

**Ustawa z dnia ... 2020 roku
o bezpiecznym przerywaniu ciąży i innych prawach reprodukcyjnych**

Art. 1

1. Każda osoba ma prawo do samostanowienia w dziedzinie swojej płodności, rozrodczości i rodzicielstwa.
2. Każda osoba ma prawo do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających pełną realizację prawa do świadomego rodzicielstwa.

Art. 2.

1. Każda osoba w ciąży ma prawo do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży do końca 12. tygodnia jej trwania.
2. Każda osoba w ciąży ma prawo do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży po upływie 12. tygodnia jej trwania w przypadku, gdy:
 - 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia fizycznego lub psychicznego osoby w ciąży;
 - 2) wyniki diagnostyki prenatalnej lub inne przesłanki medyczne wskazują na to, że występują nieprawidłowości rozwojowe lub genetyczne płodu; jeśli do stwierdzenia wady wystarczające są wyniki badań obrazowych, przeprowadzanie dalszej diagnostyki nie jest wymagane;
 - 3) ciąża jest następstwem czynu zabronionego, będącego przedmiotem oświadczenia osoby w ciąży.
3. Świadczenie opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży udzielane jest w możliwie najwcześniejszym stadium rozwoju ciąży, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej.
 - 1) Świadczenie opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży polega na wywołaniu poronienia metodą farmakologiczną lub przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego.
 - 2) Środki farmakologiczne podaje lekarz, pielęgniarka lub położna bądź wydawane są w aptece na podstawie recepty. Na wniosek osoby w ciąży świadczona jest opieka ambulatoryjna lub szpitalna w trakcie przyjmowania środków wywołujących poronienie.
 - 3) Do 12. tygodnia trwania ciąży zabieg chirurgiczny przeprowadza lekarz w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych.
4. Świadczenia zdrowotnego w postaci przerwania ciąży udziela się na wniosek osoby w ciąży. Wniosek może być złożony w dowolnej formie.
5. W razie zaistnienia okoliczności opisanych w ust. 2 pkt 1 i 2 niezwłocznie po zdiagnozowaniu zagrożenia dla życia lub zdrowia osoby w ciąży lub wady płodu osoba stwierdzająca te okoliczności ma obowiązek poinformować o nich osobę w ciąży.
6. W przypadkach określonych w ust. 2 pkt 2 i 3 udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży jest dopuszczalne do końca 24. tygodnia ciąży. W przypadku gdy stwierdzone u płodu nieprawidłowości uniemożliwiają późniejszą zdolność płodu do życia

poza organizmem osoby w ciąży, udzielenie świadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, jest dopuszczalne po 24. tygodniu ciąży.

8. Lekarz, pielęgniarka lub położna, który/a udziela świadczeń opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży, przekazuje informacje o środkach i metodach zapobiegania ciąży.

Art. 3.

1. Do przerwania ciąży w podmiocie leczniczym wymagana jest uprzednia pisemna zgoda osoby w ciąży, której odebranie jest obowiązkiem personelu medycznego. Świadczenie zdrowotne w postaci przerwania ciąży udzielane jest nie później niż 72 godziny po złożeniu wniosku, o którym mowa w art. 2 ust. 4.

2. W przypadku małoletniej osoby w ciąży, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, lub osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie albo częściowo wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego.

3. Osoba małoletnia, która ukończyła 13. rok życia, samodzielnie podejmuje decyzję o przerwaniu ciąży i wymagana jest pisemna zgoda tej osoby.

4. W przypadku osoby małoletniej poniżej 13. roku życia, która wyraża wolę przerwania ciąży, wymagana jest również zgoda opiekuna prawnego lub, gdy opiekun jej nie wyraża, zgoda sądu opiekuńczego.

5. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo wymagana jest także jej pisemna zgoda, chyba że na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego. W razie braku zgody przedstawiciela ustawowego o dopuszczalności przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży decyduje sąd opiekuńczy.

Art. 4.

Osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiocie leczniczym, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży.

