

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

Komitet Bioetyki apeluje do władz Rzeczypospolitej Polskiej o bezwzględne wprowadzenie rozwiązań prawnych, administracyjno-finansowych i organizacyjnych, które zapewnią każdej osobie realny i swobodny dostęp do metod i środków antykoncepcji umożliwiających jej korzystanie z prawa do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci, o którym mowa w preambule ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży¹ (dalej „ustawa o planowaniu rodziny”).

Komitet jest głęboko zaniepokojony faktem, że Polska po raz kolejny znalazła się na ostatnim miejscu „Europejskiego Atlasu Polityki Antykoncepcyjnej”², opracowanego przez Europejskie Forum Parlamentarne na Rzecz Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych. Badanie to

¹ Dz.U. z 2022 r. poz. 1575.

² European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights, *Contraception Policy Atlas Europe 2023*; https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception_Policy_Atlas_Europe2023_0.pdf Współczynnik ten jest wyliczany przez grono międzynarodowych ekspertów z zakresu ochrony zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz ochrony praw seksualnych i reprodukcyjnych na podstawie oceny trzech złożonych zmiennych określających poziom dostępności środków i metod antykoncepcyjnych finansowanych ze środków publicznych, poziom dostępności poradnictwa medycznego, a także poziom dostępności informacji online.

ocenia i porównuje poziom dostępności nowoczesnych środków i metod antykoncepcji w 46 krajach regionu europejskiego. W 2023 r. wskaźnik dostępności antykoncepcji dla Polski wyniósł 33,5% (na 100 możliwych punktów) i był podobny do przyznanego w trzech poprzednich edycjach „Atlasu” (2019, 2020, 2022)³.

Komitet z przykrością zauważa, że niska ocena poziomu dostępności antykoncepcji w Polsce nie jest czymś nowym. Przeciwnie, problem ograniczeń i nierówności w dostępie do nowoczesnych metod kontroli płodności jest od lat podnoszony przez organizacje pozarządowe, w szczególności Federację na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny⁴; Rzecznika Praw Obywatelskich⁵, a także organy ochrony praw człowieka Rady Europy⁶ i Organizacji Narodów Zjednoczonych, w tym ciała monitorujące wywiązanie się przez Polskę ze zobowiązań traktatowych⁷. Niestety, bez należytego odzewu ze strony władz publicznych.

³ W 2019 r. wynosił on 31,5%, w 2020 r. – 35,1%; w 2022 r. – 33,5%. W 2021 r. badanie nie było realizowane. Zob. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights, *Contraception Atlas 2019*, <https://www.epfweb.org/node/542>; *European Contraception Policy Atlas 2020*, <https://www.epfweb.org/node/669>; *Contraception Policy Atlas Europe 2022*, <https://www.epfweb.org/node/964>.

⁴ Zob. federa.org.pl.

⁵ Zob. np. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rzecznik-pisze-do-ministra-zdrowia-w-sprawie-antykoncepcji-awaryjnej-klauzuli-sumienia-i-edukacji>.

⁶ Zob. np. Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Third party intervention by the Council of Europe Commissioner for Human Rights under Article 36, paragraph 3, of the European Convention on Human Rights: K.B. v. Poland and 3 other applications (applications nos. 1819/21, 3682/21, 4957/21, 6217/21), K.C. v. Poland and 3 other applications (applications nos. 3639/21, 4188/21, 5876/21, 6030/21), and A.L. - B. v. Poland and 3 other applications (applications nos. 3801/21, 4218/21, 5114/21, 5390/21), 28.10.2021 CommDH(2021)31, par. 16; Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, Women's sexual and reproductive health and rights in Europe, 2017, <https://rm.coe.int/women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-europe-issue-pape/168076dead>.

⁷ Zob. np. Human Rights Committee, *Concluding observations on the seventh periodic report of Poland*, 23.11.2016 (CCPR/C/POL/CO/7), pkt 24(c); https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=8; Committee on Economic, Social, and Cultural Rights, *Concluding observations on the sixth periodic report of Poland*, 26.10.2016 (E/C.12/POL/CO/6), pkt 49; https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FPOL%2FCO%2F6&Lang=en; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations on the combined seventh and eighth periodic reports of Poland*, 20.10.2014

Komitet Bioetyki negatywnie ocenia ten stan rzeczy i uważa, że powinien on pilnie ulec zmianie, co wymaga usunięcia wszystkich barier w dostępie do środków planowania rodziny, w tym poprzez dokonanie zmian o charakterze legislacyjnym. W ocenie Komitetu dalsza bezczynność władz publicznych będzie oznaczać, że Rzeczpospolita Polska nie wykonuje postanowień umów międzynarodowych, do czego dobrowolnie się zobowiązała, a także nie przestrzega ustawodawstwa krajowego. Innymi słowy, narusza prawa człowieka zagwarantowane w dokumentach konferencyjnych, traktatach ONZ, Rady Europy i Unii Europejskiej, a także wolności i prawa przewidziane w Konstytucji RP i ustawach zwykłych.

1. Antykoncepcja w świetle międzynarodowych traktatów ochrony praw człowieka

Rzeczpospolita Polska jest stroną kluczowych konwencji międzynarodowych, które wprost odnoszą się do ochrony praw człowieka w dziedzinie reprodukcji. W 1982 roku Polska ratyfikowała Konwencję w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet⁸, przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 1979 r., która była pierwszym traktatem wprost odnoszącym się do praw reprodukcyjnych. W art. 16 ust. 1 tej Konwencji przewiduje się, że państwa Strony podejmą wszelkie niezbędne kroki w celu likwidacji dyskryminacji kobiet we wszystkich sprawach wynikających z zawarcia małżeństwa i stosunków rodzinnych, a w szczególności zapewnią, na warunkach równości z mężczyznami m.in.: „równe prawa 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” (lit. e).

(CEDAW/C/POL/CO/7-8), pkt 36–37; http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fPOL%2fCO%2f7-8&Lang=en.

⁸ Dz.U. z 1982 r. Nr 10 poz. 71.

Od 2012 roku Polska jest także stroną Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych⁹, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. W ust. 1 artykułu 23 tej Konwencji, zatytułowanym „Poszanowanie domu i rodziny” przewiduje się, że państwa Strony podejmą efektywne i odpowiednie środki w celu likwidacji dyskryminacji osób z niepełnosprawnościami we wszystkich sprawach dotyczących małżeństwa, rodziny, rodzicielstwa i związków, na zasadzie równości z innymi osobami, w taki sposób, aby zapewnić m.in. „uznanie prawa osób niepełnosprawnych do podejmowania swobodnych i odpowiedzialnych decyzji o liczbie i czasie urodzenia dzieci oraz do dostępu do dostosowanych do wieku edukacji i informacji dotyczących prokreacji i planowania rodziny, a także do środków niezbędnych do korzystania z tych praw” (lit. b).

