

RAPORT 2013

20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej
w Polsce



20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej w Polsce

Raport 2013

Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny

*„Niewłaściwe traktowanie i przypadki nadużyć wobec
kobiet chcących skorzystać ze świadczeń z zakresu zdrowia
reprodukcyjnego mogą być uznane za torturę
lub niehumanitarne traktowanie.”*

Juan E. Méndez,
Specjalny Sprawozdawca ds. tortur i innego okrutnego i niehumanitarnego
lub poniżającego traktowania albo karania przy Radzie Praw Człowieka ONZ

**20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej w Polsce
Raport 2013**

Wydanie 1

Wydawca

Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny
ul. Nowolipie 13/15
00-150 Warszawa

ISBN 978-83-88-568-47-3

Autorki

Anka Grzywacz
dr n med. Bożena Jawień
Krystyna Kacpura
Karolina Więckiewicz
Martyna Zimniewska

Projekt okładki i ilustracje

Joanna Michnicka

Spis treści

- 6 Wstęp**
- 9 Aborcja w Polsce w latach 1993-2013**
- 9 Realizacja Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży w zakresie zapewnienia dostępu do antykoncepcji, badań prenatalnych i legalnej aborcji oraz skutki jej funkcjonowania**
- 9** Komentarz do działań Rządu na podstawie rocznych sprawozdań Rady Ministrów
- 14** Prawne i społeczne skutki działania Ustawy
- 27 Antykoncepcja w Polsce w latach 1993-2013**
- 27 Realizacja Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży w zakresie zapewnienia dostępu do antykoncepcji**
- 30 Realny dostęp do środków antykoncepcyjnych**
- 32 Dostęp do poradnictwa antykoncepcyjnego**
- 34 Dostęp do metod planowania rodziny w Polsce. Rozmowa z ginekolożką dr Bożeną Jawień**
- 37 Edukacja seksualna w Polsce w latach 1993-2013**
- 37 Stan prawny**
- 37 Standardy międzynarodowe dotyczące edukacji seksualnej**
- 38 Edukacja seksualna w Polsce – realizacja zapisów Ustawy**
- 38** Udział uczniów w zajęciach i realizacja zajęć w szkołach
- 40** Kwalifikacje nauczycieli prowadzących przedmiot i wsparcie rządu w zakresie kształcenia zawodowego
- 43** Programy nauczania Wychowania do życia w rodzinie, pomoce naukowe oraz podręczniki
- 49** Wnioski

- 51 Kalendarium 20 lat prac legislacyjnych nad Ustawą o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży**
(oraz przepisami innych ustaw odnoszącymi się do przerywania ciąży)
- 59 Prawa reprodukcyjne jako prawa człowieka**
- 59 Standardy międzynarodowe**
- 59** Skąd wzięło się pojęcie zdrowia i praw reprodukcyjnych?
- 60** Prawa reprodukcyjne w świetle pozostałych praw człowieka
- 61** Konwencja CEDAW
- 62** Prawa reprodukcyjne a równe traktowanie
- 64** Pozostałe dokumenty systemu ONZ
- 64** Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności
- 65** Specjalni Sprawozdawcy ONZ
- 67 Orzecznictwo w zakresie naruszeń praw człowieka (case-law) w sprawach z zakresu zdrowia reprodukcyjnego**
- 67** Europejski Trybunał Praw Człowieka
- 71** Komitet CEDAW
- 72** Komitet Praw Człowieka ONZ
- 72** Wnioski z orzecznictwa
- 73 Obserwacje i rekomendacje międzynarodowych instytucji wobec polski**
- 74** Komitet CEDAW
- 74** Komitet Praw Człowieka ONZ
- 75** Komitet Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych ONZ
- 75** Komitet ONZ przeciwko torturom
- 75** Rada Praw Człowieka ONZ
- 77** Komisarz Rady Europy ds. Praw Człowieka
- 78 Najważniejsze działania Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny w 2013 roku**

Wstęp

Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny opracowała i wydała w ciągu 20 lat kilka raportów dotyczących społecznych skutków funkcjonowania Ustawy o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności ciąży*, która weszła w życie w 1993 roku.

Raporty opierały się między innymi na doświadczeniach Federacji, analizie dostępnych źródeł rządowych, policyjnych i medycznych, a także badaniach socjologicznych i analizie przeprowadzonych badań statystycznych.

Celem obecnego raportu jest zwrócenie uwagi na brak realizacji i na fikcyjny charakter obowiązującego od ponad dwudziestu lat prawa, które ponadto jest zaprzeczeniem neutralności światopoglądowej w demokratycznym państwie.

Ponad dwadzieścia lat funkcjonowania ustawy pozwala na podsumowanie jej skutków społecznych, prawnych i zdrowotnych. Spróbujemy odpowiedzieć na pytanie, czy został zrealizowany podstawowy cel, dla którego ustawa została przyjęta, tj. czy doprowadziła do znacznego zmniejszenia liczby aborcji i czy w związku z tym zwiększył się w Polsce przyrost naturalny. Na te pytania już we wstępie odpowiadamy: nie! W przypadku przyrostu naturalnego dane statystyczne mówią same za siebie. Mamy obecnie w Polsce jeden z najniższych w Europie współczynników przyrostu naturalnego, podczas gdy we Francji, gdzie aborcja jest legalna, dostępna i finansowana przez państwo, przyrost naturalny jest jednym z najwyższych w Europie. Jeśli chodzi o ilość dokonywanych aborcji, to wystarczy oprzeć się o badania CBOS z 2013 roku¹, zgodnie z którymi ok. 5 mln (nie mniej niż jedna czwarta i nie więcej niż jedna trzecia dorosłych Polek) miało aborcję przynajmniej raz w życiu. Dla porównania w roku 2011 oficjalnie zarejestrowano 669 aborcji wg. danych z rządowego sprawozdania z wykonywania Ustawy.

Powyższe dane wskazują na stale rosnące tzw. podziemie aborcyjne. W prasie codziennej i w Internecie można bez trudu znaleźć stosowną informację. Kwitnie też turystyka aborcyjna. Ostatnio przybrała już taką skalę, że wiele klinik w Holandii, Niemczech, Słowacji uruchamia polskojęzyczne infolinie oraz strony internetowe.

Zadajemy sobie pytanie, czy ustawodawcy o to chodziło? W corocznych sprawozdaniach rządowych nie ma ani słowa o skutkach funkcjonowania Ustawy. Nie ma żadnego odniesienia do nielegalnych aborcji. Mimo tego, zdaniem polityków Ustawa dobrze funkcjonuje, bo liczba legalnych aborcji jest niewielka biorąc pod uwagę fakt, że w naszym kraju żyje ok. 10 milionów kobiet w wieku rozrodczym. I chyba tylko o to chodziło. Zdrowie i życie kobiet polskich nie leży w sferze zainteresowań władz. Czy nasze państwo cokolwiek zrobiło, aby zmniejszyć liczbę nielegalnych aborcji, które z definicji są niebezpieczne dla zdrowia a nawet życia kobiet? Dla zwolenników i zwolenniczek obowiązującego prawa zainteresowanie kobietą ogranicza się do tego, aby urodziła. I koniec. Dzieci mogą być niechciane, kobieta może stracić zdrowie, nawet życie.

¹ „Doświadczenia aborcyjne Polek”, CBOS 2013

Jak już urodzi, właściwie nie zajmie się nią już nikt, bo polityka socjalna i wsparcie dla matek wychowujących dzieci jest w naszym kraju niemal żałosne. Organizacje przeciwne aborcji w każdym przypadku też nie udzielą pomocy, bo uaktywniają się głównie na etapie zmuszania kobiet do rodzenia, nie na etapie pomocy matkom ciężko chorych dzieci, czy dzieci z niepełnosprawnościami. Świadczy to o braku uznania podmiotowości kobiet, zdolności i prawa do decydowania o sobie i własnej płodności.

Jeśli nasze państwo uważa, że nie da się zapobiec i zmniejszyć liczby nielegalnych aborcji, to powinno zwrócić baczniejszą uwagę na szacunek wobec własnych przepisów. Obecna sytuacja urąga obowiązującemu prawu. Nie jest ono respektowane przez obywatelki i obywateli, ani też nie jest wykonywane przez państwo. To są podstawowe czynniki, które powinny skłonić ustawodawcę do zmiany prawa w kierunku liberalizacji Ustawy.

W kolejnych rozdziałach niniejszego raportu przedstawiamy rzeczywistą realizację Ustawy w zakresie legalnej aborcji, dostępu do nowoczesnej antykoncepcji oraz edukacji seksualnej.

Raport jasno pokazuje, że w żadnym z wspomnianych elementów Ustawy nie jest ona rzetelnie realizowana. W Polsce nie ma edukacji seksualnej, nie ma powszechnego dostępu do środków antykoncepcyjnych, a ponadto przez kraj przetoczyła się dyskusja na temat klauzuli sumienia farmaceutów, którzy mogliby w ogóle zaprzestać sprzedaży środków antykoncepcyjnych w oparciu o swoje osobiste poglądy. Na szczęście udało się zatrzymać ten kolejny absurd.

Mimo ponad dwudziestoletniej walki o podstawowe prawo kobiet do decydowania o swoim ciele, końca jej nie widać. Czasami nawet z trudem udaje się utrzymać obecne prawo, bo zarówno w Sejmie, jak i w instytucjach rządowych, jak np. ostatnio w Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Karnego, pojawiają się próby zaostrzenia istniejącej Ustawy. Więcej informacji na ten temat w dalszej części raportu. Należy jednak wspomnieć, że propozycja Komisji Kodyfikacyjnej daleko wykracza poza obecną Ustawę. Spowodowało to oburzenie środowisk kobiecych i liczne protesty w mediach.

Sytuację polskich kobiet dostrzegają organizacje międzynarodowe, które wielokrotnie apelowały do rządu polskiego o zmianę restrykcyjnej Ustawy, która godzi w podstawowe prawa kobiet.

Ustawa określana mianem kompromisu nie zadowala ani przeciwników, ani zwolenników aborcji. Wielokrotne próby zarówno złagodzenia, jak i zaostrzenia zakończyły się fiaskiem. Rządzący za wszelką cenę pragną utrzymać ten tzw. kompromis aborcyjny zaakceptowany ponad 20 lat temu przez Kościół. Na swoje usprawiedliwienie mają niewielką liczbę legalnych aborcji, która na swój sposób legitymizuje dalsze funkcjonowanie Ustawy. Nie chcą dostrzec nielegalnych aborcji, ogromnego cierpienia kobiet, zagrożenia ich zdrowia a nawet życia. Odwagi, by uznać rzeczywiste skutki społeczne i woli zmiany restrykcyjnej Ustawy nie widać.

Aborcja w Polsce



ABORCJA W POLSCE W LATACH 1993-2013

- ▶ **Realizacja Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży w zakresie zapewnienia dostępu do antykoncepcji, badań prenatalnych i legalnej aborcji oraz skutki jej funkcjonowania**
- ▶ **Komentarz do działań Rządu na podstawie rocznych sprawozdań Rady Ministrów**

Na podstawie art. 9 *Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny ochronie płodu ludzkiego oraz warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (dalej: Ustawa) Rada Ministrów ma obowiązek co roku przedstawić Sejmowi sprawozdanie z wykonywania Ustawy oraz o skutkach jej stosowania.

Poniższy rozdział stanowi komentarz Federacji do tych sprawozdań, wskazuje na braki w ich treści oraz uzupełnia je o zagadnienia, które powinny być w nich zawarte. Ponadto analizuje w sposób szczególny ostatnie dostępne sprawozdanie (za rok 2011) oraz zawiera szereg uwag o charakterze ogólnym dotyczących polityki rządowej w zakresie wykonywania Ustawy. Prezentuje również analizę najważniejszych skutków funkcjonowania Ustawy. Treść sprawozdań odnosząca się do dostępu do metod i środków planowania rodziny zostanie omówiona w następnym rozdziale.

„W parlamencie stanowiąc prawo musimy przewidywać, jakie spowoduje ono skutki. Trzeba dokonać wyboru: czy zależy nam na pozornie szlachetnym zapisie prawnym, czy na rzeczywistym ograniczeniu liczby aborcji?”

Izabela Jaruga-Nowacka

Działania podejmowane w opiece nad kobietą w ciąży i płodem

Na wstępie odnotować należy, że w sprawozdaniach nie porusza się w ogóle kwestii tak zwanych standardów okołoporodowych oraz działań Rządu zmierzających do: z jednej strony realizacji odpowiednich standardów medycznych w zakresie postępowania w przypadku ciąż i porodów przebiegających w sposób fizjologiczny (zgodnie z już obowiązującym rozporządzeniem² w tym zakresie), z drugiej zaś ustanowienia standardów postępowania dla ciąż i porodów, których przebieg sprawia, że nie są traktowane jako fizjologiczne. Nie odniesiono się też do problematyki łagodzenia bólu porodowego.

W tym dziale najistotniejszymi kwestiami, z których sprawozdaje się Rząd, są: dostęp do badań prenatalnych oraz przerywanie ciąży.

Badania prenatalne

Z satysfakcją należy odnotować fakt, że obecnie program badań prenatalnych realizowany jest we wszystkich województwach, co nie zawsze miało miejsce.

Wciąż jednak aktualne pozostają dwie grupy problemów w zakresie dostępu do badań prenatalnych, które od roku 2010 nie zostały rozwiązane.

Pierwszy problem dotyczy regulacji prawnych. Jak słusznie wskazują autorzy sprawozdania za rok 2011, obecnie podstawowym aktem prawnym dającym kobiecie możliwość skorzystania z dodatkowej diagnostyki płodu jest rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z tytułu programów zdrowotnych. Nie obowiązuje już jednak rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane, które w załączniku nr 3 regulowało kwestie związane z badaniami prenatalnymi. Straciło ono moc w związku z wykreśleniem podstawy prawnej z Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i nie zostało zastąpione żadnym innym aktem prawnym. Rodzi to skutki w postaci braku choćby ogólnej definicji badań prenatalnych w polskim prawie. Pomimo faktu, że zapisy obu rozporządzeń nie były ze sobą spójne – w zakresie nazewnictwa („wskazania” do badań a „kryteria” przyjęcia do programu), katalogu wskazań i kryteriów (nieobowiązujące rozporządzenie zawierało otwarty katalog wskazań do przeprowadzenia takich badań), czy też w kontekście wieku kobiety uprawnionej (wskazaniem było osiągnięcie wieku 40 lat, kryterium przyjęcia do programu stanowi osiągnięcie wieku 35 lat) – nieobowiązujące rozporządzenie określało, czym są badania prenatalne i w jakim celu się je przeprowadza.

Obecnie katalog kryteriów objęcia kobiety programem badań prenatalnych jest zamknięty, co sprawia, że lekarze często urywają rozmowę na temat ewentualnych badań w sytuacjach, gdy żadne z kryteriów nie jest spełnione nawet, gdy pacjentka ma

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem.

uzasadnione obawy, że jej płód może być obciążony wadą. Wtedy oczywiście możliwa jest diagnostyka w celu ustalenia ewentualnych wskazań do objęcia programem bądź zaawansowana diagnostyka odpłatna, ale lekarze często nie zadają sobie trudu, aby pacjentkę o tym informować i powołują się wyłącznie na kryteria przyjęcia do programu, których pacjentka może nie spełniać.

Innym problemem jest to, że w wielu placówkach lekarze nie mają świadomości realizacji programu badań prenatalnych bądź są przekonani o tym, że ich wykonywanie dotyczy kobiet, które ukończyły 40. rok życia, ponieważ nie są świadomi tego, że rozporządzenie, które taką granicę (w sposób miękki) wyznaczało, już nie obowiązuje. Wiąże się to z niebezpieczeństwem naruszania prawa pacjenta do informacji a także może stanowić naruszenie zapisów *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*.

Należy też zwrócić uwagę na fakt, że lekarzom zdarza się odmawianie kobietom wystawienia skierowania na badania prenatalne poprzez zastosowanie „klauzuli sumienia”. Lekarze nie mają prawa do takiego postępowania, narusza ono prawa pacjentek. Działający w ten sposób lekarze dodatkowo łamią przepisy *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty* oraz zasady *Kodeksu Etyki Lekarskiej*. Takie zdarzenia były wielokrotnie zgłaszane przez organizacje pozarządowe, jednak w żadnym sprawozdaniu rządu z wykonywania *Ustawy* nie odniesiono się w ogóle do tej problematyki.

Żądania kobiet w zakresie przeprowadzenia badań prenatalnych traktowane są przez lekarzy jako sposób na to, aby w związku z ich wynikiem pacjentki mogły poddać się legalnie zabiegowi przerwania ciąży. Są to praktyki niewłaściwe i nieuprawnione, należy je zatem uznać za całkowicie naganne. Badania prenatalne bowiem przeprowadzane są w celu uzyskania informacji o stanie płodu najczęściej nie po to, aby wadę potwierdzić, ale aby ją wykluczyć. Potwierdzenie wady zaś nie musi prowadzić do decyzji o aborcji, ponieważ nie muszą to być poważne wady, także genetyczne, ale takie, których świadomość pozwala na wczesne leczenie i odpowiednie działanie w okresie prenatalnym. Badania prenatalne są często jedynym sposobem na osiągnięcie pełnej wiedzy na temat stanu płodu, co stanowi realizację prawa kobiety ciężarnej do informacji. Podkreślić przy tym należy, że w przypadku ciężkiej i nieodwracalnej wady płodu, kobieta w świetle obowiązującej *Ustawy* ma prawo do decyzji o przerwaniu ciąży, przy czym niedopuszczalne jest to, aby lekarz antycypując taką decyzję nie wydał skierowania na badanie, nie przeprowadził go bądź nie poinformował pacjentki o jego prawdziwym wyniku.

Druga kwestia związana jest z regulacjami dotyczącymi przyjęcia pacjentki do programu badań prenatalnych. Na mocy zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 29 października 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, podstawowym wymaganiem jest odpowiednie skierowanie od lekarza prowadzącego ciążę, w którym zawarty powinien być opis nieprawidłowości uzasadniający przyjęcie do programu. Jest to zapis, który jest nieadekwatny do jednego z kryteriów przyjęcia do programu, jakim jest osiągnięcie przez kobietę odpowiedniego wieku (35 lat). Wydaje się, że skierowanie na podstawie tego kryterium nie wymaga specjalistycznej wiedzy lekarza, nie jest też konieczne, aby lekarz prowadził ciążę i znał sytuację zdrowotną pacjentki, aby takie skierowanie wystawić. Wątpliwości

pojawiają się też w związku z „obliczaniem” wieku kobiety. Lekarze nie znają odpowiednich zapisów prawnych w tym zakresie i nierzadko nie znajdują podstaw do wystawienia skierowania na podstawie kryterium wieku, ponieważ nie posiadają wiedzy na temat tego, w jaki sposób wiek ten należy interpretować. W związku z tym kobiety uprawnione do przyjęcia do programu badań prenatalnych, zostają nierzadko pozbawione możliwości przeprowadzenia odpowiedniej diagnostyki.

Dostęp do badań prenatalnych jest zagadnieniem bardzo ważnym. Istotnym sygnałem dla polskiego Rządu winien być wydany przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu (dalej Trybunał) wyrok w sprawie *R.R. przeciwko Polsce*, który dotyczył właśnie naruszeń praw człowieka w zakresie dostępu do badań prenatalnych i który szczegółowo zostanie omówiony w dalszej części niniejszego raportu. Wydaje się, że bez podjęcia przez rząd odpowiednich działań w celu poprawy sytuacji w tym zakresie, podobne sprawy mogą w przyszłości trafiać do ETPCz.

Przerywanie ciąży

Treść sprawozdań Rządu w kontekście analizy problematyki związanej z przerywaniem ciąży bardzo rozczarowuje. Za każdym razem ogranicza się ona wyłącznie do przedstawienia ram prawnych oraz podania liczby przeprowadzonych oficjalnie zabiegów aborcji w polskich placówkach. Co znamienne, w sprawozdaniu za rok 2011 po raz kolejny statystyki te nie obejmują danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz Ministerstwa Sprawiedliwości.

Według danych przedstawionych przez Rząd, w 2011 roku oficjalnie wykonano 669 zabiegów przerwania ciąży. 49 z nich przeprowadzono w związku z zagrożeniem, jakie ciąża stanowiła dla życia lub zdrowia matki, pozostałe 620 z powodu wad płodu. Nie wykonano żadnego zabiegu przerwania ciąży powstałej w wyniku czynu zabronionego.

Jak Federacja wskazywała wielokrotnie, wydaje się, że istnieje problem ze zbieraniem danych statystycznych ze szpitali w zakresie liczby przeprowadzanych zabiegów przerwania ciąży³.

Uzasadnione jest podejrzenie, że w ostatnim sprawozdaniu po raz kolejny podane dane są znacznie zaniżone. Jest to szczególnie rażące w przypadku aborcji przeprowadzanych w związku z tym, że ciąża pochodzi z czynu zabronionego. W roku 2011 oficjalnie nie przeprowadzono żadnego takiego zabiegu. Istnieje wiele czynów zabronionych, w wyniku których kobieta może zająć w ciążę. Są to między innymi: zgwałcenie, seksualne nadużycie zależności, seksualne wykorzystanie bezradności lub nadużycie zaufania, seksualne wykorzystanie małoletniego, kazirodztwo, zmuszanie do prostytucji oraz znęcanie się nad osobą najbliższą (w sprawach, gdy przemoc seksualna jest jej częścią). Łącznie każdego roku stwierdza się ponad 3000 przestępstw z tej grupy (w roku 2011 stwierdzono ich ponad 4000, nie licząc przemyocy seksualnej jako elementu

³ Najbardziej rażącym dowodem jest sprawa rozstrzygnięta przed ETPCz w 2012 roku (P i S. przeciwko Polsce), odnosząca się do sytuacji małoletniej dziewczyny, której ciąża, będąca wynikiem przestępstwa, została legalnie przerywana w publicznym szpitalu, przy czym w roku 2008 nie odnotowano w oficjalnych statystykach żadnego zabiegu aborcji z tej przyczyny. Sprawa ta zostanie szczegółowo omówiona w dalszej części niniejszego raportu.

przestępstwa znęcania się nad osobą najbliższą). Część z nich w sposób oczywisty skutkuje niechcianą ciążą, którą z całą pewnością część kobiet chce zakończyć. Zgodnie z danymi zawartymi sprawozdaniach rządu jednak tak się nie dzieje.

W związku z tym, że przedstawiony powyżej obraz statystyczny nie zmienia się od wielu lat, konieczne jest monitorowanie sytuacji w tym zakresie oraz konsultowanie się z organizacjami pozarządowymi w celu uzupełnienia danych statystycznych o informacje niedostrzegalne dla oficjalnych systemów rejestracji danych.

Sprawozdania z ostatnich lat zawierają też odniesienia do praw pacjenta i działalności Rzecznika Praw Pacjenta. Jest to uzasadnione w kontekście prawa pacjenta do sprzeciwu wobec orzeczenia lub opinii lekarskiej, będącego środkiem wprowadzonym na mocy wyroku Trybunału w *sprawie Tysiiąc przeciwko Polsce*. „Sprzeciw” jest mechanizmem o bardzo wąskich możliwościach zastosowania. Jedną z sytuacji, w których można z niego skorzystać jest posiadanie orzeczenia, którego treść uniemożliwia skorzystanie z prawa do przerwania ciąży. Federacja wielokrotnie przy różnych okazjach sygnalizowała rozmaite problemy związane zarówno z samą regulacją prawa do sprzeciwu, jak i praktycznymi możliwościami stosowania tego prawa w praktyce. Komitet Ministrów Rady Europy wciąż nie zdecydował, czy środek ten, będący elementem wykonania jednego z wyroków Trybunału, jest skuteczny i stanowi właściwą implementację postanowień tego orzeczenia. Wciąż jednak brak jest działań rządu skierowanych na rzetelną analizę prawa do sprzeciwu oraz diagnozę w zakresie możliwości jego stosowania.

W roku 2012 Polska była poddawana Powszechnemu Przeglądowi Okresowemu w ramach Rady Praw Człowieka ONZ. Jedną z rekomendacji było zapewnienie skutecznego środka odwoławczego dla kobiet, które w sposób niezgodny z prawem zostały pozbawione dostępu do usług i świadczeń z zakresu zdrowia reprodukcyjnego.

Wciąż ogromną rolę w dostępie do legalnej aborcji odgrywa „klauzula sumienia”. Zostało to wytknięte Polsce w dwóch prawomocnych orzeczeniach Trybunału (*Tysiiąc przeciwko Polsce* oraz *R.R. przeciwko Polsce*). Zgodnie z art. 39 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, lekarz może odmówić wykonania świadczenia, które jest niezgodne z jego sumieniem. Ma jednak obowiązek wskazania podmiotu lub lekarza, który w sposób realny zapewni wykonanie tego świadczenia. Ma również obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta oraz poinformować o nim swojego przełożonego. Z wielu sygnałów, które docierają do Federacji wynika jednak, że praktyka stosowania tego przepisu nie jest prawidłowa. Co więcej, jego wadliwe stosowanie prowadzi do znacznego ograniczenia praw kobiet i ich dostępu do świadczeń zdrowotnych. Sprawozdanie nie zawiera żadnej analizy funkcjonowania klauzuli sumienia w praktyce oraz ograniczeń w dostępie do legalnych świadczeń z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, jakie może ona powodować. Brak analizy razi szczególnie w kontekście tego, że Federacja wielokrotnie sygnalizowała rządowi ten problem i rekomendowała rzetelną analizę sytuacji w tym zakresie.

► Prawne i społeczne skutki działania ustawy

W sprawozdaniach rządowych z realizacji Ustawy powinny znaleźć się również informacje na temat skutków jej stosowania. Co znamienne – sam tytuł sprawozdania co roku wskazuje na to, że znajdzie się w nim takie odniesienie, zgodnie z treścią art. 9 Ustawy. Pomimo tego oraz wielokrotnych rekomendacji Federacji, **Rząd nigdy nie przedstawił analizy skutków stosowania Ustawy.**

Najważniejszymi skutkami funkcjonowania Ustawy są:

- **wpływ kryminalizacji czynów związanych z aborcją na faktyczne przerywanie ciąży,**
- **podziemie aborcyjne,**
- **turystyka aborcyjna,**
- **aborcja farmakologiczna (oraz czarny rynek środków służących poronieniu),**
- **wyroki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach polskich.**

Poniżej przeanalizowane zostaną: kryminalizacja aborcji oraz podziemie aborcyjne (wraz z problemem turystyki aborcyjnej oraz aborcji farmakologicznej). Problematyka wyroków Europejskiego Trybunału Człowieka w sprawach z zakresu praw reprodukcyjnych (w tym przeciwko Polsce) została przedstawiona w rozdziale „Prawa reprodukcyjne jako prawa człowieka”.

Kryminalizacja aborcji

Zapisy *Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* uzupełnione są przepisami Kodeksu karnego, które wprowadzają odpowiedzialność karną za określone zachowania powiązane z zakazem aborcji. Art. 152 i 153 Kodeksu karnego stanowią również swoistą definicję nielegalności aborcji w Polsce poprzez wskazanie, jakie faktyczne zachowania są nie tylko niezgodne z obowiązującym prawem, ale także zagrożone określoną sankcją karną. Art. 154 wprowadza surowsze kary za nielegalne przerywanie ciąży w sytuacji, gdy następuje śmierć kobiety.

Art. 152.

§ 1. Kto za zgodą kobiety przerywa jej ciążę z naruszeniem przepisów ustawy, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto udziela kobiecie ciężarnej pomocy w przerywaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub ją do tego nakłania.

§ 3. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1 lub 2, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Art. 153.

§ 1. Kto stosując przemoc wobec kobiety ciężarnej lub w inny sposób bez jej zgody przerywa ciążę albo przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza kobietę ciężarną do przerwania ciąży, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

Art. 154.

§ 1. Jeżeli następstwem czynu określonego w art. 152 § 1 lub 2 jest śmierć kobiety ciężarnej, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli następstwem czynu określonego w art. 152 § 3 lub w art. 153 jest śmierć kobiety ciężarnej, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

Zgodnie z tymi zapisami, zachowaniem nielegalnymi jest:

- przerwanie ciąży kobiety wbrew przepisom Ustawy

Przestępstwo to może być popełnione przez lekarza, który: przerywa ciążę w sytuacji innej niż te, które dopuszcza Ustawa, przerywa ciążę, choć samodzielnie stwierdził okoliczności uprawniające kobietę do decyzji o aborcji (chyba, że występuje bezpośrednie zagrożenie dla jej życia)⁴, wykonuje zabieg poza szpitalem lub po upływie określonego w Ustawie terminu. Przestępstwo to może być też popełnione przez jakąkolwiek inną osobę, która nie jest lekarzem, ale przerywa ciążę kobiety, nawet w sytuacji, gdy wypełnione są przesłanki legalności zabiegu. Ustawa bowiem wyraźnie mówi o tym, że ciążę przerywa lekarz w szpitalu.

- udzielenie kobiecie pomocy w przerwaniu ciąży wbrew przepisom Ustawy

Przestępstwo takie może być popełnione przez każdą osobę, która pomaga kobiecie przerwać ciążę. W doktrynie istnieją spory, co do tego, jaki jest zakres działań, które objęte są kryminalizacją. Według podstawowej konstrukcji pomocnictwa chodzi o takie zachowania, jak: dostarczenie narzędzia, środka przewozu lub udzielenie rady bądź informacji. Najważniejszym jednak elementem pomocy musi być leżący po stronie osoby jej udzielającej zamiar, aby osoba, której się tej pomocy udziela, dokonała określonego czynu. O ile zamiar ten istnieje, pomocą w przerwaniu ciąży jest między innymi: wskazanie lekarza, transport, sfinansowanie zabiegu, a także dostarczenie kobiecie środków służących farmakologicznej aborcji, bez względu na to, czy są to środki dopuszczone do obrotu w Polsce czy nie.

⁴ Ustawa nakazuje bowiem, aby zabieg przeprowadził inny lekarz niż ten, który stwierdził wystąpienie okoliczności dopuszczających aborcję.