Art. 5.

1. Świadczeniodawca, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży, jest zobowiązany do udzielania wszystkich wymaganych świadczeń, w tym przerwania ciąży.

2. W przypadku, kiedy lekarz odmawia udzielenia świadczenia zdrowotnego powołując się na art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ordynator oddziału lub kierownik podmiotu leczniczego, w którym zawód wykonuje ten lekarz, mają obowiązek wskazania innego lekarza, który udzieli świadczenia zdrowotnego w tym samym podmiocie leczniczym.

3. Lekarz nie może powołać się na art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry do odmowy udzielenia porady lekarskiej, stwierdzenia wystąpienia okoliczności uprawniających do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży, wskazanych w art. 2 ust. 2 pkt 1-2 niniejszej ustawy, wydania recepty na produkt leczniczy lub skierowania na badania diagnostyczne.

4. W przypadku, gdy wszyscy lekarze wykonujący zawód u świadczeniodawcy złożyli informację o możliwości odmowy udzielenia świadczenia na podstawie art. 39 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, świadczeniodawca jest zobowiązany do posiadania umowy z podwykonawcą, zapewniającym udzielenie tego świadczenia w tym samym podmiocie leczniczym.

5. Narodowy Fundusz Zdrowia rozwiązuje ze świadczeniodawcą umowę, jeśli nie zapewnia on, pomimo możliwości, kompleksowych świadczeń zdrowotnych związanych z opieką zdrowotną nad osobą w ciąży, w tym przerwania ciąży, oraz nie realizuje obowiązków określonych w ust. 1-3.

Art. 6.

W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2019 r., poz. 1950) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) uchyla się art. 152.
- 2) uchyla się art. 157a.

Art. 7.

W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127) w art. 31 wprowadza się następujące zmiany:

- 1) dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

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

- 2) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

- 3) uchyla się ust. 3 i 4,

- 4) ust. 5 otrzymują brzmienie:

“5. Komisja Lekarska, na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia wniesienia sprzeciwu, z zastrzeżeniem ust. 5a.”,

- 5) po ust. 5 dodaje się ust. 5a-5c w brzmieniu:

„5a. W przypadku sprzeciwu wobec odmowy udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży, Komisja Lekarska wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w ciągu 24 godzin liczonych od dnia wniesienia sprzeciwu.

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

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

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

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

7) uchyla się ust. 8.

Art. 8.

W ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży uchyla się art. 4a oraz art. 4b.

Art. 9.

Minister właściwy do spraw zdrowia, wydając rozporządzenia na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190) oraz art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373), rozszerzy program badań prenatalnych o test biochemiczny polegający na badaniu białka PAPP-A oraz hormonu wolnej podjednostki β -hCG dla wszystkich osób w ciąży.

Art. 10.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

1. Potrzeba i cel uchwalenia ustawy

Projektowana ustawa ma na celu zagwarantować osobom mieszkającym w Polsce realizację pełni praw reprodukcyjnych, w tym prawa do ochrony zdrowia i poszanowania wolności oraz prywatności w zakresie rozrodczości. Obowiązująca obecnie ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (dalej: „ustawa z 1993 roku”), którą niniejszy projekt zmienia, nie zapewnia należytej ochrony wzmiankowanych praw. Rażąco naruszenia prawa do ochrony zdrowia reprodukcyjnego i samostanowienia w sprawach prokreacji były wielokrotnie przedmiotem krytyki ze strony organizacji międzynarodowych stojących na straży praw człowieka. W sprawach tych wypowiedziały się między innymi organy Organizacji Narodów Zjednoczonych, w tym Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet w 2014 roku (CEDAW/C/POL/CO/7-8, pkt 37), Komitet Praw Dziecka w 2015 roku (CRC/C/POL/CO/3-4, pkt 39), Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych w 2016 roku (E/C.12/POL/CO/6, pkt 47) czy Komitet Praw Człowieka ONZ w 2016 roku (CCPR/C/POL/CO/7, pkt 24). Komitet ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami w kierowanych przez siebie zaleceniach z 2018 roku (CRPD/C/POL/CO/1) odnosi się do zapewnienia kobietom z niepełnosprawnościami świadczeń z zakresu ochrony zdrowia reprodukcyjnego na równi z pozostałymi osobami, włączając w to dostęp do bezpiecznej aborcji