Oczywiście, kwestii ochrony praw reprodukcyjnych, w tym prawa do informacji, środków i metod planowania rodziny nie należy rozpatrywać w oderwaniu od innych wolności i praw człowieka zagwarantowanych w wiążących Rzeczpospolitą Polską traktatach międzynarodowych takich jak np. Międzynarodowe Pakty ONZ z 1966 r.: Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych¹⁰ i Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych¹¹, Konwencja o prawach dziecka z 1989 r.¹², Konwencja Rady Europy o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r.¹³ oraz Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 2010 r.¹⁴ Fakt bowiem, że w konkretnej Konwencji nie stanowi się bezpośrednio o prawie do zdrowia reprodukcyjnego oraz samostanowienia w dziedzinie reprodukcji, czy też o prawie do informacji lub edukacji w tym zakresie, nie oznacza, iż inne przepisy tych aktów prawnych nie mogą być odnoszone do tych praw. Najważniejszymi z nich są prawo do zdrowia,

⁹ Dz.U. z 2012 r. poz. 1169.

¹⁰ Dz.U. z 1977 r. Nr 38 poz. 167.

¹¹ Dz.U. z 1977 r. Nr 38 poz. 169.

¹² Dz.U. z 1991 r. Nr 120 poz. 526.

¹³ Dz.U. z 1993 r. Nr 61 poz. 284.

¹⁴ Dz.Urz. UE C 83 z 30.03.2010.

a także prawo do samostanowienia, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, prawo do korzystania z osiągnięć nauki, prawo do edukacji, wolność od tortur, nieludzkiego bądź poniżającego traktowania oraz wolność od dyskryminacji i przemocy¹⁵.

Prawo każdego człowieka do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego zagwarantowane jest w art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (art. 12). Komitet czuwający nad przestrzeganiem przez państwa-strony tej umowy w Komentarzu ogólnym nr 14 z 2000 r. dotyczącym prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia¹⁶ oraz w Komentarzu ogólnym nr 22 z 2016 r. dotyczącym prawa do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego¹⁷ jednoznacznie uznał, że prawo do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego jest integralną częścią prawa do zdrowia zapisanego w art. 12 Paktu. Komentarz nr 22 przypomina ponadto, że pojęcie zdrowia reprodukcyjnego¹⁸ zostało po raz pierwszy zdefiniowane w Kairskim Programie Działania (*Cairo Programme of Action*)¹⁹ – dokumencie politycznym przyjętym przez aklamację przez przedstawicieli 179 państw podczas Konferencji ONZ na temat Ludności i Rozwoju (*International Conference on Population and Development*, ICPD) w Kairze w 1994 r. Nawiązując do tej

¹⁵ Szerzej na temat interpretacji prawa traktatowego w aspekcie antykoncepcji zob. E. Zielińska, [w:] *System prawa medycznego*, t. 2, cz. 2, red. nac. E. Zielińska, red. tomu M. Boratyńska, P. Konieczniak, Wolters Kluwer, Warszawa 2019, s. 180 i n.

¹⁶ Committee on Economic, Social, and Cultural Rights, *General comment No.14: The right to the highest attainable standard of health*, 11.08.2000 (E/C.12/2000/4); http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en.

¹⁷ Committee on Economic, Social, and Cultural Rights, *General comment No. 22(2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, 2.05.2016 (E/C.12/GC/22), http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f22&Lang=en.

¹⁸ Szerzej o ewolucji i treści praw reprodukcyjnych zob. J. Różyńska, *Rozwój i ochrona praw reprodukcyjnych jako praw człowieka*, [w:] *Prawo wobec problemów społecznych. Księga jubileuszowa profesor Eleonory Zielińskiej*, red. B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska Wydawnictwo C.H. Beck 2016, s. 801–812.

¹⁹ United Nations, *Report of the International Conference on Population And Development*, Cairo, Egypt, 5–13 September 1994 (A/CONF.171/13); <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.

definicji, Komentarz nr 22 wyjaśnia, że prawo do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego „składa się z zestawu wolności i uprawnień. Wolności te obejmują prawo do podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji i wyborów dotyczących spraw związanych z własnym ciałem oraz zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym, w sposób wolny od przemocy, przymusu i dyskryminacji. Uprawnienia obejmują swobodny dostęp do pełnego zakresu zakładów opieki zdrowotnej, produktów medycznych, świadczeń zdrowotnych i informacji, które zapewniają wszystkim ludziom pełne korzystanie z prawa do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego zgodnie z artykułem 12 Paktu” (pkt 5).

Komentarz nr 22 Komitetu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ jednoznacznie obliguje państwa-strony do zagwarantowania wszystkim osobom, w tym nastolatkom, dostępu do przystępnych, bezpiecznych i skutecznych środków antykoncepcji oraz wdrożenia wszechstronnej, neutralnej światopoglądowo i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną edukacji seksualnej (np. pkt 28). Ponadto z całą mocą podkreśla związek między ochroną zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego a zasadą równości kobiet i mężczyzn oraz zakazem dyskryminacji. „Realizacja praw kobiet oraz zasady równouprawnienia płci – zarówno w prawie, jak i w życiu – wymaga uchylecia lub zmiany dyskryminujących przepisów prawnych, polityk i praktyk w dziedzinie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego (pkt 28 Komentarza nr 22).

Ta ostatnia uwaga jest szczególnie ważna w kontekście dostępu do antykoncepcji. Fakt, że na obecnym etapie rozwoju wiedzy i techniki medycznej zdecydowana większość najbardziej skutecznych środków i metod antykoncepcji może być stosowana tylko przez kobiety, a także okoliczność, iż wyłącznie kobiety bezpośrednio ponoszą zdrowotne i osobiste konsekwencje zajścia w ciążę, szczególnie w ciążę niepożądaną, sprawia, że kwestia dostępu do antykoncepcji powinna być rozważana zawsze przy uwzględnieniu perspektywy płci. Wszelkie bowiem niedostatki i braki w tym zakresie mogą być postrzegane dodatkowo jako przejaw dyskryminacji kobiet oraz braku szacunku dla ich praw człowieka.

2. Prawne gwarancje dostępu do antykoncepcji w Polsce

Dostęp do antykoncepcji w Polsce zapewniają postanowienia wspomnianej ustawy o planowaniu rodziny. Ustawa już w preambule uznaje „prawo każdego do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz prawo dostępu do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa”. Ustawa nakłada zatem na państwo obowiązek umożliwienia podejmowania decyzji reprodukcyjnych w tym zakresie, przy czym jakakolwiek ingerencja władzy państwowej (lub innych osób) w decyzje dotyczące poczęcia dziecka powinna być uznana za niedopuszczalną²⁰.

Dodatkowo kwestii antykoncepcji poświęcono w tej ustawie przepis art. 2 ust. 2, który stanowi, że „organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są zobowiązane zapewnić obywatelom „swobodny dostęp do metod i środków służących dla świadomej prokreacji”. Ustawa nie precyzuje, o jakie metody i środki służące do „świadomej prokreacji” chodzi. Oznacza to, że obowiązek zapewnienia dostępu obejmuje wszystkie metody i środki planowania rodziny, które są zgodne z aktualną wiedzą medyczną i – jeśli zaliczają się do produktów leczniczych – dopuszczone do obrotu w Polsce albo w Unii Europejskiej.

Zaznaczyć należy, że kwestia dostępności metod i środków antykoncepcyjnych ma również wymiar konstytucyjny. Artykuł 68 Konstytucji RP²¹ stanowi, że władze publiczne zapewniają obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Równocześnie zastrzega się, że warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. W orzeczeniu z dnia 24 stycznia 2004 r. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że „przepis ten rodzi obowiązek rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako

²⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997, sygn. K 26/96.

