



Minister Zdrowia

BIURO RZECZNIKA
PRAW OBYWATELSKICH

WPL 2018 -06- 04

ZAL. NR



RPW/33303/2018 P
Data: 2018-06-04

30-05-2018

Warszawa,

MDL.0763.2.2018.AB (6)

Pan

Adam Bodnar

Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

odpowiadając na wystąpienie Pana Rzecznika dotyczące realizacji przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. poz. 78, z późn. zm.) oraz informacji prezentowanych w tej materii w opracowywanych corocznie sprawozdaniach Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania przedmiotowej ustawy, uprzejmie przekazuję następujące wyjaśnienia.

Ad. 1. Kształcenie i wychowanie młodzieży

Odniesienie do uwag sformułowanych przez Pana Rzecznika w tym przedmiocie zostało przygotowane przez właściwego w tej materii Ministra Edukacji Narodowej, w ślad za którym uprzejmie wyjaśniam, że w przepisach ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59, z późn. zm.) zdefiniowano wychowanie jako *wspieranie dziecka w rozwoju ku pełnej dojrzałości w sferze fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, duchowej i społecznej, wzmocniane i uzupełniane przez działania z zakresu profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*. Szczególnie istotne jest wychowanie do wartości, w tym respektowanie praw oraz podmiotowe i godne traktowanie każdego człowieka.

Zmiany wprowadzone w systemie oświaty są ukierunkowane m.in. na wzmocnienie wychowawczej funkcji szkoły poprzez szersze ujęcie w podstawie programowej zadań wychowawczo-profilaktycznych. Od roku szkolnego 2017/2018 nastąpiło połączenie

szkolnego programu wychowawczego i programu profilaktyki w jeden dokument szkolny – program wychowawczo-profilaktyczny szkoły, uchwalany przez radę rodziców w porozumieniu z radą pedagogiczną. Jego celem jest wspieranie wychowanków we wszechstronnym rozwoju ukierunkowanym na osiągnięcie pełni dojrzałości fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, duchowej i społecznej¹⁾.

Program wychowawczo-profilaktyczny musi uwzględniać wnioski z przeprowadzonej diagnozy potrzeb wychowawczych, profilaktycznych i środowiskowych danej społeczności szkolnej. W programie powinny być ujęte normy: poszanowania godności drugiego człowieka, odpowiedzialności za własne decyzje i wybory, przestrzegania praw człowieka, w tym praw dziecka. W opracowaniu i realizacji przez szkołę programu wychowawczo-profilaktycznego ważna jest stała bezpośrednia współpraca z rodzicami lub opiekunami prawnymi oraz innymi podmiotami zaangażowanymi w edukacyjną, wychowawczą i opiekuńczą działalność szkoły.

Podstawa programowa kształcenia ogólnego przywiązuje dużą wagę do kształtowania właściwych postaw uczniów m.in. okazywania szacunku innym ludziom, pozytywnej oceny siebie, empatii wobec otoczenia, tworzenia wartości w życiu swojej rodziny oraz społeczności lokalnej. Treści, metody i organizacja nauczania obowiązkowo są dostosowane do możliwości psychofizycznych uczniów.

Od 1 września 2017 r. weszła w życie nowa podstawa programowa określona przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz. U. poz. 356).

Minister Edukacji Narodowej - Anna Zalewska 30 stycznia 2018 r. podpisała również rozporządzenie w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla nowego typu szkół ponadpodstawowych dla liceum ogólnokształcącego, technikum oraz branżowej szkoły II stopnia²⁾, w którym zdefiniowane są także cele kształcenia i treści nauczania przedmiotu *wychowanie do życia w rodzinie*.

¹⁾ Art. 1 pkt.3 ustawy z 16 grudnia 2016 r. - *Prawo oświatowe*.

²⁾ Dz. U. poz. 467.

Nowa podstawa programowa kształcenia ogólnego dla liceum ogólnokształcącego, technikum i szkoły branżowej II stopnia będzie stosowana w tych szkołach, począwszy od 1 września 2018 r.

