i ostrzegania przed skutkami współżycia, lecz ma ona przede wszystkim kształtować pozytywny stosunek do cielesności, pomagać

⁷⁹ Grupa Ponton, *WdZ na dwójce. Badanie na temat zajęć Wychowanie do życia w rodzinie*, Warszawa 2023.

⁸⁰ *Ibidem*, s. 12.

budować świadomość własnych granic oraz zapewniać narzędzia do rozpoznawania i radzenia sobie z przemocą seksualną⁸¹.

W celu poprawy jakości lekcji wychowania do życia w rodzinie powinno się również zapewnić odpowiednie wykształcenie dla nauczycieli zajmujących się tym przedmiotem. Obecnie kursy przygotowujące do prowadzenia tych zajęć „często nie są odpowiednio przygotowane merytorycznie, opierają się na jednej koncepcji dotyczącej ludzkiej seksualności (mocno wpisanej w jej katolicką wizję), a co za tym idzie niosące jednoznaczny przekaz związany z zachowaniami seksualnymi i ludzką płciowością”⁸². Istotnym czynnikiem jest także samo nastawienie osób prowadzących lekcje do przedmiotu, ponieważ, ze względu na małą liczbę godzin, są to dla nich wyłącznie zajęcia dodatkowe, które mają pomóc w uzupełnieniu etatu.

W Polsce nie istnieją państwowe placówki, które zajmowałyby się kwestiami związanymi z seksualnością i udzielały porad, dlatego wiedza z tego zakresu najczęściej pozyskiwana jest online. Na stronach rządowych nie ma żadnych informacji z zakresu edukacji seksualnej, wskutek czego źródeł informacji należy szukać gdzie indziej. Niewiele osób sięgnie po publikacje naukowe – raczej będą one korzystać z internetowych wyszukiwarek, których wyniki nierzadko zawierają nieprawdziwe, uproszczone wiadomości. „W sytuacji, gdy nie ma rzetelnej edukacji seksualnej oraz państwowych centrów promocji zdrowia seksualnego, zdrowie młodych ludzi jest poważnie zagrożone. Zagrożeniem tym jest brak wiedzy”⁸³. W związku z tym to przede wszystkim organizacje pozarządowe podejmują się dostarczania rzetelnych informacji o ludzkiej seksualności, w tym o antykoncepcji⁸⁴.

⁸¹ M. Dora, *Lepiej nie mówić. O edukacji seksualnej w Polsce*, „Przegląd Pedagogiczny” 2/2013, s. 104.

⁸² J. Dec-Pietrowska, A. Walendzik-Ostrowska, *Wokół problematyki edukacji seksualnej w Polsce*, „Wychowanie w Rodzinie” t. 23, nr 2/2020, s. 238.

⁸³ W. Nowicka, *Ustawa antyaborcyjna...*, op. cit., s. 44.

⁸⁴ Szczególną rolę odgrywają Grupa Edukatorów Seksualnych Ponton działająca przy Fundacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny oraz Fundacja SEXEDPL, która działa na dużą skalę w mediach społecznościowych, dzięki czemu dociera z wiedzą ekspercką do młodych osób.

Wpływ tzw. klauzuli sumienia na dostęp do antykoncepcji

Jako że antykoncepcja w Polsce w większości dostępna jest na receptę, jej zdobycie wymaga wizyty u lekarza. Liczba lekarzy wykonujących zawód ze specjalizacją z dziedziny położnictwa i ginekologii wynosi 7995⁸⁵, zatem na jednego z nich przypada około 2092 pacjentek⁸⁶ potencjalnie zainteresowanych antykoncepcją. Rzeczywisty dostęp do specjalistycznego poradnictwa z zakresu antykoncepcji pochodzącego od osób z wykształceniem medycznym podlega znacznemu ograniczeniu ze względu na tzw. klauzulę sumienia. Jest to instrument prawny pozwalający określonym podmiotom na odmowę działania, które stoi w sprzeczności z przekonaniami tej osoby. Rola tego prawa „sprowadza się do ochrony konkretnej jednostki w sytuacji konfliktu jej sumienia z nakazem zachowania się wynikającym z normy prawnej”⁸⁷.

W ustawie o zawodzie lekarza uprawnienie to sformułowane jest w art. 39, na mocy którego lekarz ma prawo powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma obowiązek uprzedniego zgłoszenia tego faktu przełożonemu na piśmie. Przepisem tym polski ustawodawca uczynił sumienie lekarza „nie tylko kategorią etyczną, lecz [...] także kategorią prawną. Wynika to stąd, że normy prawne dotyczące wykonywania zawodu lekarza uwzględniają pojęcie sumienia lekarza jako jedno z kryterium oceny legalności jego zachowania”⁸⁸.

⁸⁵ Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu*, https://nil.org.pl/uploaded_files/1684479715_zakwiecien-2023-zestawienie-nr-04.pdf [dostęp: 30.04.2023].