²¹ Dz.U. z 1997 r. Nr 78 poz. 483 z późn. zm.

iluzoryczne lub czysto potencjalne”²². Z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP wynika zatem nie tylko prawo podmiotowe każdego do ochrony zdrowia, ale także obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa. „Wskazuje się równocześnie, że nakaz ochrony zdrowia przez władze publiczne ustanawia po ich stronie na przykład obowiązek dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych o uznanej skuteczności terapeutycznej, w tym np. środków antykoncepcji postkoitalnej, a margines swobody regulacyjnej w tej kwestii jest niewielki. Zastrzega się wprawdzie, że sposób ujęcia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia nie daje podstaw do uznania, że z prawa tego wynika indywidualne roszczenie o udzielenie danej osobie konkretnego świadczenia. Niemniej równocześnie podnosi się, że nawet w przypadku praw, których sposób realizacji powinien zostać określony w ustawie (lub które mogą być dochodzone w granicach wyznaczonych ustawą), istnieje „minimum prawa”, czyli standard minimalny, którego niedochowanie oznacza naruszenie normy konstytucyjnej”²³.

Komitet Bioetyki jest zdania, że obecny niski poziom dostępności metod i środków antykoncepcyjnych w Polsce narusza minimalny standard ochrony należny prawu każdej osoby do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu potomstwa.

3. Bariery ekonomiczne w dostępie do antykoncepcji

Obecnie w Polsce zarejestrowane i dostępne są bardzo liczne produkty lecznicze i wyroby wykazujące działanie antykoncepcyjne, w tym środki antykoncepcyjne w postaci tabletek doustnych o różnym składzie i zawartości hormonów oraz metody antykoncepcji hormonalnej o przedłużonym działaniu takiej jak systemy antykoncepcji transdermalnej (przezskórnej) w postaci plastrów, systemy hormonalnej antykoncepcji

²² Dz.U. z 2004 r. Nr 5 poz. 37.

²³ E. Zielińska, op. cit., s. 195.

podskórnej w postaci implantów albo zastrzyków, hormonalne i niehormonalne systemy wewnątrzmaciczne oraz dopochwowe pierścienie antykoncepcyjne. Produkty te dostępne są na receptę. Bez recepty dostępne są natomiast m.in. środki plemnikobójcze w postaci kremów albo globulek dopochwowych oraz prezerwatywy, czyli środki i metody antykoncepcyjne o istotnie niższej skuteczności działania w porównaniu z wymienionymi wyżej metodami antykoncepcji hormonalnej.

Antykoncepcja jest w Polsce refundowana w bardzo wąskim zakresie i tylko częściowo. Zdecydowana większość środków i metod antykoncepcji nie jest finansowana ze środków publicznych, co istotnie ogranicza ich dostępność (przystępność) i ma bezpośrednie przełożenie na niską powszechność ich stosowania. Brak refundacji środków i metod antykoncepcji uderza przede wszystkim w kobiety o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, a także w kobiety bardzo młode, które są wciąż ekonomicznie zależne od rodziny. Stanowi realną barierę w korzystaniu przez nie z prawa do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu potomstwa.

Całkowicie odpłatna jest większość zarejestrowanych w Polsce środków antykoncepcji doustnej, w tym wszystkie tabletki jednoskładnikowe (tzw. „mini-pigułki”), które z racji niskiej zawartości hormonów są szczególnie zalecane dla kobiet bardzo młodych, karmiących, zagrożonych zakrzepicą oraz kobiet zbliżających się do menopauzy. Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 stycznia 2024 r.²⁴ – podobnie jak w poprzednich latach – częściowej refundacji podlega tylko 8 hormonalnych leków dwuskładnikowym wykazujących (także) działanie antykoncepcyjne (poziom odpłatności głównie 30%). Warto dodać, że nieznaną jest skala korzystania przez Polki z refundowanych środków antykoncepcyjnych. W ostatnim sprawozdaniu Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach

²⁴ Dz.Urz. Min. Zdr. 2023 r. poz. 112.

stosowania ustawy o planowaniu rodziny, dotyczącym roku 2021²⁵, nie ma żadnych informacji na temat liczby sprzedanych i zrefundowanych opakowań doustnych środków antykoncepcyjnych ani też ogólnej kwoty wydanych na ten cel środków publicznych, chociaż takie dane (aczkolwiek niekompletne) były zamieszczane w sprawozdaniach z wcześniejszych lat²⁶.

Całkowicie odpłatne są także wszystkie nowoczesne metody antykoncepcji o przedłużonym działaniu, tj. wkładki, implanty, plastry i zastrzyki antykoncepcyjne. Metody te cechuje bardzo wysoka skuteczność, ponieważ w przeciwieństwie do doustnych tabletek antykoncepcyjnych nie wymagają one regularnego, codziennego stosowania, a zatem ich efektywne działanie nie jest uzależnione od systematyczności i uważności kobiety. Ze względu na tę cechę wiele państw zdecydowało się na objęcie finansowaniem ze środków publicznych przynajmniej jednej takiej metody antykoncepcji²⁷.

Zaznaczyć należy, iż zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁸ Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) finansuje wprowadzenie oraz usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej. Z przywołanego wcześniej sprawozdania

²⁵ Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2021 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Warszawa 2022; Druk sejmowy nr 2758; <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/75710091486B2822C12588EF0034990C/%24File/2758.pdf>.

²⁶ Por. np. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2019 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Warszawa 2020; Druk sejmowy nr 1332; <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/E3A8B0D34BEFF42BC12586FD003A09AE/%24File/1332.pdf>, s. 92.

Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2017 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Warszawa 2018; Druk sejmowy nr 3185; <https://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/6F82FBB36BAA945CC125839200434FC7/%24File/3185.pdf>.

²⁷ Zob. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights, EPF's *Contribution to the 30 Review of the ICPD Programme of Action in Europe*, 2023, s. 5–6; https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-10/Contribution%20to%2030%20review%20of%20ICPD_booklet.pdf.

²⁸ Dz.U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.

Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2021 ustawy o planowaniu rodziny wynika, że w roku sprawozdawczym NFZ sfinansował 9115 procedur wprowadzenia wkładki, z czego większość, bo aż 6470, u kobiet w 35 roku życia lub starszych. Liczba ta najpewniej nie odpowiada jednak rzeczywistemu zapotrzebowaniu na te świadczenia. Wiele kobiet samodzielnie pokrywa koszty wprowadzenia i usunięcia wkładki wewnątrzmacicznej. Bo choć procedury te są świadczeniami gwarantowanymi, nie są dostępne w każdym podmiocie leczniczym, który zawarł kontrakt z NFZ. Z monitoringu przeprowadzonego przez Federację na rzecz Planowania Rodziny i Praw Kobiet w województwach mazowieckim, pomorskim, podkarpackim i podlaskim wynika, że tylko co drugi gabinet oferuje założenie wkładki w ramach kontraktu z NFZ²⁹.

Podkreślić ponadto należy, że koszt zakupu samej wkładki wewnątrzmacicznej ponosi pacjentka. A ten może być znaczny. Cena hormonalnych wkładek domacicznych waha się bowiem od 400 do nawet 900 złotych, co może stanowić poważną barierę finansową dla kobiet, którym ze wskazań medycznych nie zaleca się stosowania doustnych hormonalnych tabletek antykoncepcyjnych.