- nakłanianie⁵ kobiety ciężarnej do przerwania ciąży

Przestępstwo to polega na tym, że określona osoba działa w zamiarze bezpośrednim chcąc, aby kobieta przerywała ciążę. Forma działania (naleganie, prośba, obietnica korzyści i inne, które nie są przemocą, groźbą ani podstępem) nie jest dla bytu tego przestępstwa istotna. Ważny jest cel, który sprawca chce osiągnąć i przestępstwo zostaje popełnione nawet wtedy, gdy tego celu nie osiągnie i kobieta nie przerwie ciąży.

- przerwanie ciąży z użyciem przemocy wobec kobiety ciężarnej (lub w inny sposób bez jej zgody)

Przemoc oznacza działania bezpośrednie skierowane przeciwko kobiecie, które ma na celu doprowadzenie do poronienia. Są to zachowania polegające na ataku na ciało kobiety, poprzez bicie, kopanie, używanie niebezpiecznych narzędzi, ale także fizyczny przymus poddania się zabiegowi aborcji. Inne sposoby obejmują takie działania, jak: oddziaływanie środkami farmakologicznymi czy przeprowadzenie zabiegu bez świadomości kobiety ciężarnej.

- doprowadzenie kobiety do przerwania ciąży przy użyciu przemocy, groźby lub podstęp

Czyny te polegają na tym, aby w sposób nieprawidłowy uzyskać zgodę na przerwanie ciąży. Dla bytu tego przestępstwa jest konieczne działanie w określony sposób. Przemoc polega tu nie tylko na przemocy fizycznej, ale także przemocy psychicznej, szantażu czy manipulacji. Groźba bezprawna to nie tylko groźba popełnienia przestępstwa na szkodę kobiety ciężarnej lub osoby jej najbliższej, ale także zagrożenie postępowaniem karnym, czy ujawnieniem okoliczności uwłaczających czci kobiety lub osoby jej najbliższej. Natomiast jako podstęp należy rozumieć wprowadzenie drugiej osoby w błąd, co do okoliczności mających wpływ na jej decyzję o określonym zachowaniu lub działaniu oraz innych okoliczności mających wpływ na daną sytuację.

-sprzedaż środków farmakologicznych niedopuszczonych do obrotu w Polsce stanowi przestępstwo na mocy przepisów karnych *Ustawy Prawo farmaceutyczne*.

Zachowaniem nielegalnym nie jest natomiast:

- przerwanie ciąży przez kobietę ciężarną

Kobieta ciężarna nie może być poddana odpowiedzialności karnej za poddanie się nielegalnemu zabiegowi aborcji ani za żaden inny czyn, który doprowadzi do poronienia, chociażby poronienie było celem jej działania. Odpowiedzialność karna kobiety ciężarnej za czyny skierowane przeciwko płodowi, który w sobie nosi, zaczyna się dopiero w sytuacji, gdy dochodzi do porodu. Po tej chwili „dziecko poczęte” staje się w rozumieniu prawa karnego „dzieckiem w okresie porodu” (art. 149 Kodeksu karnego,

⁵ Przestępstwa udzielenia pomocy oraz nakłaniania w związku z brakiem odpowiedzialności kobiety za przerwanie ciąży zostały wyróżnione w tych przepisach osobno, ale stanowią analogiczną konstrukcję do pomocnictwa i podżegania do jakiegokolwiek przestępstwa, które są zapisane w przepisach ogólnych Kodeksu karnego.

czyli dzieciobójstwo), a potem „człowiekiem” (wszystkie inne przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu). Przestępstwem nie jest również zakupienie przez kobietę środków służących aborcji farmakologicznej ani za granicą, ani przez Internet za pośrednictwem serwisu zagranicznego, ani też w kraju – zarówno osobiście, jak i za pośrednictwem Internetu, ponieważ zakup w kraju lub przywiezienie z zagranicy leków niedopuszczonych do obrotu w Polsce w ilościach służących do użytku własnego nie stanowi czynu zabronionego na mocy Ustawy Prawo farmaceutyczne.

- udzielenie informacji lub rady kobiecie ciężarnej na temat możliwości przerywania ciąży

Takie zachowanie bywa kwalifikowane jako przestępstwo, ale nie wpisuje się w żadną z powyższych definicji pomocy, bowiem udzielanie informacji, a nawet rady, bądź rozwiewanie określonych wątpliwości kobiety, dopóki nie stanowi formy nakłaniania jej do zabiegu (a temu musi towarzyszyć określony cel i zamiar) bądź doprowadzania jej do zabiegu, nie jest działaniem zabronionym. Istnieją poglądy, jakoby takie działanie stanowiło pomoc w przeprowadzeniu aborcji, jednak, jak już było wspomniane, pomoc w przerywaniu ciąży może mieć miejsce wyłącznie, gdy sprawca działa w zamierze popełnienia określonego czynu przez inną osobę. O ile z konstrukcji pomocnictwa (na zasadach ogólnych) wynika takie działanie, jak udzielenie informacji lub rady, o tyle częścią składową tego zachowania musi być zamiar osoby pomagającej.

- udzielenie kobiecie pomocy w przerywaniu ciąży poza granicami kraju

Wykonanie zabiegu poza granicami kraju, nawet w sytuacji, gdy zabieg taki wykracza poza przesłanki dopuszczalności aborcji na mocy Ustawy, nie może być interpretowane w świetle tej Ustawy oraz Kodeksu karnego. Przepisy Kodeksu wskazują bowiem wyraźnie na zasadę działania „wbrew przepisom Ustawy”. Lekarz wykonujący zabieg w innym kraju, w którym aborcja jest legalna w szerszym zakresie, nie działa wbrew przepisom polskiej Ustawy, dlatego pomoc w uzyskaniu takiego zabiegu (na przykład w postaci sfinansowania go lub pomocy w transporcie) nie jest przestępstwem.

Pomimo zakazu aborcji poza wyszczególnionymi sytuacjami, wciąż prawo kobiety do zdecydowania o tym, czy przerwać ciążę w szerokim rozumieniu pojęcia „prawo” jest nieograniczone. W związku z brakiem możliwości pociągnięcia kobiety do odpowiedzialności za jakikolwiek czyn skutkujący zakończeniem ciąży, w praktyce ma ona „prawo” na przykład do tego, aby poddać się nawet nielegalnemu zabiegowi przerywania ciąży czy też zażyć środki farmakologiczne. Prawo to jednak stanowi w języku praw człowieka wyłącznie wolność, co oznacza, że państwo ma tak zwany negatywny obowiązek nieingerowania w tę sferę życia swoich obywaterek. Nie ma natomiast obowiązku pozytywnego. Taki obowiązek pozytywny następuje dopiero w sytuacji, gdy kobieta chce skorzystać ze swojego prawa w wąskim jego rozumieniu, czyli w sytuacji, gdy przerywanie ciąży jest dopuszczalne na mocy polskich przepisów. W tych przypadkach na państwie ciąży obowiązek takiego zorganizowania systemu zdrowia, aby zagwarantować kobiecie realną możliwość skorzystania z tego prawa i dokonania legalnej i bezpiecznej aborcji.

Czemu ma służyć kryminalizacja?

Przepisy Kodeksu karnego zostały wprowadzone po to, aby ustanowić sankcje za nielegalne przerywanie ciąży i wzmocnić tym samym zapisy *Ustawy o planowaniu rodziny*. Początkowo, podczas uchwalania Ustawy, przepisy te miały inny kształt. Nowy Kodeks karny został uchwalony w 1996 roku, a wszedł w życie w roku 1997. Między 1993 a 1997 rokiem obowiązywały inne przepisy. Przerywanie ciąży było wówczas określone mianem „pozbawienia życia dziecka poczętego”, przepisy wprost wskazywały na brak możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności „matki dziecka poczętego”.

Warto zauważyć, że w początkowym brzmieniu Kodeksu karnego w przepisach tych używano określenia „płód”. Termin „dziecko poczęte” został wprowadzony na mocy nowelizacji Kodeksu karnego z lipca 1998 roku (więcej informacji w „Kalendarium”).

Wydawać by się mogło, że przepisy te mają na celu ograniczenie do minimum zjawiska podziemia aborcyjnego, to jest sytuacji, w której lekarze przerywają ciążę nielegalnie, z naruszeniem przepisów Ustawy. Zgodnie z szacunkami Federacji takich zabiegów może być jednak nawet 100 tysięcy rocznie. Z informacji przedstawionej przez rząd za rok 2011 roku wynika, że prowadzono łącznie 236 postępowań z art. 152 oraz 30 z art. 153 Kodeksu karnego. Postępowania te zakończyły się skierowaniem do sądu aktu oskarżenia łącznie w 25 sprawach. W większości sprawy te zakończyły się skazaniem na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania.

W świetle przedstawionych danych widać wyraźnie, że skala postępowań w sprawach przeciwko osobom popełniającym przestępstwa związane z naruszeniami postanowień Ustawy nie odzwierciedla skali podziemia aborcyjnego.

Jakie są faktyczne skutki kryminalizacji?

Co więcej, przepisy karne zakładające odpowiedzialność karną lekarza w przypadku przeprowadzenia nielegalnej aborcji w połączeniu z niejasnymi przepisami dotyczącymi możliwości przerywania ciąży i brakiem jasnych wytycznych, mają wpływ na dostęp do legalnych zabiegów. Dzieje się tak z kilku powodów, z których trzy wybijają się na pierwszy plan i są ze sobą powiązane. Pierwszy dotyczy nieprecyzyjności zapisów samej Ustawy, drugi zaś tego, że lekarz w każdym konkretnym przypadku musi zdecydować, czy w danej sytuacji przerwanie ciąży mieści się w granicach ustawowych. Najczęściej decyzja taka związana jest z oceną powagi i trwałości wady rozwojowej lub genetycznej płodu. Lekarz stwierdzający taką wadę w opisie wyniku badania zazwyczaj nie zawiera stwierdzeń oceniających tę wadę pod kątem kryteriów dopuszczających przerwanie ciąży. To dlatego lekarz, do którego zwraca się kobieta o przeprowadzenie samego zabiegu najczęściej decyduje o tym, czy wada jest ciężka i nieodwracalna a ewentualna choroba nieuleczalna i zagrażająca życiu. Wyniki badań bowiem opisują samą wadę czy chorobę, ale już nie oceniają jej w kontekście Ustawy. Nieco inna sytuacja ma miejsce w przypadku zagrożenia, jakie ciąża stanowi dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, ponieważ w założeniu orzeczenie lekarskie takie zagrożenie lub jego brak powinno stwierdzać i w tej sytuacji ocena lekarza mającego przeprowadzić zabieg przerywania ciąży nie jest konieczna i potrzebna. W praktyce jednak nadużycia mają miejsce także w tym zakresie. Trzecim powodem ograniczeń

związanych z przepisami karnymi jest to, że brak jest jakichkolwiek rekomendacji, standardów oraz algorytmów postępowania lekarzy w sytuacji, gdy pojawia się kwestia realizacji prawa kobiety do przerwania ciąży w określonej sytuacji. W związku z tym przepisy karne, które przewidują odpowiedzialność za przeprowadzenie nielegalnej aborcji, powodują, że lekarze w obawie przed tą odpowiedzialnością są skłonni raczej odmawiać wykonania zabiegu, stosując przy tym rozmaite techniki. Sytuacja ta jest określana jako „efekt mrozący, chłodzący” (z ang. *chilling effect*) przepisów karnych na dostęp do legalnej aborcji. Fakt istnienia tego zjawiska w Polsce został rozpoznany również w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka⁶.

Kwestią kryminalizacji usług i świadczeń z zakresu zdrowia reprodukcyjnego zajął się również Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. prawa do zdrowia⁷.

Podziemie aborcyjne

Ustawa wprowadza zakaz przerywania ciąży z wyjątkiem trzech przypadków: kiedy na podstawie badań prenatalnych lub innych przesłanek medycznych istnieje duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu bądź nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, kiedy ciąża stanowi zagrożenie dla życia bądź zdrowia kobiety albo gdy jest ona wynikiem czynu zabronionego. W każdych innych okolicznościach bądź też w przypadku upłynięcia terminu na ustawowo dopuszczalne przerwanie ciąży, taki zabieg jest nielegalny⁸. Nie oznacza to jednak, iż w ciągu ostatnich dwudziestu lat od zmiany Ustawy takich zabiegów nie było. Kobiety zdecydowane na przerwanie niechcianej ciąży zrobią to bez względu na to, czego życzyłby sobie ustawodawca, przedstawiciele Kościoła czy społeczeństwo.

Podziemie, czyli co?

Porównując liczbę przeprowadzonych legalnie zabiegów aborcji w roku 1988 (105,333) z rokiem 1993 (676)⁹, trudno uwierzyć, że wprowadzenie restrykcyjnej ustawy skutecznie zapobiegło niechcianym ciążom. W związku z tym nasuwa się pytanie, gdzie podziały się te wszystkie zabiegi, które wykraczały poza dozwolone ustawowo przesłanki. Łatwo się zorientować – przeniosły się poza oficjalny system opieki zdrowotnej, do tzw. podziemia aborcyjnego.

Kobiety, które nie mogą liczyć na publiczną służbę zdrowia w zakresie przerywania niechcianej ciąży, radzą sobie w jeden z poniższych sposobów:

Czarny rynek, czyli podziemne gabinety

Wraz z wprowadzeniem zakazu aborcji oraz idącą za nim szeroko zakrojoną nagonką na kobiety podejmujące decyzję o przerywaniu niechcianej ciąży, błyskawicznie zaczęły

⁶ Więcej na ten temat w podrozdziale „Podziemie aborcyjne” oraz w rozdziale „Prawa reprodukcyjne jako prawa człowieka”.

⁷ Więcej na ten temat w rozdziale „Prawa reprodukcyjne jako prawa człowieka”.

⁸ Więcej na temat nielegalności zabiegu aborcji w podrozdziale „Kryminalizacja aborcji”.

⁹ Sprawozdanie z realizacji wykonania zapisów Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 2013. Tabela 1, str. 5

pojawiać się podziemne gabinety, w których lekarze bądź osoby podające się za personel medyczny oferowały pomoc w przerywaniu niechcianej ciąży. Szczególnie w latach dziewięćdziesiątych była to zdecydowanie najpopularniejsza droga ratunku dla Polek. Nadal wystarczy otworzyć którąkolwiek gazetę, aby zauważyć mniej lub bardziej zawołowane ogłoszenia typu: „wywoływanie miesiączki”, „pomoc ginekologiczna – pełen zakres” czy „ginekolog – różne”, będące zakamuflowaną reklamą podziemnych gabinetów. Nierzadko w ten sposób promują swoje usługi także ci lekarze, którzy w ciągu dnia, w czasie pracy w szpitalach, odmawiają przeprowadzenia aborcji ze względu na swoje sumienie. Kobieta, która posiada lub jest w stanie zgromadzić w krótkim czasie określoną kwotę pieniędzy na zabieg, nie ma żadnej możliwości zweryfikowania rzeczywistych kwalifikacji osoby, która go przeprowadzi, ani warunków sanitarno-higienicznych, w jakich aborcja się odbędzie. Nie ma zapewnionej fachowej opieki pozabiegowej, nie ma też realnej możliwości dochodzenia roszczeń w przypadku błędów lekarskich, komplikacji czy też doznania innych szkód. Dodatkowo przeżywa ogromny stres związany z koniecznością zachowania wszystkiego w tajemnicy ze względu na groźbę kary więzienia dla każdej osoby, która jej pomogła.

Aborcja farmakologiczna

Aborcja farmakologiczna, czyli sztuczne wywołanie poronienia za pomocą leków, stosowana jest w wielu krajach na całym świecie jako jedna z metod przerywania ciąży w pierwszych tygodniach jej trwania. Polki, podobnie jak kobiety z innych krajów, w których obowiązuje restrykcyjne prawo aborcyjne, szukają informacji i pomocy w zakresie aborcji farmakologicznej (za pomocą tabletek) na zagranicznych stronach internetowych, m.in. organizacji *Women on Waves* (Kobiety na falach) mającej swoją siedzibę w Holandii. Organizacja ta zatrudnia lekarki i służy fachowymi, opartymi na naukowych podstawach, poradami, a kwalifikującym się pod względem zdrowotnym kobietom pomaga w uzyskaniu środków do wywołania poronienia.

Women on Waves nie ujawnia dokładnych danych co do liczby przesylek, jakie rocznie wysyła do Polski, jednak zaznacza, że jest ich bardzo dużo. O skali zainteresowania świadczyć może liczba odwiedzin strony internetowej *Women on Web*, na której znajdują się praktyczne informacje o aborcji farmakologicznej w języku polskim oraz formularz do zamawiania tabletek – rocznie organizacja odnotowuje około 200 tysięcy wejść z samej Polski.

Na coraz większą skalę środki służące wywołaniu poronienia rozprowadzane są za pośrednictwem Internetu w Polsce poza jakąkolwiek kontrolą. Mamy bowiem do czynienia z istnieniem czarnego rynku środków pochodzących z zagranicy, który w żaden sposób nie jest kontrolowany. Poza tym jednak, że za pomocą Internetu sprzedawane są właściwe środki poronne, sprzedaje się również inne leki, które oferowane są jako wywołujące poronienie, ale nie ma żadnej gwarancji co do ich rzeczywistego składu, pochodzenia i działania. Są to zazwyczaj próby oszustwa i wyłudzenia pieniędzy od zdesperowanych kobiet w trudnej sytuacji. W Polsce są dopuszczone do obrotu środki, których skutkiem ubocznym może być poronienie, nie są one jednak u nas zarejestrowane jako środki poronne. Nie oznacza to jednak, że produkty lecznicze zawierające ten lek nie są w takim celu używane przez kobiety, czy nawet rekomendowane przez lekarzy.

„Ważne jest to, że była to **MOJA** decyzja. Nie wstydzę się. Nigdy nie pozwolę na to, żeby mój wybór był ograniczany przez jakieś cholerne patriarchalne prawo. To mnie wkurza – nie mogę mówić głośno i cały czas się boję. „

List z forum Kobiety w Sieci

O zjawisku czarnego rynku leków, można mówić także w zakresie ograniczonego dostępu do antykoncepcji. Na masową skalę sprzedawane są w Internecie środki antykoncepcyjne, w tym środki antykoncepcji doraźnej, które są trudno dostępne ze względu na ograniczenia, o których była mowa w pierwszej części tego rozdziału.

Turystyka aborcyjna

Przystąpienie Polski i grupy państw ościennych do Unii Europejskiej i otwarcie granic przyniosło przełom w dostępie do bezpiecznej aborcji. Swoboda bezwizowego podróżowania po strefie Schengen po przystąpieniu do niej Polski pod koniec 2007 roku, znacznie ułatwiła Polkom dostęp do klinik w państwach zachodnich. Dzięki temu, iż w większości krajów europejskich aborcja jest w pełni legalna i stanowi część pakietu standardowych świadczeń zdrowotnych, placówki muszą spełniać określone wymogi i standardy, podlegają także regularnym kontrolom, co gwarantuje bezpieczeństwo takich zabiegów. W przypadku poniesienia ewentualnych szkód, pacjentki mają również możliwość dochodzenia swoich praw. Nic dziwnego, że Polki w niechcianej ciąży coraz częściej i chętniej wyjeżdżają m.in. do Niemiec, Czech, Holandii, Austrii, Wielkiej Brytanii czy na Słowację. W zależności od wybranego kraju, placówki oraz zaawansowania ciąży, taki zabieg kosztuje kilkaset euro¹⁰. W związku z tym, iż kobiety dokonują aborcji w różnych krajach, niemożliwe jest dokładne zbadanie skali zjawiska turystyki aborcyjnej. Natomiast **zapotrzebowanie jest na tyle duże, że coraz więcej klinik uruchamia polskojęzyczne infolinie i zatrudnia personel mówiący w języku polskim**. Pracujący w Niemczech w pobliżu granicy z Polską dr Janusz Rudziński mówi, że samą tylko jego klinikę rocznie odwiedza ponad tysiąc kobiet z całej Polski¹¹.

„Metody domowe”

Niechciane ciąży często stanowią skumulowany efekt braku rzetelnej edukacji seksualnej w szkołach, braku poradnictwa w zakresie planowania rodziny oraz braku efektywnego dostępu do antykoncepcji, co przy braku refundacji środków antykoncepcyjnych bardzo silnie związane jest z poziomem zamożności. Kobiet ubogich zazwyczaj

¹⁰ Dla przykładu: w klinice w Prenzlau zabieg przerwania ciąży kosztuje 450 EUR (do 9 tyg.) lub 500 EUR (10-12 tydz.). Źródło: <http://rudzinski.com/page/index.php/pl/leistungen-10> (20.12.2013)

¹¹ „Polski ginekolog pracujący w Niemczech: Dzwoni Polka. „Chcę przyjechać na aborcję. Ale jestem z Wadowic””; TOK FM, <http://www.tokfm.pl/Tokfm/1,103454,13829790>, Polski_ginekolog_pracujacy_w_Niemczech__Dzwoni_Polka_.html (20.12.2013)

nie stać na płacenie z własnej kieszeni za nowoczesną antykoncepcję, w związku z czym częściej zachodzą w niechcianą ciążę. Pozostawione same sobie w trudnej sytuacji materialnej, nie mają możliwości szybkiego zgromadzenia pieniędzy na wyjazd za granicę czy zabieg w podziemiu. Dokonują więc dramatycznych wyborów, próbując dokonać aborcji za pomocą różnych sposobów, zasłyszanych od kogoś bądź znalezionych w Internecie. Nierzadko na własną rękę próbują wymieszać środki chemiczne i leki, aby wywołać poronienie lub mechanicznie oddziaływać na swoje ciało. Należy podkreślić, że metody te są bardzo niebezpieczne, narażają kobiety na ciężkie okaleczenia i stanowią poważne zagrożenie dla ich zdrowia i życia.

Kto korzysta z podziemia?

Nie ma jednego profilu „Polki dokonującej aborcji”. Każda kobieta może zająć w niechcianą ciążę i podjąć decyzję o jej przerwaniu. Badania CBOS pokazały, że w grupie respondentek, które co najmniej raz dokonały aborcji, przeważały praktykujące religijnie kobiety o prawicowych poglądach. Weryfikuje to nieprawdziwe przekonanie, że tylko młode, bezdzietne karierowiczki przerywają ciążę. Z doświadczenia Federacji oraz danych uzyskanych od „Kobiet w Sieci” (organizacji prowadzącej bezpłatną infolinię poświęconą aborcji farmakologicznej) wynika, że za taką decyzją niemal zawsze stoi odpowiedzialność – za siebie, za rodzinę, za już posiadane dzieci, gdyż większość z tych kobiet jest już matkami. Bardzo często powodem jest trudna sytuacja materialna, jednak Polki decydują się na aborcję z różnych względów i nikt, a w szczególności ustawodawca, nie powinien ich wartościować i oceniać. **Kobiety w niechcianej ciąży same najtrafniej potrafią ocenić własną, wystarczająco trudną już sytuację i podjąć najodpowiedniejszą dla nich decyzję.**

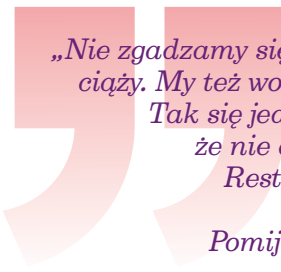
Federacja szacuje, że około 80-100 tysięcy kobiet w Polsce rocznie decyduje się na przerwanie ciąży. Skalę tę konsekwentnie próbują dementować przeciwnicy praw kobiet, zaś rządowe sprawozdania z wykonywania Ustawy, co zostało opisane wcześniej, konsekwentnie przemilczają fakt, iż Polki szukają innych niż legalna dróg realizacji własnych praw. Opublikowane w 2013 roku badania CBOS obalają jednak wszelkie mity w tym zakresie. Wynika z nich, że co najmniej co czwarta, a niemal co trzecia dorosła Polka zdecydowała się na aborcję. W skali całego społeczeństwa daje to od 4,1 do 5,8 miliona kobiet. W komunikacie towarzyszącym publikacji tych rezultatów ośrodek badawczy odniósł się do otoczenia, w którym na co dzień funkcjonują Polki, a także do ograniczonej wartości informacyjnej oficjalnych statystyk dotyczących aborcji: „Rygorystyczne prawo, charakter dyskursu publicznego, a także ogólna delikatność problemu sprawiają, że temat aborcji funkcjonuje w Polsce w sferze tabu. [...] Prawny zakaz usuwania ciąży podaje w wątpliwość ich kompletność [oficjalnych danych – przyp. autorki] – liczba legalnych zabiegów z dużym prawdopodobieństwem oddaje ledwie wycinek rzeczywistości. Niedostępność oraz negatywna ocena społeczna aborcji może skłaniać kobiety będące w niechcianej ciąży do korzystania z usług nierejestrowanych bądź do przerywania ciąży poza granicami kraju”¹². Wynik tego badania to kolejny dowód na prawdziwość tego, na co uwagę od dwudziestu lat zwraca Federacja w swoich raportach, stanowiskach i corocznych komentarzach do rządowych sprawozdań z wykonania Ustawy.

¹² „Co czwarta Polka przerywała ciążę [BADANIE CBOS]”, Gazeta Wyborcza, http://wyborcza.pl/1,76842,13884572,Co_czwarta_Polka_przerwala_ciaze__BADANIE_CBOS_.html

Aborcja a pieniądze

Poziom zamożności odgrywa wielką rolę w uzyskaniu dostępu do aborcji i stanowi główne kryterium w kontekście bezpieczeństwa zabiegu. Lepiej zorientowane, lepiej zorganizowane i lepiej zarabiające kobiety radzą sobie same – wyjeżdżają do zachodnich klinik i korzystają z możliwości przerwania ciąży w bezpiecznych warunkach. Wiele z nich pożyczka pieniądze od bliskich bądź decyduje się na wzięcie kredytu na ten cel. **Te, których na to nie stać, które nie mają łatwego dostępu do informacji, są podwójnie wykluczone. W bardzo trudnej sytuacji, w niechcianej ciąży, zmuszone są do dramatycznych decyzji.** Zdesperowane, uciekają się do niebezpiecznych metod – korzystają z usług ogłaszających się w gazetach osób o niewiadomych kwalifikacjach, przeprowadzających zabiegi w miejscach o niewiadomych standardach higienicznych, kupują na czarnym rynku środki niewiadomego pochodzenia i o niewiadomym składzie, bądź też szukają ratunku w najniebezpieczniejszym „metodach domowych”. Oprócz niewyobrażalnego stresu, lęku i napięcia, narażone są na poważne zagrożenie dla zdrowia i życia.

W praktyce powoduje to bardzo wyraźny podział społeczny na Polki, które stać na zapewnienie sobie dostępu do bezpiecznej aborcji i Polki, których na to nie stać. Oznacza to, iż prawa reprodukcyjne, stanowiące nieodłączny element podstawowych praw człowieka, w Polsce są przedmiotem rachunku ekonomicznego – trzeba za nie po prostu zapłacić. Taka sytuacja prowadzi do dalszego znaczącego pogłębiania różnic społecznych, a uboższe, mniej wykształcone kobiety skazuje na doświadczanie wielokrotnego wykluczenia i pozostawia bez jakiegokolwiek pomocy.



„Nie zgadzamy się z zarzutem, że sprzyjamy zjawisku przerywania ciąży. My też wolelibyśmy żyć w świecie, w którym nie ma aborcji. Tak się jednak nie dzieje. Nie chcemy, nie umiemy udawać, że nie dostrzegamy rzeczywistości i ludzkich dramatów. Restrykcyjne działania obecnie obowiązującej ustawy dotknęły najbardziej kobiety i ich rodziny. Pomijanie lub minimalizowanie często dramatycznych warunków życiowych wielu polskich rodzin jest w tym kontekście zwykłą nieuczciwością...”

Izabela Jaruga-Nowacka

Jednocześnie nie można nie zauważyć, jak w przeciągu dwudziestu lat czarny rynek usług ginekologicznych rozkwitł, tworząc rosnącą wciąż grupę ludzi, której zakaz i stygmatyzacja aborcji przynoszą ogromne zyski. Kolejne rządy i ministrowie się zmieniają, a zmowa milczenia wokół sytuacji Polek skazanych na niebezpieczne, podziemne aborcje i zarabiających na ich dramatach ludzi wciąż trwa.

Efekt chłodzący (mrozący), czyli nawet legalna aborcja jest niedostępna

Jak już wspomniano powyżej, obowiązujący w Polsce zakaz aborcji wywołuje tzw. efekt chłodzący (z ang. *chilling effect*) – oznacza to, iż nawet w sytuacji, gdy spełnione są przesłanki zezwalające na legalne przerwanie ciąży, lekarze odmawiają bądź unikają przeprowadzenia takiego zabiegu. Często także żądają dodatkowych zaświadczeń, skierowań, potwierdzeń od innych lekarzy, pozytywnie rozpatrzonych podań do swoich przełożonych, mnożą trudności administracyjne, aby skutecznie zniechęcić kobietę do aborcji bądź doprowadzić do upłynięcia dozwolonego terminu na przerwanie ciąży. Stoi za tym obawa przed podważeniem decyzji o słuszności aborcji, oskarżeniem o naruszenie ustawy i stojącą za tym groźbą więzienia. W konsekwencji, pomimo dopuszczenia trzech okoliczności, w których przerwanie ciąży jest zgodne z prawem, wyegzekwowanie legalnie przysługującego świadczenia jest bardzo trudne. W praktyce zatem *chilling effect* znacznie pogłębia wystarczająco już restrykcyjny ustawowy zakaz przerywania ciąży, gdyż w wielu przypadkach uniemożliwia dostęp do legalnej aborcji.

„Znam ustawę, wiem, jakie jest prawo. Ale teraz po przejrzeniu stron internetowych, wiem, że może być różnie. Jeżeli wynik badań będzie dla mnie tragiczny, może się okazać, że mimo obowiązującego prawa nikt nie zechce przerwać ciąży. A ja nie jestem w stanie opiekować się upośledzonym dzieckiem. Waruję ze strachu. Co zrobię, jeżeli dostanę złe wyniki?”