⁸⁶ Liczba kobiet w Polsce wynosi 19 571 704, z czego w niniejszym artykule przyjęto założenie, że kobiety w wieku do 14 lat w większości przypadków nie korzystają z usług ginekologicznych, zatem liczba kobiet nimi zainteresowanych wynosi 16 722 048. Dodatkowo zakładając, że osobami zainteresowanymi antykoncepcją są kobiety w wieku od 15 do 49 lat, ich liczba to 8 738 371. Dane pochodzą z Department of Economic and Social Affairs, *Demographic Yearbook. 72nd issue*, New York 2022, s. 261, <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dybsets/2021.pdf> [dostęp: 6.03.2024].

⁸⁷ O. Raczyński, *Klauzula sumienia – gwarancja wolności sumienia przy wykonywaniu zawodu lekarza czy ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych?*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ” 32/2017, s. 174.

⁸⁸ L. Kubicki, *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, „Prawo i Medycyna” 4/1999, s. 5.

Zakres klauzuli sumienia jest szeroki. Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 7 zezwala lekarzowi w szczególnie uzasadnionych wypadkach (nie odnosi się wprost do kategorii sumienia) na niepodjęcie lub odstępianie od leczenia chorego. Natomiast ustawa o zawodzie lekarza odnosi się już do szerszego pojęcia „świadczenia zdrowotne”, które nie obejmują jedynie leczenia chorego. W ustawie o działalności leczniczej⁸⁹ zdefiniowane są jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Możliwość powołania się na klauzulę sumienia jest wyłączona, gdy zachodzą okoliczności z art. 30, czyli w przypadku, gdyby zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogła spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

W doktrynie istnieje spór dotyczący charakteru prawnego klauzuli sumienia, którego dwa przeciwstawne stanowiska określa się mianem gwarancyjnego i limitacyjnego⁹⁰. To pierwsze uznaje art. 39 ustawy o zawodzie lekarza za podstawę prawną klauzuli sumienia – dopiero ten przepis daje lekarzom wyjątkowe uprawnienie gwarantujące możliwość odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego ze względu na sprzeczność z jego sumieniem. Natomiast przedstawiciele koncepcji limitacyjnej uważają, że art. 39 ustawy o zawodzie lekarza jedynie wyznacza granice do korzystania z wolności sumienia, która to wynika bezpośrednio z konstytucji. Stanowisko to podzielił Trybunał Konstytucyjny wyrokiem K 12/14 z 2015 r.⁹¹

⁸⁹ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 991, 1675).

⁹⁰ Więcej o charakterze prawnym klauzuli sumienia zob. np. J. Różyńska, *Klauzula sumienia*, [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 1, *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, s. 651–654; O. Sitarz, *Postulat usunięcia instytucji klauzuli sumienia z polskiego porządku prawnego*, „Przegląd Prawa Medycznego” t. 5, nr 3/2023, s. 10–15; A. Zoll, *Klauzula sumienia w medycynie – gwarancja czy ograniczenie wolności sumienia pracowników ochrony zdrowia*, [w:] O. Nawrot (red.), *Klauzula sumienia w państwie prawa*, Sopot 2015; O. Sitarz, D. Bek, J. Hanc, *Wpływ klauzuli sumienia i obrony przez kulturę na ocenę elementów struktury przestępstwa*, „Archiwum Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej” 2/2017; K. Orzeszyna, *Klauzula sumienia jako gwarancja realizacji prawa do wolności sumienia*, „Medyczna Wokanda” 9/2017; W. Wróbel, *Problem klauzuli sumienia w prawie polskim w odniesieniu do ochrony życia*, „Annales Canonici” 6/2010; J. Hanc, *Wolność sumienia a klauzula sumienia*, „Prawo i Medycyna” t. 62, nr 1/2016.

⁹¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7.10.2015 r., sygn. akt K 12/14.

W tym samym wyroku TK uznał zdanie pierwsze art. 39, zobowiązujące lekarza odmawiającego wykonania świadczenia zdrowotnego do wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego podmiotu, za sprzeczne z art. 2 (zasada demokratycznego państwa prawa) i art. 53 ust. 1 (wolność sumienia) w związku z art. 31 ust. 3 (określający ramy dla ograniczenia konstytucyjnych wolności i praw). Trybunał stwierdził także niezgodność z art. 53 ust. 7 Konstytucji („Nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania”) zawartego w art. 39 obowiązku lekarza do uzasadnienia i odnotowania w dokumentacji medycznej faktu odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego ze względu na niezgodność z sumieniem oraz uprzedniego poinformowania o tym przełożonego na piśmie. Uchylona została tylko część przepisu nakazująca wskazanie innego podmiotu, u którego wykonanie danego świadczenia zdrowotnego byłoby realnie możliwe, a w pozostałym zakresie art. 39 pozostał niezmieniony, tj. lekarz wciąż ma obowiązek odnotowania odmowy w dokumentacji medycznej i poinformowania przełożonego. Mając na uwadze negatywne dla pacjentek poszukujących antykoncepcji skutki wyroku K 12/14, należy podzielić opinię o wtórnej niekonstytucyjności obecnego stanu prawnego, który w sposób nieuzasadniony przedkłada „wolność sumienia lekarzy nad konstytucyjnie chronione wolności i prawa – w tym wolność sumienia, prawo do ochrony zdrowia i prawo do prywatności – dużo liczniejszej i zależnej od nich grupy społecznej, pacjentów”⁹².