4. Bariery organizacyjne w dostępie do antykoncepcji

Porady ginekologiczno-polożnicze i porady ginekologiczne, w tym dotyczące antykoncepcji, są finansowane ze środków publicznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁰ oraz wspomnianego już rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przepisy te mają zapewniać wszystkim polskim kobietom i dziewczętom opiekę zdrowotną w zakresie zdrowia reprodukcyjnego

²⁹ Federacja na rzecz Planowania Rodziny i Praw Kobiet, *Z okazji światowego dnia antykoncepcji o jej (nie) dostępności w Polsce*, 29.09.2023; <https://federa.org.pl/antykoncepcja-2023/>.

³⁰ Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.

w ramach specjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa. Rzeczywistość daleka jest jednak od tego założenia.

Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2021 r. ustawy o planowaniu rodziny podaje, że w roku tym udzielono 7 578 536 porad ginekologicznych i objęto opieką 2 722 451 kobiet, w tym 48 020 dziewcząt poniżej 18. roku życia. Według danych GUS w 2021 roku mieszkało w Polsce nieco ponad 19 milionów kobiet³¹, w tym nieco ponad 8 740 000 kobiet w wieku rozrodczym (15–49)³². To zaś oznacza, że w 2021 r. **zaledwie 1/3 dziewcząt i kobiet w wieku reprodukcyjnym została objęta opieką ginekologiczną finansowaną ze środków publicznych.**

Polki korzystają ze świadczeń ginekologicznych rzadko i nieregularnie³³. Badanie przeprowadzone w 2019 r. w ramach ogólnopolskiej kampanii społeczno-edukacyjnej „W kobiecym interesie” wykazało, że kobiety w Polsce po raz pierwszy idą do ginekologa najczęściej z powodu ciąży; 3 mln Polek chodzi do ginekologa rzadziej niż raz w roku lub wcale, a aż 40% Polek w ogóle nie widzi potrzeby korzystania ze świadczeń ginekologicznych³⁴. Statystyki te są jeszcze gorsze w grupie kobiet z niepełnosprawnościami, których w Polsce jest ok. 1,5 miliona. Z badania przeprowadzonego w 2022 r. w ramach kolejnej edycji kampanii „W kobiecym interesie” wynika, że aż 77% z nich nie chodzi do ginekologa regularnie, a co piąta nigdy nie była na takiej wizycie³⁵.

³¹ Główny Urząd Statystyczny, *Ludność rezydująca – informacja o wynikach Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021*, Informacje sygnałne, 21.12.2022; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-rezydujaca-dane-nsp-2021,44,1.html>.

³² Główny Urząd Statystyczny, *Stan i struktura ludności według wieku w latach 1989–2022*; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosc,16,1.html>.

³³ <https://portal.abczdrowie.pl/polki-nie-chodza-do-ginekologa-22-proc-kobiet-z-niepelnosprawnoscia-nie-bylo-nigdy-na-takiej-wizycie>.

³⁴ Instytut badawczy ARC Rynek i Opinia, na zlecenie Gedeon Richter, marzec 2019 [badanie na reprezentatywnej próbie kobiet (n = 1022) w wieku 16–65 lat]; <https://www.gedeonrichter.pl/w-kobiecym-interesie-poprzednie-edycje/>.

³⁵ Instytut badawczy ARC Rynek i Opinia, na zlecenie Gedeon Richter, maj–czerwiec 2022 [badania na próbie 201 kobiet z niepełnosprawnościami ruchowymi, wzroku i słuchu]; <https://www.gedeonrichter.pl/w-kobiecym-interesie-poprzednie-edycje/>.

Przyczyny tego stanu rzeczy są wielorakie i złożone. Niewątpliwie, istotny wpływ mają czynniki kulturowe (przekonania religijne, społeczna tabuizacja i stygmatyzacja seksualności człowieka, zwłaszcza osób młodych, starszych, nieheteronormatywnych i z niepełnosprawnościami, brak rzetelnej edukacji seksualnej), poznawczo-emocjonalne (niska świadomość wagi profilaktyki zdrowotnej, strach przed wizytą u ginekologa, poczucie wstydu), a także czynniki systemowo-organizacyjne.

Organizacja systemu ochrony zdrowia nie zapewnia powszechnego i swobodnego dostępu do poradnictwa ginekologicznego, w tym dotyczącego środków i metod antykoncepcyjnych. Głównymi barierami organizacyjnymi są długi czas oczekiwania na wizytę, odległa lokalizacja najbliższej placówki oraz brak infrastruktury odpowiadającej na szczególne potrzeby określonych grup kobiet, w szczególności kobiet z niepełnosprawnościami, a także kobiet bardzo młodych, kobiet starszych lub schorowanych. Nierówności w dostępie do poradnictwa dotyczą zwłaszcza kobiet z obszarów wiejskich, co jednoznacznie wykazał raport Najwyższej Izby Kontroli³⁶, oraz kobiet z niepełnosprawnościami³⁷. Wszystkie Polki muszą jednak czekać na wizytę u ginekologa „na NFZ” – w zależności od miejsca zamieszkania – od kilku do nawet kilkudziesięciu dni³⁸.

³⁶ Naczelna Izba Kontroli, *Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich. Informacja o wynikach kontroli*, Nr ewid. 1/2018/P/17/061/LBI, Warszawa 2018; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,17646,vp,20227.pdf>.

³⁷ Zob. Instytut badawczy ARC Rynek i Opinia, na zlecenie Gedeon Richter, maj–czerwiec 2022 [badania na próbie 201 kobiet z niepełnosprawnościami ruchowymi, wzroku i słuchu]; <https://www.gedeonrichter.pl/w-kobiectym-interesie-poprzednie-edycje/>. Zob. też A. Wołowicz, M. Kocejko, K. Ferenc, Women with disabilities and access to gynaecological services in Poland. *Disability & Society* 2022, 37(3): 386–405; M. Różański, Wózek nie odbiera kobiecości. Potrzebujemy dostępnej ginekologii! *Niepełnosprawni.pl*, 5.10.2022; <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/2036083;jsessionid=ACD2881B965F0E1A6B352C95CABF798B>.

³⁸ Por. <https://swiatprzychodni.pl/specjalnosci/ginekolog/> Portal podaje, że na dzień 6 lutego 2024 w Polsce jest 2666 placówek udzielających świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa na postawie kontraktu z NFZ. Średni czas oczekiwania na wizytę to 38 dni. W województwie z najkrótszym czasem oczekiwania średnio czeka się 12 dni, a w województwie z najdłuższym czasem oczekiwania 61 dni.

Istotnym ograniczeniem dostępu do środków i metod antykoncepcji jest ponadto praktyka powoływania się przez lekarzy na tzw. klauzulę sumienia (uregulowaną w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry³⁹) w celu odmowy wystawienia pacjentce recepty na środek antykoncepcyjny, a także brak mechanizmu przekierowania pacjentki do innego świadczeniodawcy, który dane świadczenie wykona.

