



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa,

Adam Bodnar

VII.5001.2.2016.AMB

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

W związku ze skierowanym do Sejmu *Sprawozdaniem Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2014 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (druk sejmowy nr 373)*, pozwalam sobie przekazać na ręce Pana Marszałka **stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie tego Sprawozdania**. Jednocześnie zwracam się z uprzejmą prośbą o przekazanie tego dokumentu do wiadomości właściwych komisji sejmowych, które zajmują się rozpatrzeniem Sprawozdania.

1. Wstęp

Problematyka legalnego zabiegu przerywania ciąży uregulowana została w ustawie 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). Polski prawodawca przewiduje trzy przypadki, w których zabieg przerywania ciąży jest legalny, tj. kiedy (1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej; (2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej

jego życiu; (3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. Wystąpienie powyższych okoliczności stwierdza inny niż dokonujący aborcji lekarz (przypadki 1 i 2) bądź prokurator (przypadek 3), zaś legalność zabiegu warunkowana jest zgodą pacjentki, która winna być wyrażona w formie pisemnej. Ponadto ustawodawca wskazuje, że aborcja przeprowadzona może być jedynie przez lekarza w warunkach szpitalnych (warunek ten dotyczy przesłanek 1 i 2). Dopuszczalność przerywania ciąży uzależniona jest od stadium ciąży (kryterium czasowe przerywania ciąży).

Opisana tu możliwość terminacji ciąży ograniczona jest poprzez wprowadzenie - przepisami innego niż przedmiotowa ustawa aktu prawnego - instytucji klauzuli sumienia, przy czym jej istnienie nie zwalnia państwa z zagwarantowania równego i realnego dostępu do tejże procedury.

Jak wskazuje się w doktrynie, zagadnienie możliwości legalnego poddania się zabiegowi aborcji związane jest z kwestią ochrony życia ludzkiego¹. Emanacją godności człowieka jest prawo do życia wyrażone w art. 38 Konstytucji, który stanowi, że: „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”. Warunkiem koniecznym poszanowania i ochrony godności jest zaś „ochrona biologicznej egzystencji człowieka przed zniszczeniem”². Także Trybunał Konstytucyjny, w mającym doniosłe znaczenie dla omawianej problematyki wyroku wskazał, że „demokratyczne państwo prawa jako naczelną wartość stawia człowieka i dobra dla niego najcenniejsze. Dobrem takim jest życie, które w demokratycznym państwie prawa musi pozostawać pod ochroną konstytucyjną w każdym stadium jego rozwoju”³. W przedmiotowej sprawie Trybunał rozpoznawał kwestię konstytucyjności niektórych przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 139, poz. 646). Trybunał za niezgodne z obowiązującą wówczas Konstytucją uznał rozwiązanie legalizujące aborcję, w przypadku, gdy kobieta ciężarna znajdowała się w ciężkich warunkach życiowych lub w trudnej sytuacji osobistej. Za naruszające

¹ J. Hołda, Z. Hołda, D. Ostrowska, J. A. Rybczyńska, *Prawa Człowieka. Zarys wykładu*, Warszawa 2014, s. 93 i n., T. Sroka, *Art. 38 Konstytucji* [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, Legalis, 6.06.2016 r.

² L. Bosek, *Gwarancje godności ludzkiej i ich wpływ na polskie prawo cywilne*, Warszawa 2012, s. 195.

³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997 r., K 26/96, OTK ZU 1997, nr 2, poz.19.

gwarancje konstytucyjne dla życia ludzkiego uznano umożliwienie przerwania ciąży bez dostatecznego usprawiedliwienia koniecznością ochrony innej wartości, prawa lub wolności konstytucyjnej oraz posługiwanie się przez prawodawcę nieokreślonymi kryteriami tej legalizacji. Jednocześnie Trybunał zauważył, że „**stwierdzenie, że życie człowieka w każdej fazie rozwoju stanowi wartość konstytucyjną podlegającą ochronie, nie oznacza, że intensywność tej ochrony w każdej fazie życia i w każdych okolicznościach ma być taka sama**”.

Ponadto wartość, jaką jest życie ludzkie – w przeciwieństwie do godności – może podlegać ograniczeniom, przy spełnieniu wymogów wynikających z zasady proporcjonalności⁴. Wśród wartości uzasadniających ograniczenie ochrony płodu ludzkiego, któremu w świetle polskiej Konstytucji przysługuje ochrona życia, wskazać można życie, zdrowie i wolność kobiety⁵.

Rzecznik Praw Obywatelskich stoi na straży praw i wolności człowieka i obywatela, w tym też praw człowieka - kobiet, które to prawa mogą zostać naruszone w wyniku nieistnienia efektywnych mechanizmów służących możliwości realizacji ustawowych gwarancji.

Na konieczność wdrożenia ustawowych gwarancji w zakresie pełnej realizacji praw reprodukcyjnych, o których szerzej poniżej, niejednokrotnie wskazywał Europejski Trybunał Praw Człowieka⁶. Podkreślał on swobodę państw w kształtowaniu relewantnych rozwiązań prawnych, przy czym zaznaczał, że wprowadzenie stosownych regulacji implikuje konieczność stworzenia przez **państwo ram instytucjonalnych i proceduralnych, dzięki którym dostęp do zabiegu legalnej aborcji bądź badań prenatalnych będzie realny i efektywny**. Niewywiązywanie się przez Państwo z pozytywnego zobowiązania do zapewnienia efektywnego poszanowania życia

⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 30 września 2008 r., K 44/07, OTK-A 2008, Nr 7, poz. 126.

⁵ T. Sroka, *Art. 38 Konstytucji, op. cit.*

⁶ Zob. wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 26 maja 2011 r. w sprawie *R.R. v. Polska*, skarga nr 27617/04, pkt. 200-207, opublikowany w bazie HUDOC: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-104911>, (4.06.2016), wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 20 marca 2007 r., w sprawie *Tysiąc v. Polska*, skarga nr 5410/03, pkt. 119-124, opublikowany w bazie HUDOC: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-79812> (4.06.2016 r.), wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 30 października 2012 r., w sprawie *P. i S. v. Polska*, skarga nr 57375/08, pkt. 94-100, opublikowany w bazie HUDOC: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-114098> (4.06.2016 r.).

prywatnego, w ocenie Trybunału, wiązać się może z naruszeniem art. 8 Konwencji⁷, zaś wadliwie skonstruowana i źle działająca procedura regulująca dostęp do legalnego zabiegu przerywania ciąży, narażająca kobiety na cierpienie i poniżenie może w niektórych przypadkach prowadzić do naruszenia art. 3 Konwencji statuującego zakaz tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania⁸.

Trybunał, zwracając uwagę na konieczność wprowadzenia odpowiednich norm proceduralnych, gwarantujących dostęp m.in. do zabiegów legalnej aborcji, wskazuje, że „konceptja legalizmu i rządów prawa w demokratycznym społeczeństwie wymaga, aby instrumenty dotyczące podstawowych praw człowieka były, w pewnych przypadkach, przedmiotem określonej procedury przed niezależnym organem, kompetentnym dla dokonania rewizji podstaw zastosowania danych środków oraz stosownych dowodów”⁹. Ponadto zauważa on konieczność zagwarantowania rzeczywistego, a nie iluzorycznego dostępu do zabiegu terminacji ciąży i podkreśla, że „jeżeli państwo, działające w ramach marginesu uznania (...) przyjmuje przepisy ustawowe dopuszczające dokonanie aborcji w pewnych sytuacjach, nie może ono tworzyć ram prawnych, które ograniczałyby realne możliwości jej uzyskania. W szczególności, państwo jest objęte pozytywnym zobowiązaniem do stworzenia ram proceduralnych umożliwiających kobiecie w ciąży wyegzekwowanie jej prawa do legalnej aborcji”¹⁰. Warto zwrócić uwagę, że Trybunał nie kwestionuje dopuszczalności istnienia instytucji klauzuli sumienia, lecz akcentuje pozytywne obowiązki państwa służące zagwarantowaniu dostępu kobiet do wspomnianych procedur medycznych¹¹. Wskazuje on, że „państwa są zobowiązane do organizowania systemu świadczeń zdrowotnych w taki sposób, aby zapewnić, że skuteczne egzekwowanie prawa do wolności sumienia pracowników opieki zdrowotnej w kontekście zawodowym nie uniemożliwia pacjentom uzyskania dostępu do świadczeń, do których są uprawnieni zgodnie ze stosownym ustawodawstwem”¹².

⁷ Sprawa *R. R. v. Polska*, pkt 214, sprawa *Tysiąc v. Polska*, pkt. 130, sprawa *P. i S. v. Polska*, pkt 112.

⁸ Sprawa *R. R. v. Polska*, pkt 162, sprawa *P. i S. v. Polska*, pkt 169. Ponadto w sprawie *P. i S. v. Polska* Trybunał stwierdziła naruszenie art. 5 Konwencji.

⁹ Wyrok w sprawie *Tysiąc v. Polska*, pkt 117.

¹⁰ Wyrok w sprawie *R. R. v. Polska*, pkt 66.

¹¹ J. Kondratiewa-Bryzik, *Początek prawnej ochrony życia ludzkiego w świetle standardów międzynarodowych*, Warszawa 2009, s. 264 i n.

¹² Wyrok w sprawie *R. R. v. Polska*, pkt 49.

Także organy międzynarodowe, nadzorujące przestrzeganie przez państwa międzynarodowych traktatów, ratyfikowanych przez Polskę, takie jak Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet (dalej też jako: Komitet), od lat zwracają uwagę na problem braku dostępu w praktyce do zabiegów legalnego przerywania ciąży w Polsce. Komitet postuluje zwiększenie dostępu do środków antykoncepcyjnych, w tym także zaleca, aby państwo „zapewniło kobietom i dziewczętom, w tym kobietom z obszarów wiejskich, dostępną i przystępną cenowo nowoczesną antykoncepcję poprzez wprowadzenie refundowania nowoczesnych i skutecznych metod antykoncepcji w publicznym systemie opieki zdrowotnej”¹³. Komitet uznaje za niepokojący wysoki odsetek nielegalnych aborcji, jakie przeprowadzane są w Polsce i zwraca uwagę na brak oficjalnych danych i badań dotyczących liczby nielegalnych i niebezpiecznych aborcji przeprowadzanych w Polsce, a także na nadużywanie przez lekarzy klauzuli sumienia¹⁴.