Komitet Praw Człowieka w Generalnym Komentarzu nr 36 do art. 6 Międzynarodowego Paktu Praw Osobistych i Politycznych (prawo do życia) z 2018 roku (CCPR/C/GC/36) wskazał, że zapewnienie efektywnego dostępu do bezpiecznej i legalnej aborcji jest kwestią ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego kobiet oraz dziewcząt, zabezpieczeniem ich przed dyskryminacją i ingerencją w prywatność. Dostęp do przerywania ciąży musi być zagwarantowany w szczególności w sytuacjach, w których zmuszenie do donoszenia ciąży wiązałoby się dla kobiet ze znacznym bólem i cierpieniem

Należy podkreślić, że zawarte w ustawie z 1993 roku przepisy antyaborcyjne są wyjątkowo restrykcyjne na tle prawodawstwa innych państw europejskich. Według stanu na dzień 7 marca 2020 roku, przepisy regulujące prawo do zabiegu przerywania ciąży kształtowały się w pozostałych państwach członkowskich Unii Europejskiej następująco: 1. prawo do przerywania ciąży na żądanie ciężarnej: Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Francja, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Niderlandy, Niemcy, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Włochy; 2. prawo do przerywania ciąży ze względów społeczno-ekonomicznych (*de facto* na żądanie pacjentki): Finlandia; 3. całkowity zakaz przerywania ciąży (*de facto* możliwe jest przerywanie ciąży w przypadku zagrożenia życia ciężarnej): Malta.

Cypr i Irlandia, w których do niedawna obowiązywały przepisy antyaborcyjne równie lub bardziej restrykcyjne niż w Polsce, zagwarantowały prawo do przerwania ciąży w 2018 roku.

Naruszenia praw reprodukcyjnych, jakich się Polska dopuszcza w stosunku do swoich obywaterek, były przyczyną przegranej przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu: w 2007 roku w sprawie *Tysiiąc przeciwko Polsce* (5410/03), w 2011 roku w sprawie *R.R. przeciwko Polsce* (27617/04) oraz w 2012 roku w sprawie *P. i S. przeciwko Polsce* (57375/08). Trybunał orzekł na korzyść skarżących i nakazał wypłacenie im przez rząd polski wysokich rekompensat finansowych.

1.1. Prawo do przerywania ciąży

Ustawa z 1993 roku nie zapewnia dostatecznej możliwości realizacji praw reprodukcyjnych. Jest to jedna z najbardziej restrykcyjnych ustaw antyaborcyjnych w Europie. W momencie uchwalenia przewidywała możliwość przerwania ciąży w trzech, a po publikacji “wyroku Trybunału Konstytucyjnego” z dnia 22.10.2020 r. w sprawie K 1/20 w dwóch wyjątkowych sytuacjach, które nie pokrywają wszystkich okoliczności, gdy osoby w ciąży potrzebują aborcji. W dodatku dotychczasowa regulacja została sformułowana w sposób, który uniemożliwia jej efektywne egzekwowanie, przerzucając cały ciężar poszukiwania opieki medycznej na osoby w ciąży. Daje pole do nadużyć praw pacjenckich, pozwala na nakładanie na pacjentki pozaustawowych barier i wymagań. Obecne prawo zakłada brak sankcji za odmowę udzielenia gwarantowanego świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży. Przewiduje za to odpowiedzialność karną lekarzy i osób trzecich za przeprowadzenie i pomoc w aborcji poza warunkami wskazanymi w ustawie, powodując tzw. efekt mrożący. Polega on na tym, że personel medyczny z obawy na grożącą sankcją karną całkowicie powstrzymuje się od wykonywania obowiązującego prawa kosztem pacjentek.

