



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Adam Bodnar

Warszawa, 21/03/2018

VII.5001.2.2016.AMB

Pan

Łukasz Szumowski

Minister Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.; dalej jako: ustawa) wprowadza szereg gwarancji służących poszanowaniu podstawowych, konstytucyjnych praw i wolności człowieka. Niestety nieistnienie efektywnych mechanizmów umożliwiających realizację postanowień ustawy w praktyce wpływa na ograniczenie tych konstytucyjnych praw. **Brak możliwości skorzystania w niektórych rejonach Polski z legalnego zabiegu przerywania ciąży, ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, nierzetelna edukacja seksualna, brak pełnego dostępu do środków antykoncepcyjnych czy niewystarczające wsparcie państwa dla kobiet w ciąży, matek i rodzin, to tylko niektóre z problemów, które, w mojej ocenie, wymagają pilnego rozwiązania.**

W przeszłości zarówno ja, jak i moi poprzednicy wielokrotnie zwracaliśmy uwagę na te kwestie, zaś w sposób najpełniejszy odniosłem się do nich w wystąpieniu z dnia 18 listopada 2016 r., w którym przedstawiłem swoje uwagi do *Sprawozdania Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2014 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (druk sejmowy nr 373; dalej jako Sprawozdanie za 2014 rok).

Przedstawione przez Ministra Zdrowia obszernie wyjaśnienia w sprawie moich uwag<sup>1</sup> stanowią cenne uzupełnienie wspomnianego Sprawozdania. Niemniej wciąż dostrzegając obszary, które wymagają w tym zakresie interwencji, pragnę zwrócić uwagę Pana Ministra na następujące kwestie.

## 1. Kształcenie i wychowywanie młodzieży

**Należyta edukacja seksualna ma podstawowe znaczenie w perspektywie rozwoju młodego człowieka i podejmowania przez niego odpowiedzialnych decyzji prokreacyjnych.** Zgodnie z międzynarodowymi standardami w tym obszarze programy nauczania o życiu seksualnym winny przekazywać treści w sposób obiektywny, tj. nienacechowany światopoglądowo, krytyczny i uwzględniający pluralizm poglądów. W ten sposób, szanując prawo rodziców do wychowania dziecka zgodnie z światopoglądem, państwo wywiązać się może z obowiązków edukacyjnych<sup>2</sup>.

Niestety wobec braku stosownych danych, nie jest jasnym, jakie informacje prezentowane są podczas zajęć z zakresu życia seksualnego, oraz jakiej treści podręczniki wykorzystywane są podczas tych zajęć. **Z przeprowadzonych przeze mnie badań wynika, że treści tych podręczników są niezgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej<sup>3</sup>.**

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy wiedza o życiu seksualnym człowieka powinna być realizowana w polskich szkołach. Mimo jednoznacznego brzmienia przepisów ustawy, edukacja seksualna nie jest traktowana jako przedmiot obowiązkowy. Tymczasem, w mojej ocenie, szkoła ma obowiązek prowadzenia tego rodzaju zajęć, na co wskazuje art. 4 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym do programów nauczania szkolnego **wprowadza się** wiedzę o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji. Pragnę w tym miejscu zauważyć, że trudno dostrzec związek między udziałem przez dzieci w zajęciach z wychowania do życia w rodzinie z ograniczeniem praw rodziców

<sup>1</sup> Odpowiedź Ministra Zdrowia na uwagi RPO do Sprawozdania za 2014 rok z dnia 29 marca 2017 r., znak: MDP.0763.7.2016.AB(6).

<sup>2</sup> Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 7 grudnia 1976 r. w sprawie *Kjeldsen, Busk Madsen and Pedersen v. Denmark*, skarga numer: 5095/71; 5920/72; 5926/72, 1 EHRR 711, pkt 54.

<sup>3</sup> Zob. M. Bieńko, Z. Izdebski, K. Wąż, *Kontrola realizacji prawa młodzieży do edukacji seksualnej*, Warszawa 2016.

do wychowywania ich zgodnie ze swoimi poglądami. Zgodnie z międzynarodowymi standardami, zajęcia z tego zakresu powinny być prowadzone w sposób nienacechowany światopoglądowo, krytyczny i uwzględniający pluralizm poglądów. Odpowiednio skonstruowany program nauczania winien prowadzić do uznania, że **zajęcia z zakresu wiedzy o życiu seksualnym człowieka posiadają taki sam status, jak każdy inny przedmiot szkolny**. Uważam, że prezentowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej stanowisko, w którym neguje się obligatoryjność tych zajęć<sup>4</sup>, prowadzi do ograniczenia dostępu do rzetelnej edukacji i nie przyczynia się do rozwoju świadomości i kształtowania odpowiedzialnych postaw wśród młodych ludzi.

W tym miejscu warto też zauważyć, że w prezentowanych przez Rząd Sprawozdaniach z wykonania ustawy zauważalny jest istotny spadek udziału uczniów w zajęciach z wychowania do życia w rodzinie wraz z kolejnymi etapami edukacji. Mając na względzie chęć oceny rzeczywistego znaczenia szkolnej edukacji seksualnej, za pożądane uważam przeprowadzenie analizy przyczyn tego zjawiska.

**Rzetelna edukacja seksualna wymaga, by osoby ją prowadzące posiadały odpowiednie kwalifikacje.** Mimo że opis kwalifikacji formalnych uprawniających do prowadzenia zajęć znajduje się w relewantnych przepisach prawnych, to nie jest jasnym, czy i jak nauczyciele prowadzący wychowanie do życia w rodzinie są w praktyce do tego przygotowani.

## **2. Dostęp do antykoncepcji**

Dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji jest ściśle skorelowany z zapobieganiem niechcianej ciąży oraz planowaniem rodziny. Zgodnie z międzynarodowymi standardami, **działania państwa polskiego ukierunkowane winny być na zapewnienie kobietom i małoletnim dziewczętom, w tym kobietom z obszarów**

---

<sup>4</sup> Odpowiedź Ministra Zdrowia na uwagi RPO do Sprawozdania za 2014 rok z dnia 29 marca 2017 r., znak: MDP.0763.7.2016.AB(6), s. 26.

**wiejskich, dostępu do przystępnej cenowo i nowoczesnej antykoncepcji poprzez refundację nowoczesnych i skutecznych metod antykoncepcji<sup>5</sup>.**

W mojej ocenie, jak już wskazywałem na to w przeszłości<sup>6</sup>, jedną z praktycznych barier w dostępie do metod świadomej prokreacji jest cena środków antykoncepcyjnych. Niestety, Ministerstwo Zdrowia informuje jedynie właśnie o cenie takich środków oraz o poziomie refundacji niektórych z nich. Choć te dane są istotne z punktu widzenia oceny dostępności do tych preparatów, to jednak nie umożliwiają udzielenia odpowiedzi, czy ceny te nie stanowią bariery dla osób chcących skorzystać z antykoncepcji.

Minister Zdrowia nie gromadzi też danych dotyczących ilości środków antykoncepcyjnych przepisanych z innych wskazań. W mojej ocenie gromadzenie tych danych jest o tyle celowe, że informacje zbiorczo obejmujące przepisane przez lekarza leki o działaniu antykoncepcyjnym nie pozwalają ocenić faktycznej skali korzystania z antykoncepcji, a w konsekwencji uniemożliwiają ocenę dostępności do niej.

Aby możliwa była pozytywna ocena działań państwa w zakresie dostępu do środków antykoncepcyjnych konieczne jest zapewnienie dostępu do skutecznych preparatów. Niestety resort zdrowia nie prowadzi ani nie zlecał prowadzenia badań dotyczących skuteczności stosowanych środków. Uważam, że bez tych informacji nie jest możliwa ocena skuteczności postanowień ustawy w zakresie zapewnienia dostępu do metod i środków służących świadomej prokreacji.

Kompleksowa ocena możliwości realizacji prawa do planowania rodziny wymaga także weryfikacji dostępności do środków antykoncepcyjnych, innych niż refundowane. Ograniczenie gromadzenia danych przez Ministerstwo jedynie do danych dotyczących antykoncepcji dostępnej w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej uniemożliwia uzyskanie pełnego obrazu dostępu do środków służących świadomej prokreacji, a więc także ocenę skuteczności wykonania ustawy w tym zakresie. Pragnę też zauważyć, że ewentualne założenie o większej dostępności do środków refundowanych, przy niezbadaniu jaka jest rynkowa cena środków nier refundowanych, wydaje się być kontryfakcyjne.