Podobne wątpliwości dotyczące stanu przestrzegania praw reprodukcyjnych kobiet w Polsce wyrażone zostały przez Komitet Praw Człowieka Organizacji Narodów Zjednoczonych¹⁵. Komitet ten wyraził zaniepokojenie ograniczonym dostępem kobiet do niektórych świadczeń zdrowotnych, takich jak poradnictwo w zakresie antykoncepcji, testów genetycznych i legalnego zabiegu przerywania ciąży. Zwrócono także uwagę, że normy proceduralne służące należytemu korzystaniu przez lekarza z klauzuli sumienia, przy jednoczesnym poszanowaniu praw pacjentek, są nienależycie stosowane. W ocenie Komitetu jednym z istotnych ograniczeń uniemożliwiających kobietom skorzystanie z legalnego zabiegu aborcji jest nieproporcjonalnie długi czas postępowania odwoławczego od orzeczenia lekarza. Komitet zwrócił także uwagę na wysoką liczbę nielegalnych aborcji w Polsce, które mogą stanowić zagrożenie dla życia kobiety¹⁶.

¹³ Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, *Uwagi końcowe w sprawie połączonego siódmego i ósmego sprawozdania okresowego Polski*, pkt 37; dokument nr CEDAW/C/POL/CO/7-8 z 7 listopada 2014 r.; http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/POL/CO/7-8&Lang=En, tłumaczenie własne, 15.07.2016.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ Rekomendacje Komitetu Praw Człowieka ONZ skierowane do Rządu RP, przyjęte 26 października 2010 r. po rozpatrzeniu w dniach 12-13 października 2010 r. szóstego sprawozdania okresowego Polski, CCPR/C/POL/CO/6, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR/C/POL/CO/6&Lang=En, tłumaczenie własne, 30.07.2016.

¹⁶ *Ibidem*, pkt 12.

Także Komitet Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych w uwagach końcowych z 7 października 2016 r.¹⁷ wyraził zaniepokojenie wysoką liczbą niebezpiecznych aborcji w Polsce oraz przeszkodami w dostępie do legalnej i bezpiecznej procedury terminacji ciąży i zalecił podjęcie skutecznych działań zmierzających do ograniczenia liczby niebezpiecznych aborcji oraz zapewnienia odpowiedniej opieki kobietom, które jej się poddały.

Komitet dostrzegł też zagrożenie dla ochrony praw pacjenta w przypadku odmowy przeprowadzenia aborcji z powołaniem się przez lekarza na klauzulę sumienia i zalecił stworzenie procedury, w ramach której kobieta będzie mogła uzyskać informację o podmiocie leczniczym, w którym możliwym jest poddanie się legalnemu zabiegowi terminacji ciąży. Odnosząc się do inicjatywy zmierzającej do zaostrenia przepisów ustawy *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, Komitet podkreślił, że postanowienia zawarte w projekcie nowelizacji naruszają godność kobiety i pozostają w sprzeczności z takimi prawami podstawowymi, jak prawo do ochrony zdrowia i życia.

Ponadto, Komitet zwrócił uwagę na ograniczony dostęp kobiet do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i antykoncepcji, w tym w szczególności uwarunkowanie dostępu osób niepełnoletnich do ginekologa wyrażeniem zgody przez przedstawiciela ustawowego. Komitet zaleca zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej z zakresu prawa reprodukcyjnego, a także do dostępnej cenowo, bezpiecznej i skutecznej antykoncepcji dla każdego. Komitet podkreśla też znaczenie promowania wszechstronnej i dostosowanej do wieku edukacji seksualnej zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn, nie tylko w ramach zajęć szkolnych, ale także w ramach nieformalnych spotkań.

¹⁷ Komitet Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych, *Uwagi końcowe dotyczące szóstego raportu okresowego Polski*, 7.10.16 r., E/C.12/POL/CO/6, dostępne pod adresem: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fPOL%2fCO%2f6&Lang=en, 2.11.16.

Problem nielegalnych aborcji, braku efektywnych gwarancji proceduralnych zapewniających dostęp do legalnego zabiegu aborcji, a także restrykcyjnego prawa aborcyjnego został zauważony także w ramach Powszechnego Przeglądu Okresowego¹⁸.

Nie można jednak zapominać, że zakres regulacji wspomnianej ustawy jest szerszy i obejmuje gwarancje mające na celu poszanowanie prawa do ochrony zdrowia, do świadomego decydowania o posiadaniu potomstwa oraz prawa do prywatności. W tym celu przepisy ustawy normują kwestie dostępu do edukacji seksualnej i antykoncepcji, do specjalistycznego poradnictwa i pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz materialnej. Efektywna realizacja przez państwo ustawowych gwarancji jest warunkiem poszanowania praw i wolności przysługujących wszystkim kobietom, w tym kobietom w ciąży, ale także matkom, ojcom oraz ich dzieciom.

Podkreślić także warto, że efektywność wykonywania ustawy ma wyjątkowo doniosłe znaczenie, z uwagi na fundamentalny charakter praw, których dotyczy. Wskazać tu należy bowiem, iż prawo do ochrony zdrowia, mające odzwierciedlenie w art. 68 Konstytucji RP, jest jednym z podstawowych praw człowieka, o którym stanowi szereg aktów o charakterze międzynarodowym i europejskim¹⁹, które na zasadzie określonej w art. 91 Konstytucji stanowią część wewnętrznego porządku prawnego RP.

Za mające podstawowe znaczenie w obrębie praw człowieka uznać należy również prawo do prywatności, o którym stanowi art. 47 Konstytucji RP²⁰.

Przed wszystkim jednak regulacje ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży odnoszą się do praw reprodukcyjnych kobiet. Definicja praw reprodukcyjnych została uzgodniona podczas Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju, która miała miejsce

¹⁸ *Universal Periodic Review: Report of the Working Group on the Universal Periodic Review*, A/HRC/21/14, 9 lipca 2012 r., pkt 90.106 I 90.108, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/PLSession13.aspx>, tłumaczenie własne, 30.07.2016.

¹⁹ Zob. art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, art. 11 Europejskiej Karty Społecznej i art. 35 Karty Praw Podstawowych UE, przy czym podkreślenia wymaga, że Karta nie statuuje ogólnego prawa do ochrony zdrowia (zob. M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, Legalis, 20.06.16 r. Prawo do ochrony zdrowia wywieść można także z postanowień Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka oraz Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

²⁰ Zob. także art. 17 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, art. 7 Karty Praw Podstawowych UE oraz art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

w Kairze²¹. W dokumencie końcowym z konferencji, podpisanym przez 179 państw, w tym Polskę, określono, że **prawa reprodukcyjne kobiet stanowią element praw człowieka** i opierają się na uznaniu: „fundamentalnego prawa wszystkich par i jednostek do wolnego i odpowiedzialnego decydowania, ile, kiedy i w jakich odstępach czasu chcą mieć dzieci, jak również do informacji i środków umożliwiających osiągnięcie tego celu; prawa do możliwie najlepszego zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego; prawa do podejmowania decyzji w sprawach reprodukcji, w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy”²².

Ponadto szereg aktów międzynarodowych, takich jak Międzynarodowy Pakt Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych, Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet, czy Konwencja o prawach dziecka, zawiera regulacje dotyczące wprost praw reprodukcyjnych lub praw człowieka mieszczących się w zakresie znaczeniowym pojęcia prawa reprodukcyjne. Mowa tu m.in. o prawie do decydowania o swoim życiu osobistym, w tym w szczególności do decydowania o posiadaniu bądź nie potomstwa, ale także o właściwej opiece zdrowotnej oraz informacji i środkach służących świadomej prokreacji.

W tym miejscu warte wspomnienia są także Uwagi Ogólne nr 22 Komitetu Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych, w świetle których to na państwach ciąży obowiązek wprowadzenia rozwiązań umożliwiających pełną realizację prawa do ochrony zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego²³. Komitet podkreśla konieczność zapewnienia odpowiedniej infrastruktury służącej udzielaniu, w najszerszym możliwym zakresie, świadczeń z zakresu zdrowia reprodukcyjnego. Infrastruktura ta powinna zaś być skonstruowana w sposób umożliwiający realne korzystanie z procedur medycznych, tj. w szczególności umożliwiająca terminowy dostęp do nich, bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Ponadto, w ocenie Komitetu dostęp do tego rodzaju procedur winien mieć charakter niedyskryminujący. Niebagatelne znaczenie ma także zniesienie barier

²¹ Program Działania Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju, Kair 1994, https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, tłumaczenie własne, 15.10.16.

²² *Ibidem*.

²³ General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f22&Lang=en, tłumaczenie własne, 15.07.2016.

finansowych w ochronie zdrowia reprodukcyjnego oraz działalność na rzecz poszerzenia wiedzy wśród społeczeństwa dotyczącej tego rodzaju świadczeń. Komitet podkreśla, że udzielanie wszelkich świadczeń medycznych dotyczących ludzkiej rozrodczości winno odbywać się z poszanowaniem praw i przekonań mniejszości, przy czym zalecenie to nie powinno być interpretowane jako ograniczające realizację praw reprodukcyjnych. Komitet zwraca także uwagę na konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń²⁴.

Z tych wszystkich względów zagadnienie będące przedmiotem niniejszego opracowanie jest szczególnie bliskie Rzecznikowi Praw Obywatelskich, który wielokrotnie podejmował działania we wspomnianych obszarach, o czym będzie mowa w dalszej części niniejszego stanowiska.

W związku z powyższym Rzecznik poddał szczegółowej analizie przygotowane przez rząd Sprawozdanie dotyczące wykonania przepisów ustawy, jako posiadające istotny wpływ na ocenę efektywności realizacji ustawowych gwarancji mających znaczenie dla ochrony praw i wolności człowieka.

2. Uwagi ogólne

Poniżej przedstawione zostały szczegółowe uwagi do przygotowanego Sprawozdania, na wstępie warto jednak wskazać podstawowe jego niedostatki.

Zgodnie z art. 9 ustawy przedmiotem każdego rocznego Sprawozdania powinien być opis wykonywania ustawy oraz skutków jej stosowania. Deklarowanym celem niniejszego Sprawozdania było szczegółowe opisanie działań podejmowanych w 2014 roku przez Radę Ministrów w zakresie realizacji ustawy, niemniej jednak bliższa analiza zestawienia rodzi wątpliwości co do faktycznego wywiązania się z tego zamiaru. Przede wszystkim nierzadko w Sprawozdaniu nie podano relewantnych danych liczbowych, zaś podane statystyki nie zawierają żadnej analizy w zakresie ich dotyczącym, a także brak jest konkluzji i wniosków, np. na temat przyczyn określonych zjawisk. Ponadto ocena wykonania ustawy jest wysoce utrudniona, ze względu na brak przyjęcia lub wskazania mierników służących ewaluacji tego aktu. Niemożliwym jest też porównanie wykonywania ustawy oraz skutków

²⁴ *Ibidem*, pkt 33-38.

jej stosowania w danym roku do roku poprzedniego. Powoduje to, że z przytoczonych danych liczbowych (o ile w ogóle są wskazane) nie można wyprowadzić wniosków co do tendencji społecznych, czy określonych zjawisk. Co istotne, określone informacje i dane wynikają z części poświęconej działalności Rzecznika Praw Pacjenta, ale w Sprawozdaniu nie skorzystano z nich dla zobrazowania sytuacji lub sformułowania konkluzji. Ponadto, niektóre z zawartych w Sprawozdaniu informacji w żaden sposób nie odnoszą się do realizacji i do efektywności przepisów ustawy, ani nie oceniają praktyki ich stosowania.