Komitet Bioetyki podtrzymuje opinię wyrażoną w stanowisku nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia⁴⁰, że lekarz ma prawo „odmówić osobistego wykonania bądź współuczestniczenia w wykonaniu świadczenia zdrowotnego, jedynie wówczas gdy działanie takie bezpośrednio narusza bądź stwarza bezpośrednio i realne zagrożenie dla dobra, które wedle ich przekonań moralnych powinno podlegać bezwzględnej ochronie (np. życia ludzkiego płodu). ... [P]rzedstawiciel zawodu medycznego nie może, powołując się na klauzulę sumienia, odmówić podjęcia działań, których celem jest dostarczenie pacjentowi informacji lub innych środków niezbędnych do podjęcia przez niego świadomej decyzji dotyczącej dalszego postępowania medycznego, które jest legalne, uzasadnione w świetle aktualnej wiedzy medycznej i sytuacji zdrowotnej pacjenta” (pkt 22 i 23). **W szczególności, lekarz nie ma prawa, powołując się na klauzulę sumienia, odmówić wystawienia recepty na produkt leczniczy lub wyrób medyczny o działaniu antykoncepcyjnym, którego stosowanie pozostaje wyłącznie w gestii pacjentki. W sytuacji, gdy wbrew temu zakazowi, lekarz faktycznie uchyla się od wystawienia recepty, organ zarządzający danym podmiotem leczniczym powinien niezwłocznie skierować pacjenta do innego lekarza, który receptę tę wystawi.** Choć aktualne brzmienie art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, po korekcie

³⁹ Dz.U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.

⁴⁰ Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia; <https://bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stnowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf>.

Trybunału Konstytucyjnego⁴¹ oraz nowelizacji tego przepisu dokonanej w 2020 r.⁴², nie nakłada takiego obowiązku ani na lekarza korzystającego z klauzuli sumienia ani na żaden inny podmiot, obowiązek ten wypływa z samego zobowiązania podmiotu leczniczego, który podpisał kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług w zakresie ginekologii i położnictwa, do udzielania wszystkich świadczeń objętych tym kontraktem. Podmiot taki powinien gwarantować dostęp do lekarza, który nie uchyli się do wystawiania recepty na środki antykoncepcyjne.

5. Bariery w dostępie do antykoncepcji dla młodzieży (starszych nastolatków)

Polskie prawo nie gwarantuje osobie małoletniej powyżej 15 roku życia, tj. osobie, która może legalnie podejmować kontakty seksualne, samodzielnego i swobodnego dostępu do poradnictwa ginekologicznego, w tym antykoncepcyjnego. Brak jest bowiem prawnej możliwości udzielenia takiej osobie porady ginekologicznej bez wiedzy i zgody jej przedstawiciela ustawowego. Ponadto państwo polskie nie gwarantuje młodym ludziom bezpłatnego dostępu do środków i metod antykoncepcyjnych – w szczególności do jednoskładnikowych tabletek antykoncepcyjnych i metod antykoncepcji o przedłużonym działaniu – jak to ma miejsce w wielu krajach europejskich⁴³.

Polska szkoła nie oferuje także dostępu do wszechstronnej, neutralnej światopoglądowo, przyjaznej i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną edukacji na temat zdrowia seksualnego i zdrowia

⁴¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r, sygn. akt K 12/14.

⁴² Ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2020 r. poz. 1291, z późn. zm.

⁴³ Zob. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights, *EPF's Contribution to the 30 Review of the ICPD Programme of Action in Europe*, *op. cit.*, s. 5–6.

reprodukcyjnego, w tym na temat bezpiecznych i skutecznych metod planowania rodziny⁴⁴.

To wszystko sprawia, że młodzi ludzie – zwłaszcza ci, którzy nie mogą liczyć na zrozumienie i wsparcie ze strony rodziców – mają bardzo ograniczony dostęp do nowoczesnych środków i metod antykoncepcji o wysokiej skuteczności. „[N]ie mają dostępu do antykoncepcji innej niż prezerwatywy bez konieczności pytania rodziców o zgodę. Ze wstydu przed rodzicami nie badają też narządów rodnych, co prowadzi do niebezpiecznego rozwoju infekcji i chorób”⁴⁵. Sytuacja ta zagraża nie tylko ich zdrowiu, ale stanowi także pogwałcenie ich prawa do prywatności. Jest ponadto sprzeczna z postanowieniami Konwencji o prawach dziecka, którą Polska współtworzyła i której jest stroną.

W Komentarzu ogólnym nr 4⁴⁶ z 2003 r. do tej Konwencji, Komitet Praw Dziecka stwierdził, iż „państwa-strony powinny zapewnić nastolatkom dostęp do informacji dotyczących seksualności i reprodukcji, w tym na temat planowania rodziny i środków antykoncepcyjnych, zagrożeń związanych z wczesną ciążą, zapobiegania HIV/AIDS oraz zapobiegania i leczenia chorób przenoszonych drogą płciową (STD)... niezależnie od ich stanu cywilnego i zgody rodziców lub opiekunów” (par. 24). Jeśli nastolatek jest wystarczająco dojrzały, świadoma zgoda na świadczenie zdrowotne, w szczególności antykoncepcyjne, powinna być uzyskana od niego samego (par. 28). Taki młody człowiek ma prawo do tego, aby uzyskać poradę bez obecności rodzica lub innej osoby trzeciej, a także prawo do prywatności i do żądania, aby udzielone mu informacje i świadczenia były zachowane w poufności, również względem rodziców (pkt 7). Rodzice powinni być informowani tylko wówczas, gdy leży to

⁴⁴ Federacja na rzecz Planowania Rodziny i Praw Kobiet: Grupa Ponton, *WdZ na dwoje. Wnioski z badań Grupy Ponton*, Warszawa 2023; https://ponton.org.pl/wp-content/uploads/2023/05/wdz_na_dwoje_raport.pdf.

⁴⁵ Federacja na rzecz Planowania Rodziny i Praw Kobiet, *Z okazji światowego dnia antykoncepcji o jej (nie) dostępności w Polsce*, 29.09.2023; <https://federa.org.pl/antykoncepcja-2023/>.

⁴⁶ Committee on the Rights of the Child, *General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*, 1.07.2003, CRC/GC/2003/4; <http://www.refworld.org/docid/4538834f0.html>.

w najlepiej pojętym interesie danego małoletniego (*the best interest of the child*; pkt 28). W celu realizacji tych praw nastolatków państwa-strony powinny: „przyjąć prawo lub wprowadzić inne regulacje zapewniające nastolatkom poufność porad dotyczących leczenia, tak aby mogli oni samodzielnie wyrazić świadomą zgodę [na proponowane świadczenia]. Takie przepisy lub regulacje powinny wskazywać wiek [po którego osiągnięciu małoletni ma powyższe prawa] lub odsyłać do kryterium rozwijających się zdolności decyzyjnych dziecka; oraz b) zapewniać szkolenie personelu medycznego w zakresie praw nastolatków do prywatności i poufności, do informacji o planowanym leczeniu i do wyrażania świadomej zgody na leczenie” (pkt 29).