---

<sup>5</sup> Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, *Uwagi końcowe w sprawie połączonego siódmego i ósmego sprawozdania okresowego Polski*, 7 listopada 2014 r., pkt 37, [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/POL/CO/7-8&Lang=En](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/POL/CO/7-8&Lang=En), 18.03.2018 r.

<sup>6</sup> Stanowisko RPO do Sprawozdania za 2014 rok, s. 22 i 23.

W tym miejscu warto też zauważyć, że niektóre informacje dotyczące dostępnych środków antykoncepcyjnych przekazywane przez Ministerstwo Zdrowia są niepełne. Po pierwsze samo informowanie o istnieniu na rynku hormonalnych preparatów antykoncepcyjnych w żaden sposób nie daje podstaw do oceny skuteczności dostępu do tych środków. Ponadto nie jest jasne, czy koszt samej wkładki wewnątrzmacicznej jest pokrywany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, czy też pacjentki muszą się w nią zaopatrywać samodzielnie oraz jaka liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej jest wykonywana rocznie.

Niektóre ze świadczeń zdrowotnych, których rezultatem jest pozbawienie zdolności rozrodczych, w ocenie Ministerstwa Zdrowia, nie mogą być traktowane jako metody antykoncepcji<sup>7</sup>. Wobec tego uważam, że celowym byłoby zbadanie, czy w istocie sterylizacja nie jest traktowana jako zastępująca antykoncepcję, poprzez przedstawienie stosownych danych statystycznych.

**Dostęp do środków służących świadomej prokreacji powinien być zapewniony zarówno kobietom, jak i mężczyznom.** Niemniej Ministerstwo Zdrowia nie prezentuje informacji na temat form refundowanej antykoncepcji, z której skorzystać mogą mężczyźni. Brak tych informacji negatywnie wpływa na możliwość oceny rzeczywistej dostępności mężczyzn do antykoncepcji.

**Ocena dostępu do antykoncepcji o odpowiedniej jakości powinna odbywać się odniesieniu do aktualnych standardów medycznych.** Dlatego, w mojej ocenie, czynienie z rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, które nie zostały zmienione od 2003 r., punktu odniesienia dla oceny skuteczności środków planowania rodziny jest nieprzydatne. Wspomniane rekomendacje, z uwagi na długi upływ czasu od ich powstania, powinny być traktowane uzupełniająco, a świadczeń zdrowotnych winno się udzielać zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej. Oznacza to, że procedury medyczne w tym obszarze powinny być stosowane zgodnie z powszechnie akceptowanymi

---

<sup>7</sup> Odpowiedź Ministra Zdrowia na uwagi RPO do Sprawozdania za 2014 rok z dnia 29 marca 2017 r., znak: MDP.0763.7.2016.AB(6), s. 21.

standardami wypracowanymi przez organizacje medyczne, w tym te międzynarodowe<sup>8</sup>, do których rząd w ogóle się nie odnosi.

**Zgodnie ze standardem międzynarodowym<sup>9</sup> dostęp do środków antykoncepcyjnych powinien być zapewniony również małoletnim dziewczętom, m.in. poprzez zapewnienie porad ginekologiczno-położniczych i objęcie ich opieką w zakresie zdrowia reprodukcyjnego. Ocena rzeczywistej dostępności do antykoncepcji tej grupy społecznej powinna się odbywać poprzez gromadzenie i analizę danych dotyczących ilości środków antykoncepcyjnych, na jakie wystawiane są recepty osobom małoletnim.**

### **3. Dostęp do badań prenatalnych**

Badania prenatalne są świadczeniami zdrowotnymi, o których informacja i do których swobodny dostęp zgodnie z art. 2a ustawy winien być zapewniony szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Nadrzędnym celem przeprowadzania badań prenatalnych, czyli interwencji służących diagnostyce rozwijającego się w organizmie kobiety płodu, jest wykrycie istnienia zmian patologicznych płodu i następnie – o ile to możliwe – zastosowanie terapii jeszcze na etapie rozwoju prenatalnego człowieka bądź tuż po jego urodzeniu. W sytuacjach, gdy choroba jest nieuleczalna, informacja o wadzie genetycznej lub rozwojowej płodu może pomóc rodzicom w przygotowaniu się, także psychicznym, na narodziny dziecka z niepełnosprawnością. Ponadto, mając na względzie polskie uregulowania w zakresie dopuszczalności przerywania ciąży zawarte w analizowanej ustawie, uznać należy, że otrzymanie przez kobietę bądź przez parę informacji wskazujących na istnienie dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu umożliwić może podjęcie świadomej decyzji o ewentualnej terminacji ciąży lub urodzeniu dziecka.

---

<sup>8</sup> Zob. T. Filarski, T. Sroka, *Zrozumieć prawa pacjenta. Podstawowe informacje o organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2014, s. 16.

<sup>9</sup> Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, *Uwagi końcowe...*, op.cit.

W związku z powyższym **uniemożliwienie kobiecie wykonania badań prenatalnych stanowi pogwałcenie jej prawa do informacji na temat stanu zdrowia płodu, a w pewnych wypadkach, także możliwości skorzystania z legalnego zabiegu przerywania ciąży.** Dlatego, za istotne uważam monitorowanie dostępności do tych świadczeń zdrowotnych. Jedyne dostępne i prezentowane przez Ministerstwo Zdrowia dane odnoszące się do tej problematyki dotyczą ogólnej liczby wykonanych badań. W szczególności brak jest powiązania przyczyn, z jakich zlecano badania z ich liczbą. Ponadto nie gromadzi się informacji umożliwiających porównanie liczby ciąż z liczbą przeprowadzonych badań prenatalnych. W tym względzie Ministerstwo informowało mnie o niemożności dokonania takiego porównania<sup>10</sup>. W takim przypadku zasadnym byłoby zastosowanie innych środków w celu zbadania realnej dostępności do badań prenatalnych w Polsce. Niegromadzenie odpowiednich danych prowadzi do niemożności rzetelnej oceny dostępności do badań prenatalnych w Polsce.

W tym miejscu warto również zasygnalizować, że celowym byłoby gromadzenie danych na temat liczby zgonów noworodków, których przyczynami było ciężkie bądź nieodwracalne upośledzenie płodu albo nieuleczalna choroba zagrażająca jego życiu oraz informacji w zakresie przeprowadzenia w tym przypadku badań prenatalnych. Moim zdaniem zestawienie takich danych umożliwiłoby ocenę, czy kobiety miały realną możliwość przeprowadzenia tych badań i podjęcia świadomej decyzji co do kontynuacji ciąży. Nieprzeprowadzenie badań prenatalnych nie daje bowiem możliwości oceny, czy informacja o stanie zdrowia płodu umożliwia, w świetle polskiego prawa, podjęcie decyzji o ewentualnym przerwaniu ciąży. Oczywiście posiadanie informacji na temat stanu płodu nie jest równoznaczne z podjęciem decyzji o terminacji ciąży, niemniej jak wspomniano, jest to warunek konieczny realizacji przewidzianej ustawowo możliwości przerywania ciąży.

Na marginesie pragnę ponownie zwrócić uwagę na posługiwanie się podczas prezentowania danych statystycznych w Sprawozdaniach Rządu z wykonania ustawy błędnym i powielającym szkodliwe stereotypy sformułowaniem, wskazującym, że zabiegi aborcji są wykonywane „w wyniku przeprowadzenia testów prenatalnych”. W mojej ocenie takie sformułowanie utrwała fałszywy przekaz, jakoby to normalnym następstwem

---

<sup>10</sup> Odpowiedź Ministra Zdrowia na uwagi RPO do Sprawozdania za 2014 rok z dnia 29 marca 2017 r., znak: MDP.0763.7.2016.AB(6), s. 23.

przeprowadzenia badań prenatalnych było poddanie się przez kobietę aborcji. Stosowanie tego skrótowego sformułowania, mimo, że mogą przemawiać za tym względy techniczne, przyczynia się do powielania przekonania o bezpośrednim związku badań z aborcją, co w konsekwencji może prowadzić do utrudniania dostępu kobietom do tych świadczeń, jako związanych z aborcją.