3. Uwagi o charakterze szczegółowym odnoszące się do poszczególnych rozdziałów Sprawozdania

a) rozdział I, podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Rzeczypospolitej Polskiej oraz informacje epidemiologiczne

Rozdział I koncentruje się na zagadnieniu rozwoju demograficznego Polski, w tym m.in. prezentuje dane dotyczące umieralności, a także przytoczono informacje epidemiologiczne. Nie wskazano jednak, w jaki sposób powyższe informacje mają wpływ na realizację przepisów ustawy, co poddaje w wątpliwość ich relewantność dla analizowanej problematyki. Trudno powiązać omówione dane z jakimkolwiek obowiązkiem nałożonym na organy państwa w przepisach ustawy.

Ponadto, w Sprawozdaniu wskazano, że „zapoczątkowane w latach 90-tych ubiegłego wieku przemiany demograficzne są przede wszystkim efektem wyborów, jakich dokonywali ludzie młodzi decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem (około 30-stki) na założenie rodziny oraz jej powiększenie”. W tym miejscu celowym byłoby przytoczenie źródeł tej wiedzy oraz formułowanych wniosków, a także przedstawienie kryteriów, w oparciu o które przyjęto za prawdziwy wniosek rozumowania, chyba że wskazane informacje są powszechnie znane.

b) rozdział II, opieka prenatalna nad płodem oraz opieka medyczna nad kobietą w ciąży

Wśród zagadnień będących przedmiotem analizy rozdziału II Sprawozdania jest zagadnienie opieki medycznej nad matką oraz dzieckiem na etapie rozwoju prenatalnego.

Jednym z analizowanych zagadnień jest kwestia dostępu kobiet do znieczulenia podczas porodu. Zagwarantowanie dostępu pacjentki do metod łagodzenia bólu podczas porodu jest nie tylko standardem z zakresu opieki okołoporodowej, ale także gwarantem poszanowania prawa pacjentki do opieki zdrowotnej, jej integralności i godności.

Rzecznik Praw Obywatelskich analizując dostęp pacjentek do farmakologicznych metod znieczulenia zauważył istnienie istotnej dysproporcji w dostępie do wspomnianych świadczeń w zależności od miejsca zamieszkania pacjentek. Z doniesień prasowych, a także danych podawanych przez Wojewódzkie Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia²⁵ wynika bowiem, że 75 proc. wszystkich znieczuleń podczas porodu, miało miejsce w największych miastach w Polsce – takich jak Warszawa, Kraków, czy Katowice. Mając na uwadze tak istotne dysproporcje wątpliwości może budzić istnienie realnego dostępu do znieczulenia okołoporodowego w niektórych regionach Polski.

W związku z otrzymywanymi skargami dotyczącymi ograniczonego dostępu kobiet rodzących do znieczulenia około okołoporodowego, Rzecznik zwrócił się także do Ministra

²⁵ Rzecznik Praw Obywatelskich w celu uzyskania informacji o ilości znieczuleń podczas porodów, jakie miały miejsce w 2015 r., skierował 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 (zob. Odpowiedź Dyrektora Zachodniopomorskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie z dnia 11 grudnia 2015 r., nr pisma WSOZ-IV.401.122.2015, odpowiedź Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu z dnia 15 grudnia 2015 r. nr pisma WSOZ-DA-PM.425.47.2015SM-257617, odpowiedź Dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie z dnia 16 grudnia 2015 r. nr pisma WSOZ-DMA.0123.24.2015, odpowiedź Dyrektora Świętokrzyskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach z dnia 17 grudnia 2015 r., nr pisma WSOZ-DMAPS.035.2.21.2015SWOWNFZ.IAW.4, odpowiedź Dyrektora Śląskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach z dnia 7 stycznia 2016 r., nr pisma WSOZ-DMAPS.035.2.21.2015SWOWNFZ.IAW.4, odpowiedź Dyrektora Pomorskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku z dnia 17 grudnia 2015 r., nr pisma 11NFZAVSOZ-M-AS/MSE/108193/2015, odpowiedź Dyrektora Podlaskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku z dnia 16 grudnia 2015 r., nr pisma znak:WSOZM.425.255.2015PDL.WSOZM.I.MS, odpowiedź Dyrektora Podkarpackiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie z dnia 9 grudnia 2015 r., nr pisma WSOZ-M-A.5041.1. 46.2015, odpowiedź Dyrektora Opolskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu z dnia 7 stycznia 2016 r., nr pisma WSOZ-SZP.401.79.201500W.14.AP, odpowiedź Dyrektora Mazowieckiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie z dnia 5 stycznia 2016 r., nr pisma DLS.425.208.2015, WYCH-170407/2015, DLS.425.2018.2.2015 ISK, odpowiedź Dyrektora Małopolskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie z dnia 14 grudnia 2015 r., nr pisma WSOZ.V.401.7.11.20152.AD, odpowiedź Dyrektora Łódzkiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi z dnia 16 grudnia 2015 r., nr pisma WSOZ 111.0123.20.2015, odpowiedź Dyrektora Lubuskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze z dnia 21 grudnia 2015 r., nr pisma WSOZ-II.620.24.2015, WSOZ-II BG, odpowiedź Dyrektora Lubelskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie z dnia 17 grudnia 2015 r., nr pisma znak:WSOZ-DSOZ.401.287.2015, LOW.LSZ.ES.2015, odpowiedź Dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy z dnia 14 grudnia 2015 r., nr pisma WSOZM.401.84.2015, odpowiedź Dyrektora Dolnośląskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu z dnia 18 stycznia 2016 r., nr pisma DOW NFZ/WSOZ/DMS/339449/2015).

Zdrowia z prośbą o wskazanie, jakie działania Ministerstwo ma zamiar podjąć w celu przeciwdziałania sygnalizowanym problemom²⁶. Zdaniem Rzecznika, ograniczony dostęp do znieczulenia spowodowany jest niedostateczną liczbą lekarzy anestezjologów zatrudnionych w szpitalach. Mimo złagodzenia przez NFZ w lipcu 2015 r. zasad udzielania znieczulenia do porodu, pacjentki nadal nie mają do tego świadczenia równego dostępu i są pozbawione możliwości łagodzenia bólu.

Powyższe ustalenia potwierdzają wyniki kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli, której przedmiotem była opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych²⁷. W większości placówek nie zwiększono liczby personelu medycznego do poziomu wymaganego przez NFZ i adekwatnej w stosunku do potrzeb, co stwarzało realne zagrożenie dla pacjentek w przypadku, gdy należało wykonać zabieg wymagający szybkiej interwencji, np. cesarskie cięcie. W takiej sytuacji realizowanie prawa pacjentek do znieczulenia okołoporodowego również jest bardzo ograniczone.

Niepodanie kobiecie rodzącej leków łagodzących ból, mimo że jest to prawnie gwarantowane, świadczy o naruszeniu praw pacjenta do poszanowania jego godności i intymności oraz prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Prawo pacjenta do łagodzenia bólu jest nierozzerwalnie związane z jego poczuciem godności. Zmuszanie zaś ciężarnej do urodzenia dziecka bez znieczulenia, gdy nie ma ku temu przeciwwskazań zdrowotnych, może zostać uznane za przejaw nieludzkiego i poniżającego traktowania, w szczególności w świetle art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

Rzecznik wskazał również, że kobiety ciężarne i rodzące są grupą szczególnie narażoną na opresyjne traktowanie i łamanie praw człowieka. W ramach społecznego audytu oddziałów porodowych w województwie małopolskim przygotowanym przez Stowarzyszenie „Obywatel Mama” przeprowadzono wśród pacjentek 4 tys. ankiet. Wyniki okazały się niepokojące. Kobiety są zaskoczone posiadaniem jakichkolwiek praw na oddziałach porodowych. Brak świadomości ciężarnych i rodzących pacjentek o posiadaniu

²⁶ Wystąpienie z dnia 26 września 2016 r. do Ministra Zdrowia w sprawie dostępu pacjentek rodzących do znieczulenia farmakologicznego.

²⁷ Zob. 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>, 10.10.2016 r.

określonych uprawnień i możliwości ich egzekwowania może przekładać się na częstotliwość i ryzyko ich naruszania. Kobieta nieświadoma swoich praw nie będzie żądała ich przestrzegania. Odpowiedzialność za realizację praw pacjentek powinna więc spoczywać na podmiotach wykonujących określone usługi.

Podkreślenia wymaga, że znieczulenie farmakologiczne należy do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i w przypadku braku przeciwwskazań medycznych znieczulenie powinno być stosowane. W związku z tym, zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji, kobiety winny mieć zagwarantowany równy oraz pełny dostęp do tych świadczeń. Sprawozdanie nie odwołuje się jednak do tej kwestii.

Dalsza część Sprawozdania koncentruje się na problemie ciąż zakończonych cesarskim cięciem. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization - WHO*) zauważa, że cesarskie cięcie jest jednym z najpowszechniejszych zabiegów operacyjnych na świecie, którego liczba stale rośnie, szczególnie w krajach o wysokim i średnim dochodzie. Dostrzegając zalety zakończenia ciąży cesarskim cięciem WHO wskazuje, że zabieg ten nierzadko wykonywany jest pomimo braku medycznych wskazań do jego przeprowadzenia, co może prowadzić do narażenia zdrowia i życia pacjentki oraz dziecka. W związku z tym Światowa Organizacja Zdrowia w swych rekomendacjach zwraca uwagę na to, że cesarskie cięcie przeprowadzane winno być jedynie wtedy, gdy istnieją ku temu wskazania i przemawia za tym dobro pacjenta²⁸.