Do kwestii samodzielnej zgody małoletnich na świadczenia zdrowotne Komitet Praw Dziecka powrócił w Komentarzu ogólnym nr 15 z 2013 r. dotyczącym art. 24 Konwencji, czyli prawa dziecka do najwyższego osiągalnego stanu zdrowia⁴⁷. Komitet podkreśla tam m.in. że dzieci powinny mieć dostęp do poufnego poradnictwa medycznego bez zgody przedstawicieli ustawowych, gdy w ocenie profesjonalisty pracującego z dzieckiem leży to w najlepiej pojętym interesie dziecka (pkt 31). I zaleca, aby państwa rozważyły wprowadzenie regulacji umożliwiających dzieciom „wyrażenie zgody na określone zabiegi oraz interwencje medyczne bez zgody rodzica lub opiekuna, takie jak badanie na obecność wirusa HIV oraz świadczenia z zakresu zdrowia seksualnego i zdrowia reprodukcyjnego, w tym edukację i poradnictwo dotyczące zdrowia seksualnego, antykoncepcji i bezpiecznej aborcji” (pkt 31). W Komentarzu zaleca się ponadto, by „metody zapobiegania ciąży o działaniu krótkoterminowym, takie jak prezerwatywy, metody hormonalne oraz antykoncepcja awaryjna były łatwo i szybko (*easily and readily*) dostępne dla aktywnych seksualnie małoletnich oraz by państwa zapewniły dostęp do środków antykoncepcyjnych o działaniu długotrwałym i permanentnym” (pkt 70).

⁴⁷ Committee on the Rights of the Child, *General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), 17.04.2013, CRC/C/GC/15; <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>.

6. Bariery w dostępie do antykoncepcji postkoitalnej („awaryjnej”)

Polska jest jednym z dwóch państw Unii Europejskiej (obok Węgier), w których doustne środki antykoncepcji postkoitalnej, zwanej też antykoncepcją awaryjną lub antykoncepcją po stosunku, są dostępne wyłącznie na receptę. Rozwiązanie to prowadzi do medycznie nieuzasadnionego ograniczenia dostępności tej formy antykoncepcji, zwiększenia jej kosztów, a także może prowadzić do osłabienia jej działania.

Warunkiem skuteczności tej metody jest bowiem zażycie tabletki antykoncepcyjnej w możliwie najkrótszym czasie po odbyciu niezabezpieczonego stosunku płciowego, nie dłuższym niż wskazany przez producenta leku. W przypadku dostępnych w Polsce produktów antykoncepcji „awaryjnej” czas ten wynosi odpowiednio: dla produktów zawierających octan uliprystalu („ellaOne”, „Mistalla”) – do 120 godzin po stosunku; dla produktów zawierających lewonorgestrel („Escapelle”, „Livopill”) – do 72 godzin po stosunku. Kobiety mogą mieć poważne problemy ze zdobyciem leku w tak krótkim terminie, zwłaszcza gdy ze względów finansowych muszą korzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Nie mają bowiem gwarancji, że uda im się umówić na wizytę w ciągu 3–5 dni od stosunku; że lekarz rodzinny nie odmówi wystawienia recepty z powodu rzekomego braku uprawnień, a lekarz ginekolog – powołując się na klauzulę sumienia; że lek będzie dostępny w aptece; w końcu, że farmaceuta nie odmówi im sprzedaży leku, zasłaniając się obiekcjami sumienia (do czego – podkreślić należy – ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty⁴⁸ go nie uprawnia).

Antykoncepcja postkoitalna powinna być dostępna bez recepty dla wszystkich kobiet i dziewcząt powyżej 15. roku życia. Nie stwierdza się bowiem różnicy w bezpieczeństwie i skuteczności stosowania metod antykoncepcji „awaryjnej” u dojrzałych płciowo nastolatek i kobiet dorosłych⁴⁹.

⁴⁸ Dz.U. z 2022 r. poz. 1873 z późn. zm.

⁴⁹ Zob. np. https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/ellaone-epar-product-information_pl.pdf (s. 2–3).

7. Bariery w dostępie do antykoncepcji trwałej (tzw. sterylizacji antykoncepcyjnej)

Prawo polskie nie reguluje wprost dopuszczalności stosowania metod antykoncepcji trwałej w postaci wazektomii (polegającej na podcięciu i podwiązaniu nasieniowodów u mężczyzn) oraz salpingotomii (polegające na podwiązaniu lub przzerwaniu drożności jajowodów u kobiet).

Obie te procedury chirurgiczne są dziś powszechnie uznawane za wysoce skuteczne i bezpieczne metody antykoncepcji trwałej (choć warto dodać, że wazektomia jest procedurą co do zasady odwracalną)⁵⁰. Wiele krajów na świecie wprost reguluje dopuszczalność wykonywania wazektomii i salpingotomii na życzenie pacjenta w celach antykoncepcyjnych, zazwyczaj warunkując możliwość przeprowadzenia zabiegu od spełniania kryterium wieku lub kryterium minimalnej liczby posiadanych dzieci⁵¹. Ponadto w licznych państwach, w których brak zarówno prawnego zakazu, jak i bezpośredniej regulacji tych procedur, stosowanie wazektomii i salpingotomii w celu antykoncepcyjnym uznaje się za dopuszczalne na mocy ogólnej zasady, iż dobrowolna zgoda pacjenta – udzielona po uzyskaniu przez niego rzetelnej, pełnej i zrozumiałej informacji – jest wystarczającą przesłanką legalności takiego zabiegu dokonanego *lege artis* przez lekarza.

W Polsce kwestia prawnej dopuszczalności stosowania antykoncepcji trwałej może być oceniana przez pryzmat art. 156 § 1 pkt 1 Kodeksu karnego⁵² (dalej „k.k.”), który stanowi, że spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci pozbawienia człowieka zdolności płodzenia jest czynem zabronionym, ściganym z oskarżenia publicznego,

⁵⁰ World Health Organization, Department of Sexual and Reproductive Health and Research, *Family planning. A global handbook for providers*, 4th Ed. 2022; <https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>.

⁵¹ Zob. https://en.wikipedia.org/wiki/Legal_status_of_human_sterilization_by_country i wskazane tam materiały źródłowe.

⁵² Dz.U. z 2024 r. poz. 17.

którego umyślne popełnienie zagrożone jest karą pozbawienia wolności od lat 3 do 20. W doktrynie prawa karnego i medycznego od lat toczą się spory o to, czy przepis ten może i powinien mieć zastosowanie do tzw. sterylizacji w celach antykoncepcyjnych przeprowadzanej na życzenie pacjenta⁵³. Niemniej w **sprawdzeniach Rady Ministrów z wykonania i o skutkach stosowania ustawy o planowaniu rodziny już od kilku lat „oficjalnie” stwierdza się, iż sterylizacja chirurgiczna polegająca na nieodwracalnej utracie zdolności do zapłodnienia nie może być traktowana jako metoda antykoncepcyjna, gdyż jest zabroniona na mocy art. 156 § 1 pkt 1 k.k.**⁵⁴ I dodaje się, że „wykonanie zabiegu w celu utracenia zdolności zapłodnienia jest możliwe wyłącznie w przypadku stwierdzenia przez lekarza wyraźnych wskazań zdrowotnych (tj. gdy kolejna ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety)”⁵⁵.

Ponadto sprawozdania rządowe jako przykład zakazanych procedur antykoncepcji trwale podają wyłącznie różne metody pozbawienia drożności lub przerywania ciągłości jajowodów, czyli zabiegi dotyczące kobiet. Nie odnoszą się w ogóle do wazektomii, której legalność również bywała kwestionowana w literaturze przedmiotu, a nawet podejmowane były próby prowadzenia, zarówno przez prokuraturę jak też przez organy dyscyplinarne izb lekarskich, postępowań przeciwko lekarzom przeprowadzającym takie zabiegi⁵⁶. Pominięcie to sprawia wrażenie, że w ocenie Rady Ministrów zabieg wazektomii, w odróżnieniu od zabiegu zamknięcia

⁵³ Szerzej zob. E. Zielińska, *op. cit.*, s. 199–208.