W rezultacie aborcje się odbywają, ale poza systemem. Osoby w ciąży wyjeżdżają do klinik zagranicznych lub zamawiają środki poronne ze strony internetowych. Cały ciężar organizacyjny i finansowy spoczywa na nich. Pozbawione są możliwości konsultacji lekarskich w lokalnym podmiocie leczniczym, co osłabia ich poczucie bezpieczeństwa. Penalizacja aborcji, mimo iż nie przewiduje odpowiedzialności dla osoby w ciąży za jej własną aborcję, potęguje stygmatyzację. Cała sytuacja jest źródłem rosnących nierówności społecznych - dostęp do aborcji jest bowiem uzależniony od posiadanych zasobów: znajomości, dostępu do informacji i internetu, możliwości finansowych, miejsca zamieszkania. Wciąż istnieje ryzyko, że osoby w niechcianej ciąży, które nie znajdą informacji o bezpiecznych możliwościach jej przerwania lub z jakichś przyczyn nie będą mogły z nich skorzystać, sięgną po niebezpieczne metody, narażając się nie tylko na bezpłodność, ale też utratę zdrowia i życia.

Brak dostępu do aborcji bez barier wpływa negatywnie na zdrowie fizyczne i psychiczne osób w ciąży, osłabia dostęp do diagnostyki prenatalnej, zmusza do rodzenia wbrew woli lub przerywania ciąży w poczuciu osamotnienia i niepewności. Taki stan nosi znamiona

okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania, zakazanego przez polską Konstytucję i konwencje międzynarodowe.

Zgodnie z danymi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w 2019 r. wykonano łącznie 1110 zabiegów przerwania ciąży, w tym 33 z powodu zagrożenia życia lub zdrowia osoby w ciąży, 1074 z przyczyn embriopatologicznych, a 3 z powodu czynu zabronionego. Dane te wykazują dużą dysproporcję w stosunku do liczby kobiet w wieku reprodukcyjnym w Polsce, która wynosi ok. 9 mln. Na podstawie danych o liczbie aborcji z okresu PRL, gdy prawo aborcyjne przewidywało dodatkowo tzw. przesłankę społeczną oraz liczby aborcji z Hiszpanii - kraju o podobnej strukturze społecznej, szacuje się, że rocznie w Polsce poza systemem przerywa się ok. 80.000-150.000 ciąż.

Zdecydowana większość placówek zakontraktowanych przez NFZ odmawia wykonania tych świadczeń. W 2017 roku legalne przerwania ciąży przeprowadzono w 45 jednostkach, co stanowi 9% wszystkich 478 placówek objętych umowami z Funduszem na „ginekologia i położnictwo – hospitalizacja”. Ponadto dostępność jest zróżnicowana geograficznie, tzn. istnieją całe regiony pozbawione dostępu do legalnej aborcji. Szczególnie alarmujące są informacje o tych województwach, w których zabieg przerwania ciąży jest dostępny bardzo rzadko; mowa o niemal całej wschodniej ścianie Polski – woj. podkarpackim, lubelskim, podlaskim i warmińsko-mazurskim.

Z interwencji prowadzonych przez Federację na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny i Rzecznika Praw Pacjenta – jak też z licznych doniesień medialnych - wynika, że niedostępność świadczenia gwarantowanego, jakim jest przerwanie ciąży, to skutek następujących czynników:

- brak jednolitej procedury postępowania dla szpitali, skutkujący brakiem wiedzy o właściwym postępowaniu z pacjentką, bezprawne odmowy świadczeń bez wskazania placówki, gdzie można je uzyskać, uznaniowe kryteria dopuszczenia do terminacji, niepewność pacjentek co do przysługujących im praw.
- brak informacji o uprawnieniu do terminacji ciąży, mimo jednoznacznej diagnozy prenatalnej; w skrajnych przypadkach informacja o stanie płodu jest zakłamywana lub udzielana w niepełnej postaci.
- bezprawne odmowy motywowane: niespełnieniem któregoś z uznaniowych, wymyślonych kryteriów omówionych powyżej; rzekomą rejonizacją.
- stawianie dodatkowych, niewymaganych żadnymi przepisami wymogów. Ustawa z 1993 r. przewiduje tylko dwa warunki formalne: zaświadczenie od lekarza o wystąpieniu ustawowej przesłanki do przerwania ciąży (względnie zaświadczenie od prokuratora o prawdopodobieństwie dokonania czynu zabronionego, którego skutkiem jest ciąża) oraz przeprowadzenie zabiegu przez lekarza innego niż ten, który wystawił zaświadczenie. Tymczasem wachlarz metod stosowanych przez podmioty lecznicze w celu obejścia ustawy poprzez uniemożliwienie terminacji czy wydłużenie procedur diagnostycznych i biurokratycznych aż do przekroczenia ustawowego terminu na przeprowadzenie zabiegu przerwania ciąży jest szeroki. Należą do nich: zlecenie badań nieistotnych dla postawionej diagnozy; nieuzasadnione powtarzanie badań; sztuczne wydłużanie czasu oczekiwania na

wyniki rozstrzygających badań (takich jak np. amniopunkcja); wymogi dostarczania dodatkowych, trudnych do zdobycia dokumentów (np. zaświadczenia od Krajowego Konsultanta ds. Ginekologii i Położnictwa); zwoływanie konsyliów i narad; zgoda komisji bioetycznej; przedłożenie pisemnej odmowy ze szpitala z innego województwa; obligatoryjne konsultacje psychologiczne.

Projektowana ustawa ma na celu zniesienia powyższych barier i stworzenie bezpiecznych, przejrzystych i godnych warunków, w których prawo osoby w ciąży do jej przerwania w podmiocie leczniczym w określonym terminie bez podawania powodów będzie szanowane.

1.2. Klauzula sumienia

Klauzula sumienia to uprawnienie lekarza wyrażone w art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty do powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem. Część lekarzy, powołując się na klauzulę sumienia, odmawia udzielenia świadczenia, jednocześnie lekceważąc towarzyszące temu wymogi, wyrażone w art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, to jest nie uzasadnia skorzystania z klauzuli sumienia, nie odnotowuje tego faktu w dokumentacji medycznej ani nie informuje swojego przełożonego. Co więcej, na klauzulę sumienia powołują się całe podmioty lecznicze, wbrew stanowiskom Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 i Ministerstwa Zdrowia. Klauzula sumienia jest interpretowana rozszerzająco jako możliwość arbitralnej odmowy gwarantowanego świadczenia zdrowotnego w każdym przypadku. Wobec braku jednoznacznego obowiązku szpitala do wskazania innego świadczeniodawcy lub zatrudnienia podwykonawcy powołanie się przez wszystkich lekarzy w danej placówce na klauzulę sumienia oznacza dla pacjentki praktyczny brak dostępu do przerwania ciąży.

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

1.3. Penalizacja aborcji

Penalizacja aborcji to obwarowanie sankcją karną wykonywania zabiegów aborcji lub pomocy w przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Obecnie ma to miejsce poprzez obowiązywanie w Polsce art. 152 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny:

„§ 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 przerwaniu 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”.

Penalizacja aborcji powoduje „efekt mrozący” u lekarzy. Efekt mrozący to powstrzymanie się lub zniechęcenie do wykonywania prawnych obowiązków lub realizacji swoich praw z powodu poczucia zagrożenia sankcją lub poniesienia innych konsekwencji prawnych za swoje działanie. Terminu tego użył Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku *R.R. przeciwko Polsce* dotyczącym braku dostępu do aborcji. Trybunał stwierdził wówczas, że *„restrykcje prawne dotyczące aborcji w Polsce, łącznie z zagrożeniem odpowiedzialności karnej z art. 152 § 1 Kodeksu karnego, mogą powodować u lekarzy tzw. efekt mrozący podczas decydowania o tym, czy przesłanki do legalnej aborcji są w danym przypadku spełnione”*. W kontekście zdrowia reprodukcyjnego tzw. efekt mrozący prowadzi do arbitralnego odmawiania przez lekarzy wykonywania ustawowych zabiegów przerywania ciąży oraz dążenia do tego, by ich nie wykonywać (np. poprzez sztuczne przedłużanie procedur diagnostycznych lub administracyjnych). Lekarze/lekarki boją się skojarzeń z przestępcami z powodu wykonywania procedury przerwania ciąży oraz odpowiedzialności karnej w przypadku, gdyby organy ścigania uznały, że ocena przesłanek dopuszczających zabieg aborcji, dokonana przez lekarza/lekarzkę, była nieprawidłowa.