Tymczasem dane w zakresie liczby ciąż zakończonych cesarskim cięciem wskazują na powszechność tejże procedury w Polsce. Z przedstawionych statystyk wynika, że w 2014 r. niespełna 43% porodów fizjologicznych zakończyło się przez cesarskie cięcie. W ocenie Rzecznika tak duża liczba wymaga analizy co do przyczyn powszechności tego zjawiska. Sprawozdanie nie wskazuje jednak przyczyn znacznej liczby cesarskich cięć w stosunku do liczby porodów i ich miejsca (a w tym zakresie przodują województwa: dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, śląskie, wielkopolskie – wszystkie ponad 10 tys. cesarskich cięć). Szczegółowa analiza danych w powyższym zakresie umożliwiłaby zdiagnozowanie problemu, który może mieć znaczenie dla kwestii planowania rodziny,

²⁸ *WHO statement on caesarean section rates, World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 kwietnia 2015 r., WHO/RHR/15.02.*

sformułowanie wniosków oraz podjęcie działań zmierzających do upowszechnienia standardu sformułowanego m.in. przez Światową Organizację Zdrowia.

W Sprawozdaniu brak jest także podstawowych danych dotyczących opieki okołoporodowej w polskich szpitalach odnoszących się do liczby kobiet, które nie były objęte opieką medyczną podczas całej ciąży z uwzględnieniem informacji o tym, czy korzystały one z prywatnej opieki. Powyższe informacje winny zostać zaprezentowane i poddane analizie w celu oceny skali problemu i jego przyczyn oraz podjęcia adekwatnych działań służących zapewnieniu pełnego dostępu do opieki nad kobietą podczas całej ciąży, a nie tylko porodu. Podkreślenia wymaga bowiem, że sytuacje, w których ciężarna zostaje objęta opieką medyczną dopiero, gdy trafia na oddział położniczy do szpitala, nie są odosobnione. Dane liczbowe z pewnością pozostają w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia lub konsultantów z dziedziny ginekologii i położnictwa i mogłyby być wykorzystane na potrzeby przedmiotowej analizy.

Kolejnym problemem wymagającym zauważenia jest brak odniesienia się w opracowaniu do sposobu realizacji obowiązku wynikającego z art. 2 ust. 4 ustawy, zgodnie z którym zakres, formy i tryb zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej określać ma rozporządzenie. W Sprawozdaniu brak jednak informacji, czy, a jeśli nie, to dlaczego dotychczas nie wydano wspomnianego rozporządzenia, które winno wykonać upoważnienie ustawowe. Nie wskazano także, czy analizowany był związek między niewydaniem tego aktu a efektywnością wdrażania standardów ustawowych. Tym samym niemożliwym jest dokonanie w tym zakresie rzetelnej oceny skutków wykonania ustawy.

Komentarza wymaga również część Sprawozdania, w której opisując istniejące standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej określonych 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, położu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132) podaje się, że uwzględniają one m.in. wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia. Nie wskazuje się jednak na znaczenie wytycznych WHO dla realizacji postanowień ustawy.

Zgodnie z informacjami zamieszczonymi w Sprawozdaniu, standardy uwzględniać także mają „doświadczenia polskie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem”. Posłużenie się tym terminem nasuwa wątpliwości co do faktycznej treści polskich standardów, w szczególności z uwagi na to, że nie jest jasnym, o jakie polskie doświadczenia chodzi oraz czy różnią się one od doświadczeń innych krajów. Doprecyzowania wymaga także sformułowanie jakoby „postanowienia standardów zostały dostosowane do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Rzeczypospolitej Polskiej i prawodawstwa polskiego”. Brak precyzyjnego określenia, na czym owo dostosowanie miałyby polegać, może nasuwać pytanie o to, czy polskie standardy nie pozostają w sprzeczności z tymi międzynarodowymi.

W podrozdziale poświęconym programom zdrowotnym w zakresie planowania rodziny, świadomego macierzyństwa oraz opieki medycznej nad kobietą w ciąży, znaczną część rozważań poświęca się zagadnieniu opieki nad osobami będącymi nosicielami wirusa HIV. W Sprawozdaniu brak jednak informacji mających znaczenie z perspektywy ochrony zdrowia i życia kobiety oraz jej dziecka, które ma przyjść na świat, tj. na temat 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.

Ponadto, w tej części Sprawozdania bardzo obszernie omówiono działalność Krajowego Centrum ds. AIDS, a także przedstawiono dane dotyczące FAS (alkoholowy zespół płodowy). W tym miejscu celowym byłoby powiązanie tych informacji z realizacją poszczególnych przepisów ustawy bądź – jeżeli nie są one relewantne – pominięcie ich.

Wyżej przytoczone uwagi pozostają aktualne także w kontekście sposobu opisu pozyskiwania komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej – Sprawozdanie nie uwzględnia bowiem informacji o liczbie zabiegów i kobiet ich poddanych, a jedynie wskazuje, że zagadnienie to jest przedmiotem Programu Wieloletniego na lata 2011-2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” i podaje ilość środków finansowych przeznaczonych na realizację przewidzianych w nim zadań.

Sprawozdanie nie zawiera informacji dotyczących liczby zgonów noworodków, których przyczynami było ciężkie bądź nieodwracalne upośledzenie płodu albo nieuleczalna

choroba zagrażająca jego życiu. Brak też informacji, czy przeprowadzono w tych przypadkach badania prenatalne (kondycja fizyczna nienarodzonego dziecka, w świetle postanowień ustawy, umożliwiłaby bowiem rozważenie przez kobietę poddania się legalnemu zabiegowi przerwania ciąży).

c) rozdział III, pomoc materialna i opieka nad kobietami w ciąży, znajdującymi się w trudnych warunkach materialnych

W rozdziale III starano się w sposób kompleksowy omówić zakres pomocy materialnej udzielanej kobiecie w ciąży oraz problematykę opieki nad kobietami znajdującymi się w trudnych warunkach materialnych. Podstawowym brakiem tej części Sprawozdania wydaje się być poprzestanie na przedstawieniu relewantnych przepisów bez jednoczesnej analizy ich wykonania. Już we wstępie wskazano, że działalność dotycząca szeroko rozumianej pomocy kobiecie w ciąży i rodzinie z małym dzieckiem realizowana jest przez szereg aktów prawnych pozostających w kompetencji Ministra Pracy i Polityki Społecznej i zacytowano przepisy tych aktów prawnych. Sprawozdanie nie przedstawia jednak, czy, przez kogo i w jaki sposób realizowane są obowiązki i zadania wynikające z tych przepisów. Dalsze dostrzeżone przez Rzecznika braki zostaną opisane poniżej.

Podrozdział dotyczący świadczeń rodzinnych poświęcony jest w znacznej mierze wyliczeniu relewantnych aktów prawnych, na podstawie których przyznawana jest pomoc oraz zbiorczym określeniu liczby rodzin, które skorzystały z konkretnych form pomocy społecznej. Mimo, że obowiązek informowania podmiotów uprawnionych o przysługujących im świadczeniach wynika z art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, w Sprawozdaniu nie zamieszczono informacji na ten temat; pominięta została także kwestia dostępu do tychże informacji. Nie uwzględniono także informacji o liczbie kobiet w ciąży, kobiet samotnie wychowujących dzieci, ojców i dzieci, którzy skorzystali z pomocy. Takie dane umożliwiłyby ocenę, w jaki sposób zaspakajane są potrzeby powyższych grup osób uprawnionych.

W Sprawozdaniu wskazano co prawda, ile samotnych kobiet skorzystało w 2014 r. z pomocy oferowanej przez domy samotnej matki, brak jednak informacji na temat

udzielania tego rodzaju wsparcia mężczyznom będącym samotnymi ojcami. Podkreślenia bowiem wymaga, że pomoc w tym zakresie winna przysługiwać w takim samym stopniu samotnym rodzicom bez względu na płeć. Niepokój może także budzić informacja, zgodnie z którą - z wyjątkiem pobytu w domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży - brak jest szczególnych form pomocy kierowanych do tej grupy osób. Ocenie winno być poddane znaczenie owego braku szczególnych form pomocy dla zapewnienia właściwej opieki samotnym matkom.

W ocenie Rzecznika, w celu ukazania pełnej skali problemu, dane opisujące istniejącą infrastrukturę na rzecz dziecka i rodziny, w zakresie, w jakim odnoszą się do opieki nad dzieckiem, winny zostać uzupełnione poprzez wskazanie, ile procent wszystkich potrzebujących dzieci w ramach każdej z wymienionych liczb miało zapewnioną opiekę (tj. stosunek liczby dzieci do liczby dostępnych miejsc w żłobkach, klubach dziecięcych, czy możliwości skorzystania z instytucji opiekunów dziennych, przy czym, co istotne, przedstawione liczby miejsc wydają się bardzo małe w odniesieniu do liczby dzieci i realnych potrzeb w zakresie opieki). Brak jakiegokolwiek analizy w tym zakresie uniemożliwia jednak wskazanie istniejących niedostatków w opiece. Zdiagnozowanie tych niedostatków umożliwiłoby zracjonalizowanie działań podejmowanych w celu organizacji dodatkowych miejsc w podmiotach zajmujących się opieką nad dzieckiem.

Obok świadczeń rodzinnych za formę wsparcia dla dziecka i jego rodziców uznać należy istnienie systemu pomocy społecznej. W tym zakresie w Sprawozdaniu wyliczono różne formy pomocy, jakie oferowane mogą być kobietom w ciąży, matkom samotnie wychowującym dzieci, zwłaszcza tym znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej, ale nie wskazano, w jaki sposób z tych informacji wynika kwestia realizacji przepisów ustawy. Z kolei przytaczając generalne informacje na temat korzystania z określonych ośrodków nie podano, ile kobiet w ciąży i matek skorzystało z ich pomocy. Opisując zasady udzielania świadczeń pomocy społecznej kobietom, ponownie przytacza się jedynie relewantne regulacje, nie dokonując analizy ich skutków i sposobu wywiązywania się z obowiązków przez właściwe podmioty. Ponadto w Sprawozdaniu nie podano konkretnych danych w zakresie liczby przygotowanych przez gminy i powiaty informatorów

o dostępnych świadczeniach z pomocy społecznej poprzestając na bardzo ogólnym i nieprecyzyjnym sformułowaniu, że czyni to „wiele gmin”.

W dalszej części Sprawozdania przedstawiono informacje dotyczące adopcji dzieci. Podkreślić należy, że zagadnienie to ma doniosłe społecznie znaczenie, a sama adopcja umożliwia wychowywanie się w rodzinie dzieciom pozbawionym tego rodzaju opieki. Przedstawiając dane dotyczące adopcji nie wskazuje się jednak stosunku liczby dzieci adoptowanych do liczby dzieci czekających na adopcję. Tym samym nie sposób ocenić efektywności działań podejmowanych w celu zapewnienia rodziny adopcyjnej dla wszystkich potrzebujących dzieci.