#### **4. Dostęp do legalnego zabiegu aborcji**

**Prawodawca gwarantując możliwość terminacji ciąży w trzech przypadkach przewidzianych w ustawie, powinien jednocześnie zagwarantować realny dostęp do tej procedury.** W praktyce możliwość ta bywa jednak znacznie ograniczona.

W pierwszej kolejności pragnę zauważyć, że dostęp do aborcji różni się w zależności od rejonu Polski<sup>11</sup>. W niektórych województwach liczba przeprowadzonych zabiegów sięga nawet kilkuset, w innych zaś jedynie kilku. Celowym wydaje się dokonanie analizy zebranych danych w celu zbadania, jaka jest przyczyna tych dysproporcji i czy np. tak istotne dysproporcje w liczbie przeprowadzanych zabiegów nie są związane z ograniczonym dostępem do tej procedury w niektórych regionach Polski.

Czynnikiem znacznie utrudniającym możliwość skorzystania z zabiegu termiancji ciąży jest **nieistnienie odpowiednich procedur w szpitalach w przypadku przeprowadzania zabiegów aborcji.** Na fakt ten uwagę zwróciła Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny w raporcie z monitoringu procedur dostępu do legalnej aborcji w polskich szpitalach<sup>12</sup>. Uważam, że informacje przedstawione w raporcie, stanowiące diagnozę istniejących problemów, powinny zostać wzięte pod uwagę przez Ministerstwo Zdrowia i skłonić do rozważenia możliwości podjęcia działań legislacyjnych w tym zakresie.

Prawodawca umożliwił decydowanie o poddaniu się zabiegowi aborcji małoletnim powyżej 13. roku życia. Jednocześnie w przypadku małoletniej poniżej 13. roku życia ustawodawca wprowadził możliwość wyrażenia przez nią własnej opinii w tym zakresie.

---

<sup>11</sup> Zob. też Wystąpienie z dnia 11 lipca 2016 r. do Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie prawa do bezpłatnego przerywania ciąży w przypadkach o których mowa w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

<sup>12</sup> Zob. Stanowisko RPO do Sprawozdania za 2014 rok, s. 33.



**Uważam, że ocena pełnego i niedyskryminującego dostępu do legalnych zabiegów aborcji powinna uwzględniać możliwość realizacji swoich praw przez osoby małoletnie.** Pragnę zauważyć, że w szczególności w Sprawozdaniach Rządu z wykonania ustawy marginalizowana wydaje się kwestia możliwości realizacji swoich praw przez małoletnie poniżej 13. roku życia.

W tym miejscu pragnę ponownie zauważyć, że należyta ocena rzeczywistej dostępności do zabiegu przerywania ciąży powinna być prowadzona w oparciu o odpowiednio zgromadzone dane. W szczególności mając na uwadze istniejące regulacje karne dotyczące penalizacji typu czynu zabronionego polegającego na obcowaniu z małoletnim, cennym wydaje się gromadzenie informacji dotyczącej liczby aborcji dokonywanych przez kobiety poniżej 15 roku życia.

Jednym z przypadków, gdy możliwa jest legalna terminacja ciąży w Polsce jest okoliczność, że ciąża jest wynikiem czynu zabronionego. Warunkiem dokonania legalnej aborcji jest uzyskanie przez kobietę zaświadczenia od prokuratora. Uważam, że ocena rzeczywistego dostępu do aborcji w Polsce powinna uwzględniać m.in. informacje na temat liczby kobiet zwracających się do prokuratora w celu przygotowania zaświadczenia potwierdzającego okoliczności uzasadniające dokonanie aborcji. U mojej ocenie bowiem istnienie nawet najbardziej precyzyjnych regulacji nie gwarantuje ich prawidłowej realizacji, stąd za celowe uważam rozważenie możliwości rozpoczęcia gromadzenia przez właściwe ministerstwo danych w podanym zakresie.

## **5. Sprzeciw od orzeczenia lekarza**

**Możliwość kwestionowania orzeczenia lekarza ma istotne znaczenie w perspektywie możliwości korzystania przez kobiety z legalnych zabiegów przerywania ciąży.** Zgodnie ze standardem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka<sup>13</sup> krajowe ustawodawstwo powinno przewidywać istnienie posiadającego odpowiednie kwalifikacje ciała, które w sposób niezależny i w odpowiednim terminie dokona weryfikacji kwestionowanej przez pacjenta decyzji lekarza. Ponadto pacjentka powinna mieć

---

<sup>13</sup> Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 20 marca 2007 r., w sprawie *Tysiąc v. Polska*, skarga nr 5410/03, pkt 117.

możliwość bycia osobiście wysłuchaną przez tenże podmiot, zaś decyzja w jej sprawie winna być uzasadniona i sporządzona na piśmie.

Niestety, jak wskazywałem w przeszłości, **istniejąca w Polsce instytucja sprzeciwu od orzeczenia lekarza jest ukształtowana w sposób nieodpowiedni, niegwarantujący kobiecie możliwości zakwestionowania orzeczenia lekarza w terminie umożliwiającym dokonanie aborcji**<sup>14</sup>. Dlatego raz jeszcze zwracam się z uprzejmą prośbą o rozważenie możliwości podjęcia działań legislacyjnych zmierzających do dostosowania instytucji sprzeciwu do standardów Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

## 6. Klauzula sumienia

Możliwość terminacji ciąży w praktyce bywa ograniczona przez powoływanie się przez lekarzy na klauzulę sumienia. Uregulowana w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2017 r., poz. 125 z późn. zm.) instytucja klauzuli sumienia jest próbą wyważenia dwóch dóbr, jakimi są prawo pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego i „integralność moralna” lekarza. Możliwość powołania się przez lekarza na klauzulę sumienia stanowi wyraz poszanowania konstytucyjnej wartości, jaką jest wolność religii. **Nie oznacza to jednak zwolnienia państwa z obowiązku zagwarantowania dostępu do możliwości skorzystania z zabiegu legalnej aborcji czy do badań prenatalnych.** Ponadto podkreślenia wymaga, że o ile swoboda posiadania i kształtowania przekonań ma charakter absolutny, o tyle możliwość ich manifestacji może podlegać ograniczeniom, np. z uwagi na konstytucyjną zasadę równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 2 Konstytucji).

Jak wielokrotnie wskazywałem w przeszłości, po wejściu w życie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. akt. K 12/14 nie istnieje obecnie podmiot zobowiązany do przekazania informacji o miejscu, w którym świadczenie nieudzielone ze względów sumienia, może być wykonane. W szczególności pragnę w tym miejscu zauważyć, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nie są zobowiązane do uprzedniego pozyskiwania od lekarzy informacji o tym, czy i w jakich przypadkach powołają się oni na klauzulę sumienia. Podawana więc do publicznej wiadomości

---

<sup>14</sup> Szczegółowe uwagi dotyczące tej problematyki przestawiłem w stanowisku do Sprawozdania za 2014 rok, s. 26-27.

informacja może nie mieć pokrycia w rzeczywistości. Tymczasem system udzielania świadczeń zdrowotnych powinien być skonstruowany w jak najbardziej efektywny sposób umożliwiający jak najszybsze uzyskanie przez pacjenta świadczenia, do którego ma prawo. Potrzebę wprowadzenia stosownych zmian w tym zakresie dostrzega także Rada Ministrów. W stanowisku Rządu RP do Raportu Komisarza Praw Człowieka Rady Europy z wizyty w Polsce, która odbyła się w dniach od 9 do 12 lutego 2016 r. stwierdzono, że w związku z wejściem w życie orzeczenia w sprawie K 12/14 „należy podjąć prace nad wypracowaniem uniwersalnego mechanizmu, regulującego generalne zasady postępowania we wszystkich przypadkach, w których lekarz powstrzymuje się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem. Istotnym przy tym jest konieczność z jednej strony zabezpieczenia prawa lekarza do powstrzymania się od wykonania takiego świadczenia, z drugiej zaś zapewnienie pacjentowi uzyskania świadczenia, do którego jest uprawniony (a także zapewnienia realizacji w tym przypadku prawa pacjenta do informacji)”. W związku z powyższym pragnę raz jeszcze zwrócić się do Pana Ministra z prośbą o podjęcie działań legislacyjnych służących zapewnieniu pacjentkom realnej możliwości skorzystania z gwarantowanych prawnie procedur medycznych, w przypadku, gdy lekarz odmawia ich wykonania ze względów sumienia.