Jednak pomimo krytyki wyroku TK dotyczącego art. 39 i szerokiej dyskusji na jego temat „nie wypracowano rozwiązań, które jednolicie, z poszanowaniem prawa powołania się na klauzulę sumienia medyka oraz bezpieczeństwa pacjenta, umożliwiłyby skuteczne realizowanie świadczeń medycznych. W obecnym reżimie prawnym ustawodawca nie obarcza żadnej jednostki obowiązkiem wskazania podmiotu, który nie zgłosił klauzuli sumienia”⁹³.

⁹² J. Różyńska, *Klauzula sumienia*, [w:] Boratyńska M., Konieczniak P., Zielińska E. (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 1, op. cit., s. 671.

⁹³ E. Jasińska, *Kontrowersje dotyczące klauzuli sumienia w kontekście przerywania ciąży – studium przypadku*, „Problemy Współczesnej Kryminalistyki” 25/2021, s. 59.

W obliczu faktu, że „zarówno brak jasnych regulacji prawnych, jak i brak znajomości wśród lekarzy ciążyących na nich obowiązków prawnych mogą faktycznie ograniczać prawa pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego”⁹⁴, mimo obowiązywania przepisu ustanawiającego klauzulę sumienia najwyższy nakaz etyczny dla lekarza powinno stanowić dobro chorego (zgodnie z art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej). Z tego powodu istotne jest uwzględnienie, iż jest nim także „poszanowanie jego [pacjenta – przyp. aut.] wolności osobistej i wynikającej z niej autonomii woli”⁹⁵, a „dobro chorego i obowiązek lekarza ratowania jego życia i zdrowia są nadrzędne w stosunku do osobistej opcji etycznej lekarza”⁹⁶.

Na mocy art. 2 ust. 2 ustawy o planowaniu rodziny... organy administracji rządowej i samorządów terytorialnych „są zobowiązane do zadbania o to, żeby wszystkie dopuszczone w Polsce do obrotu środki antykoncepcyjne były dostępne w sensie technicznym, ekonomicznym i faktycznym. W odniesieniu do środków, które można nabyć na receptę, w szczególności środków hormonalnych, oznacza to m.in. obowiązek upewnienia się przez ww. organy, czy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej przyjmuje wystarczająca liczba lekarzy, którzy nie odmówią wydania recepty na takie środki w powołaniu się na klauzulę sumienia”⁹⁷. Jako że nie istnieje rejestr lekarzy odmawiających usług z zakresu antykoncepcji, można stwierdzić, iż dane te nie są w żaden sposób zbierane, a zatem wymienione w ustawie organy nie kontrolują, czy w placówkach publicznych zatrudniona jest wystarczająca liczba specjalistów świadczących te usługi. Postulat *de lege ferenda*, który mógłby stanowić rozwiązanie tego problemu, przyjmuje, że „zakład opieki zdrowotnej powinien prowadzić rejestr takich oświadczeń złożonych przez lekarzy w nim zatrudnionych”⁹⁸, co ułatwiłoby umawianie wizyt do osób rzeczywiście przepisujących antykoncepcję.

⁹⁴ E. Zatyka, *Klauzula sumienia jako okoliczność modyfikująca zakres lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy (uwagi na tle art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty)*, „Biuletyn Kryminologiczny” 13/2004, s. 24.

⁹⁵ L. Kubicki, *Sumienie lekarza...*, op. cit., s. 12.

⁹⁶ E. Zielińska, *Klauzula sumienia...*, op. cit., s. 29.

⁹⁷ Ibidem, s. 27.

⁹⁸ Ibidem, s. 31.

Obecnie obowiązujące regulacje, przyznające lekarzowi prawo do sprzeciwu sumienia, mają efekt dyskryminacyjny wobec „wszystkich «odbiorców» prawnie zagwarantowanych usług i bezpieczeństwa, którzy ze względu na swoje cechy (poglądy, wyznanie, tożsamość w wielu obszarach, ale też pragnieniach i życzeniach) nie pasują do oglądu moralnego świata dostawcy usług i bezpieczeństwa”⁹⁹. W przypadku odmowy wykonania świadczeń zdrowotnych z zakresu antykoncepcji dyskryminowanymi podmiotami są przede wszystkim kobiety.