Przedmiotem kolejnego podrozdziału Sprawozdania jest zagadnienie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Warto zauważyć, że obecny system przeciwdziałania przemocy wobec kobiet wymaga zmian, co Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie sygnalizował w wystąpieniach skierowanych do organów władzy publicznej²⁹. Postulaty wyrażane przez Rzecznika są zbieżne z tymi przedstawionymi przez Komisarza Praw Człowieka Rady Europy, który m.in. „zachęca polskie władze, by jak najwcześniej podjęły działania w związku z ogłoszonym zamiarem zmiany przepisów w celu umożliwienia wydawania zakazów zbliżania się w przypadkach przemocy domowej jeszcze przed rozpoczęciem postępowania przygotowawczego oraz w sytuacjach kryzysowych”³⁰.

Zagadnienie przeciwdziałania przemocy w rodzinie stanowi obszar aktywnej działalności Rzecznika Praw Obywatelskich. Wśród podejmowanych działań wskazać można m.in. skierowanie wystąpienia w sprawie podjęcia działań mających na celu zwiększenie ochrony osób doświadczających przemocy domowej lub nią zagrożonych, poprzez jak najszybsze uruchomienie ogólnokrajowego, całodobowego, bezpłatnego

²⁹ Wystąpienie z dnia 2 lutego 2016 r. do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie dostosowania wzoru formularza „Niebieska karta” do obowiązujących przepisów; wystąpienie z 4 grudnia 2015 r. do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyjęcia programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie przez miasto Zakopane, wystąpienie z 19 października 2015 r. do Prezesa Rady Ministrów w sprawie przyspieszenia uruchomienia całodobowego telefonu zaufania dla kobiet - ofiar przemocy, wystąpienie z 21 lipca 2015 r. do Prezesa Rady Ministrów w sprawie przyspieszenia prac nad uruchomieniem całodobowego telefonu pomocowego dla kobiet – ofiar przemocy; wystąpienie z 14 maja 2015 r. do Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie dostosowania wzoru formularzy „Niebieska karta” do obowiązujących przepisów.

³⁰ Raport Nilsa Muižnieksa Komisarza Praw Człowieka Rady Europy po wizycie w Polsce w dniach 9 –12 lutego 2016, pkt 191, pkt 162 [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&Ref=CommDH\(2016\)23&Language=lanEnglish&Ver=original&direct=true](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&Ref=CommDH(2016)23&Language=lanEnglish&Ver=original&direct=true), 10.07.2016.

telefonu zaufania dla ofiar wszystkich form przemocy, z zachowaniem poufności lub anonimowości osób dzwoniących³¹. Rzecznik zauważył, że choć utworzenie telefonu zaufania zostało przewidziane w Krajowym Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020, jednak przeznaczona na ten cel kwota ma być wydatkowana dopiero w 2017 roku. Obowiązek podjęcia tego rodzaju działań wynika bezpośrednio z postanowień ratyfikowanej przez Polskę Konwencji Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej.

Rzecznik interweniował również w sprawie konieczności dostosowania rozwiązań prawnych w zakresie izolacji sprawcy przemocy w rodzinie do standardów konwencyjnych poprzez dokonanie zmian zmierzających do podniesienia ich skuteczności³². Te kwestie można odnieść do realizacji przepisów art. 2 ust. 1 ustawy dotyczących pomocy dla kobiet w ciąży. W Sprawozdaniu nie opisano jednak działań podjętych w tym obszarze, ograniczając się do zacytowania przepisów Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie.

W kolejnym podrozdziale podjęto próbę przedstawienia wykonania przepisów ustawy w obszarze udzielania rodzinom wsparcia z zakresu praw pracowniczych. W tym zakresie Rzecznik Praw Obywatelskich zwraca szczególną uwagę na wnioski i zalecenia zawarte w raporcie z 2015 r. RPO *Godzenie ról rodzinnych i zawodowych. Równe traktowanie rodziców na rynku pracy*. W ocenie Rzecznika kwestią o podstawowym znaczeniu jest zapewnienie równego dostępu do rozwiązań umożliwiających godzenie ról rodzinnych i zawodowych bez względu na płeć, co zostało szerzej omówione w powyżej wskazanym raporcie³³. Wdrożenie zaleceń przedstawionych w raporcie powinno przyczynić się do poprawy sytuacji matek na rynku pracy, zwiększenia zaangażowania ojców w życie rodzinne oraz wpłynąć pozytywnie na rozwój dziecka.

³¹ Wystąpienie z dnia 10 grudnia 2015 r. do Prezesa Rady Ministrów w sprawie całodobowego telefonu dla ofiar przemocy.

³² Wystąpienie z dnia 10 grudnia 2015 r. do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, do wiadomości Ministra Sprawiedliwości w sprawie izolacji sprawcy od ofiary przemocy; Wystąpienie z dnia 29 kwietnia 2015 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie zobowiązania przez sąd sprawcy przemocy w rodzinie do opuszczenia mieszkania.

³³ 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, 30.07.2016.

Przedstawione w dalszej części Sprawozdania statystyki ZUS ilustrują niewielkie zaangażowanie ojców w opiekę nad dzieckiem. W 2014 roku zaledwie 5,2 tys. ojców zdecydowało się skorzystać z urlopu rodzicielskiego, tym samym mężczyźni stanowią jedynie 1,65% ogółu osób korzystających z tego urlopu, w porównaniu do 310,6 tys. kobiet (98,35% ogółu). W Polsce jedynymi uprawnieniami, które przysługują wyłącznie ojcu, bez możliwości przeniesienia na matkę, są dwutygodniowy urlop ojcowski oraz jeden z 36 miesięcy urlopu wychowawczego, który jeśli nie zostanie wykorzystany przez drugiego z rodziców, przepada. Rozwiązania te nie są jednak wystarczające dla zapewnienia zrównoważonego podziału obowiązków opiekuńczych pomiędzy rodzicami. Warto rozważyć takie skonstruowanie urlopu rodzicielskiego, by jego część była zarezerwowana dla każdego z rodziców bez możliwości zrzeczenia się, z wyjątkiem sytuacji, gdy jeden z rodziców nie może sprawować osobistej opieki nad dzieckiem (np. z powodu długotrwałej choroby, czy niezdolności do samodzielnej egzystencji).

Przekonanie o drugorzędnej roli mężczyzn w sprawowaniu opieki nad dzieckiem może wzmacniać także ukształtowanie systemu uprawnień związanych z rodzicielstwem w kodeksie pracy w taki sposób, że dostęp ojca do uprawnień związanych z rodzicielstwem uzależniony jest od tego, czy przysługują one matce. Jeżeli matka dziecka nie pozostaje w stosunku pracy lub nie jest objęta ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, to uprawnienia związane z rodzicielstwem z kodeksu pracy nie przysługują ojcu, nawet jeśli on sam jest zatrudniony. Ojciec nie może skorzystać z płatnego urlopu rodzicielskiego, gdy matka dziecka nie pracuje. Taka sytuacja stanowi przykład dyskryminacji ze względu na płeć, ponieważ kobiety – matki pozostające w zatrudnieniu pracowniczym lub objęte ubezpieczeniem nabywają pełnię uprawnień związanych z rodzicielstwem bez względu na sytuację zawodową ojca.

W tym miejscu warto też zauważyć, że w związku z niewielką dostępnością instytucji opieki nad dziećmi do lat 3, korzystanie z elastycznych form zatrudnienia jest jednym z rozwiązań umożliwiających pogodzenie pracy zawodowej z zatrudnieniem. Pracodawca powinien być zobowiązany do uwzględnienia wniosku pracownika, chyba że nie jest to możliwe ze względu na organizację lub rodzaj wykonywanej przez niego pracy.

Niezbędne jest także wspieranie pracodawców w tworzeniu przyzakładowych żłobków i klubów dziecięcych.

Ponadto, wyniki badania wskazują na wciąż niepełną wiedzę rodziców o przysługujących im uprawnieniach związanych z rodzicielstwem. W ocenie Rzecznika pracodawca powinien mieć prawny obowiązek informowania rodziców o tych uprawnieniach³⁴.

Wyżej wskazane kwestie są kluczowe z punktu widzenia zapewnienia pełnej możliwości podejmowaniu decyzji o posiadaniu dzieci.

Wracając do analizy Sprawozdania podkreślenia wymaga, że z danych przedstawionych w podrozdziale dotyczącym wsparcia w ramach systemu ubezpieczeń społecznych nie wynika, jaka liczba kobiet skorzystała z możliwości opłacania przez ZUS składek emerytalnych i rentowych, tj. pominięto jedną z podstawowych informacji służących ocenie wykonania postanowień ustawy w tym zakresie.

W zakresie uprawnień bezrobotnych związanych z rodzicielstwem Sprawozdanie zawiera jedynie wyliczenie metod realizowanego wsparcia z pominięciem informacji o liczbie osób, które skorzystały z tejże pomocy.

Braki opracowania wskazać można także w zakresie informacji o tym, ile osób zadzwoniło na infolinię prowadzoną stale w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w ramach której każda zainteresowana osoba może uzyskać informacje dotyczące uprawnień pracowniczych kobiet w ciąży oraz uprawnień pracowniczych związanych z rodzicielstwem. Podobny zarzut sformułować można względem niedostatku informacyjnego w zakresie osób korzystających ze strony internetowej www.rodzicielski.gov.pl.