List z forum Kobiety w Sieci

Oznacza to, iż nie tylko kobiety niekwalifikujące się do zgodnego z ustawą przerwania ciąży korzystają z podziemia – decydują się na to również kobiety, które spełniają którąś z dozwolonych przesłanek, więc teoretycznie mogłyby spróbować skorzystać z legalnej aborcji, bądź już to zrobiły i przegrały w starciu z tym nieprzyjaznym systemem. Chociaż Federacja oferuje Polkom pełne wsparcie w egzekwowaniu przysługującego im świadczenia, one zazwyczaj jednak nie decydują się na dalsze działania – nie chcą upokorzeń, oceniających komentarzy, niekończącego się donoszenia kolejnych, zbędnych papierków, dyskusji o moralności. Nie mają siły i czasu na wielotygodniową walkę z niepewnym rezultatem. Wolą wyjechać do zachodniej kliniki, gdzie szanuje się prawo pacjentki do autonomicznej decyzji, prywatności i świadczeń zdrowotnych, a aborcję traktuje się jako prosty zabieg ginekologiczny, zgodnie z ugruntowanym na świecie standardem medycznym, prawnym i psychologicznym, z którego wyłamują się tylko nieliczne państwa. Niektóre z tych kobiet decydują się walczyć o swoje prawa, co skutkuje postępowaniami sądowymi w kraju oraz przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka (więcej na ten temat w rozdziale „Prawa reprodukcyjne jako prawa człowieka”).

Dlaczego podziemie jest szkodliwe i należy zapewnić Polkom dostęp do bezpiecznej i legalnej aborcji bez konieczności wskazywania przyczyny?

Ogromna dysproporcja między liczbą legalnych aborcji a skalą zabiegów przeprowadzonych „poza systemem” dobitnie pokazuje, na jak wielką skalę Ustawa rozmija się z rzeczywistością. W żaden sposób nie odzwierciedla realiów, w jakich żyją Polki, nie dostrzega, dlaczego kobiety zachodzą w niechcianą ciążę i dlaczego decydują się na jej przerwanie. Od dwudziestu lat obowiązywania Ustawy żaden organ państwowy tego zjawiska nie bada i nie analizuje.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) apeluje o zapewnienie powszechnego dostępu do legalnej aborcji bez konieczności podawania przyczyny i podkreśla, że każda nielegalna aborcja jest niebezpieczna i stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia kobiety. Chodzi tu oczywiście o dosłowne, bezpośrednie zagrożenie wynikające z braku możliwości jakiegokolwiek weryfikacji kwalifikacji osób podających się za lekarzy i personel medyczny i miejsca wykonania zabiegu. WHO jednak wskazuje przy tym, że takie zagrożenie stanowi również doświadczanie ogromnego stresu, napięcia i lęku, na jakie narażona jest kobieta, która znajduje się już w wystarczająco trudnej dla niej sytuacji (niechcianej ciąży), a zmuszona jest szukać pomocy w podziemiu. Dodatkowo, Ustawa skazuje je również na niepewność i osamotnienie – w związku z tym, iż nakłanianie bądź udzielenie pomocy w uzyskaniu aborcji zagrożone jest więzieniem, kobiety boją się narażać partnerów, rodziny i najbliższych, którzy im towarzyszą przy zabiegu albo udzielają wsparcia finansowego. Choć im samym nic nie grozi, szukając pomocy muszą działać w konspiracji, niczym przestępczynię.

Podziemie aborcyjne a kolejne rządy

W corocznych rządowych sprawozdaniach z wykonania Ustawy trudno znaleźć wyraz zainteresowania losami Polek skazanych na podziemie aborcyjne. Praktykowana jest za to konsekwentna strategia kolejnych rządów, aby udawać, iż problemu nie ma. W przeciągu dwudziestu lat jej obowiązywania oficjalne dokumenty w ogóle nie zauważają ani jego istnienia, ani jego konsekwencji. Nie analizują problemu, jakby jego przemilczenie miało sprawić, że zjawisko zniknie. Tymczasem ma się dobrze, dla wielu ludzi jest źródłem ogromnych zysków, a kobiety naraża na ogromne koszty zdrowotne, finansowe i społeczne.

Zjawisko niewidoczne dla administracji publicznej natomiast wyraźnie dostrzegają organizacje i instytucje międzynarodowe – zarówno pozarządowe, jak i międzyrządowe. W ciągu 20 lat obowiązywania ustawy antyaborcyjnej Polskę pytano i zwracano uwagę na problem podziemia aborcyjnego, skalę, zakres i skutki jego istnienia wielokrotnie – Rada Praw Człowieka ONZ; Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Prawa do Zdrowia Anand Grover; Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu; Komitet ds. Zakazu Tortur; i szereg innych¹³.

Jak wielokrotnie powtarzała Światowa Organizacja Zdrowia, agendy ONZ i inne instytucje międzynarodowe – zakaz aborcji wcale nie prowadzi do zmniejszenia liczby zabiegów. Powoduje on jedynie zmniejszenie liczby zabiegów bezpiecznych dla kobiety. Kobieta w niechcianej ciąży i tak znajdzie sposób na jej przerwanie, bez względu na obowiązujące prawo. Od tego prawa zależy natomiast, czy zabieg odbędzie się w bezpiecznych, higienicznych warunkach, czy będzie przeprowadzony przez lekarza, czy będzie bezpieczny dla kobiety, czy też będzie stanowił dla niej zagrożenie.

¹³ Więcej na ten temat w rozdziale „Prawa reprodukcyjne jako prawa człowieka”

Antykoncepcja w Polsce



ANTYKONCEPCJA W POLSCE W LATACH 1993-2013

► Realizacja Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży w zakresie zapewnienia dostępu do antykoncepcji

W części rządowego sprawozdania z realizacji Ustawy, poświęconej dostępowi do metod i środków służących świadomej prokreacji, powinno się znaleźć wyszczególnienie konkretnych działań rządu, które mają zapewnić swobodny (jak nakazuje Ustawa) dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji. Wydaje się też oczywistym, że w ramach sprawozdania z wykonywania zapisów Ustawy w danym roku za każdym razem przywoływane powinny być aktualne działania, wynikające z określonej diagnozy sytuacji w danym obszarze. Sprawozdania jednak w ogóle nie zawierają części poświęconych diagnozie, ale odnoszą się wyłącznie do postanowień Ustawy oraz, w założeniu, do działań podjętych w celu realizacji tych postanowień.

W części poświęconej przepisom zawarte są przy tym wyłącznie informacje dotyczące gwarancji prawnych wynikających z Ustawy. Pierwszą z nich jest prawo do decydowania o posiadaniu dzieci, zapisane w preambule Ustawy. Druga stanowi obowiązek nałożony na państwo, które ma za zadanie zapewnić możliwość podejmowania decyzji w tym zakresie. Trzecia, najbardziej precyzyjna gwarancja to ta, że państwo jest zobowiązane do tego, aby zapewnić obywatelom swobodny dostęp do antykoncepcji.

W pierwszych latach obowiązywania Ustawy o planowaniu rodziny (dalej: Ustawa) sprawozdania rządowe z jej wykonania zawierały dość szczegółowe dane na temat dostępności i sprzedaży środków antykoncepcyjnych. Na przykład sprawozdanie z 1995 roku¹⁴ cytuje wyniki badania przeprowadzonego na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Wynika z niego m.in., że tylko 12% ankietowanych zadeklarowało stałe korzystanie ze środków antykoncepcyjnych. Wśród barier w stosowaniu tych środków najczęściej wymieniano brak nawyku w ich stosowaniu, na drugim miejscu stanowisko Kościoła (39,2%), a także uczucie zawstydzenia przy zakupie i inne bariery wskazujące na braki w ogólnej edukacji społeczeństwa na temat działania i skutków ubocznych antykoncepcji. W latach 90. XX wieku obserwowano stały wzrost sprzedaży doustnych preparatów hormonalnych (1,3 mln opakowań w 1992 r., 4,6 mln w 1996 r. i 7,4 mln w 1998 r.). Na rynku dostępne były także chemiczne środki plemnikobójcze jak

¹⁴ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 1995

globulki lub kremy, dla porównania dziś asortyment ten jest dużo bardziej ograniczony (w aptekach kupić można przede wszystkim jeden rodzaj globulek). W 1998 r., za czasów konserwatywnej koalicji AWS-UW wznowiono promocję naturalnych metod planowania rodziny, „mając na uwadze konieczność ich szerszego upowszechniania w społeczeństwie”. Uruchomiono m.in. 15 poradni planowania rodziny, w których zatrudnieni byli instruktorzy/ki NPR.

Wyraźną preferencję do promowania metod naturalnego planowania rodziny widać również w sprawozdaniu z 1999 roku¹⁵. Zostały tam szczegółowo omówione działania Krajowego Zespołu Promocji Naturalnego Planowania Rodziny. Postulaty rozszerzenia refundacji środków antykoncepcyjnych skwitowano stwierdzeniem, że rozwiązanie to byłoby bardzo kosztowne. Nie dokonano jednak analizy korzyści społecznych, jakie mogłoby przynieść obniżenie cen nowoczesnych preparatów hormonalnych czy wkładek wewnątrzmacicznych. Ich lepsza dostępność przyczyniłaby się przecież do redukcji liczby niechcianych ciąż oraz zabiegów aborcji.

„Mało jest rzeczy zapewniających w równym stopniu kobietą wolność i autonomię jak antykoncepcja. Skuteczna, bezpieczna, dająca poczucie panowania i nad płodnością, i nad życiem. Nie wyobrażam sobie, jak funkcjonowały kobiety w czasach, gdy nie istniała.”

prof. Magdalena Środa

Stosunek władz do kwestii praw reprodukcyjnych, w tym antykoncepcji, zmieniał się wraz z dominującą opcją polityczną. Po przejściu władzy przez koalicję SLD-UP-PSL Krajowy Zespół Promocji Naturalnego Planowania Rodziny został rozwiązany w 2001 roku, ze względu na to, iż zajmował się wyłącznie ww. metodami, które – jak słusznie stwierdza sprawozdanie rządowe – mają „ograniczoną praktyczną skuteczność”. W zamian zaplanowano prowadzenie działań edukacyjnych uwzględniających szersze spektrum metod planowania rodziny¹⁶.

Z rządowego sprawozdania, które powoływało się na „Ankiętę macierzyństwa 2000/2001”, przeprowadzoną losowo wśród kobiet, które niedawno urodziły dziecko, wynikało, że najpopularniejszym środkiem antykoncepcyjnym była prezerwatywa (35,9%), za niepokojące uznano, że na drugim i trzecim miejscu znalazły się nieuznawane za skuteczne, przestarzałe metody – kalendarzyk i stosunek przerywany. W sprawozdaniu zwracano też uwagę na obniżający się wiek inicjacji seksualnej i rosnącą liczbę ciąż wśród nastolatek, przedstawiony został również słuszny wniosek, że dla bardzo młodych dziewczyn dostęp do metod i środków świadomej prokreacji jest szczególnie istotny. Niestety za stwierdzeniami nie poszły deklaracje dalszych działań

¹⁵ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 1999

¹⁶ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 2001

w celu poprawy sytuacji (a konieczna była m.in. refundacja antykoncepcji i zmiany w prawie umożliwiające nastolatkom korzystanie z antykoncepcji przepisywanej przez ginekologa/ginekolożkę bez konieczności powiadamiania rodziców lub opiekunów).

Rządowe sprawozdanie z wykonania Ustawy za 2002 rok¹⁷ powołuje się na badanie „Zmiany w postawach i zachowaniach reprodukcyjnych młodego i średniego pokolenia Polek i Polaków” (SGH i GUS) przeprowadzone w 2001 roku¹⁸. Wyniki potwierdzały, że najpopularniejszą metodą antykoncepcji była nadal prezerwatywa, druga pod względem wielkości grupa respondentek/ów przyznała, że nie stosuje żadnych metod zapobiegania ciąży. Metody hormonalne nadal nie były zbyt powszechne. Rząd przyznał też, że „dostęp kobiet do bezpiecznych i skutecznych środków ułatwiających świadome planowanie rodziny jest w Polsce zagwarantowany w stopniu podstawowym”. Niestety, poza smutny wniosek nie dowiadujemy się, czy Rząd miał plany, by tę sytuację poprawić.

Po kolejnej zmianie rządu w 2004 roku na prawicowy (PiS-Samoobrona-LPR) w rządowym sprawozdaniu widoczny był brak zainteresowania poprawą dostępności jakichkolwiek metod planowania rodziny. Poświęcono im zaledwie jeden akapit mówiący, że w Polsce dostępne były najnowocześniejsze środki antykoncepcyjne, w pełni odpłatne¹⁹.

Cytowane w rządowym sprawozdaniu badanie prof. Zbigniewa Izdebskiego²⁰ wskazywało, że wciąż najpopularniejszym środkiem antykoncepcyjnym była prezerwatywa (54% badanych) oraz że wzrosła liczba osób stosujących antykoncepcję hormonalną (30%), niestety nadal jedna piąta ankietowanych polegała na nieskutecznym stosunku przerywanym.

W latach 2007-2009 sprawozdania rządowe podawały każdego roku te same informacje o dostępnych w Polsce środkach antykoncepcyjnych, cytowały też zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie świadomej prokreacji, na pierwszym miejscu wymieniając naturalne metody, podawano też dane GUS na temat stosowania metod planowania rodziny za rok 2004.

W ostatnim dostępnym sprawozdaniu rządowym z realizacji Ustawy za 2011 rok²¹ (podobnie jak w kilku poprzednich) nie znalazło się miejsce na opis działań podjętych na rzecz realizacji postanowienia dotyczącego zapewnienia swobodnego dostępu do metod świadomej prokreacji ani nawet diagnoza bieżącej sytuacji. W sprawozdaniu wskazuje się na niezaprzeczalny fakt, że środki antykoncepcyjne są coraz bardziej nowoczesne, coraz bardziej wygodne oraz coraz bezpieczniejsze w stosowaniu dla kobiet. Wciąż jednak w Polsce swobodny dostęp do tych środków jest znacznie ograniczony.

¹⁷ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 2002

¹⁸ Opis badania zamieszczony w opracowaniu rządowej Rady Ludnościowej pt. „Sytuacja Demograficzna Polski, Raport 2001, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych, Warszawa 2003

¹⁹ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 2004

²⁰ Raport: Zdrowie Kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006, wyd. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007

²¹ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 2011

► Realny dostęp do środków antykoncepcyjnych

Należy zauważyć, że jedynym środkiem antykoncepcyjnym, który jest dostępny bez ograniczeń, jest prezerwatywa męska (sprzedawana również poza aptekami) oraz globulki dopochwowe, pianki i kremy plemnikobójcze (środki sprzedawane wyłącznie w aptekach, jednak bez konieczności przedstawienia recepty, obecnie jednak ich asortyment jest mocno ograniczony, w większości aptek sprzedawany jest tylko jeden rodzaj globulek). Prezerwatywy damskie wciąż dostępne są wyłącznie w sklepach z artykułami erotycznymi oraz przez Internet, są przy tym stosunkowo drogie.

Realny dostęp do innych środków (zwłaszcza nowoczesnych środków hormonalnych) jest zaś ograniczony wyłącznie do tego, że określone produkty lecznicze dopuszczone są w Polsce do obrotu, że na mocy obowiązującej *Ustawy prawo farmaceutyczne* muszą być dostępne w każdej aptece bądź sprowadzone na życzenie oraz że można je w tej aptece nabyć. Jednak swobodny dostęp (a takiego określenia używa, co warto ponownie podkreślić, Ustawa) oznacza coś więcej niż fakt, że w aptekach te środki są (lub zostają sprowadzone) i więcej niż (często teoretyczna) możliwość zaopatrzenia się w te środki. Dla wielu kobiet nowoczesne formy antykoncepcji są w sposób oczywisty niedostępne z racji ich ceny. **Rozwiązaniem tej sytuacji mogłaby być refundacja antykoncepcji, co jednak – jak zostanie pokazane poniżej – w Polsce nie ma miejsca w takim zakresie, aby można było dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji uznać za swobodny.**

Wkładki domaciczne są produktami odpłatnymi, kobieta musi je zakupić sama. Teoretycznie zagwarantowane ma świadczenie w postaci założenia oraz usunięcia takiej wkładki, w praktyce jednak za wykonanie tej usługi w publicznych placówkach pobierane są opłaty albo świadczenia w ogóle nie są wykonywane. W prywatnych gabinetach zaś cena (800-1000 złotych) za tę usługę znacznie przekracza sumę, na którą szacuje jej koszt Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ), czyli 40 złotych. Cena za to świadczenie w gabinetach prywatnym wykracza poza możliwości finansowe większości kobiet, które w ten sposób chciałyby się zabezpieczyć przed niechcianą ciążą. Federacja skierowała listy otwarte w tej sprawie do Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ oraz Rzecznika Praw Pacjenta (dalej RPP). Biuro RPP przesłało list, w którym zapewniło, że założenie i usunięcie wkładki jest świadczeniem gwarantowanym i powinno być wykonywane w ramach kontraktów z NFZ. Również Prezes NFZ uznał takie rozwiązania za obowiązujące. Nie zmienia to jednak faktu, że świadczenia te nie są realizowane w odpowiedni sposób. Rząd jednak konsekwentnie do tej pory nie przeprowadził żadnej analizy faktycznej sytuacji w tym zakresie.

Nowoczesnymi środkami antykoncepcji hormonalnej są też plastry antykoncepcyjne oraz krążki dopochwowe. Ich nowoczesność polega na składzie chemicznym oraz fakcie, że ich zażywanie nie angażuje układu pokarmowego, gdyż hormony przenikają do organizmu w inny sposób (przez skórę lub błonę śluzową). Mogą być zatem stosowane przez te kobiety, które z różnych powodów nie mogą stosować antykoncepcji doustnej. Żaden z tych środków nie jest refundowany.

Refundacja (częściowa) dotyczy tylko niektórych pigułek antykoncepcyjnych, które są wymieniane z nazwy w sprawozdaniach (Microgynon 21, Rigevidon i Steridil 30).

Produkty te są właściwie tym samym lekiem (mają identyczny skład), występującym pod różnymi nazwami handlowymi. Dla porównania w roku 1997 refundacją objętych było osiem rodzajów pigulek.

Każda dwuskładnikowa tabletki antykoncepcyjna zawiera hormony z grupy estrogenów (we wszystkich produktach dopuszczonych do obrotu w Polsce jest to etinyloestradiol, jednak w różnych dawkach) oraz progestagenów. Progestageny używane w tabletkach antykoncepcyjnych są różne i występują w różnych dawkach. W refundowanych tabletkach jest to hormon „starej” generacji, czyli lewonorgestrel (używany też w środkach antykoncepcji doraźnej, ponieważ jest hormonem silnie działającym). W nowoczesnej antykoncepcji, czyli środkach nowej generacji, lewonorgestrelu się nie używa, jest on zastąpiony innymi hormonami z grupy progestagenów, które są dla kobiet bezpieczniejsze i wygodniejsze, ponieważ znacznie rzadziej i na mniejszą skalę powodują skutki uboczne. Także w najnowocześniejszych środkach poziom etinyloestradiolu jest zmniejszony w stosunku do poziomu, jaki zawierają środki refundowane. **Żaden z nowoczesnych środków doustnych nie jest jednak refundowany.** Warto zaznaczyć, że również tzw. minipigułki, czyli środki jednoskładnikowe (zawierające wyłącznie hormony z grupy progestagenów), możliwe do zażywania np. przez kobiety karmiące piersią, nie są refundowane.

W sprawozdaniu za rok 2011 zawarte jest stwierdzenie, że wymienione wyżej środki znalazły się na liście leków refundowanych ze względu na to, że mają zastosowanie w leczeniu zaburzeń miesiączkowania oraz przy bolesnym miesiączkowaniu, przy czym mają jednocześnie działanie antykoncepcyjne. Zaznacza się wyraźnie, że to nie z powodu działania antykoncepcyjnego są na tej liście. Nie po raz pierwszy w oficjalnych dokumentach rządowych pojawia się takie stanowisko. Od wielu lat w Polsce mówi się wprost, że środków antykoncepcyjnych nie można zamieszczać na listach leków refundowanych, jeśli jedynym powodem zamieszczenia miałyby być ich działanie antykoncepcyjne, ponieważ wtedy nie byłyby lekami, a tylko leki mogłyby znajdować się na liście „leków refundowanych”. Jednak z analizy obowiązujących w tym zakresie aktów prawnych w randze ustaw, tj. *Ustawy Prawo farmaceutyczne* oraz *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* wynika, że nie ma żadnej przeszkody, aby na liście leków refundowanych znalazły się również środki antykoncepcyjne, nawet jeśli nie mają działania stricte leczniczego. W rozumieniu odpowiednich przepisów lekiem, czyli produktem leczniczym (są to terminy równoznaczne), jest bowiem nie tylko taka substancja lub mieszanina substancji, która ma właściwości zapobiegania lub leczenia chorób, czy jest podawana w celu postawienia diagnozy, ale także taka, która jest „używana w celu przywrócenia, poprawienia lub **modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu** poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne”. Środki antykoncepcji hormonalnej są zatem w świetle prawa lekami i nie ma żadnych przeszkód, aby umieszczać je na listach leków refundowanych właśnie ze względu na ich właściwości antykoncepcyjne. Co więcej – w celu realizacji zasady swobodnego dostępu do środków służących świadomej prokreacji wydaje się konieczne poszerzenie katalogu refundowanych środków antykoncepcyjnych. Od wielu lat rząd w Polsce jednak nie podejmuje żadnych działań w kierunku poprawy sytuacji w tym zakresie.

Warto zauważyć, że również środki antykoncepcji doraźnej (inaczej postkoitalnej), czyli tak zwane pigułki „po stosunku”, nie są w żaden sposób refundowane, ich cena zaś jest stosunkowo wysoka (60-120 złotych). Co więcej dostęp do nich jest ograniczony poprzez fakt niechęci lekarzy do wystawiania recept i jednocześnie konieczności uzyskania takiej recepty w celu zakupienia produktu w aptece. W wielu krajach na świecie, nawet tak konserwatywnych jak Irlandia, odchodzi się od tego rozwiązania, udostępniając środki antykoncepcji awaryjnej bez recepty, bo przy zastosowaniu zgodnie z instrukcją środki te nie powodują poważnych skutków ubocznych. W Polsce lekarze powołują się na tak zwaną „klauzulę sumienia” (na podstawie art. 39 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*) lub bez podania tej przyczyny odmawiają wystawienia recepty. Odmowa wypisania recepty na podstawie sumienia jest nadużyciem tego przywileju. Z doświadczeń Federacji wynika, że dzieje się tak w związku z niezamierzonym bądź celowym myleniem antykoncepcji postkoitalnej ze środkami poronnymi (nazywanymi przez lekarzy nagminnie wczesnoporonnymi)²². Może to wynikać z niedostatecznej wiedzy przekazywanej w trakcie studiów medycznych, bądź na specjalizacji, jak również ze względów ideologicznych. Jednocześnie warto zauważyć, że w tym kontekście czas odgrywa kluczową rolę i odmowa wystawienia recepty przez lekarza w publicznej przychodni właściwie skutkuje tym, że kobieta musi udać się do lekarza prywatnie i zapłacić za wypisanie recepty, bądź nie zażyć w odpowiednim czasie tego środka i narazić się na niechcianą ciążę. Polskie przepisy wciąż nie przewidują żadnego środka o charakterze prawnym, którego kobieta mogłaby użyć, aby w sposób skuteczny w odpowiednim czasie jej prawo do antykoncepcji doraźnej zostało zrealizowane.

W roku 2012 nasilił się problem z dostępnością antykoncepcji. W związku z planami nowelizacji prawa farmaceutycznego i wyrażonym przez przewodniczącego Naczelnej Rady Aptekarskiej poparciem dla tego pomysłu, farmaceuci w Polsce na dużą skalę zaczęli stosować „klauzulę sumienia”, która w prawie farmaceutycznym nie obowiązuje. Samorząd aptekarski nie zareagował na tę sytuację, pomimo apelu wysłanego przez Federację. Swoje jednoznaczne stanowisko w tej sprawie, w odpowiedzi na apel Federacji, wyraził jednak Główny Inspektor Farmaceutyczny, który z całą mocą stwierdził, że odmawianie sprzedaży leków przez farmaceutę na podstawie sumienia jest niezgodne z prawem i powinno być zgłaszane do wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych.

► Dostęp do poradnictwa antykoncepcyjnego

Autorzy sprawozdań wskazują także, że poradnictwo w zakresie ginekologii i położnictwa jest zagwarantowane na mocy postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*. Warto jednak zaznaczyć, że w rozporządzeniu regulującym tę kwestię nie wskazuje się na konkretny zakres porad. Stwierdzenie zatem, jakoby „w ramach porad zapewniana [była] w szczególności opieka w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym dobór właściwych środków antykoncepcji” (sprawozdanie za rok 2011) jest nieuprawnione – zarówno w świetle obowiązującego przepisu rozporządzenia, jak i praktyki. Nie przedstawiono żadnych badań ani analizy, które mogłyby stanowić podstawę wyrażonych w tym zakresie wniosków.

²² Środki antykoncepcyjne uniemożliwiają zajście w ciążę, podczas gdy środki poronne mają na celu wywołanie poronienia.

Co więcej, w sprawozdaniu tym wskazuje się wprost, że w 2011 roku nie były prowadzone badania, na podstawie których można by ocenić dostępność antykoncepcji. Autorzy sprawozdania nie powołują się także na żadne dostępne źródła, nie poddają analizie chociażby komentarza do sprawozdania za rok 2010 autorstwa Federacji, w którym przeprowadzona jest rzetelna diagnoza w tym zakresie.

Jak już zostało wskazane, sprawozdania z realizacji Ustawy w żaden sposób nie odnoszą się do problematyki dostępności antykoncepcji. Nie zawierają żadnej analizy dostępności poszczególnych środków, skutków braku refundacji większości z nich oraz wpływu braku refundacji na faktyczną możliwość realizowania prawa do świadomego decydowania o własnej rozrodczości. Pomimo faktu, że Federacja regularnie w swoich komentarzach do sprawozdań sygnalizuje, że zasada swobodnego dostępu do antykoncepcji jest znacznie ograniczona oraz przedstawia odpowiednie rekomendacje, w kolejnym już sprawozdaniu nie znajdują się żadne odniesienia do tego problemu. Federacja nadal stoi jednak na stanowisku, że zapewnienie swobodnego dostępu do antykoncepcji nie może być ograniczone do faktu dopuszczenia nawet szerokiej gamy środków do obrotu handlowego ani też do odpowiednich zapisów w prawie farmaceutycznym, które dotyczą obowiązku dostępności wszystkich produktów leczniczych w każdej aptece. Brak kompleksowego poradnictwa antykoncepcyjnego, nadużycia klauzuli sumienia przez lekarzy, którzy powinni wystawiać recepty na środki antykoncepcyjne, potencjalne zagrożenia związane z planami nowelizacji prawa farmaceutycznego i naruszenia w sferze sprzedaży leków w oparciu o sumienie aptekarzy oraz brak refundacji środków nowoczesnej antykoncepcji sprawiają, że **zasada swobodnego dostępu do środków służących świadomej prokreacji nie jest w Polsce realizowana w sposób właściwy**. Federacja stoi ponadto na stanowisku, że obowiązek zapewnienia „swobodnego” dostępu do antykoncepcji nakłada na instytucje publiczne zobowiązanie do zorganizowania systemu w taki sposób, aby dostępność tych środków nie była ograniczana poprzez brak informacji, wadliwe praktyki lekarzy, a także cenę leków. W praktyce bowiem środki nowoczesnej antykoncepcji są w Polsce dostępne dla świadomych ich istnienia oraz możliwości odpowiedniego stosowania, dobrze sytuowanych kobiet, które mają możliwość pozostawiania pod opieką lekarza, który nie będzie ograniczał ich wyborów w tym zakresie. Nie jest to zgodne z ugruntowaną na arenie międzynarodowej ochrony praw człowieka zasadą, że dostęp do środków planowania rodziny powinien obejmować łatwą dostępność, także finansową, środków antykoncepcyjnych, które są odpowiednie (akceptowalne) dla stosującej je osoby oraz dobrej jakości²³.

Sprawozdania rządowe z realizacji Ustawy z ostatnich dwudziestu lat oraz wpływające niemal codziennie do Federacji zgłoszenia od kobiet, szczególnie nastolatek, doświadczających ograniczeń w dostępie do metod i środków świadomej prokreacji pokazują, że władze nie traktują poważnie swojego ustawowego zobowiązania do działań na rzecz redukcji liczby nieplanowanych ciąż – ciąż, które niejednokrotnie są przerywane w niebezpiecznych warunkach w tzw. podziemiu. Brak jakiegokolwiek zainteresowania poprawą dostępu do antykoncepcji dla kobiet w trudnej sytuacji życiowej czy nastolatek oraz brak szeroko zakrojonych programów rozdawnictwa darmowych prezerwatyw (co jest standardem w wielu krajach Unii Europejskiej) pokazuje, że kolejne rządy ignorowały potrzeby obywaterek i obywateli oraz swoje zobowiązania ustawowe.

²³ Z ang. available, accessible, affordable, acceptable and of good quality

► Dostęp do metod planowania rodziny w Polsce. Rozmowa z ginekolożką, dr Bożeną Jawień

Pani doktor, jest Pani ginekolożką z wieloletnim stażem. Czy na podstawie Pani obserwacji w ostatnich dwóch dekadach zwiększyła się liczba Polek sięgających po antykoncepcję?

Na przestrzeni 20 lat w moim gabinecie systematycznie się zwiększała, ale przed około rokiem drastycznie zmniejszyła się; w ostatnich tygodniach powoli wraca do stanu sprzed dwóch lat. W mojej ocenie ten spadek był spowodowany przede wszystkim dwoma czynnikami: kryzysem ekonomicznym – koszt dorocznych badań analitycznych poprzedzających wizytę, koszt co półrocznej wizyty oraz koszt comiesięcznego opakowania przekracza możliwości szczególnie młodych pacjentek. Drugą przyczyną to obawa pacjentek o powikłania zakrzepowo-zatorowe antykoncepcji hormonalnej: przed rokiem ujawniono w dość sensacyjnym tonie w prasie codziennej wyniki badania wskazujące na około 20 przypadków zgonów powiązanych ze stosowaniem jednego z preparatów antykoncepcyjnych (w rzeczywistości chodziło o ok. 20 zgonów na przestrzeni 20 lat), liczne pacjentki pytały o wiarygodność tego badania.

Czy więcej kobiet sięga dziś po nowoczesne metody antykoncepcji?

Tak, ale wiele wciąż polega na „kalendarzyku” i stosunku przerywanym.

A jak to jest ze wsparciem ze strony państwa, czy kobiety mają dziś do dyspozycji więcej produktów antykoncepcyjnych objętych refundacją czy mniej?