Artykuł 12 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej¹⁰⁰ również tym podmiotom nadaje prawo do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem. Choć nie mają one uprawnień do przepisywania recept, mogą zająć sytuacje, w których zlecone jest im zadanie wiążące się z zapewnieniem pacjentce antykoncepcji, np. założenie wkładki. Różnice względem regulacji dotyczącej lekarzy polegają na obowiązku pielęgniarek i położnych do niezwłocznego uprzedzenia pacjentki lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym. Muszą one także niezwłocznie podać przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Sporną kwestią, mimo jednoznacznego stanowiska Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wyrażonego w sprawie *Pichon i Sajous* przeciwko Francji, jest prawo farmaceutów do powołania się na klauzulę sumienia jako przyczynę odmowy wydania leku, szczególnie środka antykoncepcji. Zwolennicy takiej możliwości wskazują na art. 53 Konstytucji zapewniający wolność sumienia (co byłoby spójne z uznawaniem klauzuli sumienia za pełniącą funkcję limitacyjną) oraz odwołują

⁹⁹ O. Sitarz, *Postulat usunięcia instytucji klauzuli sumienia z polskiego porządku prawnego*, „Przegląd Prawa Medycznego” t. 5, nr 3/2023, s. 25.

¹⁰⁰ Ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2702, 2705, z 2023 r. poz. 185, 1234).

się do istniejącego od wielu lat uprawnienia lekarzy do niepodejmowania działań sprzecznych z ich sumieniem. W odpowiedzi¹⁰¹ na pismo Rzecznika Praw Obywatelskich z 25.09.2017 r. ówczesny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł powołał się na wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7.10.2015 r., który stwierdza, że „prawo lekarza, jak każdej innej osoby, do powstrzymania się od działań sprzecznych z własnym sumieniem wypływa wprost z wolności gwarantowanej przez Konstytucję”, dlatego nawet gdyby art. 39 ustawy o zawodzie lekarza nie obowiązywał, „lekarz mógłby odmówić świadczenia z powołaniem się na sprzeciw sumienia”¹⁰². Zdaniem ministra uzasadnia to możliwość korzystania przez farmaceutów z klauzuli sumienia, mimo braku przepisu bezpośrednio przyznającego im takie uprawnienie zarówno w prawie farmaceutycznym, jak i w ustawie o izbach aptekarskich¹⁰³.

Wnioski

Po poddaniu analizie nie tylko krajowych przepisów prawnych, lecz także rzeczywistych możliwości skorzystania z różnych metod i środków antykoncepcji nie dziwi fakt, iż od lat w ocenie Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych Polska zajmuje ostatnie miejsce wśród krajów europejskich pod względem dostępu do antykoncepcji. Jako że antykoncepcja dotyczy w znacznie większym stopniu kobiet niż mężczyzn, uchybienia w zapewnieniu odpowiedniego dostępu do niej można uznać za przejaw dyskryminacji ze względu na płeć, która objawia się nie tylko na poziomie jednostkowym i instytucjonalnym, lecz przede wszystkim systemowym.

Refundowana jest jedynie część tabletek antykoncepcyjnych oraz samo założenie wkładki domacicznej, co w praktyce realizuje jedynie

¹⁰¹ Odpowiedź Ministra Zdrowia na pismo z 25.09.2017 r., znak VII.5002.3.2017.AMB, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Odpowiedz%20Ministra%20Zdrowia%20ws.%20%20klauzuli%20sumienia%20farmaceutow.pdf> [dostęp: 18.10.2017].

¹⁰² Wyrok TK z 7.10.2015 r., sygn. akt K 12/14.

¹⁰³ Ustawa z 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1850).

połowa zobowiązanych do tego placówek. Młode kobiety czy inne grupy osób w szczególnej sytuacji (zwłaszcza o niskich dochodach) nie mogą liczyć na dofinansowanie przez państwo pozostałych środków antykoncepcyjnych, które są w pełni płatne. Od 23.07.2017 r. antykoncepcja awaryjna jest dostępna jedynie na receptę, co miało ulec zmianie dopiero w tym roku. Na dzień pisania artykułu – 10.04.2024 r. – deklarowanym przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązaniem dostępu do antykoncepcji awaryjnej po prezydenckim wecie wobec zmiany prawa farmaceutycznego jest wprowadzenie recepty farmaceutycznej na pigułkę „dzień po”. Wciąż problematyczna pozostaje również kwestia dobrowolnej sterylizacji – reklamy wazektomii są powszechnie obecne, zaś kobiety nie mogą poddać się dobrowolnemu zabiegowi sterylizacji. Dodatkowo małoletnie kobiety mierzą się z koniecznością wyrażenia przez przedstawicieli ustawowych zgody na te metody antykoncepcji, które wymagają wizyty lekarskiej oraz recepty, co sprzeczne jest ze stanowiskiem wyrażanym przez Komitet Praw Dziecka działający przy Organizacji Narodów Zjednoczonych. Do tak ograniczonych możliwości przyczynia się również brak odpowiedniej edukacji seksualnej, dzięki której wiedza o dostępnych metodach oraz ich skuteczności mogłaby być powszechna i niezależna od kwestii światopoglądowych. W Polsce niebagatelny wpływ na antykoncepcję ma potępiający ją Kościół katolicki. Jego wysoka pozycja w kraju usprawiedliwia istnienie klauzuli sumienia, którą w praktyce posługują się nie tylko mający do tego podstawę prawną lekarze, lecz także farmaceuci, choć ustawodawca nie przyznał im do tego prawa i stoi to w sprzeczności z orzecznictwem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