W nowej podstawie programowej *wychowania do życia w rodzinie* cele kształcenia zostały ukierunkowane na:

- ukazywanie wartości rodziny w życiu osobistym człowieka; wnoszenie pozytywnego wkładu w życie swojej rodziny,
- okazywanie szacunku innym ludziom, docenianie ich wysiłku i pracy, przyjęcie postawy szacunku wobec siebie,
- pomoc w przygotowaniu się do zrozumienia i akceptacji przemian okresu dojrzewania; pokonywanie trudności okresu dorastania,
- kształcenie umiejętności przyjęcia integralnej wizji osoby; wybór i urzeczywistnianie wartości służących osobowemu rozwojowi; kierowanie własnym rozwojem, podejmowanie wysiłku samowychowawczego zgodnie z uznawanymi normami i wartościami; poznawanie, analizowanie i wyrażanie uczuć; rozwiązywanie problemów,
- pozyskanie wiedzy na temat organizmu ludzkiego i zachodzących w nim zmian rozwojowych w okresie prenatalnym i postnatalnym oraz akceptacja własnej płciowości; przyjęcie integralnej wizji ludzkiej seksualności; umiejętność obrony własnej intymności i nietykalności seksualnej oraz szacunek dla ciała innej osoby,
- uświadomienie i uzasadnienie potrzeby przygotowania do zawarcia małżeństwa i założenia rodziny; zorientowanie w zakresie i komponentach składowych postawy odpowiedzialnego rodzicielstwa,
- korzystanie ze środków przekazu, w tym z Internetu, w sposób selektywny, umożliwiający obronę przed ich destrukcyjnym oddziaływaniem.

Ze względu na zmianę polegającą na wydłużeniu okresu kształcenia w szkole podstawowej z sześciu do ośmiu lat należało dostosować treści nauczania do wieku rozwojowego i potrzeb uczniów.

Dlatego też w nowej podstawie programowej treści nauczania zostały przyporządkowane sześciu – odpowiadającym wiekowi uczniów – kluczowym obszarom tematycznym: *Rodzina, Dojrzewanie, Seksualność człowieka, Życie jako fundamentalna wartość, Płodność, Postawy*.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa,

o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 395, z późn. zm.) treści nauczania są realizowane w ramach zajęć edukacyjnych *wychowanie do życia w rodzinie*.

Szkolny plan nauczania w szkołach publicznych przewiduje na realizację tych zajęć, w każdym roku szkolnym, dla uczniów poszczególnych klas, po 14 godzin, w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców. Zajęcia powinny być organizowane w oddziałach liczących nie więcej niż 28 uczniów lub grupach międzyoddziałowych.

Uczestnictwo ucznia niepełnoletniego w zajęciach *wychowania do życia w rodzinie* zależy od decyzji rodziców, a uczestnictwo ucznia pełnoletniego od jego osobistej woli.

Należy podkreślić, że zajęcia te nie podlegają ocenie i nie mają wpływu na promocję ucznia do klasy programowo wyższej ani na ukończenie szkoły przez ucznia.

Kwestie dotyczące podręczników reguluje ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, z późn. zm.) i rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 marca 2017 r. w sprawie dopuszczania do użytku szkolnego podręczników (Dz. U. z 2017 r. poz. 481). Warunkiem dopuszczenia podręcznika do użytku szkolnego jest uzyskanie pozytywnych opinii (merytoryczno-dydaktycznych i językowych) rzeczoznawców wpisanych na prowadzoną przez ministra listę rzeczoznawców do spraw podręczników. Rzeczoznawcy wskazani przez Ministra Edukacji Narodowej oceniają m.in. zgodność podręcznika z podstawą programową kształcenia ogólnego oraz jego poprawność merytoryczną, dydaktyczną, wychowawczą i językową, w tym uwzględnienie aktualnego stanu wiedzy naukowej, a także treści zgodnych z przepisami prawa, w tym ratyfikowanymi przez Polskę umowami międzynarodowymi. Podręcznik dopuszczony do użytku szkolnego musi spełniać powyższe warunki.

Ad. 2. Dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji

Przedmiotowa kwestia omawiana jest w sposób szczegółowy w opracowywanych corocznie sprawozdaniach Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, zwanych dalej „Sprawozdaniem”.

Informację na temat dostępności do metod i środków służących świadomej prokreacji uznano za niewystarczającą m.in. z uwagi na fakt, że w zakresie środków

antykonceptyjnych została ona zawężona do środków refundowanych. Wydaje się jednak, że z punktu widzenia zapewnienia dostępności, w tym kosztowej, za istotne należy uznać przede wszystkim te produkty lecznicze, które podlegają refundacji. Ponadto, w Sprawozdaniu 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, zwanym dalej „Sprawozdaniem za 2016 r.”, zawarto informację, że „na polskim rynku jest dostępny, obok preparatów refundowanych, również szeroki wachlarz hormonalnych środków antykoncepcyjnych w postaci tabletek doustnych o różnym składzie i zawartości hormonów, w tym również systemy transdermalne, które nie są objęte refundacją”. Wskazano również, że ceny tych środków różnią się między poszczególnymi podmiotami na rynku sprzedaży detalicznej.