Omawiany rozdział Sprawozdania winien być uzupełniony także o bardziej precyzyjne informacje w zakresie udzielania pomocy rodzinom wychowującym dzieci z niepełnosprawnościami. Dane dotyczące świadczeń rodzinnych dotyczą jedynie progu dochodowego, jaki powinni spełnić ubiegający się o jego przyznanie. Nie wskazano jednak,

³⁴ Wystąpienie z dnia 30 marca 2016 r. do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie równego traktowania rodziców na rynku pracy.

ile rodzin wychowujących niepełnosprawne dzieci korzysta z tego rodzaju pomocy oraz ile środków finansowych przeznaczonych zostało w 2014 r. na ten cel. Powyższe uwagi pozostają aktualne także w przypadku części Sprawozdania poświęconej dodatkom do zasiłku rodzinnego, gdzie porzeczano jedynie na wskazaniu istnienia takiego dodatku. Rozbudowania wymagają także fragmenty Sprawozdania dotyczące urlopów wychowawczych, ubezpieczeń i innych niż wspomniane wyżej, świadczeń udzielanych osobom wychowującym niepełnosprawne dzieci. Podkreślenia wymaga, że odpowiednie wsparcie materialne ze strony państwa umożliwia sprawowanie odpowiedniej opieki nad dziećmi, które z uwagi na swoją niepełnosprawność, wymagają nierzadko rehabilitacji oraz innych, dodatkowych świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozbudowania wymaga również podrozdział dotyczący poradnictwa, jakie udzielane jest rodzinom, w których wychowuje się niepełnosprawne dziecko, poprzez wskazanie jej rodzaju oraz liczby osób z niej korzystających. W Sprawozdaniu brak jest również danych o poradnictwie psychologicznym udzielanym kobietom w ciąży patologicznej oraz ich rodzinom.

d) rozdział IV, *dostęp do metod i środków służących dla świadomej prokreacji*

W rozdziale IV podjęto problematykę dostępu do metod i środków służących świadomej prokreacji. Dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji jest ściśle skorelowany z zapobieganiem niechcianej ciąży oraz planowaniem rodziny. W pierwszej kolejności podkreślenia wymaga, że podstawowym problemem tej części Sprawozdania jest brak danych umożliwiających ocenę, czy i w jakim zakresie ten dostęp jest rzeczywisty pod względem ekonomicznym i technicznym. W szczególności dane zaprezentowane w Sprawozdaniu nie są wystarczające do ustalenia, czy koszty związane z dostępem do metod i środków służących świadomej prokreacji nie stanowią bariery dla osób chcących z nich skorzystać. Podobne trudności towarzyszą ocenie, czy organizacja dostępu do omawianych procedur zapewnia pełną i niedyskryminującą możliwość korzystania z nich. W Sprawozdaniu nie odniesiono się także do skuteczności istniejących na rynku środków. Nie wskazano również, jaka część zrefundowanych środków antykoncepcyjnych została przepisana ze względów antykoncepcyjnych, a jaka z innych wskazań medycznych. Ponadto, informację dotyczącą dostępności do środków

antykonceptyjnych zawężono jedynie do środków refundowanych, a i w tym zakresie przedstawione dane są niepełne – nie wskazano bowiem w szczególności, ile procedur wprowadzenia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej zostało sfinansowanych, a także pominięto informację, że koszt samej wkładki nie jest refundowany oraz nie podano, jaka jest jej cena. Sprawozdanie należałoby uzupełnić także o szczegółowe informacje dotyczące środków hormonalnych zarejestrowanych w 2014 r., a także dane w zakresie dostępności refundowanych środków antykoncepcyjnych dla mężczyzn. W Sprawozdaniu cytowane są rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Rekomendacje te pochodzą z 2003 r., a ich treść nie została od tego czasu zmieniona. Ich przytoczenie w Sprawozdaniu za rok 2014 wydaje się niezasadne.

Zgodnie z zaleceniami Komitetu ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet (CEDAW/C/POL/CO/7-8)³⁵, działania państwa polskiego ukierunkowane winny być na zapewnienie kobietom i małoletnim dziewczętom, w tym kobietom z obszarów wiejskich, dostępu do przystępnej cenowo i nowoczesnej antykoncepcji poprzez „wprowadzenie refundowania nowoczesnych i skutecznych metod antykoncepcji w publicznym systemie opieki zdrowotnej”. Wspomniane rekomendacje spowodowane są zaniepokojeniem Komitetu ograniczonym dostępem do nowoczesnej antykoncepcji w Polsce. Ponadto, zgodnie z zaleceniami, pożądanym jest zapewnienie nastoletnim dziewczętom wolnego dostępu do usług z zakresu rozrodczości i antykoncepcji. Podobne rekomendacje w zakresie dostępu do antykoncepcji dla nastolatek przedstawił Komitet Praw Dziecka³⁶. Zauważył on, że wiek inicjacji seksualnej jest coraz niższy, zaś wczesne ciążę stanowią czynnik wpływający na problemy zdrowotne młodych matek, stąd pożądanym jest zagwarantowanie także małoletnim pacjentkom dostępu do środków antykoncepcyjnych. Tymczasem w Sprawozdaniu brak jest informacji o ilości środków antykoncepcyjnych, na jakie zostały wystawione recepty osobom małoletnim lub o ilości niesprzedawanych na receptę środków.

Wśród działań podejmowanych przez Rzecznika w powyższym zakresie warto wskazać na wystąpienie do Ministra Zdrowia dotyczące dostępu osób niepełnoletnich, które

³⁵ 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, 15.07.2016.

³⁶ Zob. Komitet Praw Dziecka ONZ, *Uwagi Ogólne nr 3*, 13-31 stycznia 2003 r., CRC/GC/2003/1, pkt 40; Komitet Praw Dziecka ONZ, *Uwagi Ogólne nr 11*, 12-30 stycznia 2009 r., CRC/C/GC/11, pkt 30.

ukończyły 15. rok życia, do świadczeń ginekologicznych i urologicznych³⁷. W wystąpieniu Rzecznik zwraca uwagę na niespójność przepisów w powyższym zakresie. 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 zmian systemowych. Aktualnie pacjenci, którzy ukończyli 16. rok życia w celu uzyskania świadczenia medycznego muszą uzyskać zgodę opiekuna prawnego. Brak takiej zgody może skutkować nieudzieleniem świadczenia zdrowotnego niepełnoletniemu pacjentowi, nawet jeżeli istnieje ku temu uzasadniona i obiektywna potrzeba. Rzecznik zwrócił także uwagę, iż niektóre grupy młodych pacjentów mogą mieć szczególne trudności w uzyskaniu omawianej zgody, na przykład w sytuacji gdy rodzice (lub opiekunowie) przebywają przez dłuższy czas poza miejscem zamieszkania. Ponadto, w niektórych sytuacjach, ze względu na warunki społeczne i rodzinne danego nastolatka, a w szczególności, gdy w rodzinie dochodzi do przemocy lub rodzina dotknięta jest innymi patologiami, uzasadniony wydaje się brak dostępu rodzica do określonych informacji. W ocenie Rzecznika wprowadzenie możliwości skorzystania z porady ginekologicznej lub urologicznej przez małoletniego powyżej 15. lub 16. roku życia na podstawie wyłącznie własnej zgody stanowiłoby rozwiązanie wielu problemów związanych ze zdrowiem intymnym tej grupy pacjentów, a jednocześnie umożliwiłoby przekazanie im wiedzy niezbędnej do przeciwdziałania chorobom, w tym niezbędnej profilaktyki nowotworów. **Konieczność zmian przepisów w omawianym zakresie dzielają również Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Praw Pacjenta oraz Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ginekologii i Położnictwa.**

Ponadto, w kontekście procedur takich jak obustronne podwiązanie jajowodów, obustronne podwiązanie lub wycięcie obu jajowodów w Sprawozdaniu poprzestano na wskazaniu, że powyższe procedury należą do świadczeń gwarantowanych. Brak jest oceny

³⁷ 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.

skuteczności wykonania postanowień ustawy w tym zakresie poprzez podanie m.in. liczby wykonanych zabiegów.

W Sprawozdaniu brak jest także danych dotyczących przeprowadzonych w 2014 r. zabiegów sterylizacji, które jak zauważono, podlegają penalizacji (a zatem dane na ten temat powinny być dostępne), a także danych dotyczących tego, czy i ile postępowań w tym zakresie miało miejsce oraz ewentualnie, jakie kary zostały orzeczone. Waga przytoczenia powyższych informacji oraz ich analizy ma doniosłe znaczenie w perspektywie konieczności zagwarantowania ochrony integralności cielesnej człowieka.

e) rozdział V, 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 dziecka, 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 terminacji ciąży.

Zgodnie z rekomendacjami wyrażonymi w wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie *R.R. przeciwko Polsce* przyjęto, że to na państwie ciąży obowiązek zagwarantowania dostępu do badań prenatalnych, zaś system udzielania tychże świadczeń powinien uniezależniać możliwość skorzystania z nich od decyzji funkcjonariusza

publicznego. Trybunał zwrócił także uwagę na możliwość ograniczenia dostępu kobiet do diagnostyki prenatalnej ze względu na istniejącą w polskim systemie prawnym instytucję klauzuli sumienia. W ocenie Trybunału działania państwa zmierzać powinny do wprowadzenia gwarancji proceduralnych umożliwiających realizację prawa kobiety do informacji o stanie płodu przy jednoczesnym poszanowaniu wolności sumienia lekarzy³⁸.

Szczegółowe zalecenia w zakresie odwołania od decyzji lekarza zawiera uzasadnienie wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie *Tysiąc przeciwko Polsce*. Zgodnie z nimi 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 możliwość bycia osobiście wysłuchaną przez tenże podmiot, zaś decyzja w jej sprawie winna być uzasadniona i sporządzona na piśmie³⁹.

W świetle wyżej wspomnianych rekomendacji warto zwrócić uwagę na szereg kwestii problematycznych związanych z regulacją instytucji sprzeciwu, która stanowić miała wdrożenie zaleceń Trybunału, uregulowaną w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.). Wśród istniejących nieprawidłowości wskazać można m.in. niedotrzymywanie 30-dniowego terminu na rozpatrzenie sprzeciwu zgłoszonego przez pacjentkę, nałożenie na pacjentkę dodatkowych obowiązków w postaci konieczności uzasadnienia sprzeciwu i wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa i obowiązki pacjenta, na które wpływ ma opinia lub orzeczenie lekarskie, czy niezagwarantowanie pacjentce osobistego wysłuchania i jej zbadania. Kontrowersje budzi też możliwość skorzystania z instytucji sprzeciwu w przypadku odmowy wystawienia skierowania na badania prenatalne, tj. badania nieodnoszące się bezpośrednio do stanu zdrowia pacjentki. Na te i inne wciąż nierozwiązane problemy związane z regulacją ustawową sprzeciwu Rzecznik Praw Obywatelskich zwracał uwagę m.in. w *Raporcie z analizy akt spraw prowadzonych przez*

³⁸ R.R. v. Polska, pkt 206; M. Nesterowicz, N. Karczewska, *Stosowanie klauzuli sumienia (kwestia prawa a faktu)*, http://www.ptb.org.pl/pdf/nesterowicz_karczewska_klauzula_1.pdf, 5.06.2016 r.

³⁹ *Tysiąc v. Polska*, pkt 117.

*Rzecznika Praw Pacjenta w latach 2011-2012 wraz z zaleceniami Rzecznika Praw Obywatelskich*⁴⁰.