Powyższe ukazuje, że prawo dotyczące antykoncepcji w Polsce jest w praktyce niewystarczające. Nie zapewnia realizacji praw człowieka w zakresie dostępu do antykoncepcji przyznanych przez prawo międzynarodowe, które w coraz to większym stopniu bierze pod uwagę kwestie praw reprodukcyjnych i interpretuje je coraz szerzej. Mimo że ratyfikowane umowy międzynarodowe są integralną częścią krajowego porządku prawnego, w rzeczywistości w zakresie praw reprodukcyjnych Polska nie spełnia międzynarodowych standardów, do których wypełniania jest zobowiązana. Choć umowy międzynarodowe powinny być bezpośrednio stosowane,

powoływanie się na nie przez jednostki utrudnia zbyt ogólna treść ich przepisów, które nie są wystarczająco szczegółowe, aby wprost wywodzić z nich konkretne prawa dotyczące kwestii dostępu do antykoncepcji. Nie doprecyzowano sformułowanego w art. 2 ust. 2 ustawy o planowaniu rodziny obowiązku organów administracji rządowej i samorządu terytorialnego do zapewnienia swobodnego dostępu do środków antykoncepcyjnych, co niewątpliwie przyczynia się do naruszeń, głównie poprzez zaniechania w tym zakresie. W żadnym akcie prawnym nie uregulowano dostępu do antykoncepcji w sposób bardziej szczegółowy, nakładający na państwo konkretne obowiązki konieczne do zapewnienia go, choćby w pewnym stopniu.

Konieczne do zapewnienia zgodnego z międzynarodowymi standardami dostępu do antykoncepcji i dokonania postulowanych zmian¹⁰⁴ jest uregulowanie tych kwestii w prawie krajowym. „Krajowe metody chroniące prawa reprodukcyjne kobiet będą w dłuższej perspektywie bardziej skuteczne niż międzynarodowe metody ochrony, ponieważ te ostatnie są zbyt ograniczone pod względem liczby i zakresu, aby poradzić sobie ze szczególną złożonością naruszeń w różnych kontekstach społecznych”¹⁰⁵ [tłum. aut]. Z tego powodu należy dążyć do tego, aby obowiązki państwa w kwestii dostępności antykoncepcji były sformułowane w prawie krajowym bardziej szczegółowo, co da konkretną podstawę prawną do egzekwowania prawa do antykoncepcji.

Bibliografia

Belker A.M., Thomas A.J., Fuchs E.F., Konnak J.W., Sharlip I.D., *Results of 1,469 Microsurgical Vasectomy Reversals by the Vasovasostomy Study Group*, „The Journal of Urology” t. 145, nr 3/1991.

¹⁰⁴ Najważniejsze postulaty w debacie publicznej oraz w propozycjach zmian legislacyjnych dotyczące praw reprodukcyjnych dobrze podsumowuje K. Kędziora, *Prawa reprodukcyjne a dyskryminacja kobiet. Polska ustawa antyaborcyjna w świetle standardów prawa międzynarodowego*, Warszawa 2016, s. 15–16. Zob. też Komitet Bioetyki Polskiej Akademii Nauk, *Stanowisko Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk nr 1/2024 z dnia 6 lutego 2024 r. w sprawie konieczności usunięcia barier prawnych i faktycznych w dostępie do metod i środków antykoncepcji*, Warszawa 2024.

¹⁰⁵ R.J. Cook, *International Human Rights and Women's Reproductive Health*, „Studies in Family Planning” t. 24, nr 2/1993, s. 77.