⁵⁴ Zob. np. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2019 r. ustawy..., *op. cit.*, s. 93; Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2017 r. ustawy..., *op. cit.*, s. 90. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2015 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Warszawa 2017; Druk sejmowy nr 1253, s. 63; <https://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/DCF15650BADFB4B5C12580B500415B13/%24File/1253.pdf>.

⁵⁵ Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2021 r. ustawy ..., *op. cit.*, s. 76.

⁵⁶ Donoszono o tym w mediach, przedstawiając też negatywne stanowisko władz samorządu lekarskiego w sprawie legalności wazektomii <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1637233,3,rosnie-w-polsce-popularnosc-wazektomii-ale-tylko-w-prywatnym-obiegu-i-pocichu.read>.

drożności jajowodów, nie wypełnia ustawowych znamion przestępstwa z art. 156 § 1 pkt 1 k.k. Brak podania przekonujących przyczyn takiego różnicowania statusu prawnego zabiegów stosowanych wyłącznie u osób jednej płci może świadczyć o nierównym traktowaniu kobiet i mężczyzn przez polski rząd, a co za tym idzie, stanowić naruszenie m.in. konstytucyjnego nakazu zapewnienia równości w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zakazu jakiegokolwiek dyskryminacji.

Komitet Bioetyki nie zgadza się z rządowym stanowiskiem w sprawie legalności przeprowadzania zabiegów sterylizacji chirurgicznej na życzenie pacjenta w celu antykoncepcyjnym. Komitet podziela pogląd, że każdy człowiek – bez względu na płeć – ma prawo swobodnie dysponować dobrem, jakim jest „zdolność płodzenia”, w szczególności ma prawo chwilowo, długotrwale albo całkowicie pozbawić się tej zdolności. Demokratyczne państwo nie jest legitymowane do karnoprawnej ochrony funkcji reprodukcyjnych jednostki wbrew jej woli. Takie prawo uzurpują sobie tylko rządy totalitarne, co stanowi naruszenie prawa każdego do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego oraz decydowania o swoim życiu osobistym, gwarantowanego przez Konstytucję RP i prawo międzynarodowe. Prawnie skuteczna zgoda dysponenta dobrem powinna być traktowana jako wystarczająca podstawa do wyłączenia karalności sterylizacji zarówno mężczyzn, jak i kobiet. W przypadku dobrowolnego zabiegu ubezpłodnienia trudno bowiem mówić o pokrzywdzeniu, gdyż „chcącemu nie dzieje się krzywda” (*volenti non fit iniuria*).

Komitet Bioetyki negatywnie ocenia także niedawną nowelizację Kodeksu karnego⁵⁷ polegającą na wprowadzeniu przepisem art. 156 § 1 pkt 3 nowego typu czynu zabronionego, a mianowicie spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci „wycięcia, infibulacji lub innego trwałego i istotnego okaleczenia żeńskiego narządu płciowego”, zagrożonego karą pozbawienia wolności od lat 3 do 20.

⁵⁷ Ustawa z dnia 13 stycznia 2023 r. zmieniającej kodeks postępowania cywilnego i kilka innych ustaw, Dz.U. z 2023 r. poz. 289. Ustawa weszła w życie w dniu 15 sierpnia 2023 r.

Uzasadnieniem dla wprowadzenia tego typu przestępstwa według Rządu RP była konieczność implementacji⁵⁸ Konwencji Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej z 2011 r. (tzw. Konwencji Stambulskiej)⁵⁹ zakazującej m.in. obrzezania kobiet i dziewcząt. Wprawdzie we wskazanym przepisie nie mówi się wprost na temat penalizacji dobrowolnej sterylizacji antykoncepcyjnej, jednak – biorąc pod uwagę jego ogólne sformułowanie – może on być interpretowany i wykorzystywany także do dalszego ograniczania dostępu kobiet do antykoncepcji trwałej, a nawet do penalizacji dobrowolnych zabiegów chirurgicznych w zakresie plastyki krocza i pochwy.

Komitet ocenia krytycznie wprowadzenie do Kodeksu karnego artykułu 156 § 1 pkt 3 w przyjętym brzmieniu co najmniej z następujących powodów. Po pierwsze, wprowadzenie tego przepisu stanowi zbędną kazuistykę, gdyż przepis art. 156 § 1 pkt 2 k.k., który pozostał w dotychczasowym brzmieniu, umożliwiał penalizację procedur obrzezania kobiet (jako „inne ciężkie kalectwo” lub „istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała”). Po drugie, nowo wprowadzony pkt 3 omawianego przepisu przewiduje szerszy zakres kryminalizacji niż oczekiwany w świetle Konwencji, gdyż przepis ten dotyczy okaleczeń żeńskiego narządu płciowego zarówno zewnętrznego, jak i wewnętrznego, podczas gdy Konwencja Stambulska w art. 38 stanowi o potrzebie penalizacji tylko okaleczeń narządów zewnętrznych, czyli warg sromowych (większych lub mniejszych) oraz lechtaczki. Dodatkowo, w art. 39 Konwencji stwierdza się wyraźnie konieczność kryminalizacji wyłącznie sterylizacji przymusowej. Po trzecie, omawiany przepis w obecnym kształcie umożliwia penalizację dobrowolnej sterylizacji tylko u kobiet, co jest przejawem dyskryminacji ze względu na płeć. Po czwarte, dokonanie tej zmiany legislacyjnej nastąpiło z naruszeniem zasad poprawnej legislacji, niejako „cichaczem” (przy okazji zmiany Kodeksu postępowania cywilnego), bez jakiegokolwiek debaty, pomimo że już od wielu dekad toczą się w polskiej doktrynie

⁵⁸ Por. Druk sejmowy nr 2615; <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/F1043B204059F77DC-12588C40032E67A/%24File/2615.pdf>.

⁵⁹ Dz.U. z 2015 r. poz. 961.

prawa karnego spory na temat możliwości stosowania art. 156 k.k. do dobrowolnej sterylizacji antykoncepcyjnej.

Biorąc to pod uwagę, nasuwa się podejrzenie, że obowiązujący od dnia 15 sierpnia 2023 r. przepis art. 156 § 1 pkt 3 k.k. jest przejawem hipokryzji poprzedniej władzy, która pod pretekstem implementacji Konwencji wprowadziła zakaz sterylizacji antykoncepcyjnej u kobiet (co – jak można przypuszczać – od początku było jej rzeczywistym zamiarem). Wskazywać na to może okoliczność, że do tego czasu władza ta wykazywała skrajną opieszałość w implementacji Konwencji po jej ratyfikacji przez Prezydenta Bronisława Komorowskiego w 2015 r., a nawet podejmowała pewne działania w celu jej wypowiedzenia. Komitet Bioetyki uważa zatem, iż wprowadzenie przepisu art. 156 § 1 pkt 3 k.k. w przyjętym kształcie może naruszać prawa reprodukcyjne polskich kobiet oraz być przejawem dalszej ich dyskryminacji ze względu na płeć.