W odniesieniu do kwestii finansowania wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej, uprzejmie wyjaśniam, że w rozdziale IV Sprawozdania za 2016 r. wskazano wprost, że „zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje również wprowadzenie oraz usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej (bez kosztu wkładki, który ponosi pacjentka)”. Z kolei zamieszczona w tym rozdziale tabela nr 12 obrazuje liczbę procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2016 r.

Odnosząc się do kwestii sterylizacji w ww. Sprawozdaniu wskazano, że bez wyraźnych wskazań medycznych jest ona w prawie polskim zabroniona i podlega karze zgodnie z art. 156 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204, z późn. zm.). W świetle przedmiotowego przepisu spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci m.in. pozbawienia zdolności płodzenia jest zagrożone karą pozbawienia wolności od roku do lat 10. Wnioskowane przez Pana Rzecznika przedstawienie danych obrazujących liczbę przeprowadzanych w tym zakresie procedur nie mogłoby stanowić podstawy do stwierdzenia, czy są one „traktowane jako zastępujące antykoncepcję” – każdy wykonywany zabieg musi być bowiem uzasadniony medycznie, a wskazania do jego przeprowadzenia są odnotowywane w dokumentacji medycznej. Stwierdzenie znamion czynu zabronionego skodyfikowanego w przywołanym powyżej art. 156 § 1 pkt 1 Kodeksu karnego może mieć miejsce w odniesieniu do indywidualnego przypadku i należy do właściwości organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości.

W wystąpieniu Pana Rzecznika ponownie uznano za niezasadne przywołanie w Sprawozdaniach rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie antykoncepcji, wydanych w 2003 r., które dotychczas nie zostały zmienione. Raz jeszcze należy zatem wyjaśnić, że co do zasady rekomendacje towarzystw naukowych pozostają aktualne do czasu ich odwołania lub zmiany. To z kolei następuje z chwilą uznania przez przedmiotowe gremia, że treści ujęte w rekomendacjach nie są aktualne i wymagają modyfikacji czy też uzupełnienia. Przywołane rekomendacje jak dotąd nie zostały zmienione, zatem trudno znaleźć podstawę dla kwestionowania zasadności ich przywołania.

Ponadto, przywołane zostały zalecenia Komitetu ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet w zakresie zapewnienia nastoletnim dziewczętom wolnego dostępu do usług z zakresu rozrodczości i antykoncepcji, m.in. poprzez zapewnienie porad ginekologiczno-położniczych i objęcie ich opieką w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Należy jednak zaznaczyć, że w rozdziale IV Sprawozdania za 2016 r. zawarta została informacja, iż „przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zapewniają kobietom opiekę zdrowotną obejmującą specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i położnictwa – są to dwa rodzaje świadczeń: porada położniczo-ginekologiczna i porada ginekologiczna dla dziewcząt. W ramach tych porad jest zapewniana w szczególności opieka w zakresie zdrowia prokreacyjnego”. W zawartych w ww. dokumencie tabelach nr 10 i 11 przedstawiono ponadto dane na temat liczby wszystkich porad z ww. zakresów udzielonych w 2016 r., w tym również pacjentkom poniżej 18 r.ż.

Ad. 3. Dostęp do badań prenatalnych

W odniesieniu do informacji prezentowanych w tym zakresie w corocznych Sprawozdaniach, wskazano na potrzebę zbadania realnej dostępności do badań prenatalnych w Polsce. Za celowe uznano m.in. gromadzenie danych na temat liczby zgonów noworodków, których przyczynami było ciężkie i nieodwracalne upośledzenie płodu albo nieuleczalna choroba zagrażające jego życiu oraz informacji na temat przeprowadzenia w tym przypadku badań prenatalnych.

Odnosząc się do powyższych zastrzeżeń, uprzejmie wyjaśniam, że zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej i wady płodu jest jednym ze wskazań do przeprowadzenia badań prenatalnych (szczegółowe informacje na ten temat zawarte zostały w rozdziale

V Sprawozdania za 2016 r.). Dane na temat zgonów noworodków są gromadzone i publikowane corocznie przez Główny Urząd Statystyczny i prezentowane w ujęciu obrazującym przyczynę zgonu zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD – 10). Fakt przeprowadzenia w ww. przypadkach badań prenatalnych, ich rodzaj oraz wynik jest natomiast odnotowywany w dokumentacji medycznej. Wyłącznie do oceny lekarza należy jednak ocena, czy w momencie diagnozy w okresie prenatalnym wynik badania wskazywał na wadę lub chorobę, które można określić mianem „ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu”.