- Berro Pizzarossa L., Perehudoff K.S., *Mapping Constitutional Commitments on Sexual and Reproductive Health and Rights. A Global Survey*, [w:] H. Bielefeldt, M. Schmidhuber, A. Frewer (red.), *Healthcare as a Human Rights Issue. Normative Profile, Conflicts and Implementation*, Bielefeld 2017.
- Bieć-Kacala A., *Nieliberalny sąd konstytucyjny w Polsce na przykładzie wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie aborcyjnej, sygn. akt K 1/20*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” t. 69, 5/2022.
- Cook R.J., *International Human Rights and Women’s Reproductive Health*, „Studies in Family Planning” t. 24, nr 2/1993.
- Dec-Pietrowska J., Walendzik-Ostrowska A., *Wokół problematyki edukacji seksualnej w Polsce*, „Wychowanie w Rodzinie” t. 23, nr 2/2020.
- Department of Economic and Social Affairs, *Demographic Yearbook. 72nd issue*, New York 2022, <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dybsets/2021.pdf>.
- Dębski R., *Antykoncepcja – metody zapobiegania niepożądaney ciąży. Część II. Medyczne (nienaturalne) metody zapobiegania niepożądaney ciąży*, „Ginekologia Polska” 78/2007.
- Dobrowolska K., *Prawa reprodukcyjne i seksualne w ONZ i ich doktrynalne uwarunkowania*, „Zeszyty Prawnicze” 16.2/2016.
- Dora M., *Lepiej nie mówić. O edukacji seksualnej w Polsce*, „Przegląd Pedagogiczny” 2/2013.
- Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej w Polsce. Raport 2013*, Warszawa 2013.
- Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych, *Contraception Policy Atlas 2019*, https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-05/map_cci-english_english_v9-web.pdf.
- Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych, *Contraception Policy Atlas 2020*, https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-11/CConceptionInfoA3_EN%202020%20NOV2.pdf.
- Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych, *Contraception Policy Atlas 2022*, <https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/ÉPF%20Contraception%20Policy%20Atlas%20Europe%202022.pdf>.
- Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych, *Contraception Policy Atlas 2023*, https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception_Policy_Atlas_Europe2023.pdf.

- Forum Parlamentu Europejskiego ds. Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych, *Contraception Policy Atlas 2024*, https://www.epfweb.org/sites/default/files/2024-02/CCInfoEU_A3_EN_2024_FEB12_0.pdf.
- Freeman M.A., Chinkin C., Rudolf B., *The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. A Commentary*, Oxford 2012.
- Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Wkładki antykoncepcyjne na NFZ w województwie dolnośląskim (baza placówek)*, <https://federa.org.pl/wkladki-na-nfz-dolnoslaskie/>.
- Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Wkładki antykoncepcyjne na NFZ w województwie mazowieckim (baza placówek)*, <https://federa.org.pl/wkladki-mazowieckie/>.
- Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Wkładki antykoncepcyjne na NFZ w województwie podkarpackim (baza placówek)*, <https://federa.org.pl/wkladki-na-nfz-podkarpackie/>.
- Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Wkładki antykoncepcyjne na NFZ w województwie podlaskim*, <https://federa.org.pl/wkladki-na-nfz-podlaskie/>.
- Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Wkładki antykoncepcyjne na NFZ w województwie pomorskim (baza placówek)*, <https://federa.org.pl/wkladki-na-nfz-pomorskie/>.
- Gliszczyńska-Grabias A., Sadurski W., *The Judgment That Wasn't (But Which Nearly Brought Poland to a Standstill): 'Judgment' of the Polish Constitutional Tribunal of 22 October 2020, K 1/20*, „European Constitutional Law Review” t. 17, nr 1/2021.
- Grabowska-Moroz B., Łakomicz K., *(Nie)dopuszczalność aborcji. Głosa do wyroku TK z dnia 22 października 2020 r., K 1/20*, „Państwo i Prawo” 8/2021.
- Grupa Ponton, *WdZ na dwójce. Badanie na temat zajęć Wychowanie do życia w rodzinie*, Warszawa 2023.
- Hanc J., *Wolność sumienia a klauzula sumienia*, „Prawo i Medycyna” t. 62, nr 1/2016.
- Holocher J., *Dobrowolna sterylizacja. Uwagi de lege lata*, „Studia Prawnicze” 1/2015.
- Jasińska E., *Kontrowersje dotyczące klauzuli sumienia w kontekście przerywania ciąży – studium przypadku*, „Problemy Współczesnej Kryminalistyki” 25/2023.
- Karnat J., *Komentarz do art. 156*, [w:] B. Gadecki (red.), *Kodeks karny. Art. 1–316. Komentarz*, Warszawa 2023, Legalis, teza 16.
- Kędziora K., *Prawa reprodukcyjne a dyskryminacja kobiet. Polska ustawa antyaborcyjna w świetle standardów prawa międzynarodowego*, Warszawa 2016.