Poza okresem dziewięciu miesięcy w 1997 roku, kiedy obowiązywało złagodzenie Ustawy przyjęte z inicjatywy Prezydenta Kwaśniewskiego, nigdy żadne środki antykoncepcyjne nie były refundowane! Federacja słusznie zwraca na to uwagę w komentarzach do corocznych sprawozdań rządowych. Należy wyraźnie podkreślić, że refundowane są niektóre leki hormonalne, z których kilka ma dodatkowo działanie antykoncepcyjne. Lekarz może je przepisać z refundacją tylko wówczas, jeśli są wskazania hormonalne, nie antykoncepcyjne. Jeśli nie ma takich wskazań, odpłatność wynosi 100%. Jeśli lekarz ulituje się nad ubogą pacjentką i złamie przepisy, podlega karze finansowej. Kontrola następuje zwykle blisko upływającego 5-letniego okresu podlegania kontroli, żeby odsetki były wyższe.

Czy przeciętną Polkę czy polską parę stać na antykoncepcję?

Prezerwatywy są w Polsce dość drogie, więc wszystko zależy od częstotliwości współżycia. Antykoncepcja hormonalna jest trochę łatwiej dostępna od około roku – dwóch, gdy na rynku pojawiło się sporo generyków (tańsze zamienniki leków oryginalnych), w cenie 15 - 20 zł za miesiąc; to wciąż może być sporo, ale jednak mniej niż za leki oryginalne. Ceny nadal stanowią problem dla pacjentek – często przepisują tabletki „po stosunku” kobietom, które z powodów finansowych nie wykupiły w danym miesiącu pigulek antykoncepcyjnych, a zastosowana zamiast nich prezerwatywa zawiodła. Sama antykoncepcja awaryjna to ogromny koszt – w związku z trudnościami z dostaniem się do lekarza w państwowej przychodni kobieta zmuszona jest zapłacić za wizytę w prywatnym gabinecie, do tego dochodzi koszt tabletek, czyli kilkadziesiąt złotych.

Bardzo skuteczna i dająca zabezpieczenie na wiele lat wkładka wewnątrzmaciczna z hormonami kosztuje 700-800 zł, a to stanowczo zbyt dużo nawet na przeciętną kieszeń. Moim zdaniem wkładki, także te najpopularniejsze, niehormonalne, powinny być

w 100% refundowane. To bardzo dobre rozwiązanie dla wielu kobiet, szczególnie tych, które mają już tyle dzieci, ile zaplanowały i nie planują kolejnych ciąż, a także dla kobiet, które z różnych przyczyn nie są w stanie zadbać o regularne wizyty u lekarza czy pamiętać o codziennym zażywaniu pigułek.

Gdy rozmawiam z pacjentkami mam wrażenie, że już nawet nie śmiał marzyć o refundacji, opowiadają mi tylko czasem, że ich znajome mieszkające np. w Wielkiej Brytanii mają dostęp do darmowej antykoncepcji.

Wróćmy jeszcze do antykoncepcji awaryjnej. Czy zna Pani przykłady krajów, gdzie jest ona dostępna bez recepty i czy warto by było wprowadzić takie rozwiązanie u nas?

W wielu krajach (Anglia, Francja, a nawet konserwatywna Irlandia czy USA) jest ona dostępna bez recepty, po radzie farmaceuty (na zapleczu, w dyskretnych warunkach). Nie spotkałam się z doniesieniami o częstszych niż u nas powikłaniach.

U nas jest problem z dostępnością nawet na receptę, ponieważ wielu lekarzy odmawia wypisywania tych środków. Ginekolodzy często zasłaniają się klauzulą sumienia, jeśli nie własnego, to prezentowanego przez przełożonych. Jest to wygodna formuła, pozwalająca na ograniczenie przeciążenia w warunkach niedoboru personelu na Izbach Przyjęć i w SOR-ach. Personel średni nie dopuszcza pacjentek do lekarza, przewidując z góry odmowę preskrypcji; pacjentki są o tym informowane bez zachowania dyskrecji. Kobiety rzadko skarżą się do Rzecznika Praw Pacjenta, zapewne m.in. dlatego, że procedura ta wymaga ujawnienia swoich danych.

Kolejna przeszkoda to apteki, które nie zamawiają potrzebnych ilości tabletek, ponadto ciągle istnieje presja farmaceutów na przyznanie im również prawa do klauzuli sumienia.

W myśl polskiego prawa dziewczyna powyżej 15 roku życia może być aktywna seksualnie, czy małoletnie mają również dostęp do antykoncepcji?

Podstawowy problem to konieczność zgłaszania się do lekarza z przedstawicielem ustawowym. Często dziewczyna nie ma o tym pojęcia. Uważam za bardzo ważne, aby do ginekologa mogła się zgłaszać samodzielnie nastolatka po ukończeniu 15 roku życia – a więc od chwili, kiedy ma prawo współżyć. Potrzebna jest do tego zmiana Ustawy, więc nie liczę na szybki sukces w tej kwestii.

Kolejna sprawa to stosowanie wkładek wewnątrzmacicznych u młodych kobiet - w polskiej Charakterystyce Produktu Leczniczego dla wkładki z hormonami czytamy, że wkładka nie powinna być pierwszym wyborem dla młodych nieródek, podczas gdy w oryginalnej wersji dokumentu jest mowa o unikaniu zakładania przed rozpoczęciem miesiączkowania. Dla takiej rozbieżności nie ma uzasadnienia medycznego, tylko obyczajowe!

Czy lekarze mają wiedzę o metodach obserwacji płodności i czy pacjentki są taką wiedzą/metodami zainteresowane?

W obecnym systemie nie jest możliwe, aby lekarz mógł się tą wiedzą dzielić z pacjentkami, ponieważ zabiera to bardzo dużo czasu, a czas wizyty jest ograniczony. Podstawy takiej wiedzy powinny być położone w szkole, lekarz może co najwyżej skonsultować notatki. Gdy proszę moje pacjentki o przyjscie z notatkami za 3-4 miesiące, są przerażone, a potem nie przychodzą.

Dziękuję za rozmowę.

Edukacja seksualna w Polsce



EDUKACJA SEKSUALNA W POLSCE W LATACH 1993-2013

► Stan prawny

Art. 4.1 *Ustawy o planowaniu rodziny* nakłada na państwo obowiązek wprowadzenia do programów nauczania szkolnego „wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji”. Szczegóły realizacji tego przepisu zawarte są w Rozporządzeniu Ministra Edukacji z 12 sierpnia 1999 r. z późniejszymi zmianami o *Podstawie programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w szkołach podstawowych, gimnazjach i liceach*. Zgodnie z obowiązującymi przepisami przedmiot „Wychowanie do życia w rodzinie” (dalej: „WdŻ”) powinien być realizowany od V klasy szkoły podstawowej w wymiarze 14 godzin rocznie. Uczęszczanie na zajęcia z przedmiotu nie jest obowiązkowe, po ostatnich zmianach dziecko nie będzie uczestniczyło w zajęciach, jeżeli rodzice lub opiekunowie wyrażą sprzeciw na piśmie. Zmieniona na krótko w 1996 r. Ustawa wprowadzała do szkół przedmiot „Wiedza o życiu seksualnym człowieka,” został on jednak w 1999 r. przemianowany na „Wychowanie do życia w rodzinie”²⁴. Już sama nazwa wskazuje, że zawartość merytoryczna zajęć nie odpowiada międzynarodowym standardom edukacji seksualnej. Problemатyczne jest też samo określenie „rodzina” w nazwie, gdyż w żadnym z dokumentów prawnych odnoszących się do systemu edukacji nie znajdziemy jego definicji²⁵.

► Standardy międzynarodowe dotyczące edukacji seksualnej

Międzynarodowe standardy edukacji seksualnej regulują dokumenty końcowe Światowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju (Kair, 1994) i IV Światowej Konferencji na rzecz Kobiet (Pekin, 1995) przyjęte przez Polskę bez zastrzeżeń oraz dokumenty z odbywających się co pięć lat przeglądów realizacji ww. postanowień. Według nich edukacja o zdrowiu, w tym zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym, oraz niezbędnych świadczeniach w tym zakresie, o równości płci, odpowiedzialnych zachowaniach seksualnych, chorobach (w tym HIV/AIDS) czy przemocы seksualnej powinna odbywać się na wszystkich poziomach kształcenia formalnego i pozaformalnego, a rządy państw

²⁴ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 1999

²⁵ Chustecka, M., 2011. Analiza podręczników i podstawy programowej – przedmiot wychowanie do życia w rodzinie. W: M. Abramowicz, red. Wielka nieobecna. O edukacji antydyskryminacyjnej w systemie edukacji formalnej w Polsce. Raport z badań. Warszawa: Towarzystwo Edukacji Antydyskryminacyjnej, s. 227-289.

we współpracy z organizacjami pozarządowymi powinny takie programy wprowadzać. Dokumenty podkreślają rolę młodzieży w kształtowaniu programów edukacyjnych. Rezolucja Komisji ONZ ds. Ludności i Rozwoju z 2012 r. wzmacnia jeszcze te zapisy, apelując do rządów państw o zapewnienie „opartej na faktach naukowych, całościowej edukacji na temat ludzkiej seksualności, zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego, praw człowieka i równości płci, aby mogły/li oni realizować swoją seksualność w sposób pozytywny i odpowiedzialny”. Prawo do edukacji seksualnej uznawane jest za jedno z praw człowieka, mówi o nim także Deklaracja Praw Seksualnych przyjęta w 1999 r. na XIV Kongresie Światowego Towarzystwa Seksuologicznego w Hong Kongu. Wydane w 2010 r. przez europejski oddział Światowej Organizacji Zdrowia „Standardy edukacji seksualnej” zawierają szczegółowe wskazówki dotyczące treści i formy edukacji seksualnej, podkreślając, że rozwój psychoseksualny człowieka zaczyna się w chwili urodzenia i już na poziomie najwcześniejszego dzieciństwa rodzice lub opiekunowie powinni przekazywać pozytywną wizję relacji międzyludzkich.

► Edukacja seksualna w Polsce – realizacja zapisów Ustawy

Udział uczniów w zajęciach i realizacja zajęć w szkołach

Pierwsze statystyki pozwalające oszacować liczbę uczniów, którzy w ogóle otrzymali możliwość udziału w zajęciach „WdŻ” znalazły się w sprawozdaniu rządowym z wykonywania Ustawy w 2000 roku. W statystykach rządowych nie jest określone, jaka część uczniów nie brała udziału w zajęciach z powodu braku dostępu do takich zajęć w ich szkole, a jaka z powodu braku zgody ze strony rodziców.

Według statystyk dotyczących roku 2000, 79% szkół wdrożyło już do swojego programu zajęcia „Wiedzy o życiu seksualnym człowieka”, a 9% zamierzało zrobić to w kolejnym semestrze tego roku szkolnego.

Kolejne statystyki dotyczą roku 2003. Przy pomocy monitoringu zbadano 55% szkół polskich. Wśród nich 100% zadeklarowało, że prowadzi zajęcia „WdŻ”, a 95% uwzględniało w swoich programach wychowawczych i profilaktycznych tematykę z tego zakresu.

Ankiety przeprowadzone na temat roku 2005 wskazują, że „WdŻ” było realizowane w 96% wszystkich szkół.

Z ankiet przeprowadzonych na temat roku 2006 wynika, że już tylko 85% szkół realizowało zajęcia z „WdŻ”, w tym najwięcej, bo 90,7% gimnazjów, a najmniej, bo 81,7% szkół zawodowych i 81,5% liceów profilowanych. Sprawozdanie nie analizuje przyczyn zmniejszenia się liczby placówek realizujących zajęcia w porównaniu z rokiem poprzednim.

Wyczerpujące dane statystyczne na temat udziału uczniów w zajęciach z „WdŻ” zaczynają się w sprawozdaniu dotyczącym roku 2007. Wynika to ze zmian w rozporządzeniu Ministra Edukacji i Sportu z dnia 16 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych w bazach danych oświatowych, zakresu danych identyfikujących podmioty prowadzące bazy danych oświatowych, terminów przekazywania danych między

bazami danych oświatowych oraz wzorów wydruków zestawień zbiorczych tak, aby system informacji oświatowej obejmował dane dotyczące liczby uczniów uczestniczących w zajęciach edukacyjnych „WdŻ” oraz liczby nauczycieli posiadających kwalifikacje do prowadzenia tych zajęć.

W roku 2011 Ośrodek Rozwoju Edukacji przeprowadził badania w gimnazjach na temat przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie. Przebadanych zostało 635 klas pierwszych i 635 klas drugich. Z zebranych w ten sposób danych wynikało, że: zajęcia nie zostały w ogóle zaplanowane w 56 klasach drugich (8,81 %) i 67 klasach pierwszych (10,55 %). W klasach, w których zajęcia zostały zaplanowane, 452 rodziców uczniów klas pierwszych (0,99%) oraz 673 rodziców uczniów klas drugich (1,48%) złożyło w imieniu swoich dzieci pisemną rezygnację z udziału w nich.

Uczniowie i uczennice uczęszczające na zajęcia (w procentach)

	2007	2008	2009	2010	2011
Szkoła Podstawowa	76,2	64,7	69,19	70,4	70,83
Gimnazjum	77,2	65,4	67,54	69,7	74,87
Liceum ogólnokształcące	46,7	37,7	39,76	38,4	35,85
Liceum profilowane	52	43,7	48,40	46,7	46,47
Technikum	56,9	50,5	52,12	51,1	50,38
Zasadnicza szkoła zawodowa	46,3	43,7	57,78	47,6	46,86

Dane za lata 2007-2011 pokazują, że najmniej uczniów i uczennic bierze udział w zajęciach „WdŻ” na poziomie ponadgimnazjalnym. Póki co MEN nie zlecił dokładniejszej analizy przyczyn tego zjawiska. Jednym z możliwych powodów jest planowanie zajęć na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej. Grupa Edukatorów Seksualnych Ponton zapytała o to młodych ludzi w 2009 r. w ramach badania „Jak naprawdę wygląda edukacja seksualna w Polsce”²⁶. 73,8 % respondentek/respondentów odpowiedziało, że lekcje były zaplanowane na początku lub końcu szkolnego dnia. Głosy młodzieży sugerują też, że nastolatki nierzadko same proszą rodziców o wypisanie z zajęć „WdŻ”, gdyż nie chcą uczestniczyć w lekcjach, na których przekazuje się tylko i wyłącznie konserwatywne spojrzenie na ludzką seksualność i rodzinę. Kolejną przyczyną rezygnacji z zajęć, jaka przewija się w rozmowach z uczniami i rodzicami, jest ich nieobowiązkowy charakter – jest to szczególnie widoczne w klasach ponadgimnazjalnych – młodzi ludzie są przeładowani materiałem, koncentrują się na przygotowaniu do matury i rezygnują z jakichkolwiek zajęć, które nie są obowiązkowe.

²⁶ Grupa Edukatorów Seksualnych Ponton, Jak naprawdę wygląda edukacja seksualna w Polsce [online], Warszawa, 2009, dostęp 17 grudnia 2013 r. Dostępny w Internecie
<http://ponton.org.pl/sites/ponton/files/raport_jaka_edukacja_seksualna_grupa_ponton_2009.pdf>

Kwalifikacje nauczycieli prowadzących przedmiot i wsparcie rządu w zakresie kształcenia zawodowego

Pierwsze lata wdrażania zajęć z wiedzy o życiu seksualnym człowieka przebiegały pod hasłem doskonalenia zawodowego kadry nauczycielskiej oraz kształcenia edukatorów. Niestety prowadzone w ramach programu „Promocja zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w systemie edukacji i przez system edukacji” szkolenia uzyskały w 1995 roku ogólną, niezadowalającą ocenę merytoryczną. MEN zalecił realizatorom projektu modyfikację programu „tak, aby obok aspektów psychologicznych i moralnych zawierał całość dostępnej wiedzy medycznej z zakresu planowania rodziny, świadomego rodzicielstwa i promocji zdrowia.”²⁷

Mimo dostępu do studiów podyplomowych wychowania seksualnego odnotowano ograniczony udział uczestniczek i uczestników z wielu województw, w których nie było ośrodków kształcenia w tym zakresie – przyczyną był z jednej strony koszt studiów, dojazdów i noclegów, z drugiej świadomość, że trudno będzie po takich studiach znaleźć pracę w zawodzie.

W roku 1998 wedle sprawozdania rządowego było w Polsce 1134 nauczycieli przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie z pełnymi kwalifikacjami, ale do końca tego roku liczba ta wzrosła do 5000. Stało się to w wyniku szkoleń organizowanych przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu. Ministerstwo Zdrowia organizowało też systematyczne kursy dla nauczycieli-specjalistów przygotowujące do kaskadowego uczenia nauczycieli w zakresie HIV/AIDS.

W roku 1999 4600 nauczycieli skończyło kursy kwalifikacyjne do nauczania przedmiotu. Rząd optymistycznie założył, że we wrześniu 2000 roku w każdej szkole będzie zatrudniony wykwalifikowany nauczyciel/ka „WdŻ”²⁸. Cel ten nie został do dziś zrealizowany.

W 2000 r. MEN zorganizowało kursy kwalifikujące do nauczania „WdŻ” dla 2433 nauczycieli. Dofinansowało też konferencję przeznaczoną dla nauczycieli „Młodzi i miłość- postawy wobec płciowości w profilaktyce HIV/AIDS”.

W roku 2001 została przeprowadzona konferencja dla nauczycieli „WdŻ” mająca na celu ocenę dotychczasowego wdrażania przedmiotów do szkół. Wysłano również ankietę ewaluacyjną do nauczycieli-konsultantów mającą na celu ocenę kwalifikacji nauczycieli przedmiotu. Ankietę odesłało 29 osób, czyli 65% wszystkich konsultantów. Ocenili oni, że na ich terenie zajęcia przedmiotu prowadzi 6497 osób, z czego: 34% ma studia podyplomowe, 53,5% kursy kwalifikacyjne, 10% ma niepełne kwalifikacje, 2,7% nie ma kwalifikacji w ogóle, 43,42 uczy tylko Wychowania do życia w rodzinie w jednej lub większej liczbie szkół, a 4,21% uczy też innego przedmiotu. Niepełne dane wynikają z tego, że nie wszyscy konsultanci odpowiedzieli na wszystkie pytania. W związku ze zmianą rządu na centrolewicowy (SLD-UP-PSL) w sprawozdaniu z wykonywania Ustawy ujawniono, że „ideologizacja wychowania seksualnego

²⁷ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 1995

²⁸ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 1999

spowodowała rzeczywiste trudności w uzyskaniu zatrudnienia przez osoby, które ukończyły studia podyplomowe z tego zakresu na renomowanych uczelniach. Preferowani byli absolwenci kursów kwalifikacyjnych nadzorowanych przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN²⁹.

Zgodnie ze statystykami z roku 2003, opierającymi się na ankietach przeprowadzonych w 55% szkół polskich, 83% nauczycieli „WdŻ” posiadało wymagane prawnie kwalifikacje do uczenia tego przedmiotu. By powiększać kwalifikacje tych i innych nauczycieli oraz pracowników innych placówek MEN zorganizowało konferencję „Prewencja przemocy seksualnej i komercji seksualnej z wykorzystywaniem dzieci”. Programami edukacyjnymi na temat HIV i AIDS zostało objętych 641 katechetów i 666 nauczycieli, którzy przeprowadzili zajęcia prewencyjne dla 45679 uczniów. Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu zorganizowało cztery kursy doszkalające dla nauczycieli, psychologów, pedagogów, dyrektorów szkół oraz samorządowych pracowników oświaty. Obejmowały one między innymi tematykę Wychowania do życia w rodzinie. MEN zorganizowało konferencje, seminaria i warsztaty dotyczące edukacji seksualnej w szkołach.

W roku 2004 we współpracy ze społecznym komitetem do spraw HIV/AIDS została zorganizowana konferencja dla wizytatorów ze wszystkich kuratoriów oświaty na temat zapobiegania HIV/AIDS w szkołach. W tym samym roku Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu zorganizowało przeznaczoną również dla nauczycieli konferencję „Zagrożenia okresu dorastania”, a także konferencję „Zapobieganie HIV/AIDS w szkołach” podczas, której uczestnicy otrzymali poradniki medyczne przeznaczone do edukacji młodzieży w tematyce HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową. W wyniku zwiększenia przez MEN środków przeznaczanych na centrum metodycznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej organizacja ta zorganizowała konferencje szkoleniowe „problem zakażeń HIV i choroby na AIDS w świetle badań epidemiologicznych”. Krajowe Centrum ds. AIDS przeprowadziło też serie szkoleń w tej tematyce dla osób zajmujących się edukacją dzieci i młodzieży oraz edukatorów starających się o uzyskanie lub przedłużenie certyfikatu.

W roku 2005 Krajowe Centrum ds. AIDS zorganizowało konferencję szkoleniową „Wychowanie do życia w rodzinie – problemy i dylematy. Zapobieganie HIV/AIDS w szkole”.

Zgodnie ze statystykami w roku 2006 w Polskich szkołach było 31827 nauczycieli Wychowania do życia w rodzinie z czego 90% posiadało wymagane kwalifikacje.

W roku 2007 było 10202 nauczycieli „WdŻ”, z czego 301 z tytułem naukowym doktora, 8922 z wykształceniem wyższym, 73 z wykształceniem średnim. Wśród tych nauczycieli 85,66% było wykwalifikowanych do prowadzenia przedmiotu, a 0,30% nie miało przygotowania pedagogicznego. W tym roku MEN dofinansowało konferencję na UKSW „W trosce o rodzinę – w poszukiwaniu prawdy, dobra i piękna” przeznaczoną również dla nauczycieli przedmiotu. Konferencja ta niewiele miała wspólnego z naukowością, większość panelistek/ów reprezentowała otwarcie światopogląd katolicki, a debaty poprzedzone były Mszą świętą. Honorowym patronem został prymas Józef Glemp.

²⁹ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 2001

W 2008 było zatrudnionych na etatach ok. 1790 nauczycieli/ek „WdŻ” w rodzinie. W poprzednich sprawozdaniach dane dotyczące liczby osób prowadzących zajęcia były dużo wyższe, można domyślać się, że w szkołach zajęcia prowadzą osoby zatrudnione na innych warunkach bądź zewnętrzni edukatorzy/edukatorki, jednak brak konsekwencji w przedstawianiu statystyk utrudnia jakąkolwiek analizę.

W kolejnych latach sprawozdania rządowe milczą na temat liczby osób prowadzących zajęcia „WdŻ” w szkołach, otrzymujemy tylko listę ośrodków edukacyjnych zajmujących się ich kształceniem.

W 2009 r. Grupa Edukatorów Seksualnych Ponton sporządziła raport „Jak naprawdę wygląda edukacja seksualna w polskich szkołach?”³⁰, z którego wynika, że spośród osób, które miały jakąś formę edukacji seksualnej w szkole 24,1% uczył katecheta/-ka lub osoba duchowna. Młodzi ludzie skarżyli się, że w ich szkołach „WdŻ” uczą osoby nieprzygotowane do prowadzenia tego typu zajęć – nauczyciele/-ki WF-u, polskiego czy biologii. 79,2% przyznało, że podczas zajęć nie było możliwości dyskusji a określone wartości zostały z góry narzucone. W listach od młodzieży znalazły się szokujące przykłady treści przekazywanych przez prowadzących/-e:

*W liceum powiedziano nam, że tylko kalendarzyk może zapobiec ciąży,
bo prezerwatywa to wymysł szatana.*

*Wychowanie do życia w rodzinie mieliśmy z 60-letnią panią pedagog,
która nam opowiadała np. że jedną z metod antykoncepcji jest położenie
się przez dziewczynę w wodzie z octem, która wypłucze i zabije plemniki!*

*Pani w szkole na lekcji „przygotowanie do życia w rodzinie”
kategorycznie odmówiła rozmowy o antykoncepcji i nazwała nas
niewychowanymi gówniarami (miałymy 15 lat),
jak zaproponowaliśmy, żeby porozmawiać o pigułkach.*

Listy młodzieży do Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton

Badanie zlecone przez Gazetę Edukacja i przeprowadzone przez Interaktywny Instytut Badań Rynkowych (2010) na gimnazjalistach i ich rodzicach wykazało również, że „WdŻ” uczą nauczyciele innych przedmiotów – historii i WOS-u (20%), biologii (21%), religii (14%) czy języka polskiego (5%). Rada Ministrów w swoim Sprawozdaniu z wykonania Ustawy o Planowaniu Rodziny za 2011 r. przyznaje, że spośród 14578 nauczycieli „WdŻ” aż 3722 nie posiadało wymaganych kwalifikacji. Ministerstwo Edukacji Narodowej nie przedstawiło żadnych propozycji rozwiązania tego problemu.

Należałoby zadać sobie pytanie, dlaczego, mimo dwudziestu lat funkcjonowania studiów podyplomowych i rozmaitych kursów przygotowujących do prowadzenia edukacji seksualnej i „WdŻ” nadal w bardzo wielu szkołach uczą osoby nieposiadające kwalifikacji, a wiele innych placówek oświatowych w ogóle nie zatrudnia osoby odpowiedzialnej

³⁰ Tamże

za prowadzenie zajęć. Do Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton oraz innych organizacji zajmujących się edukacją seksualną napływają z całej Polski prośby o poprowadzenie lekcji lub pogadanek. Należy przypuszczać, że dużą barierą w zapewnieniu swobodnego dostępu do edukacji seksualnej są finanse szkół oraz przeznaczane na ten cel środki budżetowe. Odpowiedzialne władze powinny poważnie zastanowić się nad rozwiązaniem tego problemu.

Programy nauczania Wychowania do życia w rodzinie, pomoce naukowe oraz podręczniki

W 1995 roku na liście podręczników oraz książek pomocniczych do wychowania seksualnego było 14 pozycji, w tym kilka odpowiadających nowoczesnym standardom holistycznej edukacji seksualnej. Równolegle w zajęciach wykorzystywane były broszury i publikacje promujące postawy anti-choice (sprzeciw wobec praw reprodukcyjnych) oraz naturalne metody planowania rodziny akceptowane przez Kościół katolicki. Warto zauważyć, że z powodu braków finansowych nie wydano w 1995 roku tablic instruktażowych „Metody planowania rodziny”³¹.

W 1998 r., po odwołanej orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego nowelizacji Ustawy i wprowadzeniu stosownych rozporządzeń MEN-u, w szkołach zaczęto wprowadzać przedmiot „Wychowanie do życia w rodzinie”. Sprawozdanie rządowe z 1998 r.³² dobrze oddaje konserwatywnego ducha tych zmian, w myśl których młodzież ma uczyć się o seksualności człowieka w kontekście relacji i psychologii, co jest zgodne z założeniami nowoczesnej edukacji seksualnej. Niestety rządowi eksperci zdecydowali się pójść dalej i połączyć edukację uczniów z wychowaniem prorodzinnym, któremu przyświecało założenie, że każda młoda osoba powinna w przyszłości wejść w związek małżeński i mieć potomstwo. Co więcej, o wychowywaniu młodzieży mówi się językiem środowisk katolickich jako „formacji” (określenie to stosowane jest w chrześcijaństwie jako proces kształtowania osoby wierzącej do świętości i doskonałości).

„Nieporozumienia wynikają z tego, że edukacja seksualna jest opacznie nazywana – jeżeli jest wychowaniem do życia w rodzinie, przestaje być edukacją. Wychowaniem do życia w rodzinie zajmuje się rodzina: rodzice, babcia i dziadek, czasem rodzina zastępcza – nie da się tego zrobić w szkole, bo to nie jest nauka, ale najbardziej praktyczna umiejętność, jaką można sobie w życiu wyobrazić. Natomiast wyposażenie w określoną wiedzę należy się każdemu i każdy może wykorzystać tę wiedzę na miarę własnych możliwości, potrzeb, poglądów i życiowej sytuacji.”

dr Alicja Długołęcka, pedagożka, edukatorka seksualna

³¹ Tamże

³² Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 1998

W 1998 r. zostały opracowane zestawy książek i scenariuszy lekcji dla nauczycieli zostały opracowane przez Zespół Opiniodawczo-Doradczy Do Spraw Wprowadzenia Przedmiotu „Wiedza o życiu seksualnym człowieka” Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu przeznaczyło 50000 złotych na przedmiot. W ramach tych pieniędzy zostały zakupione: plansze poznaj siebie o anatomii i fizjologii układu rozrodczego człowieka, przeźrocza „Mama, Tata, Ja i...”, foliogramy o HIV/AIDS „Bez ryzyka”, modele „Jak powstałem”- fazy rozwoju prenatalnego człowieka, przeźrocza „Medyczne podstawy NPR”, scenariusze zajęć do realizacji przedmiotu. Staraniem Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu zostały wyprodukowane trzy serie filmów edukacyjnych: „W drodze ku dorosłości” (dla szkół podstawowych i gimnazjalnych), „Wybermy razem” (dla szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych), „Małżeństwo-rodzina” (dla szkół podstawowych).

W roku 1999 szkoły, które zakupiły podręczniki i scenariusze zajęć, miały dostępny środowiskowy program wychowania zdrowotnego. Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN) zakupiło podręczniki do „WdŻ” i wyposażyło w nie szkoły.

Do końca roku 2000 na listę środków dydaktycznych zalecanych do użytku przy prowadzeniu zajęć dydaktycznych z Wychowania do życia w rodzinie wpisano 111 pomocy naukowych. MEN zakupiło filmy, foliogramy i programy edukacyjne, w które wyposażyło biblioteki szkolne i pedagogiczne. Do końca grudnia 2000 zostało zatwierdzone 20 programów i 8 podręczników do „WdŻ”.

Do końca roku 2001 zatwierdzone przez MEN zostało 116 pomocy dydaktycznych do prowadzenia przedmiotu. Tylko w 2001 MEN zatwierdziło 7 programów nauczania i 1 podręcznik do „WdŻ”. Rząd zwraca uwagę, że niektóre programy i pomoce dydaktyczne do „WdŻ” były merytorycznie krytykowane i nowym rozporządzeniem zobowiązuje szkoły do „neutralnej światopoglądowo” edukacji na temat antykoncepcji już od poziomu gimnazjum³³.