## **7. Dostęp osób małoletnich do ginekologa**

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami małoletni powyżej 15. roku życia mogą podejmować współżycie bez konsekwencji prawnych, ale nie mają możliwości samodzielnego, na podstawie własnej, prawnie skutecznej zgody, skorzystania z porady ginekologicznej lub urologicznej w celu skontrolowania swojego stanu zdrowia. Istniejący system regulacji prawnych w zakresie samodzielnego korzystania przez niepełnoletnich pacjentów powyżej 15. roku życia z określonych świadczeń zdrowotnych, niestanowiących z założenia świadczeń o podwyższonym ryzyku, wymaga w mojej ocenie zmian systemowych<sup>15</sup>. Niestety mimo że moje stanowisko w tej sprawie podziela Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Praw Pacjenta oraz Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ginekologii

---

<sup>15</sup> Wystąpienie z dnia 29 lipca 2016 r. do Ministra Zdrowia w sprawie zasad dostępu osób niepełnoletnich, w wieku powyżej 15. roku życia, do świadczeń ginekologicznych i urologicznych.

i Położnictwa, zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Ministerstwo Sprawiedliwości nie dostrzega potrzeby wdrożenia takich zmian.

W pierwszej kolejności w opinii Ministerstwa Sprawiedliwości przygotowanej w ramach międzyresortowych konsultacji zwrócono uwagę, że istniejące w polskim porządku prawnym regulacje dotyczące zgody na zabieg medyczny pozostają w zgodzie ze standardami międzynarodowymi. Podniesiono także, iż ze standardów tych wynika, że obniżenie wieku uprawniającego do samostanowienia w dziedzinie zdrowia powinno być uzależnione od oceny predyspozycji w tym zakresie, a nie od kategorii świadczeń zdrowotnych.

Następnie dokonano analizy mojej propozycji w odniesieniu do istniejących już w polskim porządku prawnym regulacji dotyczących możliwości decydowania przez małoletniego o sobie. W tym zakresie za niebudzącą aksjologicznych zastrzeżeń uznano cywilistyczną koncepcję braku i ograniczonej zdolności do czynności prawnych. Ponadto podniesiono, że rodzice posiadający władzę rodzicielską mają prawo do wychowywania dziecka zgodnie ze swoimi poglądami oraz do decydowania m.in. o istotnych sprawach związanych z dzieckiem, do których zalicza się decydowanie o wyrażeniu zgody na podjęcie czynności leczniczej.

W dalszej części analizy Ministerstwo Sprawiedliwości zauważyło, że wdrożenie postulowanych przeze mnie zmian prowadziłyby do sytuacji, w której małoletni mógłby skorzystać z porady ginekologicznej, a odmawiano by mu tego prawa w przypadku np. korzystania ze świadczeń stomatologicznych.

Z uwagi na to, że taka zamiana ograniczałaby, zdaniem Ministerstwa, możliwość sprawowania pieczy nad dzieckiem, pojawić by się mógł problem ewentualnej odpowiedzialności za skorzystanie ze świadczeń ginekologicznych przez małoletniego.

Podsumowując zauważono, że proponowane zmiany pozostają w sprzeczności z innymi regulacjami istniejącymi w polskim porządku prawnym dotyczącym praw małoletniego. W ocenie Ministerstwa za niewystarczające uznać należy wykazanie potrzeby zmiany przepisów wynikającej jedynie z konieczności dostosowania ich do regulacji ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (Dz. U. z 2017 r., poz. 2204 z późn. zm.; dalej jako: kodeks karny).

Odnosząc się do tych uwag, pragnę wskazać na następujące kwestie. Po pierwsze, przywołane standardy międzynarodowe, wynikające z art. 6 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny<sup>16</sup>, nie przesądzają o konieczności przyjęcia przez państwa członkowskie określonej granicy wiekowej, której osiągnięcie umożliwi samodzielne korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Prawodawca europejski, będąc świadomym różnic istniejących w tym zakresie między państwami, wprowadził regulację minimalną, umożliwiającą poszanowanie woli małoletniego pacjenta. Co więcej w raporcie wyjaśniającym do Konwencji wskazano, że niezdolność do wyrażenia zgody opisana w tym artykule winna być odczytywana w kontekście natury interwencji medycznej i jej powagi<sup>17</sup>. Uwzględnienie tych okoliczności może prowadzić nawet do uznania stanowiska małoletniego za obligatoryjne<sup>18</sup>. **Powyższe prowadzi do wniosku, że wbrew stanowisku Ministerstwa Sprawiedliwości, weryfikacja predyspozycji małoletniego do wyrażenia zgody winna być oceniana także przy uwzględnieniu charakteru świadczeń zdrowotnych.** Świadczenia z zakresu ginekologii i urologii związane są z najbardziej intymną sferą życia człowieka, stąd możliwość podjęcia w tym zakresie decyzji przez osobę, która w świetle prawa może rozpocząć życie seksualne, wydaje się słuszna. To właśnie natura tych świadczeń jest dostatecznym uzasadnieniem, by małoletni mogli wyrażać prawnie skuteczną zgodę na udzielenia takich, ale tylko takich świadczeń. W mojej ocenie proponowane różnicowanie dostępu do świadczeń zdrowotnych jest więc tym uzasadnione.

Po drugie, przedstawione przez Ministerstwo regulacje w zakresie zarówno władzy rodzicielskiej, jak i zdolności do czynności prawnej, a także potrzeba zapewnienia spójności przepisów w tym zakresie nie stanowią, w mojej ocenie, argumentu dostatecznie przemawiającego za odrzuceniem mojej propozycji.

Odnosząc się do kwestii zdolności do czynności prawnych pragnę zwrócić uwagę, że z uwagi na odmienną materię, do której ta instytucja się odnosi, wątpliwym jest powoływanie jej jako argumentu przemawiającego za ograniczeniem prawa do podejmowania decyzji w zakresie zdrowia. Instytucja zgody ma bowiem wpływ na stan tak

---

<sup>16</sup> Na marginesie pragnę zauważyć, że przedmiotowa Konwencja, która wyznacza pewne europejskie standardy w zakresie praw człowieka w kontekście rozwoju nauk medycznych do dzisiaj niestety nie została ratyfikowana.

<sup>17</sup> Zob. pkt 45 raportu wyjaśniającego do Konwencji, <https://rm.coe.int/16800ccde5>, data dostępu: 18.03.18 r.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

podstawowych wartości, jak życie i zdrowie. Z kolei zdolność do czynności prawnych odczytywać należy przede wszystkim w kontekście zawierania umów cywilnoprawnych. Także Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 11 października 2011 r., sygn. akt K 16/10 za zasadne uznał stosowanie w tych obszarach różnych standardów. W mojej ocenie w tym kontekście istotne są właśnie przepisy kodeksu karnego, które nie penalizują obcowania płciowego z osobą małoletnią między 15. a 18. rokiem życia. Prawodawca wprowadzając to rozwiązanie, wyszedł z założenia, że osoby te są w stanie samodzielnie i świadomie podjąć decyzję w zakresie swojej seksualności<sup>19</sup>. **Skoro więc prawodawca uznaje dojrzałość małoletnich w tym zakresie, to niekonsekwencją jest jednocześnie pozbawienie możliwości skorzystania przez nich z podstawowych dla ich bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych dotyczących tej właśnie sfery.**

Odnosząc się do zarzutu ograniczania władzy rodzicielskiej raz jeszcze pragnę podkreślić, że moim celem nie jest pozbawienie rodziców władzy nad ich dzieckiem, a jedynie respektowanie woli małoletniego pacjenta, w przypadku tej szczególnej kategorii świadczeń zdrowotnych. Przyjęcie mojej propozycji nie pozbawiłoby rodziców możliwości wychowywania dziecka zgodnie z własnymi przekonaniem, przekazywania mu ich własnego systemu wartości czy edukowania go. Jak wcześniej wspominałem, świadczenia ginekologiczne i urologiczne związane są z bardzo prywatną sferą życia człowieka. Bariera przed skorzystaniem w tym zakresie z porady specjalisty może być więc wstyd i niechęć do dzielenia się z rodzicami informacjami dotyczącymi tej sfery. Dodatkowo takim utrudnieniem w skorzystaniu ze świadczenia może być trudna sytuacja rodzinna małoletniego bądź nieobecność jego opiekunów w kraju<sup>20</sup>. Te wszystkie względy przemawiają za przyjęciem proponowanych przeze mnie zmian.