- Komitet Bioetyki Polskiej Akademii Nauk, *Stanowisko Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk nr 1/2024 z dnia 6 lutego 2024 r. w sprawie konieczności usunięcia barier prawnych i faktycznych w dostępie do metod i środków antykoncepcji*, Warszawa 2024.
- Kowalewska-Łaguna M., *Dobrowolna sterylizacja w prawie polskim na tle prawno-porównawczym*, „Państwo i Prawo” 1/2014.
- Kubicki L., *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, „Prawo i Medycyna” 4/1999.
- Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, *Zestawienie liczebne lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu*, https://nil.org.pl/uploaded_files/1684479715_za-kwiecien-2023-zestawienie-nr-04.pdf.
- Nowicka W., *Ustawa antyaborcyjna w Polsce. Stan prawny i rzeczywistość*, [w:] Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Prawa reprodukcyjne w Polsce. Skutki ustawy antyaborcyjnej. Raport – wrzesień 2007*, Warszawa 2007.
- Odpowiedź Ministra Zdrowia na pismo z 25.09.2017 r., znak VII.5002.3.2017. AMB, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Odpowiedz%20Ministra%20Zdrowia%20ws.%20%20klauzuli%20sumienia%20farmaceutow.pdf>.
- Orzeszyna K., *Klauzula sumienia jako gwarancja realizacji prawa do wolności sumienia*, „Medyczna Wokanda” 9/2017.
- Piotrowski R., *Nowa regulacja przerywania ciąży w świetle Konstytucji*, „Państwo i Prawo” 8/2021.
- Press Unit of European Court of Human Rights, *Factsheet – Reproductive rights*, https://www.echr.coe.int/documents/fs_reproductive_eng.pdf.
- Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Andrzej Duda, *Pismo do Marszałka Sejmu*, https://www.prezydent.pl/storage/file/core_files/2024/3/29/e68732f9418857c259e-07fc6878cb62f/Weto_Prawo_Farmaceutyczne.pdf.
- Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki farmaceuty sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12383702/13049444/13049445/dokument662301.pdf>.
- Raczyński O., *Klauzula sumienia – gwarancja wolności sumienia przy wykonywaniu zawodu lekarza czy ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych?*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ” 32/2017.
- Rekomendacje Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące badania ginekologicznego i leczenia osoby małoletniej (stan na 1.01.2020 r.), „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” t. 4, nr 4/2019.

- Różyńska J., *Klauzula sumienia*, [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 1, *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019.
- Sitarz O., *Dobrowolna sterylizacja – czy czas na zmianę prawa?*, [w:] W. Cieślak, M. Romańczuk-Grącka (red.), *Między stabilnością a zmiennością prawa karnego*, Olsztyn 2017.
- Sitarz O., *Postulat usunięcia instytucji klauzuli sumienia z polskiego porządku prawnego*, „Przeгляд Prawa Medycznego” t. 5, nr 32/2023.
- Sitarz O., Bek D., Hanc J., *Wpływ klauzuli sumienia i obrony przez kulturę na ocenę elementów struktury przestępstwa*, „Archiwum Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej” 2/2017.
- Snarski R., *Dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji – uwagi na tle prawnoporównawczym*, „Przeгляд Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego” 2/2015.
- Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. *Pierwsza wizyta osoby małoletniej u lekarza ginekologa*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” t. 1, nr 2/2016.
- Szumilo-Kulczycka D., Kozub-Ciembroniewicz K., *Konsekwencje uchybień w obszarze TK (uwagi na tle orzeczenia w sprawie K 1/20)*, „Państwo i Prawo” 8/2021.
- Tarapata S., Zontek W., *Prawnokarne skutki wyroku TK z 22.10.2020 r., K 1/20 (zagadnienia wybrane)*, „Państwo i Prawo” 8/2021.
- Wąsek A., *Czy dobrowolna sterylizacja jest przestępstwem?*, „Państwo i Prawo” 8/1988.
- World Health Organisation, *Mechanisms of action and effectiveness of contraceptive methods*, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/mechanisms-of-action-and-effectiveness-of-contraception-methods.pdf?sfvrsn=e39a69c2_1.
- Wróbel W., *Problem klauzuli sumienia w prawie polskim w odniesieniu do ochrony życia*, „Annales Canonici” 6/2010.
- Zatyka E., *Klauzula sumienia jako okoliczność modyfikująca zakres lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy (uwagi na tle art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry)*, „Biuletyn Kryminologiczny” 13/2004.
- Zespół Doradców ds. kontroli konstytucyjności prawa przy Marszałku Senatu X kadencji, *Ekspertyza prawna w przedmiocie oceny prawnej orzeczenia TK z 22 października 2020 r. (sygn. K 1/20)*.
- Zielińska E., *Antykoncepcja*, [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019.

Zielińska E., *Klauzula sumienia*, „Prawo i Medycyna” 13/2003.

Zielińska E., *Przegląd polskich regulacji prawnych w zakresie praw reprodukcyjnych*, [w:] Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Prawa reprodukcyjne w Polsce. Skutki ustawy antyaborcyjnej. Raport – wrzesień 2007*, Warszawa 2007.