W przedmiotowym Sprawozdaniu zabrakło także wskazania przyczyn, dla których w 2014 r. zlecano badania prenatalne, w tym brak jest w szczególności informacji o liczbie badań przeprowadzonych z uwagi na stan zdrowia kobiety lub stan zdrowia nienarodzonego dziecka. Sprawozdanie nie zawiera też informacji o sposobie, w jaki pacjentkom zagwarantowano dostęp do informacji o możliwości skorzystania z badań prenatalnych. Jest to o tyle istotne, że możliwość skorzystania z gwarantowanych ustawowo badań diagnostycznych płodu uzależniona jest m.in. od posiadania przez pacjentki wiedzy na ten temat. W przeciwnym razie decyzja o ich przeprowadzeniu w praktyce należy jedynie do lekarza.

Mając na celu zilustrowanie dostępności badań prenatalnych, warto uzupełnić informacje podane w Sprawozdaniu o dane dotyczące całkowitej liczby ciąż, które miały miejsce w 2014 r., co umożliwiłoby porównanie liczby ciąż do liczby badań prenatalnych.

f) rozdział VI, pomoc uczennicom w ciąży

Rozdział VI koncentruje się na analizie skuteczności postanowień ustawy gwarantujących pomoc uczennicom znajdującym się w ciąży. Realizacja tych przepisów ma znaczenie m.in. dla możliwości kontynuacji edukacji przez nastoletnie matki czy zagwarantowania im prawidłowego rozwoju psychologicznego. Warto zauważyć, że systemowym problemem wydaje się być zupełny brak wsparcia dla małoletnich chłopców, którzy zostali ojcami i podobnie jak małoletnie matki nierzadko potrzebują odpowiedniej pomocy psychologicznej i pedagogicznej.

Sprawozdanie w omawianym rozdziale nie zawiera szeregu relewantnych z punktu widzenia oceny skuteczności istniejących procedur informacji. W pierwszej kolejności wskazać należy, że w Sprawozdaniu nie przedstawiono informacji dotyczącej tego, jaki procent ogólnej liczby porad psychologiczno-pedagogicznych - wskazanej w Sprawozdaniu - stanowią porady udzielane uczennicom w ciąży i młodocianym matkom (Sprawozdanie zawiera informację, że brak jest takich danych). Niedostatek danych w powyższym zakresie

⁴⁰ Dostępny pod adresem: <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2008/01/578571/1762456.pdf>.

uniemożliwia ocenę wywiązywania się przez zobowiązane podmioty z udzielania wsparcia młodym matkom, a także skali ich realnych potrzeb w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

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. Sprawozdanie ogranicza się jednak w tym zakresie jedynie do przedstawienia istniejących regulacji prawnych. Nie wskazano, jaka liczba uczennic faktycznie skorzystała z przewidzianej ustawowo możliwości oraz czy i jakie przeszkody i utrudnienia związane były z dostępem do przysługujących uczennicom praw.

Sprawozdanie uzupełnione winno być także w zakresie informacji dotyczących ogólnej liczby uczennic będących w ciąży w 2014 r. oraz porównania tychże informacji z danymi z ubiegłych lat, co stanowić by mogło wskazówkę co do skuteczności programów nauczania oraz metod świadomej prokreacji.

g) rozdział VII, kształcenie i wychowywanie młodzieży

W rozdziale VII podjęto m.in. problematykę edukacji seksualnej. 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 edukacyjnych⁴¹. W związku z tym za niezgodne z powyższym standardem uznać należy zarówno tworzenie nieuwzględniających wielości poglądów programów edukacyjnych, jak i tworzenie kilku alternatywnych programów promujących odmienne postawy seksualne i pozostawianie wyboru między nimi nauczycielom.

⁴¹ 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.

Podobne wnioski, co do pożądanego kształtu edukacji seksualnej, płyną z lektury rekomendacji Komitetu ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet (CEDAW/C/POL/CO/7-8)⁴². Zgodnie z rekomendacjami państwo winno zagwarantować dostęp – zarówno dla chłopców jak i dziewcząt – do obowiązkowej, dostosowanej do wieku i prowadzonej przez odpowiednio wykwalifikowanych nauczycieli edukacji m.in. na temat zdrowia seksualnego, odpowiedzialnych zachowań seksualnych, zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową oraz wczesnym ciążom.

Z informacji przedstawionych w Sprawozdaniu wynika, że polskie regulacje w obszarze edukacji seksualnej nie realizują w pełni międzynarodowego standardu. W opracowaniu nie wskazano, jakie treści są przekazywane podczas zajęć z zakresu wiedzy o życiu seksualnym. Nie uzasadniono także konstruowania programów „w oparciu o diagnozę problemów występujących w szkole”⁴³. Wbrew jednoznaczному sformułowaniu ustawy wskazującemu na obligatoryjność przeprowadzania zajęć z zakresu wiedzy o życiu seksualnym, ze Sprawozdania wynika, że lekcje te traktowane są jako fakultatywne. Zaniepokojenie istniejącą w tym zakresie praktyką wyraził Komisarz Praw Człowieka Rady Europy wzywając polskie władze „by zapewniły we wszystkich szkołach w Polsce obowiązkowe, wszechstronne nauczanie o seksualności, które jest odpowiednie do wieku, oparte na dowodach, trafne w sensie naukowym i obiektywne”⁴⁴.

Ponadto, w Sprawozdaniu nie dokonano analizy przyczyn oraz konsekwencji istotnego spadku uczestnictwa uczniów w zajęciach z zakresu edukacji seksualnej wraz z kolejnymi etapami ich edukacji. Z danych przedstawionych w tabeli nr 11 Sprawozdania wynika, że w szkołach podstawowych ponad 70% uczniów uczęszcza na wspomniane zajęcia, zaś w szkołach ponadgimnazjalnych ten odsetek wynosi niespełna 50%, a w liceach – 36%. Podkreślenia wymaga, że właściwa edukacja seksualna dla uczniów w wieku

⁴² Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, *Uwagi końcowe w sprawie połączonego siódmego i ósmego sprawozdania okresowego Polski*, 7 listopada 2014 r., pkt 31, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/POL/CO/7-8&Lang=En, 15.07.2016.

⁴³ Zob. także pismo Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania z dnia 5 listopada 2014 r. (znak: BPRT 222-11(1)G4/MC), http://www.spoleczenstwoobywatelskie.gov.pl/sites/default/files/wystapienie_sprawozdanie_do_stosowania_ustawy_planowanie_rodziny.pdf, 15.10.16.

⁴⁴ Raport Nilsa Muiżnieksa Komisarza Praw Człowieka Rady Europy po wizycie w Polsce w dniach 9 –12 lutego 2016, pkt 191 [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&Ref=CommDH\(2016\)23&Language=lanEnglish&Ver=original&direct=true](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&Ref=CommDH(2016)23&Language=lanEnglish&Ver=original&direct=true), 12.07.2016.

licealnym jest wyjątkowo istotna, mając na uwadze średni wiek inicjacji seksualnej młodzieży w Polsce.

W części Sprawozdania poświęconej podstawie programowej, z jaką musi być zgodne nauczanie prowadzone w ramach przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”, pominięto kwestię treści podręczników wykorzystywanych podczas tych zajęć. W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich treści prezentowane w podręcznikach do przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie” nie tylko wydają się nie odzwierciedlać konstytucyjnej zasady równości, lecz także budzą wątpliwości co do zgodności z aktualnym stanem wiedzy, w tym wiedzy medycznej⁴⁵.

W Sprawozdaniu zauważono, że osoby prowadzące zajęcia z zakresu edukacji seksualnej winny przekazywać pełną i rzetelną wiedzę w zakresie odpowiadającym rozwojowi uczniów. Niemniej analiza skutków powyższego ustawowego obowiązku została zastąpiona przytoczeniem treści relewantnych przepisów, a tym samym nie został w tym zakresie zrealizowany cel Sprawozdania, tj. ocena skutków i sposobu wykonywania ustawy. Podobny zabieg polegający na przytoczeniu regulacji prawnych, a nie ocenie ich wykonywania, zastosowano w zakresie opisu kwalifikacji nauczycieli realizujących zajęcia edukacji seksualnej. W Sprawozdaniu nie wskazano w szczególności, czy i jakie kwalifikacje umożliwiające prowadzenie tego rodzaju zajęć posiadają nauczyciele.

h) rozdział VIII, zabiegi przerywania ciąży

W rozdziale VIII przedstawiono dane statystyczne dotyczące legalnych zabiegów przerywania ciąży, które zostały przeprowadzone w 2014 r.

W pierwszej kolejności komentarza wymaga zawarte w tabeli nr 16 (obrazującej przyczyny dokonywania zabiegów przerywania ciąży w Polsce) nieprecyzyjne sformułowanie dotyczące terminacji ciąży „z powodu” badań prenatalnych. Warto podkreślić, że prawo do badań prenatalnych stanowi element prawa pacjenta do informacji oraz prawa do świadczenia zdrowotnego odpowiadającego aktualnej wiedzy medycznej, a wiązanie tego prawa - poprzez tego rodzaju sformułowanie - jedynie z możliwością

⁴⁵ Zob. M. Bieńko, Z. Izdebski, K. Wąż, *Kontrola realizacji prawa młodzieży do edukacji seksualnej*, Warszawa 2016.

poddania się aborcji ze względu na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie płodu albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu jest nieuprawnionym i dużym uproszczeniem⁴⁶. Trudno zgodzić się ze stanowiskiem uznającym wydanie skierowania na wykonanie badania prenatalnego za równoznaczne z podjęciem przez kobietę bądź parę decyzji o aborcji. Po pierwsze, wynik badań może nie wykazać istnienia wady lub choroby płodu mogącej stanowić podstawę do legalnego przerwania ciąży, po drugie nawet gdyby wyniki badań wskazywały na istnienie dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, trudno wnioskować, że uprawniona osoba z pewnością podejmie decyzję o terminacji ciąży. Uznanie, że normalnym następstwem uzyskania takiej informacji jest podjęcie przez kobietę decyzji o aborcji, wydaje się być sądem arbitralnym, prowadzącym do stworzenia pewnego modelu rodziców, którzy będąc poinformowanymi o wadach lub chorobach płodu winni podjąć decyzję o terminacji ciąży.

W dalszej części Sprawozdania przedstawiono kształtowanie się liczby przeprowadzanych zabiegów przerwania ciąży w zależności od województwa. Brak jednak analizy przyczyn, dla których 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.