Ministerstwo Sprawiedliwości wskazało także na obawy związane z ewentualną odpowiedzialnością za szkodę wyrządzoną w wyniku udzielenia porady ginekologicznej bądź urologicznej, przy czym nie sprecyzowano, o jaką szkodę może chodzić. Niewątpliwie za szkodę wyrządzoną nieprawidłowo przeprowadzoną poradą odpowiadać będzie lekarz na zasadach ogólnych względem poszkodowanego. Gdyby z kolei małoletni skorzystał

---

<sup>19</sup> Zob. M. Bielski, *Komentarz do art. 200 Kodeksu karnego*, LEX 2013, data dostępu: 19.03.2018 r.

<sup>20</sup> Na marginesie tych rozważań warto zauważyć, że problem nieobecności opiekunów prawnych dziecka odnosi się także do wyrażania zgody na udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

z porady w gabinecie prywatnym, to ewentualną możliwość zawarcia takiej umowy o udzielenie świadczenia należałoby rozpatrywać w perspektywie zdolności do czynności prawnych. Jednocześnie nie jest do mnie jasnym, jaka szkoda mogłaby zostać wyrządzona małoletniemu przez sam fakt udzielenia mu porady ginekologicznej.

**W związku z powyższym, zwracam się w uprzejmą prośbą o ponowne rozważenie możliwości wprowadzenia proponowanej przeze mnie zmiany.**

## **8. Łagodzenie bólu podczas porodu**

**Zagwarantowanie dostępu pacjentek do metod łagodzenia bólu podczas porodu to jeden ze standardów z zakresu opieki okołoporodowej, ale także gwarant poszanowania prawa pacjentek do opieki zdrowotnej, ich integralności i godności.** W mojej ocenie zmuszanie ciężarnej do urodzenia dziecka bez znieczulenia, gdy nie ma ku temu przeciwwskazań zdrowotnych, może zostać uznane za przejaw niehumanitarnego i poniżającego traktowania, w szczególności w świetle art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Niestety zakres dostępu do metod łagodzenia bólu różni się w zależności od regionu, w którym mieszka pacjentka<sup>21</sup>. Z moich ustaleń wynika, że jest to spowodowane niedostateczną liczbą lekarzy anestezjologów zatrudnionych w szpitalach<sup>22</sup>. Ponadto niski poziom świadomości kobiet w ciąży i rodzących na temat przysługujących im praw wpływać może na wzrost ryzyka nierespektowania ich praw.

Pragnę zauważyć, że istniejąca sytuacja nie jest wynikiem braku odpowiednich regulacji prawnych. Zgodnie bowiem z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2016 r., poz. 1132) osoba sprawująca opiekę podczas porodu winna przedstawiać

---

<sup>21</sup> Chcąc uzyskać uzyskania informacje o liczbie znieczuleń podczas porodów, jakie miały miejsce w 2015 r., skierowałem wystąpienia do wszystkich szesnastu oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o przesłanie danych dotyczących liczby porodów zakończonych drogami natury oraz liczby wykonanych podczas porodów zabiegów znieczulenia zewnątrzoponowego. O działaniach tych oraz ich rezultatach informowałem Pana Ministra w wystąpieniu z dnia 26 września 2016 r. w sprawie dostępu pacjentek rodzących do znieczulenia farmakologicznego.

<sup>22</sup> Zob. też informację NIK o wynikach kontroli „Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych”, dokument nr LBI.410.008.2015 Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf>, 16.01.2018 r.

rodzącej pełną informację o nefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych dostępnych w miejscu, w którym ten poród się odbywa, a także wspierać rodzącą w stosowaniu tych metod oraz respektować jej decyzje w tym zakresie (pkt VI załącznika do rozporządzenia). Dodatkowo gwarancje dostępu do metod leczenia bólu zarówno w przypadku ciąż fizjologicznych, jak i nefizjologicznych wynikają z dwóch kolejnych rozporządzeń. Pierwsze z nich określa standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego<sup>23</sup>, drugie zaś dotyczy standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych<sup>24</sup>.

Nie kwestionując więc istnienia regulacji prawnych służących poszanowaniu prawa pacjentek do łagodzenia bólu, pragnę zauważyć, że w praktyce pacjentki, mieszkające w niektórych rejonach Polski, mają trudności w uzyskaniu świadczeń z zakresu łagodzenia bólu okołoporodowego. Obecnie zaś brak jest podmiotu gromadzącego dane dotyczące skuteczności istniejących rozwiązań prawnych. Tym samym nie jest możliwe rzetelne ocenienie, czy prawa pacjentek są w pełni realizowane.

## 9. Cesarskie cięcie

**Prawo pacjentek do ochrony zdrowia realizuje się, m.in. poprzez dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.** Jednym z takich świadczeń jest cesarskie cięcie. Warto jednak zauważyć, że wykonywanie tego zabiegu, pomimo braku medycznych wskazań do jego przeprowadzenia, może prowadzić do narażenia zdrowia i życia pacjentki oraz dziecka. Dlatego Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) rekomenduje wykonywanie tego

---

<sup>23</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997).

<sup>24</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007).



zabiegu, jedynie, gdy istnieją ku temu wskazania i przemawia za tym dobro pacjenta<sup>25</sup>. Z danych prezentowanych w Sprawozdaniach Rządu z wykonania ustawy o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* wynika, że aż około 40% wszystkich porodów kończy się cesarskim cięciem<sup>26</sup>. Między województwami występują zaś dysproporcje w liczbie tych zabiegów. Uważam, że dążąc do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom, należy podjąć działania mające na celu dokonanie należytej diagnozy przyczyn powszechności stosowania tej procedury, co w konsekwencji umożliwi podjęcie działań służących jej ograniczeniu. W tym kontekście niezwykle ważne jest też upowszechnianie wiedzy na temat procedury cesarskiego cięcia wśród pacjentek oraz zapewnienie im dostępu, o czym mowa wyżej, do metod łagodzenia bólu porodowego. W związku z tym z zadowoleniem przyjąłem informację o powołaniu w 2015 r. zespołu roboczego do spraw opracowania kierunku działań w celu zmniejszenia liczby cesarskich cięć. Mam nadzieję, że prace tego zespołu przyczynią się do zwiększenia świadomości i bezpieczeństwa pacjentek.

## 10. Opieka okołoporodowa

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej. Przepis ten stanowi ustawową gwarancję realizacji konstytucyjnego prawa do szczególnej opieki zdrowotnej dla kobiet w ciąży (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP). **W mojej ocenie należyte zagwarantowanie tego prawa wymaga, m.in. zapewnienia rzeczywistego dostępu do świadczeń opieki okołoporodowej dla kobiet w ciąży. Opieka ta powinna być zapewniona przez cały okres trwania ciąży, a nie tylko od momentu, gdy kobieta trafia na oddział położniczy.** Uważam, że organy odpowiedzialne za realizację tego obowiązku powinny gromadzić i poddawać analizie informacje dotyczące korzystania kobiet z opieki okołoporodowej w ramach publicznego i prywatnego systemu opieki zdrowotnej, tak aby możliwa była ocena efektywności działań państwa w tym obszarze.

<sup>25</sup> WHO statement on caesarean section rates, World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 kwietnia 2015 r., WHO/RHR/15.02.

<sup>26</sup> Zgodnie ze Sprawozdaniem z wykonania ustawy w 2014 r. ok. 43% wszystkich porodów kończyło się cesarskim cięciem, w 2015 r. – ok. 44%, zaś w 2016 r. – ok. 40 %.

Sposobem realizacji obowiązku ustawowego powinno być także wydanie rozporządzenia określającego zakres, formy i tryb zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej (art. 2 ust. 4 ustawy). Niestety takie rozporządzenie dotąd nie zostało wydane, zaś analiza kolejnych Sprawozdań Rządu z wykonania ustawy uniemożliwia ocenę wpływu niewydania rozporządzenia na realizację praw pacjentek.