Stosownie do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 24 kwietnia 2002 roku w sprawie warunków i trybu dopuszczania do użytku szkolnego programów nauczania, programów wychowania przedszkolnego, podręczników oraz zalecania środków dydaktycznych (DZ. U. z 2002 r. Nr. 69, poz. 635) w roku 2002 wszczęto procedurę weryfikacji podręczników do przedmiotu oraz dokonano analizy nadesłanych opinii rzeczoznawców. W wyniku tych działań oraz kontaktu z wydawców została podjęta decyzja o skreśleniu jednego podręcznika z wykazu, reszta podręczników i pomocy naukowych pozostała bez zmian. Aktualny wykaz podręczników został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa. Do decyzji nauczyciela pozostawał wybór któregoś z nich.

W roku 2003 zarejestrowany był jeden podręcznik do szkoły podstawowej (reprezentujący katolicką opcję światopoglądową), siedem podręczników dla gimnazjów (tu już nauczycielki/e mieli większy wybór i do ich dyspozycji były również pozycje zgodne z międzynarodowymi standardami edukacji seksualnej), oraz dwie książki dla szkół ponadgimnazjalnych (obie reprezentujące otwarcie światopogląd katolicki).

³³ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 2001

W roku 2004 pilotażowo był realizowany program edukacyjny „Bądź odpowiedzialny- wychowanie do odpowiedzialności i partnerstwa w rodzinie”. Realizowano go na razie w szkołach w trzech województwach: zachodniopomorskim, dolnośląskim i lubuskim. W ramach programu młodzież między innymi opiekowała się w parach (chłopiec i dziewczynka) symulatorem niemowlęcia. Program spotkał się z pozytywnym odbiorem szkół i chęcią uczestniczenia w następnych jego edycjach. W roku 2005 program „Bądź odpowiedzialny- wychowanie do odpowiedzialności i partnerstwa w rodzinie” został zrealizowany w 90 szkołach województw: podlaskiego, mazowieckiego i wielkopolskiego. Niestety program nie był kontynuowany w kolejnych latach.

Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu skierowało pismo do wydawców z informacją, że rynek wydawnictw edukacyjnych nie stwarza dla nauczycieli możliwości wyboru podręczników „WdŻ”, które spełniałyby ich oczekiwania. Jednocześnie zwróciło się do wydawców, aby zainteresowali autorów tworzeniem nowych opracowań takich podręczników.

Od roku szkolnego 2009/2010 jest realizowana nowa podstawa programowa zajęć „WdŻ”³⁴. W szkołach podstawowych przedmiot ten ma się teraz zaczynać na poziomie klasy IV. Treści nauczania realizowane w klasach IV-VI szkoły podstawowej obejmują między innymi takie tematy jak więź rodzinna, związki uczuciowe w rodzinie, konflikty i ich rozwiązywanie; ciąża, poród, przyjęcie dziecka jako nowego członka rodziny; budowanie prawidłowych relacji międzyosobowych; infekcje przenoszone drogą płciową, AIDS, drogi przenoszenia zakażenia, profilaktyka. Zapisy dotyczące metod planowania rodziny sugerują nauczycielom, aby omawiali z dziećmi nie tylko zdrowotny, ale też psychologiczny i etyczny aspekt ich stosowania. Ten ostatni punkt budzi wątpliwości, gdyż wykracza poza ramy edukacji seksualnej opartej na wiedzy i faktach. Należałoby oczekiwać, że etyczne zagadnienia będą omawiane w szkołach w programach do tego przeznaczonych – czyli na zajęciach religii/etyki lub na godzinach wychowawczych.

Nowa Podstawa programowa dla gimnazjów w ramach „WdŻ” zawiera m.in. takie zagadnienia jak rozwój człowieka, przyjaźń, zakochanie, miłość, pierwsze fascynacje; podstawowe informacje o rozwoju seksualnym człowieka: tożsamość płciowości - kobiecość i męskość; zagrożenia okresu dojrzewania: presja seksualna, uzależnienia, pornografia, prostytutka nieletnich czy wartości związane z seksualnością człowieka: męskość i kobiecość, miłość, małżeństwo, rodzicielstwo, znaczenie odpowiedzialności w przeżywaniu własnej płciowości oraz budowanie trwałych i szczęśliwych więzi. Wiele pozycji Podstawy można interpretować jako wskazówkę dla nauczycieli/ek, aby prowadzone przez nich zajęcia były heteronormatywne, a kwestionowanie swojej tożsamości płciowej (trudno określić czy autorom chodziło o orientację seksualną czy rzeczywiście o tożsamość płciową) było traktowane jako problem. Bardzo dużo uwagi poświęca się identyfikacji uczniów jako dziewcząt i chłopców oraz różnicom między płciami i koniecznością akceptacji przynależnych im charakterystyk. Preferowany jest jeden model rodziny – małżeństwo. Dla określenia osób samotnie wychowujących dzieci użyto oceniającego zwrotu „rodzina niepełna”. Obraz seksualności młodych ludzi

³⁴ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 15 stycznia 2009 r. Nr 4 poz. 17)

wylaniający się z lektury Podstawy to przede wszystkim wizja zagrożeń. Nawet zachowania tak typowe i większości przypadków mieszczące się w seksuologicznej normie zjawiska okresu dojrzewania, jak na przykład masturbacja, są określane mianem problemów.

W treściach nauczania „WdŻ” w szkołach ponadgimnazjalnych znajdują się takie zagadnienia dotyczące edukacji seksualnej, jak: normy zachowań seksualnych; przemoc i przestępstwa seksualne, możliwości zapobiegania, sposoby obrony; informacje o ośrodkach pomocy psychologicznej, medycznej i prawnej; choroby przenoszone drogą płciową i zapobieganie; poradnictwo młodzieżowe i rodzinne w Polsce czy dojrzewanie i miłość. I znowu zagadnienia dotyczące seksualności omawiane są w sposób sprzeczny z międzynarodowym standardami edukacji seksualnej. Można odnieść wrażenie, że autorom pomieszały się przedmioty, dla których tworzyli Podstawę. Na przykład zalecają oni nauczyciel/kom omawianie „moralnych argumentów za opóźnianiem inicjacji seksualnej” oraz z góry narzucają poglądy na temat aborcji jako „zagrożenia zdrowia psychicznego i fizycznego”, co nie jest zgodne z aktualnym stanem naukowej wiedzy. Bardzo dużo uwagi poświęca się również przygotowaniu do małżeństwa, podczas gdy we współczesnym świecie nie jest to jedyna forma związków między ludźmi. Według najnowszego badania CBOS³⁵ aż 68% Polaków i Polek akceptuje fakt odkładania lub całkowitej rezygnacji z zawarcia związku małżeńskiego przez młodych ludzi. W obliczu zmieniających się postaw społecznych wskazanym byłoby mówienie na zajęciach „WdŻ” o budowaniu zdrowych partnerskich relacji, bez względu na to czy są one formalne, czy nie.

Obecnie użytkowanie w szkole podręczników reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 czerwca 2012 r. w *sprawie dopuszczania do użytku w szkole programów wychowania przedszkolnego i programów nauczania oraz dopuszczania do użytku szkolnego podręczników*. Podręczniki winny m.in. uwzględniać „aktualny stan wiedzy naukowej”; być dostosowane „do danego poziomu kształcenia” i zawierać „treści zgodne z przepisami prawa, w tym ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi”. Podręcznik musi uzyskać trzy pozytywne opinie ministerialnych rzeczoznawców. Na oficjalnej liście znajduje się obecnie 19 nazwisk, z czego 5 osób reprezentuje katolickie uczelnie, jedna jest księdzem, a kilka innych to znani działacze i działaczki ruchów przeciwnych prawu kobiety do decydowania o własnym ciele, w tym do rzetelnej edukacji seksualnej i antykoncepcji oraz negatywnie nastawionych do osób LGBT (lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych). Mimo iż „WdŻ” powinien być prowadzony od poziomu szkoły podstawowej, na liście podręczników dopuszczonych przez MEN są tylko trzy pozycje dla gimnazjów, przy czym dwie z nich to różne wydania tej samej książki „Wędrując ku dorosłości” pod red. Teresy Król³⁶ a trzecia to „Wychowanie do życia w rodzinie” Felicji Kalinowskiej³⁷. Nie ma zatwierdzonych podręczników dla szkoły podstawowej i ponadgimnazjalnej. Po wejściu w życie reformy postawy programowej przeprowadzono przegląd podręczników – skutkiem wystawienia przez ks. J. Augustyną negatywnej recenzji było skreślenie z listy pozytywnie ocenianej przez takich specjalistów jak prof. Zbigniew Lew Starowicz książki „Kim jestem? Wychowanie

³⁵ „Społeczne oceny alternatyw życia małżeńskiego, CBOS, 2013, Warszawa Dostępny w Internecie <http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_032_13.PDF>

³⁶ Król, T., red., 2011. Wędrując ku dorosłości. Kraków: Wydawnictwo Rubikon

³⁷ Kalinowska, F., 2002. Wychowanie do życia w rodzinie. Warszawa: Efka Wydawnictwo Szkolne Felicja Kalinowska

do życia w rodzinie. To jest ważne...” Tomasza Garstki, Michała Kostrzewskiego i Jacka Królikowskiego. Recenzent uznał zawarte w niej omówienie sytuacji w krajach, gdzie małżeństwa osób tej samej płci są legalne, za demoralizujące. MEN nigdy nie odniósł się do odwołania i merytorycznych argumentów przesłanych przez autorów po tej decyzji³⁸.

Pod względem merytorycznym książki Król i Kalinowskiej faworyzują konserwatywny model rodziny – wielodzietnego, katolickiego małżeństwa. Uczniom i uczennicom narzuca się również negatywną postawę wobec prawa kobiety do decydowania o swoim ciele, w tym przerywania ciąży we wszystkich przypadkach, a także zniechęca do antykoncepcji na rzecz tzw. naturalnych metod planowania rodziny zakładających (zgodnie z nauczaniem Watykanu) okresową abstynencję w okresach płodnych. Stereotypy płciowe widoczne są nie tylko w warstwie tekstowej, ale też w ilustracjach – w książkach pod red. Król pojawiają się rysunki dziewczyny w spódniczce mini, szpilkach i biżuterii, a treść rozdziału o dojrzewaniu wzmacnia ten przekaz, sugerując dziewczętom, że ich najważniejszym atutem jest uroda, a jedyną ambicją zamążpójście i posiadanie dzieci. „Wędrując ku dorosłości” zawiera również szokujące stwierdzenia w kontekście przemocy na tle seksualnym. Z opowiedzianej przez autorów historii uczennica dowie się, że picie alkoholu na imprezie i duży dekolt mogą „prowokować” chłopaków do gwałtu. Zamiast skupiać się na wychowywaniu młodych mężczyzn, aby rozumieli, że kontakt seksualny musi odbywać się za zgodą wszystkich stron oraz uświadamianiu dziewczętom, że w każdym przypadku mają prawo powiedzieć „nie”, książka obarcza ofiary przemocy odpowiedzialnością. Podobny wydzwięk ma fragment rozdziału o pigułkach antykoncepcyjnych, z którego wynika, że kobieta stosująca tę metodę staje się zawsze dostępna i traci „wymówkę”, aby odmówić seksu partnerowi. Podręczniki zawierające takie treści nie powinny znajdować się na oficjalnej liście MEN-u, który przecież zobowiązany jest międzynarodowymi ustaleniami do realizowania w ramach edukacji seksualnej programu prewencji przemocy seksualnej. Niestety te ważne zagadnienia są przez polską szkołę pomijane. Z badania Interaktywnego Instytutu Badań Rynkowych³⁹ wynika, że 88% gimnazjalistek/ów chciałoby mieć lekcje „WdŻ” na temat przemocy, ale tylko 32% je miało. Fakt ten jest szczególnie niepokojący w kontekście rosnącej liczby gwałtów popełnianych w szkołach (72 w 2012 w porównaniu do 14 w 2011).

Podręczniki do „WdŻ” pozostawiają również wiele do życzenia przy omawianiu tematyki orientacji seksualnych i tożsamości płciowej. Prof. Lew Starowicz⁴⁰ poddał ocenie seksuologicznej dopuszczone do użytku pozycje i stwierdził, że tematyka LGBT jest omawiana w całości lub we fragmentach w sposób nacechowany światopoglądowo oraz że w książkach występują błędy merytoryczne. Z kolei dr Jacek Kochanowski⁴¹

³⁸ Obidniak, D., 2011. Polityczna edukacja seksualna. W: D. Obidniak, red. Czytanki o dyskryminacji. Warszawa: ZNP, s. 148-171.

³⁹ Interaktywny Instytut Badań Rynkowych, 2010. Wychowanie do życia w rodzinie w gimnazjum – przedmiot i podręczniki. Warszawa: Interaktywny Instytut Badań Rynkowych

⁴⁰ Lew Starowicz, Z. i in., 2013. Szkoła milczenia. Sprawozdanie z przeglądu treści szkolnych podręczników do biologii, wiedzy o społeczeństwie i wychowania do życia w rodzinie pod kątem przedstawiania w nich problematyki LGBTQ i treści homofobicznych. Toruń: Stowarzyszenie Na Rzecz Lesbijek, Gejów, Osób Biseksualnych, Osób Transpłciowych Oraz Osób Queer „Pracownia Różnorodności”

⁴¹ Kochanowski, J. Przegląd podręczników z punktu widzenia gender studies. W: Z. Lew Starowicz i in. Szkoła milczenia. Sprawozdanie z przeglądu treści szkolnych podręczników do biologii, wiedzy o społeczeństwie i wychowania do życia w rodzinie pod kątem przedstawiania w nich problematyki LGBTQ i treści homofobicznych. Toruń: Stowarzyszenie Na Rzecz Lesbijek, Gejów, Osób Biseksualnych, Osób Transpłciowych Oraz Osób Queer „Pracownia Różnorodności”

ocenia niektóre treści zawarte w podręczniku pod red. Król jako „skandaliczne”, gdyż patologizują one homoseksualizm, przedstawiając go jako odchylenie od normy oraz uzasadniają postawy wrogości wobec osób nieheteroseksualnych. Również sam układ rozdziałów jest problematyczny – zarówno w podręczniku Kalinowskiej jak i Król homoseksualizm i transseksualizm omawiany jest obok takich zaburzeń jak pedofilia czy ekshibicjonizm. Co gorsza, fragmenty poświęcone HIV/AIDS ugruntowują nieaktualny już podział na „grupy ryzyka”, do których zaliczają się osoby utrzymujące kontakty homoseksualne.

Współczesna edukacja seksualna nie skupia się na prezentowaniu negatywnych skutków aktywności seksualnej, zamiast tego przedstawia pozytywne efekty podejmowania odpowiedzialnych działań. Sama seksualność nie jest w niej czymś złym, co należy potępiać, a jednym z istotnych elementów życia ludzkiego na każdym jego etapie. Oficjalne podręczniki do „WdZ” prezentują zupełnie inną wizję tego tematu. I trudno im się dziwić, gdyż narzuca im to Podstawa programowa, w której np. temat masturbacji zawarto w podpunkcie „problemy okresu dojrzewania i sposoby radzenia sobie z nimi”. Idąc za wskazówkami MEN-u znajdziemy w „Wędrując ku dorosłości” (tylko w rozdziale o dojrzewaniu chłopców!) stwierdzenia, że masturbacja jest „nieodroczalną” formą aktywności seksualnej oraz wskazówki, aby nastolatkom dążyć do „samoopanowania” i ćwiczyć charakter poprzez powstrzymywanie się o takiej aktywności. Przekaz dla dziewcząt jest nieco inny – mają „nie rozmieniać się na drobne”, aby po ślubie „ofiarować się ukochanemu na całe życie”.

Obie książki dla gimnazjalistów narzucają uczniom katolicki światopogląd w kwestii początku życia, mówiąc, że zaczyna się ono w chwili poczęcia. Obecnie nauka za początek ciąży uznaje moment zagnieżdżenia się zapłodnionej komórki jajowej w macicy. Dla Król zapłodniona komórka jajowa jest już „małym człowiekiem”. Autorki prezentują także niezgodny z psychologiczną wiedzą pogląd na temat skutków aborcji – jest ona według nich w każdym przypadku źródłem psychologicznej traumy dla kobiety. Również nowoczesna antykoncepcja prezentowana jest – wbrew wynikom badań – jako niebezpieczna (pigułki) i nieskuteczna (do wad prezerwatyw zaliczono „nieszczelność”, co jest informacją nieprawdziwą, gdyż wszystkie prezerwatywy są testowane i nie mają otworów). Trudno zrozumieć, jak eksperci mogli dopuścić do użytku książkę pod red. Król, w której antykoncepcja awaryjna jest mylnie utożsamiona z pigułką poronną. Jest to informacja nieprawdziwa i niezgodna z oficjalnym stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia.

W codziennej pracy edukatorek i edukatorów Grupy Ponton dostrzegalny jest coraz większy wpływ pornografii na zachowania i podejście do seksu wśród nastolatków. Pojawiają się nowe zagrożenia, jak seksting i cyberbullying (wysyłanie sobie erotycznych filmików i zdjęć przez komórkę), często wykorzystywane do szantażu czy poniżania, grooming (uwodzenie dzieci przez osoby dorosłe, w tym pedofilów), sponsoring. Z badań⁴² przeprowadzonych w ramach kampanii „Dziecko w Sieci” przez Fundację Dzieci Niczyje oraz Gemius SA na grupie 12-17-latków wynika, że 68% dzieci otrzymuje propozycje spotkań od osób poznanych w sieci, a 71% dzieci trafia na materiały pornograficzne (63% przypadkowo). 14% respondentów

⁴² Wojtaszki, Ł., 2008. Charakterystyka zagrożeń dla dzieci w Internecie, Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje, Dostępny w: http://dziecowsieci.fdn.pl/sites/default/files/file/pdf/zagrozenia_dzieci_w_internecie.pdf [Dostęp 08.04.2013]

przyznało, że padło ofiarą rozpowszechniania za pośrednictwem Internetu lub GSM kompromitujących je materiałów. Również badanie EU Kids Online⁴³ na dzieciach w wieku 9-16 lat pokazało, że co siódme polskie dziecko natrafiło w Internecie na materiały bezpośrednio związane z seksem. Co gorsza, rodzice na ogół nie zdają sobie sprawy, że ich dzieci mają takimi treściami kontakt – 85% rodziców (Polsce, a tylko 52% w Europie), których dzieci otrzymały wiadomości związane z seksem, sądzi, że ich dzieci takich wiadomości nie otrzymywały. Programy i podręczniki do „WdZ” zupełnie ignorują zagrożenia, jakie niosą ze sobą nowe technologie.

Wnioski

Edukacja seksualna jest najbardziej upolitycznionym i zideologizowanym przedmiotem w polskiej szkole. Przegląd rządowych sprawozdań daje obraz politycznych przepychanek, jakie miały miejsce na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat. Ciągłe zmiany przepisów oraz podstawy programowej wraz z podręcznikami nie służą wdrażaniu przedmiotu na poziomie ogólnopolskim. Również rządowe inwestycje w kształcenie kadr czy zakup podręczników bądź produkcje pomocy naukowych dla szkół wydają się być niewystarczające. W rządowych raportach pojawiają się liczne wzmianki o zmniejszeniu środków budżetowych przeznaczonych na realizację zadań edukacyjnych przewidzianych Ustawą o planowaniu rodziny. Co jeszcze rzuca się w oczy to kompletny brak konsultacji z rodzicami oraz młodzieżą w zakresie ich potrzeb i oczekiwań dotyczących edukacji seksualnej w szkołach, podczas gdy liczne badania, jak np. badanie CBOS⁴⁴ wykazało, że 90% respondentów uznaje przekazywanie wiedzy o ludzkiej seksualności w szkołach za istotne. Badania prof. Zbigniewa Izdebskiego⁴⁵ potwierdzają te rezultaty. Wynika z nich, że 91,8% dorosłych Polaków i Polek wierzy, że edukacja seksualna w szkołach jest potrzebna. Chaos, jaki wyłania się z lektury rządowych sprawozdań w odniesieniu do edukacji seksualnej symbolicznie oddaje stan realizacji tego przedmiotu w Polsce. Nie jest prowadzony regularny i konsekwentny monitoring postępów i trudności, którymi należałoby się zająć. Politycy i polityczki ulegają naciskom hierarchów Kościoła katolickiego, czego doskonałym przykładem są ostatnie propozycje Ministra Edukacji Narodowej Joanny Kluzik-Rostkowskiej, która chce wprowadzić segregację w zakresie edukacji seksualnej – zgodnie z życzeniem rodziców ich dzieci miałyby uczyć się wg nowoczesnych, holistycznych programów lub poznawać tylko konserwatywne, katolickie spojrzenie na relacje i seksualność.

Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny wraz z Grupą Edukatorów Seksualnych Ponton, na podstawie wieloletniej pracy z nauczycielami i młodzieżą oraz przeprowadzonych badań wystosowały następujące rekomendacje dla Ministerstwa Edukacji Narodowej:

1. Należy wprowadzić do szkół obowiązkowy przedmiot „Wiedza o życiu seksualnym człowieka” oraz dostosować podstawę programową do standardów całościowej, rzetelnej i neutralnej światopoglądowo edukacji seksualnej.

⁴³ Kirwil, L., 2010. Polskie dzieci w Internecie. Zagrożenia i bezpieczeństwo na tle danych dla UE Warszawa: SWPS, Dostępny w: [http://www.swps.pl/images/stories/dokumenty/raport_eukidsonline_polska.pdf] [Dostęp 11.04.2013]

⁴⁴ Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), 2007. O wychowaniu seksualnym młodzieży. Warszawa: CBOS

⁴⁵ Izdebski, Z., Niemiec, T., Wąż, K., 2011. (Zbyt) młodzi rodzice. Warszawa: Wydawnictwo TRIO

2. Należy uaktualnić listę dopuszczonych do użytku szkolnego podręczników do edukacji seksualnej i wykreślić z niej pozycje zawierające informacje niezgodne z aktualnym stanem wiedzy naukowej oraz treści nacechowane światopoglądowo.
3. Należy dokonać przeglądu systemu kształcenia nauczycieli/-ek przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie, aby wyeliminować przypadki zajęć prowadzony w sposób zideologizowany i sprzeczny z wiedzą naukową. Konieczne jest także rozwiązanie problemu kilku tysięcy nauczycielek/-i „WdŻ” bez odpowiednich kwalifikacji.
4. Należy przygotować oraz wdrożyć skuteczny system monitorowania realizacji zajęć edukacji seksualnej w polskich szkołach oraz badać ich efektywność w kontekście redukcji liczby nieplanowanych ciąż nastolatek, zakażeń HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową czy przypadków przemocy seksualnej.

KALENDARIUM 20 LAT PRAC LEGISLACYJNYCH NAD USTAWĄ

o planowaniu rodziny, ochronie płodu
ludzkiego i warunkach dopuszczalności
przerywania ciąży (oraz przepisami innych
ustaw odnoszącymi się do przerywania ciąży)

Sejm I Kadencji (1991-1993)

- **25 marca 1993** – do Sejmu wpływa **poselski projekt ustawy o ochronie prawnej dziecka poczętego** (druk sejmowy nr 190), wnioskodawców reprezentuje Anna Knysok;
- **7 stycznia 1993** – Sejm **uchwala ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży**, która dopuszcza możliwość legalnego przerywania ciąży w trzech przypadkach: 1. gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, 2. gdy badania wskazują na wysokie prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, 3. gdy ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, ustawa wprowadza również zapisy w kodeksie karnym, które przewidują karalność za spowodowanie śmierci dziecka poczętego, z wyłączeniem działań „matki dziecka poczętego” i lekarza w powyższych trzech przypadkach, (Dz. U. z 1993 roku nr 17, poz. 78);
- **14 marca 1993** – **ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży wchodzi w życie.**

Sejm II Kadencji (1993-1997)

- **3 grudnia 1993** – do Sejmu, z inicjatywy Parlamentarnej Grupy Kobiet, wpływa **poselski projekt ustawy o zmianie ustawy Kodeks karny**, który zakłada wyłączenie karalności aborcji dokonanej przez lekarza w związku z tak zwanymi przesłankami społecznymi (druk sejmowy nr 157), wnioskodawców reprezentuje Barbara Labuda;
- **11 czerwca 1994** – Sejm **uchwala ustawę o zmianie ustawy Kodeks karny** (różnicą 134 głosów) w zakresie przepisów dotyczących przerywania ciąży, która znosi karalność lekarzy za przeprowadzanie aborcji z tak zwanych przyczyn społecznych;

- **4 lipca 1994** – Prezydent Lech Wałęsa korzysta z prawa weta i **nie podpisuje ustawy**;
- **2 września 1994** – Sejmowi **nie udaje się odrzucić** weta Prezydenta (zabrakło 40 głosów), ustawa *o zmianie ustawy Kodeks karny* **nie wchodzi w życie**;
- **2 marca 1995** – do Sejmu wpływa **przedstawiony przez Komisję Polityki Społecznej i Rodziny oraz Komisji Zdrowia projekt ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży**, który zakłada nałożenie na Rząd obowiązku sprawozdawania się z jej stosowania (druk sejmowy nr 893);
- **30 marca 1995** – Sejm **uchwala ustawę o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży**, która nakłada na Rząd obowiązek przedkładania corocznego sprawozdawania z wykonywania i o skutkach stosowania ustawy *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, (Dz. U. z 1995 roku nr 66, poz. 334);
- **14 grudnia 1995** – do Sejmu wpływa **poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie Kodeksu karnego**, który zakłada depenalizację przerywania ciąży, poszerzenie katalogu przesłanek do legalnego przerywania ciąży, refundację środków antykoncepcyjnych oraz prowadzenie zajęć z edukacji seksualnej w szkołach (druk sejmowy nr 1502), wnioskodawców reprezentuje Marek Balicki;
- **30 sierpnia 1996** – Sejm **uchwala ustawę o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw**, która wprowadza między innymi możliwość przerywania ciąży, kiedy kobieta znajduje się w ciężkich warunkach życiowych lub w trudnej sytuacji osobistej, (Dz. U. z 1996 roku nr 139, poz. 646);
- **4 stycznia 1997** – **ustawa wchodzi w życie**, ale **zostaje zaskarżona** do Trybunału Konstytucyjnego przez grupę Senatorów RP;
- **28 maja 1997** – Trybunał Konstytucyjny **wydaje orzeczenie**, w którym stwierdza między innymi niezgodność z Konstytucją zapisu dopuszczającego przerywanie ciąży ze względu na trudną sytuację osobistą kobiety ciężarnej (sygn. K 26/96);
- **18 grudnia 1997** – Prezes Trybunału Konstytucyjnego wydaje **obwieszczenie**, na mocy którego przepis o dopuszczalności przerywania ciąży ze względu na ciężkie warunki życiowe lub trudną sytuację osobistą kobiety ciężarnej **traci moc prawną**, (Dz. U. z 1997 roku nr 157, poz. 1040);
- **6 czerwca 1997** – Sejm **uchwala ustawę Kodeks karny**, w którym znajdują się artykuły 152 i 153 dotyczące karalności za nielegalne przerywanie ciąży oraz pomoc kobiecie w przerywaniu ciąży i nakłanianie jej do przerywania ciąży, jednocześnie Kodeks nie przewiduje karalności kobiety za przerywanie ciąży, (Dz. U. z 1997 roku nr 88, poz. 553).

Sejm III Kadencji (1997-2001)

- **26 listopada 1997** – do Sejmu wpływa **rządowy projekt ustawy** o zmianie ustawy o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, który zakłada skreślenie przepisów dotyczących kompetencji Ministra Edukacji Narodowej oraz jego obowiązków w zakresie wprowadzenia zajęć na temat edukacji seksualnej do szkół, zakresu programowego zajęć oraz dokształcania nauczycieli (druk sejmowy nr 53), wnioskodawców reprezentuje Minister Edukacji Narodowej;
- **11 grudnia 1997** – Sejm **uchwala ustawę** o zmianie ustawy o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*;
- **26 grudnia 1997** – Prezydent Aleksander Kwaśniewski korzysta z prawa weta i **nie podpisuje ustawy**;
- **30 grudnia 1997** – Sejmowi nie udaje się **odrzuć weta** (przewaga 88 głosów), ustawa o zmianie ustawy o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* nie wchodzi w życie;
- **4 czerwca 1998** – do Sejmu wpływa **poselski projekt ustawy** o zmianie ustawy o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, który zakłada skreślenie upoważnienia ustawowego dla Ministra Edukacji Narodowej do wprowadzenia do nauczania szkolnego przedmiotu „Wiedza o życiu seksualnym człowieka” (druk sejmowy nr 418), wnioskodawców reprezentuje Kazimierz Marcinkiewicz;
- **16 grudnia 1998** – Sejm **uchwala ustawę** o zmianie ustawy o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego oraz warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, w innym brzmieniu niż w projekcie; ustanowiono kompetencje dla Ministra Edukacji Narodowej oraz obowiązki w zakresie wprowadzenia edukacji seksualnej do szkół, określenia zakresu programowego zajęć oraz dokształcania nauczycieli, (Dz. U. z 1999 roku nr 5, poz. 32);
- **8 lipca 1999** – Sejm **uchwala ustawę** o zmianie ustawy *Kodeks karny oraz ustawy o zawodzie lekarza*, w myśl której w artykułach 152 i 153 Kodeksu karnego oraz artykułach dotyczących eksperymentu medycznego w ustawie o zawodzie lekarza określenie „płód” zmienione zostaje na „dziecko poczęte”, dodany zostaje zakaz uczestniczenia „dzieci poczętych” w eksperymentach medycznych oraz dodany zostaje artykuł 157a Kodeksu karnego, który kryminalizuje „uszkodzenie ciała dziecka poczętego”, nie obejmując jednak odpowiedzialnością karną za ten czyn „matki dziecka poczętego”, (Dz. U. z 1999 roku nr 64, poz. 729).

Sejm IV Kadencji (2001-2005)

- **21 listopada 2001** – do Sejmu wpływa **rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej, ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych** (druk sejmowy nr 66), wnioskodawców reprezentuje Minister Pracy i Polityki Społecznej;
- **17 grudnia 2001** – Sejm **uchwala ustawę o zmianie ustawy o pomocy społecznej, ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych**, która zmienia ustawę o planowaniu rodziny poprzez zamianę określenia zawartego w art. 2 ust. 1 pkt 2 z „przez czas ciąży, porodu i po porodzie” na „na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej”; (Dz. U. z 2001 roku nr 154, poz. 1972);
- **2 kwietnia 2004** – do Sejmu wpływa **obywatelski projekt ustawy o świadomym rodzicielstwie** (druk sejmowy nr 3215), wnioskodawców reprezentuje Joanna Senyszyn;
- **30 lipca 2004** – projekt ustawy o *świadomym rodzicielstwie* zostaje **skierowany** do pierwszego czytania na posiedzeniu Sejmu;
- **15 lutego 2005** – Sejm różnicą 16 głosów **odrzuca wniosek** o utrzymanie w porządku dziennym punktu w brzmieniu: „Pierwsze czytanie poselskiego projektu ustawy o *świadomym rodzicielstwie*”. Projekt ten nigdy nie wraca pod obrady Sejmu.