Po publikacji “wyroku TK” z dnia 22.10.2020 r. w sprawie K 1/20 aborcja z powodu ciężkich i nieodwracalnych wad płodu jest w Polsce w praktyce niedostępna. Jednocześnie cięższe ze zdiagnozowanymi wadami płodu stanowią cięższe podwyższonego ryzyka i mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie fizyczne lub psychiczne pacjentki. Obecna sytuacja polityczna wokół aborcji wraz z opisanym wyżej tzw. efektem mrozącym może prowadzić do sytuacji, w której lekarze będą bali się udzielać świadczenia zdrowotnego w postaci przerwania ciąży, mimo wystąpienia ku temu przesłanek ustawowych takich jak zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjentki. Powstrzymywać ich będzie lęk przed reakcją karną zależnej od polityków prokuratury. Samo już wszczęcie postępowania i postawienie zarzutów może być bowiem dużą dolegliwością dla życia zawodowego i osobistego takiego lekarza.

Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet w 2017 roku w Generalnej Rekomendacji nr 35 (CEDAW/C/GC/35) uznał kryminalizację aborcji, odmowę lub opóźnianie bezpiecznej aborcji i opieki poaborcyjnej za pogwałcenie praw reprodukcyjnych kobiet, formę przemocy ze względu na płeć i wskazał, że takie sytuacje mogą prowadzić do okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania.

Komitet Przeciwko Torturom w 2019 roku (CAT/C/POL/CO/7) zalecił Polsce rozważenie uchylenia przepisów przewidujących sankcję karną za przeprowadzenie aborcji poza ustawowymi przesłankami.

1.4. Sprzeciw pacjencki

Rozdział 8. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje procedurę sprzeciwu od opinii albo orzeczenia lekarza. Sprzeciw składa się do Komisji Lekarskiej za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. Rozpatrywanie sprzeciwu od decyzji lub opinii lekarza może potrwać nawet 30 dni – jest to stanowczo za długo w przypadku konieczności natychmiastowej interwencji. Żeby złożyć sprzeciw trzeba dysponować taką decyzją lub opinią lekarza na piśmie. Tymczasem lekarze bardzo często odmawiają wykonania świadczenia ustnie – nie uzasadniają tego, nie stwierdzają na piśmie ani tym bardziej nie wpisują do dokumentacji medycznej. W takim stanie rzeczy złożenie sprzeciwu jest wręcz niemożliwe. Ponadto, przepisy nakładają na pacjentki dodatkowe formalistyczne wymagania, którym niełatwo jest sprostać:

- sprzeciw wymaga uzasadnienia (art. 31 ust. 3), w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjentki, na które decyzja/opinia lekarza ma wpływ;
- od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie (art. 31 ust. 7);
- zgoda Komisji nie gwarantuje dostępu do świadczenia, nie istnieją instrumenty skutecznej egzekucji prawa.

Prawo pacjentki do wzięcia udziału w posiedzeniu Komisji Lekarskiej wynika nie z ustawy, ale z aktu prawnego niższego rzędu (Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta). Ustawa nie przyznaje też pacjentce prawa ustanowienia pełnomocnika i zaznacza, że do postępowania przed Komisją Lekarską nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego. W efekcie procedura sprzeciwu pacjenckiego jest tak nieskuteczna i utrudniona. Pacjentki nie uznają sprzeciwu za efektywne narzędzie egzekwowania swoich praw.