Warto też zwrócić uwagę, że istotne znaczenie z punktu widzenia realizacji prawa do opieki okołoporodowej oraz jakości sprawowanej opieki ma przygotowanie i wdrożenie standardów postępowania medycznego realizujących wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia. Standardy dotyczące opieki okołoporodowej zostały zamieszczone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w *sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2016 r., poz. 1132). Sam fakt istnienia tego rozporządzenia nie jest jednak równoznaczny z należyтым jego wykonywaniem. Pragnę podkreślić, że dopiero właściwe aplikowanie tych standardów w praktyce może mieć przełożenie na jakość opieki zdrowotnej nad kobietą. Właśnie z tej przyczyny za celowe uważam poddanie szczegółowej analizie stosowanie zasad opieki okołoporodowej oraz weryfikację zgodności tych standardów z wytycznymi WHO. Z prowadzonej wcześniej korespondencji z Ministerstwem Zdrowia wynika<sup>27</sup>, że standardy WHO miały zostać dostosowane do polskiego systemu opieki zdrowotnej, co może budzić wątpliwości co do zgodności polskich standardów z międzynarodowymi. Ponadto w zakresie nieuregulowanym w wytycznych w rozporządzeniu uwzględniono polskie doświadczenia w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Nie jest jasnym, o jakie konkretnie doświadczenia chodzi i w jaki sposób znalazły one odzwierciedlenie w standardach.

## **11. Pomoc materialna i opieka nad kobietami w ciąży**

Jednym z obowiązków państwa w zakresie opieki nad kobietami w ciąży jest zapewnienie im pomocy materialnej i opieki dla tych z nich, które znajdują się w trudnych

---

<sup>27</sup> Odpowiedź Ministra Zdrowia na uwagi RPO do Sprawozdania za 2014 rok z dnia 29 marca 2017 r., znak: MDP.0763.7.2016.AB(6).

warunkach materialnych (art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy). Państwo powinno także zapewnić dostęp do szczegółowych informacji na temat uprawnień, zasiłków i świadczeń przysługujących kobietom w ciąży, matkom, ojcom oraz ich dzieciom oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i społecznych, a także zajmujących się sprawami przysposobienia (art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy).

W mojej ocenie mimo istnienia wielu regulacji odnoszących się do problematyki wsparcia materialnego i opieki nad kobietą w ciąży, trudno ocenić ich realną skuteczność wobec braku stosownych danych, wyłącznie na podstawie cytowanych treści przepisów. Powszechna znajomość działań podejmowanych w tym zakresie przez właściwe podmioty, na co powoływało się w kierowanej do mnie korespondencji Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej<sup>28</sup>, nie uzasadnia poniechania publikowania i analizy relewantnych informacji. Zachowanie, polegające na celowym pomijaniu w Sprawozdaniach z wykonania ustawy pewnych informacji, nawet jeżeli funkcjonują one w przestrzeni publicznej, stanowi przykład nienależytego wywiązania się z obowiązku dokonania oceny skuteczności realizacji przepisów ustawy. Uniemożliwia to weryfikację, czy zawarte w tych aktach prawnych postanowienia są efektywnie realizowane.

Uważam, że ocena efektywności wsparcia materialnego ze strony państwa w tym zakresie jest niemożliwa także wobec niegromadzenia przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informacji dotyczących tego, ile kobiet samodzielnie wychowujących dzieci, ojców i dzieci skorzystało ze świadczeń rodzinnych. W mojej ocenie pożądanym byłoby pozyskiwanie informacji na ten temat, gdyż umożliwiłoby to ocenę stosowania art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy.

W tym miejscu pragnę też zaznaczyć, że w **perspektywie dostępu do pomocy materialnej niebagatelne znaczenie ma podnoszenie świadomości o rodzajach wsparcia oferowanego przez państwo oraz warunkach uzyskania go**. Wiedza na ten temat powinna być powszechnie dostępna i prezentowana w sposób zrozumiały dla każdego. Niestety także w tym zakresie brak jest danych umożliwiających ocenę poziomu świadomości społecznej w tym względzie. Przekonanie Ministerstwa Rodziny, Pracy

---

<sup>28</sup> Odpowiedź Ministra Zdrowia na uwagi RPO do Sprawozdania za 2014 rok z dnia 29 marca 2017 r., znak: MDP.0763.7.2016.AB(6).

i Polityki Społecznej<sup>29</sup>, że wiedza ta jest powszechnie dostępna, mając na uwadze brak danych to potwierdzających, może się okazać kontrfaktyczne.

Przejawem pomocy materialnej dla kobiet w ciąży i rodzin jest także wsparcie przekazywane przez państwo w ramach infrastruktury na rzecz dziecka i rodziny. Niestety, w mojej ocenie, mimo istnienia rozbudowanego systemu wsparcia nie jest możliwym ocenienie, czy oferowana pomoc jest adekwatna do potrzeb. Dla przykładu wskazać można, że brak szczegółowych danych uniemożliwia zdiagnozowanie niedostatków w opiece nad dzieckiem oraz zracjonalizowanie podejmowanych w tym zakresie działań<sup>30</sup>.

W tym miejscu warto też wspomnieć o udziale państwa w rozwoju adopcji, tj. instytucji, mającej doniosłe społecznie znaczenie, dzięki której możliwym jest wychowywanie się w rodzinie dzieci pozbawionych tego rodzaju opieki. Brak danych dotyczących stosunku dzieci adoptowanych do liczby dzieci oczekujących na nią uniemożliwia ocenę skuteczności działań państwa podejmowanych w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej. Jestem przekonany, że gromadzenie tego rodzaju informacji umożliwiłoby ocenę efektywności działań podejmowanych w celu zapewnienia rodzin adopcyjnych dla wszystkich potrzebujących dzieci.

**Infrastruktura pomocowa państwa dotyczy również wsparcia w ramach domów samotnej matki. W mojej ocenie pomoc w tym zakresie powinna przysługiwać w takim samym stopniu samotnym rodzicom bez względu na płeć.** Z uwagi na niegromadzenie danych dotyczących liczby mężczyzn korzystających z tego rodzaju wsparcia, niemożliwa jest weryfikacja, czy faktycznie mężczyźni mogą liczyć na równe traktowanie w zakresie możliwości skorzystania z infrastruktury adresowanej do rodziców samodzielnie wychowujących dzieci.

Obok pomocy w domach samotnej matki państwo oferuje także różne rodzaje innego wsparcia, z którego mogą skorzystać małoletnie matki i kobiety samodzielnie wychowujące dziecko. Informacje o liczbie osób korzystających z takiej pomocy są gromadzone przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Niemniej z uwagi na to, że istniejące formy pomocy, tj. ośrodki interwencji kryzysowej i mieszkania chronione są kierowane nie

---

<sup>29</sup> *Ibidem*, s. 9.

<sup>30</sup> Zob. szerzej na ten temat w stanowisku RPO do Sprawozdania za 2014 rok, s. 16-18.

tylko do małoletnich matek i kobiet samodzielnie wychowujących dzieci, w mojej ocenie, rozważenia wymaga wdrożenie środków umożliwiających pozyskiwanie danych dotyczących korzystania z pomocy przez tę grupę. W związku z tym za nieprzydatne dla oceny skuteczności ustawy uważam gromadzenie danych dotyczących korzystania z kierowanych do szerszego grona odbiorców ośrodków bez zawężenia tych danych do interesującej z punktu widzenia realizacji ustawy grupy.

Z kolei ocena realności dostępu do świadczeń z zakresu pomocy społecznej wymaga gromadzenia informacji w zakresie liczby przyznawanych świadczeń, bez względu na fakt, że prawo do tych świadczeń nabywa się w drodze decyzji administracyjnej, której wydanie poprzedzone jest przeprowadzeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego. Sposób przyznawania tego rodzaju świadczeń, w mojej ocenie, nie uzasadnia niepodejmowania działań służących ocenie realnej dostępności do nich. Ponadto, pragnę zauważyć, że poprzedzenie wydania decyzji wywiadem nie jest równoznaczne z istnieniem należytego wsparcia w tym zakresie.