Sejm V Kadencji (2005-2007)

- **7 września 2006** – do Sejmu wpływa **poselski projekt ustawy o zmianie Konstytucji RP**, który zakłada wprowadzenie zapisu o prawnej ochronie życia od poczęcia (druk sejmowy nr 993), wnioskodawców reprezentuje Marek Kotlinowski;
- **13 kwietnia 2007** – Sejm przewagą 148 głosów **odrzuca projekt** ustawy o *zmianie Konstytucji RP*.

Sejm VI Kadencji (2007-2011)

- **24 października 2008** – do Sejmu wpływa **poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży**, który zakłada poszerzenie dostępu do antykoncepcji i poradnictwa w zakresie planowania rodziny (druk sejmowy nr 1786), wnioskodawców reprezentuje Izabela Jaruga-Nowacka;

- **17 marca 2009** – projekt ustawy zostaje **skierowany** do Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży, Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej oraz Komisji Zdrowia;
- **10 kwietnia 2010** – projekt ustawy zostaje **wycofany**;
- **29 kwietnia 2010** – do Sejmu wpływa **poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży**, który nie obejmuje kwestii aborcji, ale dotyczy obowiązkowej edukacji seksualnej i refundacji antykoncepcji (druk sejmowy nr 3085), wnioskodawców reprezentuje Bartosz Arłukowicz;
- **21 maja 2010** – projekt ustawy zostaje **skierowany** do Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży, Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej oraz Komisji Zdrowia;
- **3 września 2010** – wydane zostaje **stanowisko** rządu, jednak projekt ustawy nigdy **nie wraca** pod obrady Sejmu;
- **9 grudnia 2010** – do Sejmu wpływa **obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz niektórych innych ustaw**, który zakłada całkowity zakaz przerywania ciąży (druk sejmowy nr 4222), wnioskodawców reprezentuje Mariusz Dzierżawski;
- **25 maja 2011** – projekt ustawy zostaje **skierowany** do pierwszego czytania na posiedzeniu Sejmu;
- **8 lipca 2011** – do Sejmu wpływa **poselski projekt ustawy o świadomym rodzicielstwie**, który zakłada możliwość przerywania ciąży na życzenie kobiety do 12. tygodnia, refundację środków antykoncepcyjnych oraz dostęp do poradnictwa i usług z zakresu planowania rodziny a także powszechną rzetelną edukację seksualną (druk sejmowy nr 4603), wnioskodawców reprezentuje Marek Balicki;
- **1 lipca 2011** – w Sejmie odbywa się **pierwsze czytanie i debata** nad projektem obywatelskim mającym na celu zaostrezenie dostępu do aborcji, w wyniku głosowania przewagą 106 głosów projekt zostaje **skierowany** do dalszych prac w Komisjach Zdrowia oraz Polityki Społecznej i Rodziny;
- **19 sierpnia 2011** – projekt obywatelski zostaje **odrzucony** przez Komisję Zdrowia oraz Polityki Społecznej i Rodziny (druk sejmowy nr 4610);
- **31 sierpnia 2011** – Sejm przewagą 5 głosów **odrzuca projekt** obywatelski;
- **31 sierpnia 2011** – w Sejmie odbywa się **pierwszego czytanie** i debata nad projektem ustawy o świadomym rodzicielstwie, w wyniku głosowania przytłaczającą większością (338) głosów Sejm **odrzuca** projekt ustawy.

Sejm VII Kadencji (od 2011 roku)

- **16 stycznia 2012** – do Sejmu wpływa **obywatelski projekt ustawy o świadomym rodzicielstwie**, który zakłada dostępność przerywania ciąży na życzenie kobiety do 12. tygodnia, refundację środków antykoncepcyjnych oraz obowiązkową rzetelną edukację seksualną w szkołach (druk sejmowy nr 562), wnioskodawców reprezentuje Armand Ryfiński;
- **11 lipca 2012** – projekt ustawy *o świadomym rodzicielstwie* zostaje **skierowany** do pierwszego czytania na posiedzeniu Sejmu;
- **19 czerwca 2012** – do Sejmu wpływa **poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży**, który zakłada wykreślenie z obowiązującej ustawy o planowaniu rodziny przesłanki legalnej aborcji w sytuacji, gdy badania wskazują na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie płodu lub nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu (druk sejmowy nr 670), wnioskodawców reprezentuje Arkadiusz Mularczyk;
- **26 września 2012** – w Sejmie odbywa się **pierwsze czytanie projektu** ustawy *o świadomym rodzicielstwie*, które zostaje przeniesione na następne posiedzenie;
- **10 października 2012** – Sejm **odrzuca projekt** ustawy *o świadomym rodzicielstwie* w pierwszym czytaniu druzgocącą (295) różnicą głosów;
- **18 września 2012** – projekt ustawy o zmianie ustawy *o planowaniu rodziny* zostaje **skierowany** do pierwszego czytania na posiedzeniu Sejmu;
- **26 września 2012** – w Sejmie odbywa się **pierwsze czytanie, debata i głosowanie** nad projektem ustawy *o zmianie ustawy o planowaniu rodziny*, w wyniku którego różnicą 18 głosów następuje **skierowanie** projektu do dalszych prac w Komisjach Polityki Społecznej i Rodziny oraz Zdrowia;
- **23 października 2012** – Komisje Polityki Społecznej i Rodziny oraz Zdrowia wydają **wniosek** wspólny o odrzucenie projektu ustawy *o zmianie ustawy o planowaniu rodziny*;
- **24 października 2012** – Sejm różnicą 61 głosów **odrzuca projekt** ustawy *o zmianie ustawy o planowaniu rodziny*;
- **20 listopada 2012** – do Sejmu wpływa **poselski projekt ustawy o edukacji seksualnej** (druk sejmowy nr 1036), wnioskodawców reprezentuje Wanda Nowicka;
- **8 stycznia 2013** – projekt ustawy *o edukacji seksualnej* zostaje **skierowany** do pierwszego czytania w Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży;
- **13 stycznia 2013** – projekt ustawy *o edukacji seksualnej* zostaje **wycofany**;

- **20 lutego 2013** – do Sejmu wpływa **poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie oświaty i niektórych innych ustaw** (druk sejmowy nr 1246), który zakłada wprowadzenie do szkół przedmiotu „edukacja seksualna”; wnioskodawców reprezentuje Halina Szymiec-Raczyńska (od 28 sierpnia 2013 – Marek Poznański);
- **22 lutego 2013** – do Sejmu wpływa **poselski projekt ustawy o edukacji seksualnej** (druk sejmowy nr 1298), który zakłada wprowadzenie do szkół przedmiotu „wiedza o seksualności człowieka”; wnioskodawców reprezentuje Wanda Nowicka;
- **9 i 24 kwietnia 2013** – oba projekty zostają **skierowane** do pierwszego czytania na posiedzeniu Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży;
- **21 marca 2013** – do Sejmu wpływa **obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży** (druk sejmowy nr 1654), który zakłada zniesienie legalności aborcji w przypadku ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu bądź ciężkiej choroby zagrażającej jego życiu;
- **26 września 2013** – w Sejmie odbywa się **pierwsze czytanie i debata** nad projektem ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, wpływa wnioski o odrzucenie projektu w pierwszym czytaniu;
- **27 września 2013** – Sejm różnicą 49 głosów **odrzuca** projekt ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży;
- **5 grudnia 2013** – na posiedzeniu Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży odbywa się **pierwsze czytanie i głosowanie** nad projektami ustaw o edukacji seksualnej oraz o zmianie ustawy o systemie oświaty i niektórych innych ustaw, w wyniku którego oba projekty zostają odrzucone.

Prawa reprodukcyjne jako prawa człowieka



PRAWA REPRODUKCYJNE JAKO PRAWA CZŁOWIEKA

► Standardy międzynarodowe

► Skąd wzięło się pojęcie zdrowia i praw reprodukcyjnych?

Pojęcie praw reprodukcyjnych wywodzi się z dorobku Międzynarodowej Konferencji ds. Ludności i Rozwoju, która odbyła się w 1994 roku w Kairze. W dokumencie końcowym tej Konferencji znajduje się definicja zdrowia reprodukcyjnego, z których wynikają określone prawa. Program Działania wypracowany w ramach Konferencji zawiera definicję zdrowia reprodukcyjnego, które jest „stanem pełnego dobrostanu (well-being) w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami”⁴⁶. Jest to również wyraźne nawiązanie do definicji zdrowia przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia. Zapisy te zostały potwierdzone dorobkiem IV Międzynarodowej Konferencji w sprawach Kobiet w Pekinie zaledwie rok później. Platforma Działania wypracowana w ramach tej Konferencji stanowi kolejne ważne źródło definicji pojęć *zdrowie* i *prawa reprodukcyjne*. Zdrowie reprodukcyjne w takim ujęciu oznacza zatem taki stan, w którym zarówno kobiety, jak i mężczyźni mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne. W oparciu bowiem o przytoczoną wyżej definicję sformułowano ogólne prawo do swobody decydowania o tym, czy, ile i w jakich odstępach czasu mieć dzieci.

Nie oznacza to jednak, że same gwarancje w zakresie ochrony praw reprodukcyjnych nie były uznane i sformułowane w formie deklaracji czy też właściwego języka prawnego w międzynarodowych dokumentach już wcześniej. Przykładem może być dorobek Międzynarodowej Konferencji Praw Człowieka ONZ w Teheranie, na której już w 1968 roku pojęcie to było obecne i, co ważne, prawo rodziców do decydowania o tym, czy, ile i w jakich odstępach czasu mieć dzieci uznano za prawo człowieka. Po tym wydarzeniu miały miejsce jeszcze inne, z których za najważniejsze należy uznać Światową Konferencję Ludnościową ONZ z 1974 roku oraz Światową Konferencję ONZ na temat Praw Człowieka, która odbyła się w Wiedniu w 1993 roku. Określone gwarancje prawne zaś pochodzą już z 1979 roku i zostały zapisane w Konwencji ONZ ws. Eliminacji Wszelkich Form Dyskryminacji Kobiet (CEDAW). Rok 1994 jednak jest uznawany za przełom w podejściu do zagadnienia praw reprodukcyjnych oraz – przede wszystkim – uznania ich za prawa człowieka. Stało się tak w dużej mierze dlatego, że wypracowano definicję zdrowia reprodukcyjnego, która została zapisana w dokumencie końcowym tej Konferencji jako efekt wspólnej pracy jej uczestników oraz w sposób do tej pory

⁴⁶ Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Kair 1994, par. 7.2-7.3

najpełniejszy zdefiniowano zakres praw reprodukcyjnych. Jak wspomniano powyżej, zostało to niejako przypieczętowane dorobkiem Konferencji w Pekinie w 1995 roku, która dotyczyła kobiet. Sformułowano pojęcie praw seksualnych kobiety, które również uznano za prawa człowieka. Obejmują one ich prawo do sprawowania kontroli nad własną seksualnością, łącznie ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym, oraz do wolnych i odpowiedzialnych decyzji w tych sprawach, podejmowanych bez przymusu, dyskryminacji i przemocy⁴⁷.

„Chciałabym, żeby kobiety rozumiały, że prawa kobiet są naszym wspólnym interesem. To jest chyba postulat minimalny.”

Izabela Jaruga-Nowacka

Prawa reprodukcyjne w świetle pozostałych praw człowieka

Prawa reprodukcyjne jako prawa człowieka stanowią odzwierciedlenie realizacji zasady godności jednostki. Obejmują takie prawa, jak: prawo do odpowiedniej informacji oraz możliwości korzystania z bezpiecznych, skutecznych, przystępnych finansowo oraz akceptowanych metod planowania rodziny a także odpowiednich usług służby zdrowia, zapewniających kobietom bezpieczną ciążę i poród, a parom – najlepszą szansę posiadania zdrowego potomstwa. Za najważniejszą gwarancję uznaje się jednak sformułowane podczas Konferencji w Kairze, uznane za fundamentalne, **prawa do: decydowania w sposób swobodny i odpowiedzialny o tym, czy, kiedy i ile mieć dzieci oraz w jakich odstępach czasu, prawo do informacji i dostęp do środków, aby z prawa do decydowania móc korzystać, prawo do możliwie najwyższego standardu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz prawo do podejmowania decyzji związanych z seksualnością bez przymusu, dyskryminacji i przemocy**. Program Działania stanowi wprost, że prawa reprodukcyjne obejmują te prawa człowieka, które są już rozpoznane w prawie poszczególnych krajów, międzynarodowych dokumentach z zakresu ochrony praw człowieka oraz innych uzgodnionych dokumentach.

Program Działania wyznaczył również cele, które powinny być osiągnięte, aby prawa reprodukcyjne mogły być w pełni realizowane. Te cele to: zapewnienie rzetelnej i prawdziwej informacji i pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych, które są dostępne, przystępne cenowo, akceptowalne i dobrej jakości dla wszystkich użytkowników; umożliwienie i wspieranie dobrowolnych decyzji w zakresie własnej rozrodczości oraz zapewnienie środków niezbędnych do tego, aby każda jednostka takie decyzje mogła podejmować; rozpoznanie zmieniających się potrzeb z zakresu zdrowia reprodukcyjnego wraz z wiekiem.

⁴⁷ Beijing Declaration and Platform for Action, Pekin 1995, paragraf 96

Praw reprodukcyjnych nie sposób postrzegać w oderwaniu od innych praw człowieka opisanych w rozmaitych międzynarodowych dokumentach. Najważniejszymi z nich są prawo do samostanowienia, prawo do szacunku dla życia prywatnego i rodzinnego, wolność od tortur, niehumanitarnego bądź poniżającego traktowania, prawo do korzystania z osiągnięć nauki, prawo do życia, prawo do najwyższego standardu ochrony zdrowia, wolność od dyskryminacji oraz przemocy. Prawa reprodukcyjne można wywodzić również z praw człowieka zawartych w Konstytucji RP i analogicznych dokumentach w innych państwach. Polska Konstytucja stoi na straży ochrony takich praw jak: zakaz dyskryminacji (art. 32), w tym szczególnie ze względu na płeć (art.33), prawo do życia (art. 38), zakaz tortur i niehumanitarnego oraz poniżającego traktowania (art.40), prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47) czy prawo do ochrony zdrowia (art. 68).

Naruszenia powyższych praw mogą mieć również miejsce w sferze ochrony zdrowia, w tym reprodukcyjnego. Zapisy te niosą za sobą określone gwarancje dla wszystkich jednostek, ale także określone obowiązki leżące po stronie państwa, które zobowiązało się do ich przestrzegania. Ich niespełnienie może skutkować różnymi konsekwencjami – także w postaci postępowań przed międzynarodowymi instytucjami ochrony praw człowieka, takich jak Komitet CEDAW, Komitet Praw Człowieka ONZ, Europejski Trybunał Praw Człowieka czy Rada Praw Człowieka ONZ.

Najstarszym dokumentem ochrony praw człowieka jest pochodząca z 1948 roku Powszechna Deklaracja Praw Człowieka. Artykuł 12 Deklaracji wskazuje, że zakazana jest samowolna ingerencja w czyjekolwiek życie prywatne, rodzinne i domowe oraz że każdej jednostce należy zapewnić ochronę prawną przed taką ingerencją. Deklaracja nie ma mocy wiążącej, jest zbiorem pewnych standardów nadających kierunek ochronie praw człowieka na świecie. Jest przy tym dokumentem o bardzo ugruntowanej pozycji i mimo braku sankcji wynikających z jej nieprzestrzegania, jej zapisy są szanowane na całym świecie i znalazły odzwierciedlenie w wielu innych dokumentach międzynarodowej ochrony praw człowieka.

► Konwencja CEDAW

Najważniejszym z dokumentów międzynarodowych, których zapisy wprost odnoszą się do sfery zdrowia reprodukcyjnego, jest wspomniana już Konwencja CEDAW, czyli Konwencja ONZ ds. Eliminacji Wszelkich Form Dyskryminacji Kobiet. Jest to, jak wspomniano, dokument z 1979 roku, który ma na celu ochronę kobiet przed dyskryminacją we wszystkich sferach życia. Zasada równego traktowania w zdrowiu ma swoje źródło właśnie w tej Konwencji. Jako pierwszy dokument międzynarodowy Konwencja CEDAW jednak rozpoznaje również prawa reprodukcyjne jako sferę dla kobiet szczególną i podkreśla, że równe traktowanie musi dotyczyć również zdrowia reprodukcyjnego. Nie używa wprost tego sformułowania, ale w art. 12 nakłada na państwa obowiązek, zmierzania do tego, aby podjęły wszelkie stosowne kroki w celu likwidacji dyskryminacji kobiet w dziedzinie opieki zdrowotnej w celu zapewnienia im, na równi z mężczyznami, dostępu do usług zdrowotnych, w tym tych „związanych z planowaniem rodziny”. Ustęp 2 tego artykułu zobowiązuje państwa do zapewnienia szczególnej opieki kobietom w czasie ciąży i porodu.

► Prawa reprodukcyjne a równe traktowanie

W tym miejscu warto wspomnieć, dlaczego wolność od dyskryminacji i zasada równego traktowania są tak istotne z punktu widzenia ochrony praw reprodukcyjnych kobiet. Zakaz dyskryminacji wiąże się z tym, że ze względu na posiadanie jakiejś cechy prawnie chronionej, wśród których znajduje się również płeć, jednostka może być traktowana gorzej niż inne jednostki tej cechy nieposiadające. Takie różnicowanie ludzi i odmienne traktowanie jednostek posiadających określone cechy właśnie z powodu posiadania tej cechy jest naruszeniem zasady niedyskryminacji. W rozmaitych sferach życia kobiety są traktowane inaczej, gorzej, właśnie i tylko dlatego, że są kobietami. Prawne gwarancje ochrony przed dyskryminacją mają za zadanie z jednej strony takim praktykom zapobiegać, z drugiej zaś dają możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności tych, którzy się takich praktyk dopuszczają. Zasada równego traktowania zaś nie oznacza traktowania wszystkich jednostek w sposób jednakowy, choć właśnie taka jej interpretacja bywa wywodzona z zakazu dyskryminacji. Zakaz gorszego traktowania osób posiadających określoną cechę często bywa postrzegany jako nakaz traktowania wszystkich tak samo. Nie jest to jednak słuszne. Zasada równego traktowania oznacza bowiem także traktowanie osób odmiennych w sposób odmienny. Jest to również związane z cechami prawnie chronionymi, które dane jednostki posiadają. Odmienność traktowania zaś wynika ze szczególnych potrzeb danej grupy, które wynikają z określonej cechy. Odmienne, lepsze traktowanie takich jednostek nie stanowi przy tym naruszenia zakazu dyskryminacji. Perspektywa musi być tu odwrócona – to osoby posiadające pewną cechę i związane z nią potrzeby, traktowane są inaczej (często lepiej) tak, aby te szczególne potrzeby zaspokoić. Nie jest uprawnione traktowanie tej zasady w rozumieniu gorszego traktowania tych, którzy tej cechy nie posiadają. W sferze zdrowia jest to szczególnie ważne w odniesieniu do kobiet. Kobiety bowiem mają szczególne potrzeby w zakresie ochrony zdrowia wynikające właśnie z ich płci. Zdrowie reprodukcyjne jest ważne zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn, ale zakres świadczeń i sfer ochrony tego zdrowia w sposób zasadniczy się różnią. Dlatego realizacja zasady równego traktowania kobiet w ochronie zdrowia musi być związana z rozpoznaniem tych szczególnych potrzeb i zapewnienia kobietom dostępu do odpowiednich świadczeń. Zaś naruszenia praw człowieka w tej sferze, poprzez niedostosowania praw, polityk i rozwiązań systemowych do szczególnych potrzeb kobiet w zakresie usług i świadczeń, których tylko kobiety potrzebują, musi być postrzegane w kontekście naruszenia zasady równego traktowania.

Dyskryminacja ze względu na płeć ma swoje podłoże również w stereotypach na temat ról płciowych. Jest to widoczne w zapisach Konwencji CEDAW, które wskazują w art. 5 na obowiązek państw do podjęcia „wszelkich stosownych kroków w celu zmiany społecznych i kulturowych wzorców zachowania mężczyzn i kobiet w celu osiągnięcia likwidacji przesądów i zwyczajów lub innych praktyk, opierających się na przekonaniu o niższości lub wyższości jednej z płci albo na stereotypach roli mężczyzny i kobiety”.

Na mocy Konwencji CEDAW działa Komitet CEDAW. Ma on szereg kompetencji i ogromny dorobek, którego nie sposób pominąć przy analizie standardu ochrony praw człowieka wynikającego z samej Konwencji, Zapisy Konwencji są bowiem niejako uzupełnione orzecznictwem Komitetu w sprawach indywidualnych (o czym będzie mowa w następnej części) oraz w procedurze tak zwanej skargi ogólnej, która dotyczyć

może ważnego systematycznego naruszenia praw kobiet chronionych na gruncie Konwencji CEDAW. Poza tym, Komitet regularnie poddaje procedurze sprawozdawczej państwa, które podpisały odpowiedni protokół do Konwencji (Polska jest jednym z takich państw, wyniki obserwacji Komitetu zostaną omówione w dalszej części) oraz wydaje tak zwane rekomendacje (zalecenia) ogólne, które stanowią swoisty komentarz do poszczególnych zapisów Konwencji.

Zalecenie ogólne nr 24 odnosi się do art. 12 Konwencji CEDAW regulującego standard prawa do zdrowia. Komitet wyraźnie wskazuje w nim, że dostęp do zdrowia reprodukcyjnego jest jednym z fundamentalnych praw na gruncie Konwencji. Odnosi się również do kwestii konieczności rozpoznania szczególnych potrzeb kobiet w zakresie zdrowia i wskazuje, że ograniczanie dostępu do określonych usług i świadczeń musi być rozpatrywane z perspektywy praktyki dyskryminacyjnej. W tym zaleceniu Komitet również wyraźnie zobowiązuje państwa do tego, aby w procedurze sprawozdawczej wykazywały działania, które zmierzają do tego, aby zapewnić odpowiedni dostęp do świadczeń z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w tym w szczególności z zakresu planowania rodziny. Na mocy Konwencji państwa zobowiązane są do tego, aby zapewnić kobietom dobrej jakości i przystępne cenowo usługi z zakresu zdrowia reprodukcyjnego w pełnym zakresie. Jednym z działań w tym kierunku jest usunięcie wszelkich barier w dostępie do tych świadczeń. Komitet nawiązuje w sposób bezpośredni do kwestii poszanowania prywatności pacjentek oraz prawa do tajemnicy i wskazuje, jak ważne jest to szczególnie w sferze świadczeń związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym. Nieodpowiednie prawa i praktyki w tym zakresie mogą prowadzić do tego, że kobiety nie będą korzystać z usług w obawie przed naruszeniem ich prywatności, co oznacza, że praktyki takie de facto stanowią ograniczenie w dostępie do usług i świadczeń. Komitet wyraźnie wymienia tu takie świadczenia jak antykoncepcja oraz aborcja.

W tym zaleceniu najważniejszym jednak wydaje się zobowiązanie państw do tego, aby za priorytet uznały zapobieganie niechcianym ciążom poprzez świadczenia z zakresu planowania rodziny oraz edukację seksualną, zaś uszkodzeniom i śmiertelności związanej z ciążą i macierzyństwem poprzez odpowiednie świadczenia i diagnostykę prenatalną. Komitet wyraźnie wskazuje, że przepisy dotyczące kryminalizacji zachowań związanych z przerywaniem ciąży powinny być zmienione w takim kierunku, aby uniknąć karalności kobiet, które poddają się zabiegom w warunkach nielegalności.

Inne dokumenty międzynarodowe nie odnoszą się wprost do zdrowia reprodukcyjnego, ale należy z całą mocą podkreślić, że – w sposób niebudzący na obecnym etapie rozumienia prawa człowieka żadnych wątpliwości – zdrowie reprodukcyjne jest częścią pojęcia „zdrowie” i w związku z tym prawo do jego ochrony wpisane jest w gwarancję związane z ochroną zdrowia.

► Pozostałe dokumenty systemu ONZ

W systemie ONZ poza Konwencją CEDAW innym ważnym dokumentem, który ma zastosowanie do ochrony praw reprodukcyjnych jest Międzynarodowy Pakt Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych. Art. 12 tego Paktu wskazuje na konieczność zapewnienia realizacji prawa każdej jednostki do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. Treść tego artykułu została uzupełniona zaleceniem ogólnym Komitetu Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych nr 14. Komitet zaznaczył w nim wagę prawa do kontrolowania własnego zdrowia i ciała oraz wolność seksualną i reprodukcyjną jako te sfery, w które państwo nie powinno ingerować. Komitet podkreślił również, że opisane w Pakcie prawo do zdrowia nie obejmuje tylko odpowiednich usług z zakresu ochrony zdrowia, ale także inne determinanty, które na poziom zdrowia mają wpływ. Wśród nich wymienił dostęp do informacji i edukacji z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Kolejnym ważnym dokumentem systemu ONZ jest Międzynarodowy Pakt Praw Politycznych i Obywatelskich. Żaden z przepisów Paktu nie odnosi się wprost do zdrowia, ale to właśnie w tym dokumencie, analogicznie do Konwencji Europejskiej (patrz niżej) zawarte są takie zapisy jak: szczególny zakaz dyskryminacji ze względu na płeć w dostępie do korzystania z praw i wolności, prawo do życia, zakaz tortur oraz niehumanitarnego i poniżającego traktowania oraz zakaz nieuzasadnionej ingerencji w życie prywatne jednostki. Na podstawie protokołu dodatkowego do tego paktu orzeka Komitet Praw Człowieka, który ma w swoim dorobku orzeczenia związane z ochroną praw reprodukcyjnych, o czym będzie mowa dalej.

► Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności

W systemie Rady Europy najważniejszym dokumentem regulującym zobowiązania państw w zakresie praw człowieka jest Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (dalej: Konwencja Europejska), która jest uzupełniona bardzo obszernym orzecnictwem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, podobnie jak Konwencja CEDAW i jej zapisy widziane muszą być przez pryzmat orzecznictwa Komitetu CEDAW w indywidualnych sprawach oraz innego dorobku Komitetu.

Europejski Trybunał Praw Człowieka (dalej: Trybunał) jest instytucją powołaną do rozstrzygania skarg indywidualnych. Sprawy z zakresu praw reprodukcyjnych, które już rozstrzygnął Trybunał, dotyczą rozmaitych kwestii zdrowia reprodukcyjnego, a naruszenia dotyczą wielu państw.

W Konwencji Europejskiej nie ma odniesienia wprost ani do pojęcia zdrowia reprodukcyjnego, ani praw reprodukcyjnych, co więcej dokument nie zawiera nawet wprost wyrażonego prawa do zdrowia. Na gruncie bogatego orzecznictwa Trybunału jednak prawa człowieka związane z ochroną zdrowia i naruszenia, których jednostka w tej sferze może doświadczać, wchodzą przede wszystkim w zakres prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 8). Naruszenia te mogą być jednak

związane również z prawem do życia (art. 2) oraz zakazem tortur (art. 3). Wiązać mogą się też z zakazem dyskryminacji (art. 14) oraz innymi prawami i wolnościami.

► Specjalni Sprawozdawcy ONZ

Warto w tym miejscu wspomnieć o najnowszym raporcie⁴⁸ Specjalnego Sprawozdawcy ONZ ds. tortur, który odniósł się do problematyki naruszeń praw reprodukcyjnych w kontekście nieludzkiego traktowania oraz tortur. Przywołał przy tym liczne stwierdzenia Komitetu ONZ przeciwko torturom (CAT), który wielokrotnie⁴⁹ wypowiadał swoje obawy co do ograniczeń w dostępie do przerywania ciąży oraz na temat całkowitego zakazu aborcji jako naruszającego zakaz tortur i nieludzkiego traktowania. Raport Specjalnego Sprawozdawcy jest niejako podsumowaniem wielu innych obserwacji poczynionych wcześniej i zbiera je w ważne przekonanie o tym, że naruszenia praw reprodukcyjnych to forma nieludzkiego traktowania, przemocy ze względu na płeć oraz nierównego traktowania. W raporcie tym pojawia się nawet stwierdzenie tortur ze względu na płeć (gender-based torture). Podaje przykłady najpoważniejszych naruszeń (w tym spraw opisanych poniżej) i wzywa państwa do zapewnienia faktycznego dostępu do zabiegów tam, gdzie prawo na nie zezwala tak, aby kobiety nie musiały obawiać się żadnych konsekwencji.

Jednym z najistotniejszych dokumentów dotyczących praw reprodukcyjnych w systemie ONZ jest raport Specjalnego Sprawozdawcy ds. prawa do zdrowia z 2011 roku⁵⁰ na temat skutków kryminalizacji zachowań z zakresu zdrowia reprodukcyjnego. Jest to raport niezwykle ważny, ponieważ w wielu krajach prawo dotyczące przerywania ciąży i innych usług zdrowia reprodukcyjnego jest uzupełnione przepisami karnymi. Tak jest również w Polsce⁵¹. Anand Grover wskazał na to, że przepisy karne mogą powodować ograniczenia w dostępie do rozmaitych świadczeń, mieć wpływ na zachowania lekarzy oraz przez to na sytuację samych kobiet, które poszukują dostępu do określonych świadczeń. Kryminalizacja określonych zachowań może w znaczny sposób ograniczać poszanowanie dla godności jednostki, naruszać jej prawo do zdrowia, powodować nierówne traktowanie ze względu na płeć oraz wzmacniać system instytucjonalnej kontroli nad kobietami, choćby poprzez faktyczne przymuszanie ich do kontynuacji ciąży. Związek przyczynowy pomiędzy stereotypami, dyskryminacją i wykluczeniem kobiet w dostępie do fundamentalnych dla nich świadczeń zdrowia reprodukcyjnego jest dla Sprawozdawcy sprawą oczywistą i dawno udokumentowaną. Kryminalizację zachowań związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym postrzega on jako kolejne narzędzie w tym łańcuchu, stanowiące kolejny element stygmatyzacji. Kryminalizację zachowań związanych z przerywaniem ciąży postrzega jako przykład niedopuszczalnego ograniczenia prawa kobiet do zdrowia i postuluje eliminację takich przepisów. Oczywiście dostrzega to, że w różnych krajach istnieje różne nasilenie przepisów kryminalizujących zachowania w zakresie przerywania ciąży, podkreśla się przy tym, że nie chodzi tu wyłącznie o potępienie tych przepisów, które przewidują karę dla samej kobiety. Inne mechanizmy – takie jak karanie lekarzy czy też nawet klauzula sumienia, mają wpływ na dostęp do legalnego przerywania ciąży i dlatego również są poddawane krytyce.