Należy zaznaczyć, że problem braku dostępności do zabiegu legalnego przerwania ciąży został podniesiony przez Rzecznika w wystąpieniu z 11 lipca 2016 r., skierowanym do Rzecznika Praw Pacjenta⁴⁷ w związku z doniesieniami medialnymi, zgodnie z którymi w województwie podkarpackim nie ma już podmiotu wykonującego legalne zabiegi przerywania ciąży. Rzecznik zwrócił się zatem do RPP o przekazanie informacji o sytuacji na terenie województwa podkarpackiego, a także informacji dotyczących działań podejmowanych przez RPP w celu zagwarantowania pełnego dostępu do zabiegu legalnego przerywania ciąży, w tym liczby spraw związanych z brakiem podmiotów wykonujących

⁴⁶ Wyrok w sprawie *R.R. v. Polska*, pkt 196-198.

⁴⁷ 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.

legalne zabiegi aborcji ze względu na powoływanie się przez wszystkich lekarzy pracujących w placówkach na „klauzulę sumienia”, o których wiadomo RPP.

Ponadto, w Sprawozdaniu informacja o liczbie aborcji w przypadku, gdy ciąża była wynikiem czynu zabronionego, nie została opatrzona danymi dotyczącymi liczby kobiet, które zwracały się do prokuratora o stwierdzenie przez niego - w stosownym zaświadczeniu - okoliczności uzasadniających przeprowadzenie legalnego zabiegu aborcji. Dodatkowego zróżnicowania wyników wymagają dane znajdujące się w tabeli nr 17 Sprawozdania ilustrującej m.in. liczbę zabiegów aborcji, którym poddawały się kobiety znajdujące się w poszczególnych przedziałach wiekowych. W kontekście regulacji karnych dotyczących penalizacji typu czynu zabronionego polegającego na obcowaniu z małoletnim cennym wydaje się wprowadzenie do tabeli dodatkowej kategorii pn. „kobiety poniżej 15 roku życia”. W Sprawozdaniu nie odniesiono się również do sposobu realizacji uprawnienia wynikającego z art. 4a ust. 4 ustawy, który stanowi o prawie małoletniej poniżej 13. roku życia do wyrażenia opinii w przedmiocie poddania się zabiegowi aborcji.

Odnosząc się w Sprawozdaniu do zagadnienia skali nielegalnych aborcji, poprzestano na stwierdzeniu, że zjawisko to jest trudne do zbadania. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet w Uwagach końcowych, o których była już wyżej mowa, przypomniał swoje zastrzeżenia związane z dużą liczbą nielegalnych zabiegów aborcji przeprowadzonych na terenie Polski, a także brakiem oficjalnych danych i badań na temat skali nielegalnych i niebezpiecznych dla kobiet aborcji. W związku z tym Komitet rekomenduje, by państwo wspierało i finansowało badania i zbieranie danych na temat zakresu, przyczyn i konsekwencji wiążącego się z licznymi niebezpieczeństwami nielegalnego przerywania ciąży oraz jego wpływu na zdrowie i życie kobiet. Tymczasem przygotowane Sprawozdanie nie zawiera jakichkolwiek informacji w tym zakresie, co nie tylko pozostaje w sprzeczności z rekomendacjami Komitetu, ale także uniemożliwia realną ocenę problemu oraz podjęcie adekwatnych działań przeciwdziałających temu procederowi⁴⁸. W celu ukazania skali zjawiska nielegalnej aborcji, wskazanym byłoby co najmniej uzupełnienie Sprawozdania

⁴⁸ Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, *Uwagi końcowe w sprawie połączonego siódmego i ósmego sprawozdania okresowego Polski*, 7 listopada 2014 r., pkt. 36 i 37, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/POL/CO/7-8&Lang=En, 15.07.2016.

o informacje dotyczące tzw. podziemia aborcyjnego i tzw. turystyki aborcyjnej gromadzone przez organizacje pozarządowe.

W Sprawozdaniu brak jest również informacji dotyczących istniejących w szpitalach procedur w zakresie przerywania ciąży. W tym kontekście istotne znaczenie ma przygotowany przez Federację na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny raport z monitoringu procedur dostępu do legalnej aborcji w polskich szpitalach. Zgodnie z raportem, 66% ze 133 biorących udział w monitoringu podmiotów leczniczych wskazało, że w szpitalu brak jest jakichkolwiek procedur we wskazanym zakresie. Istnienie procedur zadeklarowało 28% podmiotów. Podkreślenia wymaga, że treść istniejących procedur jest bardzo zróżnicowana i często ma charakter uznaniowy. Niektóre szpitale wprowadzają – obok przewidzianych w ustawie – dodatkowe, niemające podstawy prawnej wymogi, takie jak np. konieczność uzyskania opinii co najmniej dwóch lekarzy specjalistów, opinii konsylium, czy ordynatora. Wskazane procedury wydłużają czas oczekiwania na zabieg i mogą prowadzić do ograniczenia dostępu do gwarantowanej przez prawo procedury. Wskazać także należy, że 22 szpitale zadeklarowały, że nie wykonują tego rodzaju zabiegów. W niektórych częściach Polski, jak w województwie podkarpackim, brak jest podmiotów przeprowadzających legalne zabiegi aborcji. Analiza opisanego problemu powinna posłużyć rządowi za punkt odniesienia podczas podejmowania działań zmierzających do zagwarantowania realnego dostępu do legalnych zabiegów przerywania ciąży.

i) rozdział IX, działania podjęte w celu respektowania przepisów ustawy

Warunkiem zapewnienia skuteczności i realnej dostępności do gwarancji wyrażonych w ustawie jest wprowadzenie efektywnych mechanizmów umożliwiających egzekwowanie postanowień ustawy oraz systemu sankcji. W rozdziale IX opisano m.in. działania, jakie podejmowane były przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości w celu efektywnego zapewnienia realizacji ustawy. W Sprawozdaniu wskazano m.in. że „postępowania przygotowawcze prowadzone są na bardzo dobrym poziomie, a w przypadku stwierdzenia uchybień podejmowane były działania w celu wyeliminowania ich w przyszłości”. Nie wskazano jednak, na czym miały polegać podejmowane działania zmierzające do uniknięcia uchybień w przyszłości ani z czego wnioskuje się o „bardzo dobrym poziomie” postępowań przygotowawczych. Skoro podczas toczących się

postępowań miały miejsca nieprawidłowości mogące rzutować na skuteczność wykonywania postanowień ustawy, w Sprawozdaniu powinno być wskazane, jakie uchybienia stwierdzono, jakie środki zostały podjęte w celu ich usunięcia oraz opisać skuteczność zastosowanych działań naprawczych.

Za niesatysfakcjonujące uznać należy także przytoczenie danych ilościowych dotyczących postępowań dyscyplinarnych, jakie miały miejsce w 2013 r. W Sprawozdaniu nie wskazano bowiem czego powyższe postępowania dotyczyły, tj. w jakich obszarach zastosowania ustawy pojawiły się trudności oraz w jaki sposób zakończyły się toczące się postępowania.

Ponadto, za pozbawione znaczenia dla przedmiotu tegoż rozdziału uznać należy opisane na str. 89 założenia projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, skoro prace nad tym aktem prawnym nie były następnie kontynuowane.

W przedmiotowym Sprawozdaniu całkowicie pominięto także kwestię powoływania się przez lekarzy na klauzulę sumienia – nie podano, ile razy sytuacja taka miała miejsce, udzielania jakich świadczeń dotyczyła (badania prenatalne, zabieg aborcji) oraz czy i gdzie kobietom udzielono ostatecznie danego świadczenia zdrowotnego przerywania ciąży.

Uregulowana w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2015 r., poz. 464 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).

Warto podkreślić, że dotąd lekarz odmawiający udzielenia świadczenia zdrowotnego z powołaniem się na względy sumienia był zobowiązany do wskazania pacjentowi realnej możliwości uzyskania tego świadczenia w innym podmiocie. Obowiązek ten ustał od dnia wejścia w życie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r. (sygn. akt K 12/14), zaś w polskim porządku prawnym nie istnieje obecnie podmiot zobowiązany do przekazania informacji o miejscu, w którym świadczenie może zostać udzielone. W związku z zaistniałą sytuacją, która prowadzić może m.in. do naruszenia praw pacjentek chcących zrealizować gwarancje wynikające z analizowanej ustawy, Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie wskazywał na konieczność podjęcia pilnych działań mających na celu ustanowienie mechanizmu, który pozwoli pacjentowi uzyskać informację o tym, gdzie może realnie uzyskać dane świadczenie zdrowotne⁴⁹.

Również zgodnie ze standardem wyrażonym w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka „państwa są zobowiązane do organizowania systemu świadczeń zdrowotnych w taki sposób, aby zapewnić, że skuteczne egzekwowanie prawa do wolności sumienia pracowników opieki zdrowotnej w kontekście zawodowym nie uniemożliwia pacjentom uzyskania dostępu do świadczeń, do których są uprawnieni zgodnie ze stosownym ustawodawstwem”⁵⁰. Za niebywale istotne uznać należy odpowiednie ukształtowanie procedury umożliwiającej pacjentom skorzystanie z gwarantowanych przez prawo zabiegów, w tym sprzeciwu od orzeczenia lekarskiego.

Mając na uwadze przedmiot ustawy, która w szczególności przewiduje możliwość legalnego przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży oraz prawo kobiet do badań prenatalnych, uznać należy, że analiza wpływu powoływania się przez lekarzy na klauzulę sumienia na realną dostępność do wyżej wspomnianych procedur medycznych ma bezpośredni związek z oceną skutków wykonania ustawy. Takiej analizy brak jednak w przedmiotowym Sprawozdaniu.

⁴⁹ Wystąpienie z dnia 22 lutego 2016 r. do Przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia w sprawie praw pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego; wystąpienie z dnia 22 lutego 2016 r. do Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie praw pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego; wystąpienie z dnia 22 lutego 2016 r. do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie praw pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego; wystąpienie z dnia 14 grudnia 2015 r. do Ministra Zdrowia w sprawie wykonania wyroku Trybunału Konstytucyjnego dotyczącego klauzuli sumienia; wystąpienie z dnia 12 października 2015 r. do Ministra Zdrowia w sprawie wykonania wyroku Trybunału Konstytucyjnego dotyczącego klauzuli sumienia.

⁵⁰ Wyrok w sprawie *R.R. v. Polska*, pkt 49.

4. Podsumowanie

Wskazane wyżej braki i uchybienia Sprawozdania uniemożliwiają ocenę realizacji ustawy i skutków jej stosowania.

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. Sprawozdanie nie realizuje zatem podstawowego celu, dla którego jest opracowywane.

Rzecznik Praw Obywatelskich zwracając uwagę na braki i niedociągnięcia Sprawozdania Rządu za rok 2014 wyraża jednocześnie nadzieję, że niniejsze Stanowisko zostanie wykorzystane dla rzetelnego przygotowania przez rząd Sprawozdania za kolejny rok.