Wspomnianym wyżej obowiązkiem państwa jest upowszechnianie wiedzy na temat przysługujących kobiecie w ciąży, dziecku i rodzinie świadczeń. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej poinformowało mnie, że upowszechnianie informacji w tym zakresie należy m.in. do zadań powiatów<sup>31</sup>. W związku z tym za celowe uważam zwracanie się przez Ministerstwo o udostępnienie danych dotyczących działań informacyjnych do powiatów – w przeciwnym razie dane dotyczące tej problematyki będą niepełne, a w konsekwencji ocena świadomości o możliwościach wsparcia będzie niepełna.

**Uważam, że rola państwa w zapewnianiu wsparcia materialnego i odpowiedniej opieki powinna przejawiać się również w zagwarantowaniu dostępu do rozwiązań umożliwiających godzenie ról rodzinnych i zawodowych.** W 2015 r. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej podjęło szereg działań w tym zakresie<sup>32</sup>. Przyjmując z zadowoleniem wprowadzone rozwiązania, pragnę jednak zauważyć, że informacje na temat tych i innych, podejmowanych w tym obszarze działań i ich rezultatów powinny być upubliczniane i poddawane szczegółowej analizie. Sam fakt podjęcia działań legislacyjnych

---

<sup>31</sup> Odpowiedź Ministra Zdrowia na uwagi RPO do Sprawozdania za 2014 rok z dnia 29 marca 2017 r., znak: MDP.0763.7.2016.AB(6), s. 11.

<sup>32</sup> *Ibidem*, s. 12.

w celu umożliwienia godzenia ról rodzinnych i zawodowych, choć słuszny, nie stanowi rozwiązania istniejących problemów, jeśli prawo nie jest należycie realizowane.

Wsparcie dla kobiet w ciąży, matek oraz rodzin powinno być także realizowane na gruncie przepisów z zakresu prawa pracy. W tym miejscu pragnę uprzejmie podziękować za uwzględnienie niektórych z przedstawianych przeze mnie w przeszłości postulatów<sup>33</sup>, dotyczących zrównania praw rodziców w zakresie pracowniczych uprawnień rodzicielskich, dotyczących wymienności uprawnień przysługujących pracownikom i innym ubezpieczonym oraz wydłużenia okresu, w którym możliwe jest wykorzystanie urlopu ojcowskiego. Z nadzieją przyjąłem informację o planach rozważenia przez Komisję Kodyfikacyjną Prawa Pracy<sup>34</sup> postulowanego przeze mnie całkowitego uniezależnienia prawa do urlopu rodzicielskiego od prawa do urlopu macierzyńskiego.

Jednocześnie pragnę ponowić postulat wprowadzenia obowiązku uwzględniania wniosku dotyczącego elastycznych form zatrudnienia przez pracodawcę, chyba że jest to niemożliwe ze względu na organizację pracy lub jej rodzaj. Uważam, że takie rozwiązanie, przy jednoczesnej niskiej dostępności do instytucji opieki nad dziećmi do lat 3, umożliwiłoby pogodzenie pracy zawodowej z zatrudnieniem.

Możliwość skorzystania ze świadczeń pracowniczych uzależniona jest od świadomości pracowników o tym, komu i na jakich zasadach one przysługują. Dlatego uważam za potrzebne wprowadzenie obowiązku rozpowszechniania przez pracodawcę informacji na temat uprawnień związanych z rodzicielstwem. Nie podzielam obawy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, że stanowiłoby to nadmierne obciążenie pracodawcy, a z uwagi na to, że nie wszyscy pracownicy będą zainteresowani takimi informacjami, byłoby to także niecelowe<sup>35</sup>. W mojej ocenie, po pierwsze, udostępnienie stosownych informacji mogłoby nastąpić chociażby poprzez umieszczenie ich w zakładzie pracy czy rozesłanie w zbiorczej wiadomości mailowej. Trudno uznać takie działania za nadmiernie obciążające. Ponadto fakt, że pewna grupa pracowników nie będzie zainteresowana pozyskaniem informacji na temat uprawnień rodzicielskich nie może

<sup>33</sup> A. Błaszczak, M. Kuruś, A. Chabiera, A. Mazurczak, P. Nowek, *Godzenie ról rodzinnych i zawodowych. Równe traktowanie rodziców na rynku pracy*, Warszawa 2015, [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/BIULETYN\\_RZECZNIKA\\_PRAW\\_OBYWATELSKICH\\_2015\\_nr\\_7.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/BIULETYN_RZECZNIKA_PRAW_OBYWATELSKICH_2015_nr_7.pdf), data dostępu: 18.03.2018 r.

<sup>34</sup> Odpowiedź Ministra Zdrowia na uwagi RPO do Sprawozdania za 2014 rok z dnia 29 marca 2017 r., znak: MDP.0763.7.2016.AB(6), s. 13.

<sup>35</sup> *Ibidem*, s. 14.

prowadzić do pozbawienia dostępu do niej szerokiego grona zainteresowanych osób. W związku z tym pragnę wyrazić nadzieję, że moje stanowisko w tym zakresie zostanie wzięte przez Ministerstwo pod uwagę.

Obowiązek informowania o uprawnieniach pracowniczych, obok pracodawców, powinien spoczywać także na Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Ministerstwo to wychodząc naprzeciw potrzebom prowadzi infolinię, w ramach której każda zainteresowana osoba może uzyskać informacje dotyczące uprawnień pracowniczych kobiet w ciąży oraz uprawnień pracowniczych związanych z rodzicielstwem. Niestety Ministerstwo nie gromadzi informacji dotyczących liczby osób dzwoniących na infolinię w celu uzyskania informacji o uprawnieniach rodzicielskich. W mojej ocenie ogranicza to możliwość oceny, na ile wiedza o tych uprawnieniach, warunkująca skorzystanie z nich, jest dostępna. W związku z tym za cenne uważam rozpoczęcie prowadzenia takich statystyk przez Ministerstwo.

Z zadowoleniem przyjąłem wiadomość o rozpoczęciu gromadzenia informacji dotyczących liczby bezrobotnych posiadających co najmniej jedno dziecko do 6. roku życia oraz posiadających co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18. roku oraz o liczbie osób, które podjęły pracę w ramach grantu na telepracę bądź w ramach świadczenia aktywizującego<sup>36</sup>. Uważam jednak, że zakres danych gromadzonych przez Ministerstwo w celu oceny efektywności udzielanego wsparcia powinien być poszerzony, m.in. o informację o uprawnieniach, z jakich korzystają osoby bezrobotne, a także o dane dotyczące liczby kobiet korzystających z możliwości opłacenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych składek emerytalnych i rentowych.

Wsparcie państwa winno być skutecznie zapewnione także rodzinom wychowującym dzieci z niepełnosprawnością. Niestety brak danych dotyczących wywiązywania się państwa ze swoich ustawowych obowiązków uniemożliwia ocenę, czy istniejące wsparcie stanowi realną odpowiedź na potrzeby rodzin. W szczególności za celowe uważam rozpoczęcie gromadzenia informacji na temat tego, ile rodzin wychowujących niepełnosprawne dzieci korzysta z oferowanej przez państwo pomocy oraz ile środków finansowych przeznaczanych jest na ten cel. Ta uwaga pozostaje aktualna także w zakresie

---

<sup>36</sup> *Ibidem.*

liczby osób korzystających z dodatków do zasiłku rodzinnego, z zasiłku macierzyńskiego, urlopów wychowawczych, ubezpieczeń i innych niż wspomniane wyżej, świadczeń udzielanych osobom wychowującym niepełnosprawne dzieci. **Podkreślenia wymaga, że odpowiednie wsparcie materialne ze strony państwa umożliwi sprawowanie odpowiedniej opieki nad dziećmi, które z uwagi na swoją niepełnosprawność, wymagają nierzadko rehabilitacji oraz innych, dodatkowych świadczeń opieki zdrowotnej.**

Wsparcie dla rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnościami powinno polegać również na zapewnieniu odpowiedniego poradnictwa, w tym poradnictwa psychologicznego udzielanego kobietom w ciąży patologicznej oraz ich rodzinom. Ocena zaś skuteczności działań podejmowanych przez państwo w tym względzie, powinna się odbywać na podstawie gromadzonych przez właściwe podmioty danych.