⁴⁸ A/HRC/22/53

⁴⁹ Por. np. CAT/C/PER/CO/4

⁵⁰ A/66/254

⁵¹ Więcej na ten temat w rozdziale „Aborcja w Polsce w latach 1993-2013”

► Orzecznictwo w zakresie naruszeń praw człowieka (case-law) w sprawach z zakresu zdrowia reprodukcyjnego

► Europejski Trybunał Praw Człowieka

Trybunał rozstrzygnął wiele spraw kluczowych dla standardu praw reprodukcyjnych jako praw człowieka. Skargi dotyczyły szeregu kwestii związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Zakres tego raportu jest ograniczony do kwestii uregulowanych polską Ustawą o planowaniu rodziny, zatem nie zostaną tu omówione sprawy wychodzące poza tę problematykę. Dla porządku warto jednak zaznaczyć, że poza sprawami dotyczącymi aborcji i badań prenatalnych, które zostaną omówione szczegółowo, Trybunał rozstrzygnął też szereg innych ważnych spraw z zakresu praw reprodukcyjnych. Dotyczyły one zapłodnienia in-vitro i kwestii z nim powiązanych, w tym również statusu prawnego embrionu na etapie przedimplantacyjnym (np. *sprawa Knecht przeciwko Rumunii*) oraz płodu znajdującego się w ciele kobiety ciężarnej (np. *sprawa Vo przeciwko Francji*), sprawy te dotyczyły prawa do życia i Trybunał wyraźnie wskazał, że zarówno embriion, jak i płód w ciele kobiety ciężarnej nie są podmiotem ochrony na gruncie prawa do życia, a naruszenia w zakresie zniszczenia zarodka oraz wadliwej diagnostyki prenatalnej mogą być wyłącznie rozstrzygane jako naruszenia praw kobiet. Trybunał zajmował się również kwestią dawstwa gamet (*sprawa Costa i Pavan przeciwko Włochom*), dostępnością procedury in-vitro (*sprawy S.H. i inni przeciwko Austrii* oraz *Dickson przeciwko Zjednoczonemu Królestwu*) oraz kwestią prawa do posiadania potomstwa i prawa do jego nieposiadania (*sprawa Evans przeciwko Zjednoczonemu Królestwu*). Kolejną ważną grupą spraw są te związane z przymusową sterylizacją i dyskryminacją z tym związaną (najważniejsze z nich to dwie sprawy przeciwko Słowacji – *K.H. i inni* oraz *V.C.*, które dotyczyły kobiet pochodzenia romskiego). Ważnym dorobkiem Trybunału jest wyrok w sprawie dotyczącej porodu domowego (*Ternovsky przeciwko Węgrom*), w której ustalone zostało, że prawo do określonego sposobu urodzenia dziecka jest prawem człowieka.

Trybunał wydał trzy wyroki stwierdzające naruszenia praw reprodukcyjnych związanych z badaniami prenatalnymi i przerywaniem ciąży przeciwko Polsce oraz jeden, w którym nie był w stanie stwierdzić, czy do naruszeń doszło czy nie.

Sprawa Tysiąc przeciwko Polsce

Pierwszą sprawą jest sprawa *Tysiąc przeciwko Polsce*. Dotyczyła ona kobiety, która zaszła w ciążę, cierpiąc na poważną wadę wzroku. Ciąża sprawiała, że jej wzrok mógł się znacznie pogorszyć, co pogłębiłoby już orzeczoną niepełnosprawność. Jednak lekarze nie byli zgodni, co do tego, czy wada wzroku oraz wpływ ciąży na jej pogorszenie stanowią okoliczność, która według zapisów ustawy uprawniała kobietę do przerywania ciąży. Nie mogła ona wyegzekwować jednoznacznej opinii lekarskiej, w efekcie czego, także

w związku z powołaniem się na klauzulę sumienia, odmówiono jej przeprowadzenia zabiegu. Sprawa trafiła do Trybunału, który w 2007 roku wydał przełomowy wyrok stwierdzając liczne naruszenia, których dopuściła się Polska. Do tej pory orzeczenie to stanowi jeden z fundamentalnych standardów praw reprodukcyjnych. Po pierwsze potwierdzone zostało, że prawo do legalnego przerwania ciąży wchodzi w zakres prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Trybunał nie wskazuje na to, jak powinny być uregulowane przepisy dotyczące przerywania ciąży w danym kraju. Ta kwestia jest objęta tak zwanym dużym marginesem swobody wobec braku konsensusu wśród krajów Rady Europy. Jednak wyraża stanowcze przekonanie, że w sytuacjach, które zostają prawnie uznane za dopuszczające przerwanie ciąży, kobieta musi mieć zagwarantowaną realną możliwość skorzystania ze swojego prawa. Państwo nie tylko ma tak zwany negatywny obowiązek nieingerowania w sferę prywatną i decyzje, które podejmuje kobieta, ale także pozytywny obowiązek takiego zorganizowania systemu ochrony zdrowia, który zagwarantuje jej realny dostęp do świadczenia. W sytuacji, gdy państwo takich progresywnych działań nie podejmuje, narusza prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, co w tej sprawie miało miejsce. W sprawie *Tysiiąc* istotnym było zdefiniowanie problemu nadużywania klauzuli sumienia przez lekarzy oraz zobowiązanie państwa do rozwiązania tej kwestii w taki sposób, aby przywileje dla lekarzy nie ograniczały realizacji praw innych osób. W tym wyroku po raz pierwszy pojawiła się również analiza dostępności legalnego przerywania ciąży w kontekście przepisów karnych zakładających możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności lekarzy za nielegalne zabiegi. Został zdefiniowany tak zwany „efekt mrożący” przepisów karnych na lekarzy, którzy w każdej indywidualnej sytuacji muszą ocenić, czy zabieg jest możliwy do przeprowadzenia według przepisów Ustawy, aby nie narazić się na odpowiedzialność. Ze względu na fakt tego, jak sformułowane są przesłanki, ryzyko odpowiedzialności sprawia, że wolą zrezygnować z udzielenia świadczenia. Trybunał zdefiniował to zjawisko i skrytykował działania państwa podobnie jak te w zakresie stosowania klauzuli sumienia. Te obserwacje i konkluzje powtórzył w dwóch kolejnych wyrokach. Sprawa *Tysiiąc* jest wyjątkowa, bo to pierwszy wyrok Trybunału, który odnosi się do sprawy aborcyjnej. Jego wyjątkowość polega również na uznaniu naruszenia prawa do skutecznego środka odwoławczego (art. 13). Trybunał uznał, że skarżąca nie miała żadnej możliwości zwrócenia się do niezależnego organu z wnioskiem o wydanie opinii lub decyzji w jej sprawie, nie mogła w żaden sposób odwołać się od treści opinii wystawionej przez innego lekarza ani od decyzji odmownej wykonania zabiegu. Na mocy tego wyroku państwo wprowadziło dalece niedoskonały środek w postaci prawa do sprzeciwu wobec orzeczenia albo opinii lekarza, który jest w zasadzie nieużywany mimo tego, że funkcjonuje w polskim prawie od 5 lat. Procedura implementacji wyroku w sprawie *Tysiiąc* wciąż nie jest zakończona przez Komitet Ministrów Rady Europy.

Sprawa R.R. przeciwko Polsce

Drugą sprawą polską, rozstrzygniętą przez Trybunał w 2011 roku, jest sprawa *R.R. przeciwko Polsce*. Dotyczyła ona kobiety, która będąc w ciąży dowiedziała się, że istnieje ryzyko tego, że jej płód obciążony jest poważną wadą genetyczną (Zespół Turnera). Mimo tego, że Ustawa wskazuje na konieczność wystąpienia wyłącznie dużego prawdopodobieństwa uszkodzenia, w przypadku tego zespołu możliwa była

diagnostyka, która przyniosłaby pewność, czy płód jest nią obciążony, czy nie. W związku z tym, że kobieta przyznała, że w razie potwierdzenia wady będzie rozważała przerwanie ciąży, proces diagnostyczny został tak wydłużony, żeby praktycznie jej to uniemożliwić. Pomimo dostępności procedur, sprzętu i wykwalifikowanego personelu, kobiecie przez ponad 6 tygodni odmawiano wykonania badania prenatalnego. Była wielokrotnie hospitalizowana bez żadnej potrzeby, wykonywano badania krwi oraz ultrasonograficzne, które były bezcelowe oraz trzymano ją w niepewności, co do stanu jej płodu. Kiedy przeprowadzono badania i uzyskano wynik, było już zbyt późno, aby legalnie przerwać ciążę, w efekcie czego kobieta w zasadzie została zmuszona do urodzenia chorej córki. Trybunał podtrzymał dotychczasową linię orzeczniczą i uznał, że takie zachowanie lekarzy oraz brak odpowiednich procedur, sprawiły, że naruszone zostało prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 8). Trybunał powtórzył swoje obserwacje dotyczące klauzuli sumienia i efektu mrożącego. Podkreślił przy tym, że antycypowanie decyzji kobiety o przerwaniu ciąży nie może powodować tego, że nie udziela jej się informacji na temat stanu płodu bądź uniemożliwia jej uzyskanie. Ten wyrok należy jednak traktować jako kolejny przełom w budowaniu standardu ochrony praw reprodukcyjnych jako praw człowieka. Przemawia za tym kilka okoliczności. Po pierwsze sprawa nie dotyczyła bezpośrednio przerywania ciąży, tylko dostępu do diagnostyki prenatalnej. Mimo to, Trybunał w swoim rozstrzygnięciu zawarł istotne kwestie związane właśnie z aborcją, ponieważ uznał, że w sprawie tej kwestie te powinny być traktowane łącznie a okoliczności, które doprowadziły do naruszeń w istotny sposób na siebie wpływały. Po drugie, Trybunał uznał, że prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia (a w sytuacji, gdy pacjentka jest kobietą ciężarną, stan zdrowia płodu stanowi nierozdzielny element stanu zdrowia tej kobiety) wchodzi w zakres życia prywatnego i jest w związku z tym chronione na mocy Konwencji Europejskiej. Najistotniejszym przełomem było jednak uznanie przez Trybunał, że sytuacja, jakiej doświadczyła skarżąca, postępowanie lekarzy wobec niej i brak reakcji ze strony państwa na te naruszenia, przekroczyły tak zwany minimalny próg dolegliwości, jaki był związany z faktem bycia w ciąży. Przekroczenie tego progu stanowi zaś naruszenie zakazu tortur (art. 3). Co prawda Trybunał nie stwierdził, że tortury miały miejsce, ale w sposób przełomowy uznał, że skarżąca kobieta doświadczyła nieludzkiego i poniżającego traktowania. Stało się tak po raz pierwszy w historii orzecznictwa Trybunału w odniesieniu do praw reprodukcyjnych. Trybunał podkreślił również, że kobieta nie miała do dyspozycji żadnego środka prawnego, który mógłby dać jej szansę na skorzystanie z dodatkowej diagnostyki płodu, co również uznane zostało za naruszenie. Wyrok ten również wciąż nie został wykonany przez polski rząd.

Sprawa P. i S. przeciwko Polsce

Kolejna sprawa to sprawa *P. i S. przeciwko Polsce*, w której wyrok zapadł w 2012 roku. Dotyczyła ona głośnej sprawy nastolatki, która zaszła w ciążę w wyniku przemocy seksualnej. Miała w tym czasie 14 lat, zatem ciąża pochodziła z czynu zabronionego (stosunek seksualny z osobą poniżej 15. roku życia stanowi taki czyn, niezależnie od wieku sprawcy). Mimo oczywistego uprawnienia do przerwania ciąży oraz takiej decyzji dziewczynki i jej matki, zabiegu odmówiono w kilku szpitalach. Co więcej – naruszono

tajemnicę lekarską, podano nazwisko dziewczynki do publicznej wiadomości i narażono ją na ataki przeciwników aborcji i księży. Co więcej – decyzją sądu opiekuńczego została ona oddzielona od matki i umieszczona w pogotowiu opiekuńczym. Trybunał wydając orzeczenie nie miał wątpliwości co do tego, do jak licznych naruszeń praw człowieka doszło w tej sprawie. Mimo, że w związku z interwencją rządową, dziewczynka przeszła zabieg przerwania ciąży (w szpitalu oddalonym o ponad 400 km od jej miejsca zamieszkania), Trybunał uznał jej status jako ofiary naruszeń i wydał wyrok w tej sprawie. Stwierdził, w sposób oczywisty, naruszenie prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 8) oraz potwierdził standard orzeczniczy ustanowiony wyrokiem w sprawie *R.R.* w zakresie naruszenia zakazu niehumanitarnego i poniżającego traktowania (art. 3). Wziął tu pod uwagę młody wiek dziewczynki, który sprawił, że jej cierpienie było tym większe a zachowanie poszczególnych instytucji tym bardziej okrutne. Trybunał uznał też, że doszło do nieuprawnionego pozbawienia wolności małoletniej poprzez umieszczenie jej w izolacji. Ten wyrok w zasadzie nie wprowadził nowych postanowień ani interpretacji ze strony Trybunału. Co jednak bardzo istotne i ważne podkreślenia, Trybunał nawiązał do ustanowionych przez siebie standardów w poprzednich wyrokach dotyczących Polski, przywołał je i ponownie wskazał na problemy, z którymi Polska musi sobie radzić na drodze do zapewnienia odpowiedniej realizacji prawa do przerywania ciąży. Wyrażnie podkreślona została konieczność takiego zorganizowania systemu funkcjonowania Ustawy, aby prawo do przerywania ciąży w niej zawarte nie było iluzoryczne, ale rzeczywiste.

Sprawa Z. przeciwko Polsce

Ostatnią sprawą jest sprawa *Z. przeciwko Polsce*. Dotyczy ona młodej kobiety, która będąc w ciąży zachorowała na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Nie została w odpowiedni sposób zdiagnozowana (nie przeprowadzono badania kolonoskopii), nie zostało wdrożone żadne leczenie. Z relacji rodziny pacjentki i materiału, który został zebrany na potrzeby procesu karnego i cywilnego przed sądami krajowymi wynika, że taka sytuacja mogła mieć miejsce w związku z tym, że lekarze nie chcieli podjąć ryzyka związanego z ewentualnymi konsekwencjami dla zdrowia i życia płodu, który kobieta nosiła. Warto zauważyć, że wprost nie zażądała ona zabiegu przerwania ciąży i nie ubiegała się o żaden dokument, który stwierdziłby, że ciąża – poprzez fakt, że uniemożliwia wykonanie odpowiedniej diagnostyki (przy czym zabieg gastrokopii lub kolonoskopii nie jest zabiegiem niebezpiecznym dla płodu) – zagraża jej zdrowiu bądź życiu. Kobieta bowiem nie chciała poddać się aborcji – zadeklarowała przy tym wyraźnie, że chce, aby ją diagnozować i leczyć i godziła się na niebezpieczeństwo, które groziło jej płodowi. Jednak w tej sprawie w sposób oczywisty jej zdrowie i życie nie zostało uznane jako priorytet. Wobec braku jakiegokolwiek interwencji medycznej stan kobiety pogorszył się do tego stopnia, że najpierw obumarł jej płód, a potem na sepsę w ogromnym cierpieniu zmarła kobieta. Mimo, jak się wydawało, oczywistych okoliczności tych wydarzeń – sądy krajowe nie dopatrzyły się żadnych naruszeń. Skarga do Trybunału miała dwa najważniejsze wątki – pierwszy z nich dotyczył prawa do życia. Był to poważny zarzut stawiany państwu polskiemu. Z jednej strony argumentowano, że to lekarze poprzez swoje działania przyczynili się do śmierci kobiety. Trybunał jednak nie podjął tego wątku i nie postawił się w pozycji oceniania przyczyn śmierci kobiety

oraz tego, czy ktoś był jej winny. Nie rozpatrywał ewentualnego naruszenia prawa do życia w kontekście materialnym. Jednocześnie uznał, że państwo polskie w sposób odpowiedni zbadało okoliczności śmierci kobiety (co również jest elementem art. 2 Konwencji regulującego prawo do życia) i stwierdził brak naruszenia prawa do życia w kontekście proceduralnym. W drugim wątku dotyczącym tego, że brak odpowiedniego leczenia kobiety był związany z jej ciążą, z przekonaniem lekarzy i brakiem szacunku dla decyzji pacjentki, Trybunał w zasadzie się nie wypowiedział. Miało to związek z tym, że w sprawie cywilnej nie wykorzystano środka krajowego w postaci apelacji, co spowodowało niedopuszczalność skargi w tym zakresie. Kwestia klauzuli sumienia i jej naruszenia została przy tym uznana za niedostatecznie uargumentowaną i udowodnioną. Sprawa ta pokazuje, że istnieją sytuacje, w których oczywisty dramat jednostki i porażka systemu ochrony zdrowia może być niemożliwy do uchwycenia przez sądy i inne instytucje ochrony praw człowieka. Dramat ludzki może rozbić się o ścianę w postaci wymogów dowodowych i pozostać instytucjonalnie niezauważony.

Sprawa A,B i C przeciwko Irlandii

Bardzo ważną sprawą w dorobku Trybunału w zakresie prawa do przerywania ciąży jest sprawa *A,B i C przeciwko Irlandii*. Irlandia jest państwem, w którym obowiązuje restrykcyjne prawo dotyczące aborcji skutkujące jej faktycznym zakazem poza sytuacjami, w których zagrożone jest życie kobiety ciężarnej, kiedy aborcja może być przeprowadzona po to, aby je ratować. Sprawa ta stanowi jedną z czterech rozstrzygniętych przez Trybunał spraw dotyczących prawa do przerywania ciąży i wnioski płynące z tej sprawy są ważne w kontekście standardu orzecznictwa w systemie Rady Europy, także w odniesieniu do Polski. Dlatego też okoliczności tej sprawy i postanowienia Trybunału zostaną przedstawione w sposób szczegółowy. Sprawa ta dotyczyła dwóch diametralnie różnych sytuacji, w których znalazły się skarżące – dwie pierwsze chciały dokonać aborcji bez podawania przyczyny i argumentowały, że jej zakaz stanowi naruszenie art. 8 Konwencji. Trybunał tej argumentacji nie podzielił. Jak już było wspomniane, nie ingeruje on w samą treść zapisów prawa dotyczącego przerywania ciąży w poszczególnych krajach Rady Europy. Nie orzekł więc ani naruszenia prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, ani też zakazu niehumanitarnego i poniżającego traktowania. Uznał bowiem, że państwo nie ma obowiązku zezwalać na aborcję bez wskazania przyczyny. Kobiety te mogły dokonać zabiegu w innym kraju bez żadnych konsekwencji i dlatego Trybunał nie dopatrywał się ani nadmiernej ingerencji w prawo do życia prywatnego, ani naruszenia zakazu niehumanitarnego traktowania w postaci swoistego zmuszania kobiet do przerywania ciąży za granicą. Co jednak w tej sprawie najważniejsze, to rozstrzygnięcie dotyczące trzeciej skarżącej. Kobieta chorowała na rzadką odmianę nowotworu. Zdecydowała się na zabieg przerywania ciąży poza granicami Irlandii, ponieważ obawiała się o to, jakie konsekwencje może ona przynieść dla jej życia i zdrowia w związku z chorobą. Prawo zaś jej na przeprowadzenie tego zabiegu w kraju, bez odpowiedniego orzeczenia stwierdzającego zagrożenie, nie pozwalało. Przewidziane w irlandzkim prawie procedury diagnostyczne oraz określone regulacje dotyczące zasad wykonywania zawodu przez lekarzy nie wystarczyły przy tym do tego, aby dać skarżącej szansę na to, żeby mogła uzyskać rzetelną wiedzę na temat zagrożeń, jakie dla jej stanu zdrowia niesła ciąża. W związku z tym nie była również

w stanie ustalić, czy jej przypadek kwalifikuje się do legalnego zabiegu przerwania ciąży. Trybunał po przeanalizowaniu sprawy doszedł do wniosku, że w Irlandii nie istnieje żadna efektywna procedura wynikająca bądź z prawa, bądź z innych źródeł, w wyniku przeprowadzenia której można by było ustalić, jakie ryzyko dla życia kobiety ciężarnej w określonej kondycji zdrowotnej niesie fakt, że jest ona w ciąży. Ponadto żadna procedura nie chroni pacjentek, w których sprawach występuje znaczna rozbieżność pomiędzy opiniami różnych lekarzy, czy też lekarza i samej pacjentki, odnośnie tego, jaki wpływ na jej zdrowie i życie może mieć ciąża. Jest to sytuacja bardzo podobna do tej, która miała miejsce w sprawie Alicji Tysiąc. W wyroku *Tysiąc przeciwko Polsce* Trybunał również uznał naruszenie przez Polskę artykułu 8 Konwencji w kontekście niezapewnienia skutecznej procedury, która umożliwiłaby skarżącej realizację jej prawa do poszanowania życia prywatnego poprzez dostarczenie jej wiedzy niezbędnej do podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży. W sprawie skarżącej C przeciwko Irlandii Trybunał również orzekł, że władza poprzez brak dostępnej i efektywnej procedury mającej na celu uzyskanie przez kobietę wiedzy pozwalającej na ustalenie, czy jej przypadek kwalifikuje się do legalnego zabiegu przerwania ciąży, nie zapewniła swojej obywatelce odpowiedniego szacunku dla jej życia prywatnego, mimo tego, że na państwie ciąży tak zwany pozytywny obowiązek w tym zakresie.

► **Komitet CEDAW**

Komitet CEDAW rozstrzygnął trzy sprawy bezpośrednio powiązane z prawami reprodukcyjnymi. Należy zwrócić uwagę, że Komitet działa na podstawie protokołu dodatkowego do Konwencji CEDAW i orzeka w oparciu o postanowienia tej Konwencji. Stwierdza zatem naruszenia lub brak naruszeń zasady równego traktowania ze względu na płeć w różnych obszarach – także w zakresie zdrowia reprodukcyjnego. Pierwszą taką sprawą jest sprawa *Alyne de Silva Pimentel Teixeira przeciwko Brazylii*. Dotyczyła ona śmierci kobiety ciężarnej w związku z nieodpowiednią opieką medyczną w czasie ciąży. Ta sprawa wyraźnie pokazuje, że kwestia zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń medycznych, których specyfika związana jest z płcią, pozostaje w zakresie ochrony przed nierównym traktowaniem ze względu na płeć, o czym była mowa wcześniej. Komitet rozstrzygnął również sprawę *A.S. przeciwko Węgrom*, która dotyczyła przymusowej sterylizacji. Jednak najważniejszą sprawą dotyczącą zakresu problematyki objętej niniejszym raportem jest sprawa *L.C. przeciwko Peru*. Dotyczyła ona małoletniej dziewczynki, której odmówiono przerwania ciąży pochodzącej z przemocy i zagrażającej jej zdrowiu. Komitet CEDAW uznał, że w sposób oczywisty zostało naruszone prawo do równego traktowania w zdrowiu. Komitet stwierdził również naruszenie art. 5 chroniącego przez szkodliwymi stereotypami związanymi z rolą płciową. Uznał, że ta sprawa wyraźnie pokazuje, że stereotyp roli płciowej kobiety jako matki został tu przyjęty jako podstawa działania – prawa płodu i przekonanie o tym, że kobieta nie ma prawa podjąć decyzji w zakresie swojego zdrowia, która mogłaby w ten plód godzić zostało postawione ponad jej prawem do życia i zdrowia oraz ponad jej godnością i prawem do samostanowienia.

► Komitet Praw Człowieka ONZ

Podobne, bardzo drastyczne sprawy, rozstrzygnięte zostały przez Komitet Praw Człowieka ONZ działający na podstawie Międzynarodowego Paktu Praw Politycznych i Obywatelskich. Pierwszą z nich jest sprawa *K.L. przeciwko Peru*. Dotyczy ona 17-letniej dziewczyny, której odmówiono przerwania ciąży mimo że płód, który nosiła nie miał mózgu i żadnych szans na przetrwanie. Dziewczyna została zmuszona do porodu oraz karmienia piersią dziecka do jego śmierci. Komitet Praw Człowieka uznał, że państwo działając poprzez swoje instytucje, w żaden sposób nie odniosło się do faktycznych okoliczności sprawy i nie zinterpretowało faktów w świetle obowiązującego prawa na zasadzie wyważenia proporcji pomiędzy przepisem kryminalizującym aborcję a tym ją dopuszczającym. Komitet uznał jednocześnie, że w sprawie tej naruszono również zakaz niehumanitarnego i poniżającego traktowania. Drugą sprawą jest *L.M.R. przeciwko Argentynie*. Sprawa również dotyczyła małoletniej dziewczyny, która cierpiała na niepełnosprawność intelektualną i zaszła w ciążę. Mimo prawa do aborcji, zabieg musiał zostać przeprowadzony w podziemiu, ze względu na naciski społeczne oraz wydłużającą się drogę sądową. Komitet Praw Człowieka uznał w tej sprawie liczne naruszenia. Przeciwnie do sprawy poprzedniej dopatrywał się tu naruszenia zasady równego traktowania także ze względu na płeć. Poza tym stwierdził, że ingerencja sądu w decyzję dziewczynki, jej matki oraz lekarza była nieuprawniona i doprowadziła do naruszenia zasady poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Co więcej – postępowanie sądów i lekarzy sprawiło, że doszło do niehumanitarnego i poniżającego traktowania, które spowodowało ogromne cierpienie pacjentki – tym większe, że była to osoba z niepełnosprawnością.

► Wnioski z orzecznictwa

Orzecznictwo przywołanych wyżej trzech instytucji ochrony praw człowieka wskazuje na cztery bardzo wyraźne trendy orzekania w zakresie ochrony praw reprodukcyjnych kobiet. Pierwszym z nich jest oczywiste uznanie – zarówno na gruncie systemu ONZ, jak i Rady Europy – że naruszenia praw reprodukcyjnych wpisują się w gwarancje z zakresu poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. W sytuacji, gdy państwo dopuszcza przerywanie ciąży, decyzja o tym, czy poddać się zabiegowi musi należeć wyłącznie do kobiety (a w przypadku małoletności lub niepełnosprawności intelektualnej także jej prawnego opiekuna). Ingerować w tę decyzję nie może ani lekarz, ani władze szpitala, ani sąd, ani nawet władze państwowe. Arbitralne rozstrzyganie wbrew obowiązującemu prawu i nieumiejętność leżąca po stronie państwa poradenia sobie z tymi arbitralnymi rozstrzygnięciami sprawia, że państwo dopuszcza się naruszeń. Fakt krytyki za niewprowadzenie efektywnych mechanizmów ochrony przed naruszeniami stanowi drugi wątek orzecznictwa w sprawach indywidualnych. Sama możliwość dochodzenia roszczenia za wyrządzoną szkodę nie jest z punktu widzenia tej ochrony wystarczająca. Chodzi o to, aby do naruszeń nie dopuścić, a nie wyłącznie reagować, gdy się już wydarzą. Trzecim trendem jest rozpatrywanie spraw nie tylko pod kątem ochrony życia i zdrowia, ale także w kontekście zakazu tortur oraz niehumanitarnego i poniżającego traktowania. Na gruncie Paktu i Konwencji Europejskiej dzieje się to w inny sposób, ze względu na różny zakres zapisów w tych dokumentach, ale wątek ten należy uznać za bardzo istotny.

Wskazuje on bowiem, że na gruncie ochrony praw człowieka dostrzeżono, jak istotny wpływ na kobiety może mieć ingerencja w ich integralność, prywatność, zdrowie, życie i godność. Możliwość samostanowienia w zakresie własnej rozrodczości jest jednym z najbardziej elementarnych elementów życia każdego człowieka i cierpienie, jakiego doświadcza kobieta w sytuacji, gdy tej możliwości się ją pozbawia, słusznie jest rozpatrywana w kontekście nieludzkiego i poniżającego traktowania. W sposób szczególnie jest to widoczne w przypadku kobiet małoletnich, z niepełnosprawnością czy też cierpiących na rozmaite zaburzenia. Ostatnim wątkiem, również kluczowym, jest traktowanie naruszeń praw reprodukcyjnych w kontekście wolności od dyskryminacji ze względu na płeć. Standard ten w sposób oczywisty i najbardziej wyraźny ustanawia orzecznictwo Komitetu CEDAW, ale warto zwrócić uwagę, że pojawia się on również w orzecznictwie Komitetu Praw Człowieka, który orzeka na podstawie podobnego do Konwencji Europejskiej instrumentu. Wciąż kwestia nierównego traktowania ze względu na płeć przy naruszeniach w zakresie prawa do przerywania ciąży nie znalazła odpowiedniego odzwierciedlenia w orzecznictwie Trybunału Europejskiego, chociaż przypuszczenie, że ten trend może się z czasem odwrócić, nie jest nieuzasadnione.

► Obserwacje i rekomendacje międzynarodowych instytucji wobec Polski

Polska jako sygnatariusz wielu międzynarodowych umów i dokumentów z zakresu ochrony praw człowieka zostaje poddawana kontroli realizacji tych praw przez rozmaite instytucje (tak zwane *Treaty Monitoring Bodies*). W zainteresowaniu tych instytucji, które działają w ramach systemu ONZ, w związku z szerokimi gwarancjami ochrony praw reprodukcyjnych, leży właśnie sposób, w jaki gwarancje te są wykonywane przez poszczególne państwa. Polska podpisała stosowne umowy międzynarodowe, na podstawie których musi sprawozdawać się z realizacji postanowień poszczególnych konwencji i paktów, przyjmować delegacje przedstawicieli określonych instytucji oraz uczestniczyć w dialogach z nimi i poddawać się procesom obserwacyjnym. Najważniejszymi procesami, które zostaną poniżej opisane są procesy związane z działalnością Komitetu CEDAW, Komitetu Praw Człowieka, Komitetu Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych, Komitetu CAT oraz Rady Praw Człowieka ONZ – w tym Powszechnego Przeglądu Okresowego oraz mandatu Specjalnego Sprawozdawcy ONZ ds. prawa do zdrowia. Poniżej przedstawiony zostanie najnowszy dorobek wymienionych organizacji w odniesieniu do Polski.