W celu zobrazowania dostępności do badań prenatalnych w Sprawozdaniu za 2016 r. przedstawiono natomiast dane obejmujące liczbę i wartość wykonanych świadczeń zdrowotnych w tym zakresie, jak również dane dotyczące liczby pacjentek, u których takie badania zostały przeprowadzone (w podziale na grupy wiekowe). Należy również wskazać, że badanie prenatalne wykonywane w ramach programu określonego przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505 oraz z 2015 r. poz. 1495), jest zawsze wykonywane w przypadku wystąpienia jednego z wymienionych w tym rozporządzeniu wskazań.

Dodatkowo, należy wskazać, że przepisy rozporządzenia 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*, określają poszczególne elementy opieki medycznej, w tym zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania. Wśród badań zalecanych w określonym czasie trwania ciąży jest m.in. USG, którego wynik stanowi podstawę do ewentualnej pogłębionej diagnostyki prenatalnej. W związku z powyższym, należy wskazać, że opieka nad kobietą w ciąży jest w tym zakresie spójna i kompleksowa.

Ponadto, w wystąpieniu Pana Rzecznika ponownie wskazano na posługiwanie się w Sprawozdaniach w odniesieniu do przesłanek wykonania zabiegu przerwania ciąży sformułowaniem „w wyniku przeprowadzenia badań prenatalnych”. Należy zwrócić uwagę, że sformułowanie to nie występuje w Sprawozdaniu za 2016 r., w którym posłużono się sformułowaniem „w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego

i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu”.

Ad. 4. Dostęp do legalnego zabiegu przerwania ciąży

Odnosząc się do kwestii braku procedur w szpitalach w zakresie przeprowadzania zabiegu przerwania ciąży oraz wniosku o wprowadzenie w tym zakresie stosownych regulacji, uprzejmie wyjaśniam, że procedura umożliwiająca kobietom przeprowadzenie ww. zabiegu w sytuacjach, gdy jest on dozwolony prawem, została określona wprost przepisami ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Przepisy ww. ustawy precyzują przesłanki dopuszczające możliwość przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży, jak również warunki ich przeprowadzania. Z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w *sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu* (Dz. U. poz. 49) określa kwalifikacje lekarzy, uprawniające do przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży.

Kolejnym – zdaniem Pana Rzecznika – mankamentem informacji uwzględnianych w Sprawozdaniach jest brak danych na temat liczby zabiegów przeprowadzonych u kobiet poniżej 15. roku życia. Odnosząc się do przedmiotowej kwestii należy wskazać, że w corocznych Sprawozdaniach prezentowane jest tabelaryczne zestawienie obrazujące liczbę zabiegów przerwania ciąży przeprowadzonych w danym roku w podziale m.in. na wiek kobiet. Dane te uwzględniają zabiegi przerwania ciąży u kobiet poniżej 18 r.ż., co stanowi odzwierciedlenie kryteriów, według których są one gromadzone w oparciu o sprawozdania opracowywane w związku z realizacją Programu badań statystycznych statystyki publicznej na dany rok.

Z kolei w odniesieniu do informacji o liczbie zabiegów przerwania ciąży w przypadku, gdy ciąża była wynikiem czynu zabronionego, w wystąpieniu Pana Rzecznika wskazano, że nie została ona opatrzona danymi dotyczącymi liczby kobiet, które zwracały się do prokuratora o stwierdzenie przez niego – w stosownym zaświadczeniu – okoliczności uzasadniających przeprowadzenie legalnego zabiegu przerwania ciąży. W tym zakresie Minister Sprawiedliwości wyjaśnił, że Prokuratura Krajowa nie dysponuje stosownymi danymi statystycznymi, a ich wygenerowanie z systemu informatycznego SIP „Libra” nie jest możliwe. Uzyskanie danych liczbowych pozostających w zainteresowaniu Pana

Rzecznika wiązałoby się z koniecznością zwrócenia się do wszystkich jednostek organizacyjnych prokuratury z poleceniem przeprowadzenia analizy akt postępowań przygotowawczych. Podkreślić jednak trzeba, że przepis ustawy precyzyjnie określa warunki wydania zaświadczenia, co powinno zapewnić obiektywizm i należytą realizację uprawnień pokrzywdzonego.