8. Rekomendacje Komitetu Bioetyki

W świetle przedstawionych ustaleń i w zgodzie z postulatami organizacji pozarządowych i gremiów międzynarodowych monitorujących stan dostępności antykoncepcji w Polsce, Komitet Bioetyki rekomenduje co następuje:

- a) należy pilnie zrewidować zasady refundacji doustnych środków antykoncepcyjnych dla osób ubezpieczonych, tak żeby na liście produktów refundowanych znalazły się również nowoczesne leki o różnym zastosowaniu i zróżnicowanych wskazaniach antykoncepcyjnych, w szczególności tabletki jednoskładnikowe („mini-pigułki”);
- b) należy objąć refundacją, chociażby częściową, koszt wkładki wewnątrzmacicznej (hormonalnej lub chemicznej), a nie tylko procedurę jej założenia i wyjęcia, a ponadto zrewidować wycenę tych zabiegów;
- c) w celu zapobiegania niepożądanym ciążom u dziewcząt małoletnich należy rozważyć możliwość wprowadzenia zasady nieodpłatnego dostępu do wybranych środków antykoncepcyjnych dla populacji osób młodych (np. w wieku 15–25 lat), ewentualnie również dla

- innych grup społecznych szczególnie wrażliwych na wykluczenie i dyskryminację;
- d) należy zintensyfikować działania zmierzające do wyeliminowania nierówności w dostępie do poradnictwa ginekologicznego, w tym antykoncepcyjnego, wynikających z miejsca zamieszkania, poziomu sprawności lub stanu zdrowia kobiet, w szczególności należy: (i) zlikwidować bariery geograficzne, architektoniczne i informacyjno-komunikacyjne w dostępie do tego poradnictwa⁶⁰ (np. poprzez utworzenie gminnych ośrodków planowania rodziny lub mobilnych centrów planowania rodziny, dostosowanie przychodni lekarskich i gabinetów ginekologicznych do potrzeb kobiet z niepełnosprawnościami); (ii) zapewnić dostęp do różnych form antykoncepcji, tak aby każda kobieta miała możliwość wyboru nie tylko dostępnej cenowo, ale także wygodnej i akceptowalnej dla niej metody antykoncepcji; (iii) wzmacniać szacunek dla prawa każdej kobiety do podejmowania decyzji dotyczących jej zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego w sposób wolny od przymusu i dyskryminacji (np. poprzez dodatkowe szkolenia personelu medycznego).
 - e) należy wprowadzić przepisy umożliwiające osobie małoletniej powyżej 15. roku życia uzyskanie porady medycznej dotyczącej zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego bez wiedzy i zgody przedstawiciela ustawowego i z zachowaniem pełnej poufności; taka możliwość powinna być dostępna także dla dzieci młodszych zawsze, gdy w ocenie profesjonalisty medycznego powiadomienie rodziców byłoby nie do pogodzenia z dobrem dziecka;
 - f) należy jednoznacznie wykluczyć możliwość powołania się przez lekarza na klauzulę sumienia w celu uchylecia się od wypisania recepty na środek antykoncepcyjny; w tym celu należy zmienić treść art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w taki sposób, aby na klauzulę mogli powołać się tylko lekarze, którzy mają osobiście wykonać bądź współuczestniczyć w wykonaniu świadczenia zdrowotnego,

⁶⁰ Zob. też ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, Dz.U. z 2022 r. poz. 2240.

- które bezpośrednio narusza bądź stwarza bezpośrednio i realne zagrożenie dla dobra, które wedle ich przekonań moralnych powinno podlegać bezwzględnej ochronie (np. życia ludzkiego płodu);
- g) należy jednoznacznie wykluczyć prawną możliwość odmowy sprzedaży środka antykoncepcyjnego przez farmaceutę ze względów światopoglądowych (racji sumienia);
 - h) należy pilnie zmienić kwalifikację dostępnych w kraju środków antykoncepcji „awaryjnej” na „wydawane bez recepty”;
 - i) należy jednoznacznie zalegalizować dobrowolną sterylizację w celu antykoncepcji; (może to nastąpić poprzez wprowadzenie do Kodeksu karnego specjalnej klauzuli stwierdzającej *expressis verbis*, że taka procedura nie stanowi przestępstwa albo że świadoma zgoda osoby zainteresowanej jest wystarczającą przesłanką jej dopuszczalności; innym sposobem legalizacji jest przyjęcie specjalnej ustawy szczegółowo określającej warunki dopuszczalności takich zabiegów, w szczególności dotyczące wymaganego minimalnego wieku pacjenta);
 - j) należy rozważyć uchylenie, a na pewno zmianę treści przepisu art. 156 § 1 pkt 3 k.k. w taki sposób, aby zawarty w nim zakaz dotyczył wyłącznie okaleczenia zewnętrznych żeńskich narządów płciowych ze względów kulturowo-religijnych;
 - k) należy wprowadzić do szkół podstawowych i ponadpodstawowych wszechstronną, neutralną światopoglądowo i zgodną z aktualną wiedzą medyczną edukację dotyczącą zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego człowieka, w tym nowoczesnych metod antykoncepcji; potrzebne są także nowoczesne programy edukacyjne i kampanie informacyjne dotyczące tych kwestii skierowane do ogółu społeczeństwa.

Komitet Bioetyki pragnie podkreślić, że ocena dostępności antykoncepcji dokonywana jest również poprzez pryzmat dostępności informacji na jej temat. Ważne jest w związku z tym, aby powyższym działaniom towarzyszyła troska i odpowiedzialność rządu i władz samorządowych za rzetelność i jakość informacji udzielanej pacjentom przez pracowników medycznych na temat medycznych oraz etyczno-prawnych aspektów różnych środków i metod antykoncepcyjnych. Dotyczy to także informacji

udzielanej dzieciom i młodzieży przez nauczycieli, która często bywa sprzeczna z aktualnym stanem wiedzy medycznej, nosi charakter indoktrynacji oraz stygmatyzuje użytkowników antykoncepcji.

Komitet Bioetyki zauważa ponadto, że w Polsce od wielu lat nie prowadzi się systematycznych badań na temat dostępności antykoncepcji. Raporty z monitoringu prowadzonego przez organizacje pozarządowe tylko częściowo mogą wypełnić tę lukę. Z tego względu Komitet zaleca, by rząd inicjował takie badania oraz regularnie zapewniał placówkom naukowym finansowanie ich prowadzenia. Konieczne jest także, aby Ministerstwo Zdrowia zreorganizowało krajowy system zbierania danych dotyczących liczby porad lekarskich oraz liczby i wartości środków i metod antykoncepcji sfinansowanych ze środków publicznych. To umożliwi ocenę poziomu dostępności tych świadczeń dla osób ubezpieczonych i skalę korzystania z nich. Istotne jest przy tym, żeby takie same rodzaje danych były zbierane oraz publikowane w dorocznych sprawozdaniach, co umożliwi ich porównanie w dłuższych okresach w skali całego kraju.

Warszawa, 6 lutego 2024 r.

Komitet Bioetyki PAN przyjął powyższe stanowisko w dniu 6.02.2024 r. w drodze głosowania. Za przyjęciem stanowiska głosowało 29 członkiń i członków Komitetu Bioetyki spośród 29 członkiń i członków, którzy wzięli udział w głosowaniu.

Stanowisko wyraża poglądy Komitetu i nie powinno być utożsamiane ze stanowiskiem Polskiej Akademii Nauk.