„W Polsce nigdy nie mieliśmy prawdziwej i uczciwej debaty o prawach reprodukcyjnych i seksualnych. To, o czym mówi się w mediach, czy też z mównicy sejmowej można jedynie nazwać pseudo debatą, w której widoczny jest dramatyczny brak rzetelnych argumentów opartych na powszechnie uznanych koncepcjach praw człowieka.”

Wanda Nowicka, wicemarszałkini Sejmu RP

► Komitet CEDAW

Komitet CEDAW w 2007 roku⁵² wydał ostatni dokument zawierający wnioski (*concluding observations*) dotyczące Polski oraz rekomendacje w związku z wykonywaniem zapisów Konwencji CEDAW. W dokumencie tym⁵³ zawarł między innymi swoje obserwacje i obawy związane ze stanem realizacji praw reprodukcyjnych. Jak bowiem wykazano powyżej, stan realizacji praw reprodukcyjnych jest przez Komitet CEDAW uznawany jako część realizacji zasady równego traktowania w dostępie do zdrowia. Komitet uznał za istotne, że państwo polskie w żaden sposób nie ocenia zjawiska podziemia aborcyjnego i tego, jaki wpływ może mieć jego rozmiar na zdrowie i życie kobiet. Wezwał w sposób pilny do tego, aby państwo polskie poprawiło jakość dostępu kobiet do ochrony zdrowia, w tym w szczególności świadczeń zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Komitet zaapelował również o to, aby zbadane zostały rozmiary, przyczyny i skutki wykonywania nielegalnych zabiegów oraz to, jak wpływają one na bezpieczeństwo kobiet. Mimo wyraźnej rekomendacji ze strony Komitetu, do tej pory w żadnym sprawozdaniu z wykonywania Ustawy taka analiza się nie znalazła, co było już podkreślane w niniejszym raporcie. Komitet ponaglił państwo polskie również do tego, aby zapewniło kobietom dostęp do zabiegu aborcji, gdy jest to legalne a one wyrażą taką wolę. Wskazuje przede wszystkim na to, aby ten dostęp nie był ograniczony przez stosowanie klauzuli sumienia. Komitet zwrócił również uwagę i upomniał Polskę, aby podjęła niezbędne kroki mające na celu zapobieganie niechcianym ciążom, poprzez zapewnienie dostępu do szerokiego zakresu środków antykoncepcyjnych po przystępnej cenie oraz edukację i informacje w zakresie planowania rodziny. Rekomendacje dotyczyły też szczególnej sytuacji młodzieży i konieczności edukacji seksualnej w szkołach.

► Komitet Praw Człowieka ONZ

Komitet Praw Człowieka ONZ (działający w oparciu o Międzynarodowy Pakt Praw Politycznych i Obywatelskich) w swoim raporcie dotyczącym Polski z 2010 roku⁵⁴ zawarł liczne obserwacje i rekomendacje dotyczące praw reprodukcyjnych. Wyraził swoje zaniepokojenie faktem, że w Polsce kobiety są wbrew obowiązującemu prawu pozbawiane dostępu do świadczeń zdrowia reprodukcyjnego – poradnictwa w zakresie planowania rodziny, badań prenatalnych oraz zgodnego z prawem przerywania ciąży. Podkreślił, że klauzula sumienia bywa nadużywana przez lekarzy w stopniu budzącym poważne wątpliwości. Wskazał też na duże rozmiary podziemia aborcyjnego oraz wyraził wątpliwości dotyczące procedury sprzeciwu i czasu, jaki Komisja lekarska ma na wydanie swojej decyzji. W rekomendacjach Komitet nakazał Polsce przegląd skutków, jakie niosą za sobą restrykcyjne przepisy dotyczące aborcji i jakie następstwa mają dla praw kobiet. Podkreślił wagę badania rozmiarów i konsekwencji istnienia podziemia aborcyjnego. Bardzo wyraźnie podkreślił też konieczność dodatkowych regulacji w zakresie stosowania klauzuli sumienia przez lekarzy oraz rewizję terminu wydania orzeczenia przez Komisję Lekarską w sprawach o sprzeciw. Podkreślił też bardzo wyraźnie, że należy wzmocnić środki służące zapobieganiu niechcianym ciążom poprzez zwiększenie dostępu do środków antykoncepcyjnych w szerokim zakresie, także poprzez umieszczanie ich na listach leków refundowanych.

⁵² Obecnie Polska jest w procesie sprawozdawania się przed Komitetem CEDAW za kolejny okres

⁵³ CEDAW/C/POL/CO/6

⁵⁴ CCPR/C/POL/CO/6

► **Komitet Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych ONZ**

Obserwacje i rekomendacje dotyczące praw reprodukcyjnych zawarł w swoim ostatnim dokumencie dotyczącym Polski również Komitet Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych⁵⁵ w 2009 roku. Wskazał w nim na swoją wielką obawę dotyczącą tego, że Polska nie gwarantuje dostępu do podstawowych usług z zakresu zdrowia reprodukcyjnego. Podkreślił przy tym w sposób wyraźny brak usług z zakresu antykoncepcji oraz planowania rodziny w publicznej ochronie zdrowia. Wyraził swoje rozczarowanie faktem, że poprzednia rekomendacja w tym zakresie nie została wypełniona i powtórzył po raz kolejny, że konieczne jest zapewnienie odpowiedniego dostępu do świadczeń zdrowia reprodukcyjnego, w tym przede wszystkim dostępu do szerokiej gamy środków antykoncepcyjnych po przystępnych cenach.

► **Komitet ONZ przeciwko torturom**

W 2013 roku Polska została poddana procesowi sprawozdawczemu przez Komitetem ONZ przeciwko torturom (CAT). Komitet CAT po raz pierwszy w swoim raporcie⁵⁶ uwzględnił kwestię przerywania ciąży w Polsce. Wskazał na swoje obawy dotyczące restrykcji w dostępie do aborcji, w szczególności dla ofiar zgwałceń oraz w związku z nadużywaniem klauzuli sumienia. Podkreślono przy tym, że takie ograniczenia prowadzą do tego, że kobiety poszukują zabiegów w podziemiu aborcyjnym, co jest niebezpieczne dla ich zdrowia. Komitet zarekomendował, aby kobiety, które w zgodzie z obowiązującym prawem zdecydują się na przerwanie ciąży miały dostęp do legalnych i bezpiecznych zabiegów. Nawiązano do dokumentu wydanego przez Światową Organizację Zdrowia w 2012 roku, gdzie wyraźnie wskazane zostało, że prawo do korzystania z klauzuli sumienia przez lekarzy nie może stać na drodze realizacji praw jednostki do świadczeń zdrowotnych. Komitet zarekomendował, aby państwo stworzyło i wdrożyło odpowiednie ramy prawne bądź politykę postępowania, która umożliwi kobietom korzystanie z prawa do przerywania ciąży zgodnie z obowiązującym prawem.

► **Rada Praw Człowieka ONZ**

Polska została po raz drugi poddana przeglądowi w ramach Powszechnego Przeglądu Okresowego w 2012 roku. Jest to mechanizm wyjątkowy, wypracowany w ramach Rady Praw Człowieka ONZ. Jego wyjątkowość polega na tym, że dialog dotyczący realizacji praw człowieka w danym państwie odbywa się na poziomie horyzontalnym pomiędzy państwem poddanym przeglądowi a innymi państwami ONZ, które wyrażają swoje obawy, zadają pytania oraz wydają rekomendacje. Wobec bardzo szerokiego spektrum problematyki, która objęta jest działalnością Rady w związku z bardzo rozwiniętym systemem ochrony praw człowieka w ramach ONZ, prawa reprodukcyjne w sposób oczywisty nie mogą stanowić priorytetu zainteresowania innych państw. Polska bowiem ma wiele innych problemów z realizacją praw człowieka, które budzą zainteresowanie i niepokój na arenie międzynarodowej. Jednak należy z całą mocą podkreślić, że realizacja praw reprodukcyjnych stanowi przedmiot zainteresowania państw Rady i dostrzegalna jest krytyka ich realizacji. W związku z tym Polsce zadano

⁵⁵ E/C.12/POL/CO/5

⁵⁶ CAT/C/POL/CO/5-6

wiele pytań dotyczących prawa aborcyjnego oraz tego, w jaki sposób gwarantuje jego realizację (a nawet, czy nie zamierza tego prawa – bardzo restrykcyjnego w ocenie na przykład Francji – złagodzić). Najważniejsze rekomendacje wydane zostały przez Słowenię oraz Norwegię. Słowenia zasugerowała Polsce wprowadzenie odpowiedniego, skutecznego mechanizmu, który miałby za zadanie chronić przed naruszeniami kobiety, którym w sposób niezgodny z prawem odmówiono świadczeń zdrowia reprodukcyjnego. Co więcej – Słowenia zarekomendowała również jasne zdefiniowanie okoliczności, w których możliwe jest przeprowadzenie tak zwanej aborcji terapeutycznej (kiedy zagrożone jest życie lub zdrowie kobiety). Norwegia zaś zaproponowała, aby państwo polskie jako pewne minimum, zapewniło chociaż dostęp do legalnej aborcji według obowiązującego obecnie prawa, poprzez stworzenie jasnych i prawnie obowiązujących regulacji dotyczących implementacji postanowień Ustawy.

W ramach Rady Praw Człowieka ONZ działają również tak zwane Specjalne Procedury (*Special Procedures*), którymi są na przykład mandaty specjalnych sprawozdawców ONZ do spraw szczególnie istotnych z punktu widzenia ochrony praw człowieka.

Bardzo ważnym dokumentem jest raport z wizyty Specjalnego Sprawozdawcy ONZ ds. zdrowia w Polsce w roku 2009⁵⁷. Został przedstawiony na 14tej sesji Rady praw Człowieka jako dokument dodatkowy do wspomnianego już raportu dotyczącego skutków kryminalizacji zachowań związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym. W swoim raporcie Anand Grover wziął pod uwagę szerokie spektrum realizacji praw reprodukcyjnych w Polsce – dostęp do informacji i edukacji seksualnej, dostęp do antykoncepcji, dostęp do legalnej aborcji, sprawę Alicji Tysiąc, niebezpieczne aborcje, kwestie związane z wykonywaniem zawodów medycznych oraz dostęp do świadczeń wspomaganego rozrodu. Sprawozdawca skrytykował jakość edukacji seksualnej w Polsce i wezwał rząd do przeanalizowania zawartości programów szkolnych w zakresie edukacji seksualnej w celu zapewnienia, że obejmują one informacje rzetelne i oparte na dorobku naukowym, wolnym od uprzedzeń i stereotypów. W nawiązaniu do obserwacji Komitetu Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych, w raporcie odzwierciedlone są obawy dotyczące niskiego standardu dostępu do nowoczesnych środków antykoncepcyjnych i konieczności poprawy sytuacji związanej z ich przystępnością cenową oraz praktyką ograniczania dostępu do rzetelnej informacji przez samych lekarzy w oparciu o ich indywidualne przekonania. Wskazane zostały negatywne skutki w postaci braku wiedzy kobiet o możliwościach zapobiegania ciąży, niechcianych ciąż i konieczności poszukiwania możliwości przerywania ciąży zamiast jej odpowiedniego zapobiegania. Sprawozdawca zauważył, że w Polsce istnieją bardzo restrykcyjne na tle Europy przepisy dotyczące przerywania ciąży, co skutkuje nie tyle brakiem aborcji, ile faktem, że kobiety muszą uciekać się do poddawania się aborcji w warunkach nielegalności bądź poza granicami kraju. Podkreślił to, że przez wiele instytucji prawo aborcyjne w Polsce zostało uznane za bardzo restrykcyjne na tle innych państw Unii Europejskiej. Zauważone zostało także to, że w związku z kształtem przepisów oraz otoczeniem społecznym, faktyczny dostęp do legalnej aborcji jest jeszcze bardziej restrykcyjny niż w myśl samej Ustawy. Wzbudziło to obawy związane z tym, że prawdo do zdecydowania o tym, czy kontynuować ciążę, czy ją przerwać jest jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii związanych z integralnością cielesną kobiety,

⁵⁷ A/HRC/14/20/Add.3

kontrolowanie własnego ciała zaś jest jednym z podstawowych praw człowieka. Sytuacja, w której lekarze, księża i inne podmioty ingerują w prawo kobiety do zadecydowania o poddaniu się legalnej aborcji uznał Sprawozdawca za wysoce niepokojące i wymagające reakcji ze strony państwa tak, aby decyzja w tym zakresie należała do kobiety. W swoim raporcie Sprawozdawca również nawiązał do kwestii kryminalizacji aborcji oraz podziemia aborcyjnego, o czym była już mowa w niniejszym raporcie. Wskazał, że polski rząd ignoruje fakt, że zakaz aborcji nie sprawia, że kobiety się jej nie poddają oraz skrytykował to, że analizuje skali i konsekwencji zjawiska. Zarekomendował, aby polski rząd dążył do usunięcia faktycznych – prawnych, społecznych, kulturowych i religijnych – przeszkód na drodze realizacji prawa kobiety do przerwania ciąży zgodnie z obowiązującym prawem. Szczególną uwagę zwrócono na kwestię wykonywania zawodów medycznych – wskazano na niewystarczającą edukację w zakresie praw człowieka oraz, przede wszystkim, nadużywanie klauzuli sumienia. Sprawozdawca przywołał to, co na ten temat stwierdził Komitet Praw Człowieka, podzielił jego obawy oraz zarekomendował zmiany tak, aby stosowanie klauzuli sumienia było jaśniej określone i nie stanowiło przeszkody w realizacji praw reprodukcyjnych kobiet, ani dostępu do świadczeń zdrowotnych w ogóle.

Z kolei Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. tortur i innego niehumanitarnego bądź poniżającego traktowania odniósł się do sytuacji w Polsce we wspomnianym raporcie dla Rady Praw Człowieka. Wskazał przykład spraw *R.R. przeciwko Polsce* oraz *P. i S. przeciwko Polsce* jako dowody na to, że restrykcyjne przepisy aborcyjne oraz niedostateczne gwarancje, aby te przepisy (nawet bardzo ograniczające prawo do aborcji) były stosowane w sposób odpowiedni, mogą prowadzić do sytuacji niehumanitarnego i poniżającego traktowania kobiet ciężarnych. Polska została tu przytoczona jako zły przykład realizacji prawa do przerywania ciąży i jako jeden z niewielu krajów została w raporcie tak wyraźnie wspomniana i potępiona.

► Komisarz Rady Europy ds. Praw Człowieka

System ochrony praw człowieka ONZ jest najbardziej rozbudowany pod kątem kontroli działalności państwa w zakresie przestrzegania standardów. Europejski Trybunał Praw Człowieka nie prowadzi takiej działalności kontrolnej, ale nie oznacza to, że system Rady Europy nie posiada mechanizmów kontrolnych. Jednym z nich jest działalność Komisarza ds. Praw Człowieka. Cyklicznie wydaje on rekomendacje dotyczące realizacji praw człowieka w określonych państwach oraz rozlicza je z wykonania tych rekomendacji w oparciu o wizyty w poszczególnych krajach. Jednym z wątków ostatniego Memorandum do rządu polskiego⁵⁸ z roku 2007 była właśnie realizacja standardów ochrony praw reprodukcyjnych. Podzielono w nim obawy innych instytucji (np. Komitetu CEDAW) oraz organizacji pozarządowych, a także przywołano jedyny w tamtym czasie wyrok Trybunału w sprawie przeciwko Polsce (Tysiąc). Komisarz zauważył też, że dostęp do legalnej aborcji jest w Polsce znacznie utrudniony. W związku z tym rząd polski powinien zapewnić kobietom, które są na mocy Ustawy uprawnione do tego zabiegu realny dostęp do niego bez żadnych przeszkód. Zaznaczono też, że fakt, że jest tak niewiele legalnych aborcji (w oparciu o oficjalne statystyki) powinien być dla rządu polskiego sygnałem, że nielegalne zabiegi odbywają się na dużą skalę, co w sposób oczywisty stanowi zagrożenie dla kobiet. Komisarz zarekomendował również podjęcie odpowiednich działań zmierzających do wprowadzenia skutecznej edukacji seksualnej w szkołach.

⁵⁸ CommDH(2007)13

NAJWAŻNIEJSZE DZIAŁANIA FEDERACJI NA RZECZ KOBIET I PLANOWANIA RODZINY W 2013 ROKU

Konferencja „20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej w Polsce. Ustawodawstwo dotyczące praw reprodukcyjnych w Polsce i w innych krajach Unii Europejskiej”

Konferencja odbyła się 21 stycznia 2013 r. w Warszawie. W styczniu bowiem przypadała dwudziesta rocznica uchwalenia *Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Celem konferencji było podsumowanie tego okresu w kontekście praw reprodukcyjnych w Polsce na tle innych państw Unii Europejskiej. W pierwszym panelu przypomniano historyczny i społeczny kontekst dostępności praw reprodukcyjnych w Polsce, w tym możliwości przerywania ciąży, dostępności edukacji seksualnej i nowoczesnej antykoncepcji. Barbara Labuda, była posłanka, ministra i działaczka społeczna, mówiła o wzmocnieniu się tendencji konserwatywnych w społeczeństwie i przyczynach tego zjawiska. Katarzyna Kądziała, dyrektorka Fundacji im. Izabeli Jarugi-Nowackiej nawiązała również do roli religii w kształtowaniu się postaw Polek i Polaków w demokratycznej Polsce. Marek Balicki, były poseł i Minister Zdrowia wrócił do tematu zmieniającej się mentalność lekarzy ginekologów. Wanda Nowicka, Wicemarszałkini Sejmu RP, była przewodnicząca Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny oceniła także historyczną sytuację w Polsce na tle innych państw Europy Środkowej i Wschodniej, która miała być ostoją dla konserwatywnych przekonań. Małgorzata Księżopolska, przewodnicząca Zarządu Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny podkreśliła zasługi organizacji feministycznych w obronie praw kobiet i wspomniała, że częścią strategii odbierania obywatelkom ich praw było ośmieszanie feminizmu i feministek.

Drugi panel poświęcony był przyszłości praw reprodukcyjnych w Polsce. Dyrektorka Federacji Krystyna Kacpura podkreśliła, że aby sytuacja prawna mogła się zmienić, musimy uświadamiać kobietom, że prawa reprodukcyjne są częścią praw człowieka. Pisarka, dziennikarka i wykładowczyni Kazimiera Szczuka dodała, że równie ważne są inicjatywy oddolne, regularne bombardowanie świadomości społecznej – dobrym przykładem tego była akcja Kobiet na falach z jej piracką symboliką, ale też akcja plakatów uświadamiających społeczeństwu realia turystyki aborcyjnej Polek.

Paulina Piechna-Więckiewicz, wiceprzewodnicząca SLD powiedziała, że dziwi ją hipokryzja wielu młodych kobiet, które wyjeżdżają z kraju, gdzie realizują w pełni swoje prawa reprodukcyjne, a potem wracają do Polski i nie mówią nic lub twierdzą, że taki stan jaki mamy w naszym kraju jest OK.

Agnieszka Grzybek, przewodnicząca Zielonych 2004 i działaczka zaangażowana w inicjatywę pro-choice zwróciła uwagę, że kwestia prawa do decydowania o swoim ciecie nie jest tylko domeną wielkomiejskich feministek – na przykład inicjatywa Tak dla kobiet spotkała się z dużym zainteresowaniem społeczeństwa, ludzie podpisywali się chętnie gdy mówiła im wprost, że chodzi o prawo do przerywania ciąży. Zebrano bardzo dużo podpisów z województw tradycyjnie konserwatywnych i z małych wiosek.

Panel na V Kongresie Kobiet „Zdrowie i seksualność kobiet w cyku życia”

Panel odbył się 14 czerwca 2013 r. w Warszawie. Zdrowie kobiet w znacznej mierze powiązane jest z ich seksualnością, a ich decyzje seksualne mają niemały wpływ na zdrowie i życie. Każdy wiek ma swoją charakterystykę, inne są potrzeby zdrowotne czy doświadczenia seksualne nastolatek, inne kobiet w tzw. wieku reprodukcyjnym, a inne kobiet w trakcie i po menopauzie.

O najważniejszych zagadnieniach, przyjemnościach i problemach, jakie niosą ze sobą poszczególne etapy życia rozmawiały z moderatorkami - dr Alicją Długolecką, pedagogką, edukatorką seksualną i autorką książek oraz artykułów i Anką Grzywacz, koordynatorką programową Federacji, ekspertki: dr Bożena Jawień, ginekolożka; Paulina Wawrzyńczyk, edukatorka seksualna Grupy Ponton; Karolina Więckiewicz, prawniczka Federacji; Joanna Pietrusiewicz, prezeska Fundacji Rodzić po Ludzku; Justyna Wydrzyńska i Anna Szreniawa z grupy Kobiety w Sieci i Paulina Reiter, zastępczyni redaktorki naczelnej magazynu „Wysokie Obcasy”, współautorka książki „Seks na wysokich obcasach”. Dyskusję otworzyła i podsumowała Dyrektorka Wykonawcza Federacji Krystyna Kacpura.

Pierwsza część panelu poświęcona była dziewczynkom i nastolatkom, szczególnie zagadnieniom edukacji seksualnej dostępu młodych dziewczyn do profilaktyki zdrowia seksualnego oraz nowoczesnej antykoncepcji.

W części poświęconej kobietom w tzw. wieku reprodukcyjnym poruszony został ważny temat seksualności kobiet w ciąży, a także praw kobiet w czasie porodu. Mówiono również o podziemiu aborcyjnym w Polsce i jego skali oraz skutkach.

W części poświęconej kobietom dojrzałym dyskutowano m.in. o zjawisku „niewidzialności” kobiet po 50. roku życia i o postrzeganiu seksualności kobiet starszych, a także o zdrowiu w okresie menopauzy. Przez cały czas trwania Kongresu działało też stoisko Federacji, na którym można było zasięgnąć porady i otrzymać publikacje.

Pikieta i rzecznictwo w sprawie odrzucenia projektu zaostrożającego Ustawę o planowaniu rodziny

Z inicjatywy Federacji powstała koalicja ok. 40 organizacji, które przekonywały posłów i posłanki do odrzucenia projektu zaostżenia *Ustawy o planowaniu rodziny*, który zakładał zakaz aborcji w przypadku podejrzenia ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu lub jego wady letalnej. Organizacje zachęcały swoich sympatyków i sympatyczki do pisania e-maili i indywidualnych rozmów z politykami. Wsparcia udzieliły również organizacje zagraniczne zrzeszone w sieci ASTRA oraz Centrum Praw Reprodukcyjnych z USA. 24 września odbyła się konferencja prasowa z udziałem ekspertów, a 25 września pikieta pod Sejmem RP. 26 września miała miejsce sejmowa dyskusja. W głosowaniu za odrzuceniem projektu było 233 posłów, a za skierowaniem do komisji 182, 6 osób się wstrzymało. 27 września 2013 r. Sejm RP odrzucił projekt ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (druk 1654). To kolejny sukces Federacji i organizacji kobiecych oraz prawno-człowieczych broniących podstawowych praw reprodukcyjnych kobiet. Niestety rządzące od kilku lat koalicje nie są zainteresowane liberalizacją nieskutecznego prawa obowiązującego w Polsce i nasze wysiłki skupiają się na obronie dotychczasowych zapisów. Równolegle Federacja prowadzi działalność rzeczniczą, której celem jest zwiększenie dostępności antykoncepcji oraz wprowadzenie rzetelnej, holistycznej edukacji seksualnej do szkół.

Inne działania rzecznicze

Federacja podjęła szereg inicjatyw związanych z koniecznością poprawy realizacji praw reprodukcyjnych Polek. Najważniejszymi z nich były:

Działania na rzecz zmiany prawa do sprzeciwu

Federacja stoi na stanowisku, że prawo do sprzeciwu wobec orzeczenia lub opinii lekarza nie spełnia wymogów dobrego prawa i skutecznego mechanizmu ochrony kobiet przed naruszeniami praw reprodukcyjnych. Nie dzieje się tak nawet w wąskim zakresie, dla którego to prawo zostało ustanowione. Przez cały 2013 rok Federacja podejmowała szereg inicjatyw, które miały na celu spowodowanie prac nad wadliwym uregulowaniem. W związku z tym odbył się szereg spotkań na ten temat – z przedstawicielami Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Pełnomocniczki Rządu ds. równego traktowania oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Działania te doprowadziły do tego, że obecnie Ministerstwo Zdrowia w założeniach do nowelizacji Ustawy o prawach pacjenta, zawarło propozycje zmiany prawa do sprzeciwu.

Działania na rzecz wykonania wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach polskich

Poza prawem pacjenta do sprzeciwu, implementacji wymagają też inne postanowienia Trybunału w sprawach Polskich. Komitet Ministrów Rady Europy wciąż nie zatwierdził wykonania żadnego z nich. Federacja zabierała w tej sprawie głos zarówno na posiedzeniu Sejmowej Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka, jak i posiedzeniu Międzyresortowego Zespołu ds. ETPCz za każdym razem wskazując na luki w tym

zakresie i konieczność podjęcia odpowiednich działań w celu zapewnienia kobietom prawa do legalnego przerywania ciąży. Jak wykazano w niniejszym raporcie, Trybunał wskazał na liczne przeszkody w dostępie do świadczeń, na które zezwala Ustawa o planowaniu rodziny.

Reakcja na propozycję zmian w Kodeksie karnym

Federacja bacznie obserwuje wszystkie próby nastawione na zmianę regulacji prawnych dotyczących praw reprodukcyjnych. Dlatego zareagowała również na propozycję zmian w Kodeksie karnym, które rekomenduje rządowi Komisja Kodyfikacyjna Prawa Karnego. Postuluje się w nim zmianę języka prawnego dotyczącego przerywania ciąży w sposób niespotykany na świecie nawet w krajach, gdzie prawo dotyczące aborcji jest najbardziej restrykcyjne. Przyjęcie takich rozwiązań spowodowałoby znaczne zmniejszenie już i tak bardzo niskiego standardu prawnego ochrony praw reprodukcyjnych Polek, dlatego Federacja zabiera w tej sprawie głos, wydała stanowisko i będzie nadal monitorować proces prac nad tą propozycją oraz podejmować odpowiednie działania rzecznicze.

Wybrane działania Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny w 2013 roku



Konferencja „20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej w Polsce. Ustawodawstwo dotyczące praw reprodukcyjnych w Polsce i w innych krajach Unii Europejskiej”



Ekipa Federacji w drodze na pikietę przeciwko zaostreniu ustawy antyaborcyjnej



Pikieta pod Sejmem przeciwko zaostreniu ustawy antyaborcyjnej



Działająca przy Federacji Grupa Edukatorów Seksualnych Ponton na warszawskiej manifestacji



Panel na V Kongresie Kobiąt „Zdrowie i seksualność kobiet w cyklu życia”



Dyrektorka Federacji Krystyna Kacpura wygłasza stanowisko na posiedzeniu Rady Praw Człowieka ONZ w Genewie

Fot.: archiwum własne

Autorki raportu

Anka Grzywacz

Koordynatorka programowa w Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny

Od ponad dziesięciu lat zaangażowana w działalność na rzecz praw reprodukcyjnych i seksualnych, szczególnie prawa do legalnej i bezpiecznej aborcji, dostępu do nowoczesnej antykoncepcji i rzetelnej edukacji seksualnej. Współzałożycielka Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton, trenerka, absolwentka studiów podyplomowych w zakresie seksuologii klinicznej.

Bożena Jawień, dr n. med.

Jest specjalistką z zakresu położnictwa i ginekologii. W swojej pracy zawodowej zajmuje się poradnictwem ginekologicznym w zakresie profilaktyki i leczenia chorób kobiecych. Stopień doktora nauk medycznych otrzymała po obronie rozprawy doktorskiej pt. „Analiza trendu przygotowania młodzieży akademickiej do współżycia seksualnego”.

Krystyna Kacpura

Dyrektorka Wykonawcza Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Związana z Federacją ponad 20 lat. Absolwentka Wyższej Szkoły Ekonomicznej we Wrocławiu oraz Uniwersytetu Warszawskiego. Ukończyła Podyplomowe Studia Służby Zagranicznej przy Polskim Instytucie Spraw Międzynarodowych. Autorka artykułów i publikacji nt. praw i zdrowia reprodukcyjnego w Polsce i w Europie Środkowowschodniej. Członkini Europejskiego Stowarzyszenia Antykoncepcji i Zdrowia Reprodukcyjnego.

Karolina Więckiewicz

Prawniczka Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Doktorantka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. W pracy zawodowej i naukowej zajmuje się między innymi problematyką przestępczości kobiet i przeciwno kobietom (szczególnie przemocy wobec kobiet i przemocy domowej), zdrowia i praw reprodukcyjnych, praw pacjenta, prawa medycznego, prawnych zagadnień macierzyństwa, metod wspomaganego rozrodu, kwestii bioetycznych oraz prawa antydyskryminacyjnego. Autorka publikacji naukowych z zakresu praw kobiet oraz komentarzy do wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

Martyna Zimniewska

Związana z Federacją od 2010 roku. Absolwentka marketingu na University of Abertay Dundee w Szkocji oraz Europejskiej Akademii Dyplomacji w Warszawie, studiowała również Peace Studies na University of Bradford w Anglii. Realizowała ogólnopolską kampanię informacyjną Federacji pt. „Pacjentko! Korzystaj ze swoich praw!”. Od 2013 zajmuje się prawami młodych ludzi, koordynując sieć organizacji działających na rzecz zdrowia i praw reprodukcyjnych i seksualnych młodzieży z Europy Środkowo-Wschodniej (ASTRA Youth).



©Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny

Warszawa
2013

Publikacja powstała przy wsparciu
Fundacji im. Róży Luksemburg Przedstawicielstwo w Polsce
ze środków BMZ