Zoll A., *Klauzula sumienia w medycynie – gwarancja czy ograniczenie wolności sumienia pracowników ochrony zdrowia*, [w:] O. Nawrot (red.), *Klauzula sumienia w państwie prawa*, Sopot 2015.

Zoll A., *Okoliczności wyłączające bezprawność czynu*, Warszawa 1982.

Akty prawne

Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 6.11.2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz.Urz. UE L z 2001 r. nr 311, s. 67).

Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (Dz.U. UE z 2007 r. nr 303, s. 1).

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 319, z 2006 r. Nr 200, poz. 1471, z 2009 r. Nr 114, poz. 946).

Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie 4.11.1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).

Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20.11.1989 r. (Dz.U. z 1911 r. Nr 120 poz. 526).

Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzona w Stambule 11.05. 2011 r., (Dz.U. z 2015 r. poz. 961).

Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 18.12.1979 r. (Dz.U. 1982 r. Nr 10, poz. 71).

Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169).

Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167).

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 30.08.2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1.09.2023 r.

- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka – rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) przyjęta i proklamowana 10.12.1948 r.
- Rezolucja Parlamentu Europejskiego z 24.06.2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet (2020/2215(INI)) (Dz.Urz. UE C z 2022 r. nr 81, s. 43).
- Rozporządzenie (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z 31.03.2004 r. ustanawiające unijne procedury wydawania pozwoleń dla produktów stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzór nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków (Dz.Urz. UE L z 2004 r. nr 136, s. 1).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej 12.08.1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 395; zm.: Dz.U. z 2017 r. poz. 1117).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 357).
- Traktat o Unii Europejskiej z 13.12.2007 r. – wersja skonsolidowana (Dz.U. C 202 z 7.06.2016 s. 13–46).
- Ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 826, 1733).
- Ustawa z 13.01.2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 289, 535).
- Ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 991, 1675).
- Ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2702, 2705, z 2023 r. poz. 185, 1234).
- Ustawa z 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1850).
- Ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1516, 1617, 1831).
- Ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1138, 1726, 1855, 2339, 2600, z 2023 r. poz. 289, 403, 818, 852, 1234, 1834).

Ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1545, 1675, 1692, 1972).

Ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2301, z 2023 r. poz. 605, 650, 1859, 1938).

Ustawa z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 1575).

Orzeczenia

Decyzja Komitetu Praw Człowieka ONZ z 24.10.2005 r., K.L. przeciwko Peru, skarga nr 1153/2003.

Decyzja Komitetu Praw Człowieka ONZ z 28.04.2011 r., L.M.R. przeciwko Argentynie, skarga nr 1608/2007.

Decyzja Komitetu Praw Człowieka ONZ z 17.10.2016 r., Amanda Jane Mellet przeciwko Irlandii, skarga nr 2324/2013.

Decyzja Komitetu Praw Człowieka ONZ z 12.06.2017 r., Siobhán Whelan przeciwko Irlandii, skarga nr 2425/2014.

Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 3.07.2019 r., I CSK 45/19.

Postanowienie ETPC z 2.10.2001 r., Pichon i Sajous przeciwko Francji, skarga nr 49853/99.

Wyrok ETPC z 26.05.2011 r., R.R. przeciwko Polsce, skarga nr 27617/04.

Wyrok ETPC z 7.12.1976 r., Kjeldsen i in. przeciwko Danii, skargi nr 5095/71, 5920/72.

Wyrok ETPC z 7.05.2021 r., Xero Flor przeciwko Polsce, skarga nr 4907/18.

Wyrok ETPC z 7.03.2006 r., Evans przeciwko Wielkiej Brytanii, skarga nr 6339/05.

Wyrok Sądu Okręgowego – IV Wydział Karny Odwoławczy w Poznaniu z 6.11.2014 r., sygn. akt IV Ka 452/14.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22.10.2020 r., sygn. akt K 1/20.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 28.05.1997 r., sygn. akt K 26/96.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7.10.2015 r., sygn. akt K 12/14.

Abstract

Legal aspects of access to contraception in Poland

The ability to choose safe, effective and affordable contraceptive methods and to have access to comprehensive information on all family planning methods is one aspect of reproductive rights, which are considered an integral part of human rights. According to reports by the European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights, Poland has for years recorded the worst access to contraception among European countries. The purpose of this paper is to determine whether the regulations in force in the Polish legal system provide real access to contraception that complies with international standards. The following methods of contraception were analysed: emergency, chemical, mechanical, hormonal, long-term and permanent. Furthermore, issues affecting access to contraception, such as the conscience clause, sex education, and the lack of autonomy of underage women in deciding on contraceptive methods, excluding mechanical and chemical, were covered. As the majority of contraceptives are intended for use by women, any restriction on access to them can be qualified as a form of gender discrimination.

Keywords: reproductive rights, family planning, procreation, access to contraception