Niedoskonałości tej procedury były przedmiotem krytyki w wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie *R.R. przeciwko Polsce* z 2011 r., w którym to wyroku Trybunał zalecił Polsce, by zreformowała procedurę sprzeciwu. Rekomendacje te są też regularnie formułowane wobec Polski przez Komitet Ministrów Rady Europy powołany do monitorowania wykonywania wyroków ETPCz (CM/Del/Dec(2020)1369/H46-21; CM/Del/Dec(2019)1340/H46-31). Zostały też zauważone przez Zespół ds. Europejskiego Trybunału Praw Człowieka przy Ministerstwie Spraw Zagranicznych, który zalecił wprowadzenie w procedurze sprzeciwu pewnych zmian. W konsekwencji dnia 15 lipca 2016 r. Minister Zdrowia zaproponował projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta tak, by dopasować go do realnych potrzeb pacjentów. Część nowelizacji dotycząca procedury sprzeciwu nie doszła do skutku, ponieważ ta część projektu nie została złożona do Sejmu w związku z negatywnym stanowiskiem Ministerstwa Sprawiedliwości, zajęтым na etapie uzgodnień międzyresortowych.

1.5. Badania prenatalne

Badania prenatalne są podstawowym uprawnieniem diagnostycznym służącym zagwarantowaniu pacjentce w ciąży realizacji prawa do informacji o stanie zdrowia swoim i płodu. Najwyższa Izba Kontroli w raporcie z kontroli dostępności badań prenatalnych z 2016 roku zwróciła uwagę, że dostęp do bezpłatnych, nieinwazyjnych badań prenatalnych powinny uzyskać wszystkie kobiety w Polsce. Jest to o tyle wskazane, że Konsultant Krajowy w dziedzinie perinatologii prof. Mirosław Wielgoś podkreśla, że ryzyko wystąpienia u płodu zaburzeń chromosomowych istnieje niezależnie od wieku kobiety.

2. Projektowane rozwiązania

W związku z opisanymi wyżej deficytami obecnej regulacji dotyczącej świadczeń z zakresu zdrowia reprodukcyjnego w projekcie ustawy proponuje się:

- zagwarantowanie prawa do samostanowienia w dziedzinie swojej płodności, rozrodczości i rodzicielstwa.
- zagwarantowania prawa do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających pełną realizację prawa do świadomego rodzicielstwa.
- zagwarantowanie prawa do bezpiecznego przerywania ciąży do 12. tygodnia ciąży, a w szczególnych przypadkach także po 12. tygodniu ciąży;
- wprowadzenie dla podmiotów leczniczych jednolitej procedury postępowania z pacjentką wyrażającą wolę wcześniejszego zakończenia ciąży;
- wprowadzenie dodatkowych regulacji w zakresie klauzuli sumienia, by zniwelować zjawisko nadużywania klauzuli kosztem praw pacjenckich;
- zniesienie karalności dla lekarzy i osób pomagających w aborcji za zgodą osoby w ciąży (depenalizacja aborcji);
- reforma procedury sprzeciwu pacjenckiego tak, by była to procedura efektywna, a nie martwa;
- rozszerzenie programu badań prenatalnych na badanie białka PAPP-A oraz hormonu wolnej podjednostki β -hCG na wszystkie pacjentki w ciąży.

3. Źródła finansowania

Finansowanie skutków niniejszej ustawy powinno stanowić część dotacji budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Oświadczenie o zgodności projektu ustawy z prawem Unii Europejskiej i braku obowiązku przedstawienia projektu instytucjom Unii Europejskiej

W ocenie projektodawców przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej i nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów dotyczących notyfikacji norm i aktów prawnych.

5. Brak obowiązku notyfikacji zgodnie z przepisami dotyczącymi funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych

Projekt ustawy nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji lub uzgodnienia.

6. Wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorstw

Proponowana ustawa nie wpłynie na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorstw.

7. Konsultacje społeczne

Nie przeprowadzono formalnych konsultacji społecznych, ponieważ projekt jest wynikiem obywatelskiej inicjatywy ustawodawczej.