## **12. Wsparcie szkoły dla małych matek, ojców i uczennic w ciąży**

Odpowiednie wsparcie szkoły dla uczennic w ciąży, a także małych matek i ojców ma znaczenie m.in. dla możliwości kontynuacji edukacji czy zagwarantowania prawidłowego rozwoju psychologicznego małych matek. W tym zakresie **za problem o charakterze systemowym uważam zupełny brak wsparcia dla małych chłopów, którzy zostali ojcami i podobnie jak małe matki nierzadko potrzebują odpowiedniej pomocy psychologicznej i pedagogicznej.**

W ocenie Ministerstwa Edukacji Narodowej brak systemowego wsparcia dla małych ojców nie wyklucza możliwości skorzystania przez nich z pomocy szkoły<sup>37</sup>. Ministerstwo poinformowało mnie, że każdemu uczniowi, który tego potrzebuje, zapewniona winna być pomoc psychologiczno-pedagogiczna. Ponadto obok małych matek, także małe uczniowie mogą skorzystać z zajęć terapeutycznych w przewidzianych formach. Niestety przekazane informacje nie dają możliwości oceny, czy proponowane wsparcie jest realizowane i jest wystarczające oraz ilu uczniów, będących ojcami z niego korzysta. Cennym byłoby również zestawienie liczby małych ojców, którzy korzystają z oferowanego wsparcia z ich ogólną liczbą. Samo wskazanie form pomocy nie

---

<sup>37</sup> *Ibidem*, s. 24.



umożliwia formułowania wniosków co do skuteczności podejmowanych działań. **Niestety wciąż też nie wskazano, czy planowane jest rozwiązanie w sposób systemowy problemu marginalizowania praw młodocianych ojców.**

Zgodnie z dostępnymi informacjami wsparcie dla małoletnich uczennic i uczniów realizuje się m.in. poprzez organizację zajęć terapeutycznych prowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Obecnie, w związku z, jak mi wskazano, brakiem możliwości gromadzenia danych przez Ministerstwo Edukacji Narodowej nie można dokonać weryfikacji skuteczności niesionej pomocy. W związku z tym pragnę ponowić swój postulat wprowadzenia możliwości pozyskiwania przez Ministerstwo informacji na temat liczby udzielanych porad.

**Niezwykle istotną regulacją z punktu widzenia uczących się matek, które ze względu na nowe obowiązki związane z przyjściem na świat dziecka mogą mieć utrudnioną możliwość uczestnictwa w zajęciach szkolnych, wydaje się być możliwość spełnienia obowiązku nauki poza szkołą.** Niestety także w tym wypadku nie jest możliwym ocena, czy w rzeczywistości ten rodzaj wsparcia jest dostępny uczennicom. Nie są bowiem prezentowane dane dotyczące tego, jaka liczba uczennic faktycznie korzysta z przewidzianej ustawowo możliwości oraz czy i jakie przeszkody i utrudnienia związane są dostępem do przysługujących uczennicom praw. Z kolei skuteczność programów nauczania oraz metod świadomej prokreacji powinna być oceniana m.in. poprzez porównywanie ogólnej liczby uczennic będących w ciąży w kolejnych latach, co obecnie nie jest czynione.

### **13. HIV, FAS**

Elementem opieki medycznej nad kobietą w ciąży jest również zapewnienie opieki nad osobami będącymi nosicielami wirusa HIV. Uważam, że pełna realizacja tego prawa powinna polegać, m.in. na umożliwieniu wykonywania testów na nosicielstwo HIV u kobiet w ciąży, w tym w szczególności u małoletnich, których dostęp do tych świadczeń jest ograniczony poprzez konieczność uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego. Niestety dane dotyczące tej opieki nie są publikowane i nie uwzględniają ich kolejne Sprawozdania Rządu. trudno więc ocenić skuteczność wywiązywania się państwa z obowiązku zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych w tym zakresie.

Jednym z podmiotów mogącym mieć istotne znaczenie w perspektywie poszanowania praw kobiet ciężarnych będących nosicielkami wirusa HIV bądź chorych na AIDS jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Dane dotyczące działalności Centrum na rzecz tej, konkretnej grupy pacjentek nie są jednak przedstawiane, co uniemożliwia weryfikację, w jakim zakresie Krajowe Centrum faktycznie udziela w tym względzie pomocy.

Pragnę też zauważyć, że podejmowane przez państwo działania w zakresie FAS (tj. alkoholowego zespołu płodowego) stanowią element opieki nad kobietami w ciąży i dziećmi, o którym stanowi art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy. Mając na uwadze konieczność oceny wywiązania się przez organy administracji rządowej z obowiązku sprawowania opieki nad tymi grupami pacjentów, uważam, że celowym byłoby publikowanie informacji o liczbie osób korzystających z oferowanych poszczególnych form pomocy. Niezależnie od powyższego, pragnę podkreślić, że już podejmowane działania służące profilaktyce i rozwiązywaniu problemów alkoholowych zasługują na poparcie.

#### **14. Pozyskiwanie komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej**

Szczególna opieka zdrowotna nad kobietami w ciąży realizowana jest także w ramach programów zdrowotnych. Jednym z nich jest Program Wieloletni na lata 2011-2020 pn. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej w zakresie, w jakim w jego ramach finansowane jest pozyskiwanie i przechowywanie komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej dla celów publicznych. Komórki krwiotwórcze krwi pępowinowej mogą być wykorzystywane przy leczeniu niektórych schorzeń, m.in. białaczki. Niestety nie są publikowane dane dotyczące liczby zabiegów i kobiet im poddawanych, stąd niemożliwym jest dokonanie oceny skuteczności programu. Uważam, że efektywność tego programu zdrowotnego, podobnie, jak każdego innego, powinna być poddawana okresowym ocenom.

#### **15. Uwagi końcowe**

W świetle powyższych uwag uważam, że realizacja *ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* jest nieefektywna.

Niedostatki regulacyjne bądź niewłaściwe wykonywanie obowiązujących przepisów prowadzą do sytuacji, w której podstawowe prawa człowieka nie są w pełni szanowane. Wskazane braki dotyczą zarówno Sprawozdania za 2014 rok, które analizowałem w odrębnym wystąpieniu, jak i ostatniego, przedłożonego przez rząd Sejmowi dokumentu pn. „Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2016 r. Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. O planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży”. Jak już wcześniej wskazywałem, **brak szczegółowych i adekwatnych informacji dotyczących w szczególności dostępu do edukacji seksualnej, antykoncepcji, poradnictwa i pomocy, o której mowa w przepisach ustawy, powoduje, że nie jest możliwa nie tylko ocena realizacji ustawy i skutków jej stosowania, ale także ocena realizacji praw człowieka, które wiążą się z tymi kwestiami.** Co za tym idzie, nie jest możliwe dokonanie analizy i oceny realizacji prawa do ochrony zdrowia, prawa do świadomego decydowania o posiadaniu dzieci czy prawa do prywatności.

W związku z tym, działając na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2017 r., poz. 958), zwracam się z uprzejmą prośbą o przedstawienie wyjaśnień w zasygnalizowanych przez mnie sprawach. W szczególności będę wdzięczny za przekazanie informacji, czy planowane jest rozpoczęcie gromadzenia danych statystycznych umożliwiających właściwą ewaluację ustawy. Uważam, że brak takich danych uniemożliwia dokonanie właściwej diagnozy problemów związanych z należyтым wykonaniem ustawy. W konsekwencji niemożliwe jest podjęcie przez państwo efektywnych działań wychodzących naprzeciw istniejącym nieprawidłowościom i zagwarantowanie pełnej realizacji podstawowych praw człowieka.

Z wyrazami szacunku,

Adam Bodnar

Do wiadomości:

1. **Pan Mateusz Morawiecki**  
**Prezes Rady Ministrów**  
al. Ujazdowskie 1/3  
00-001 Warszawa
2. **Pan Zbigniew Ziobro**  
**Minister Sprawiedliwości Prokurator Generalny**  
al. Ujazdowskie 11  
00-950 Warszawa
3. **Pani Anna Zalewska**  
**Minister Edukacji Narodowej**  
al. J. Ch. Szucha 25  
00-918 Warszawa
4. **Pani Elżbieta Rafalska**  
**Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**  
ul. Nowogrodzka 1/3/5  
00-513 Warszawa