Ad. 5. Sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w rozdziale 8 wprowadziła prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Zgodnie z wyżej wymienioną ustawą sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia wydanego przez lekarza lub lekarza dentystrę można wnieść do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Działanie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta normuje rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie *Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. poz. 244).

Prawo do wniesienia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza zostało wprowadzone do polskiego porządku prawnego w celu wykonania wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Tysiąc przeciwko Polsce, stanowiąc również realizację wyroku w sprawie R.R. przeciwko Polsce. Jest ono skutecznym środkiem ochrony prawnej m.in. dla kobiet, którym odmówiono przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży (w okolicznościach przewidzianych ustawą z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży), wystawienia skierowania na badania prenatalne, a także w przypadku nie przeprowadzania badań prenatalnych, pomimo wystawienia skierowania. Należy podkreślić, że mechanizm sprzeciwu w obecnej formie funkcjonuje bez uszczerbku dla specyfiki i terminów wiążących się ze sprawami dotyczącymi przerwania ciąży.

Ad. 6. Klauzula sumienia

Obecnie zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30 ustawy (w zakresie, w jakim przewiduje on obowiązek lekarza do udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia). Fakt ten lekarz

ma obowiązek uzasadnić i odnotować w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

Istotnym jest również, że w świetle obowiązujących przepisów, w tym przede wszystkim rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.) wszystkie podmioty lecznicze (szpitale), które zawarły kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) mają obowiązek udzielania świadczeń w nim przewidzianych – w pełnym zakresie i zgodnie z obowiązującym prawem. Stosowanie klauzuli sumienia nie powinno tego obowiązku naruszać. Podpisując umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca zobowiązuje się do realizacji wszystkich świadczeń określonych jako gwarantowane w stosownych rozporządzeniach wykonawczych do ustawy, w danym zakresie i rodzaju świadczeń, na jaki została zawarta umowa. Należy przy tym zaznaczyć, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego obejmuje zabiegi przerywania ciąży. Brak możliwości udzielenia świadczeń stanowi nienależyte wykonanie umowy.

Kwestia zapewnienia realizacji świadczeń oraz realizacji prawa pacjenta do informacji o możliwości uzyskania świadczenia jest zatem w polskim porządku prawnym uregulowana. Odpowiedzialność w tym zakresie spoczywa na świadczeniodawcy – podmiocie leczniczym.

Jednocześnie, w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. akt K 12/14 ogłoszonym w dniu 16 października 2015 r. w Dzienniku Ustaw RP pod poz. 1633 podjęta została analiza funkcjonowania przepisów w zmienionym brzmieniu pod kątem tego, czy zabezpieczają z jednej strony prawo lekarza do powstrzymania się od wykonania takiego świadczenia, z drugiej zaś czy zapewniają pacjentowi uzyskanie świadczenia, do którego jest uprawniony (a także zapewniają realizację w tym przypadku prawa pacjenta do informacji). W tym zakresie należy wskazać na obowiązujące przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.). Zgodnie z jej art. 14 podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek pacjenta, udziela ponadto szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących

stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod.

Oznacza to, że zmiana przepisów wynikająca z wejścia w życie ww. wyroku TK nie spowodowała luki prawnej, w postaci braku podmiotu zobowiązanego do przekazania informacji o miejscu, w którym świadczenie może zostać udzielone.

Ad. 7. Dostęp osób małoletnich do ginekologa

Szczegółowe odniesienie się do propozycji Pana Rzecznika w tym zakresie zostało przekazane pismem z dnia 29 marca 2017 r., znak: MDP.0763.7.2016.AB(6). Zostało ono przygotowane na podstawie wyjaśnień przedstawionych w tej sprawie przez Ministerstwo Sprawiedliwości, które również obecnie w całości podtrzymuje wyrażone wówczas stanowisko dotyczące uzyskania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ginekologii i urologii przez małoletniego pacjenta w wieku powyżej 15. roku życia, bez zgody jego przedstawicieli ustawowych.

Ad. 8. Łagodzenie bólu porodowego

Aktualna wiedza medyczna pozwala zapewnić kobietom poród bez bólu. W tym celu zarówno rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych 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), jak i nowy projekt rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej charakteryzują metody łagodzenia bólu porodowego, których skuteczność została udowodniona naukowo. Mając na uwadze poprawę jakości opieki okołoporodowej, projekt nowych standardów wskazuje wprost, że każda rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego, jak również przystępnej informacji o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w podmiocie leczniczym. Niezbędne jest również uzgodnienie z nią sposobu postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie leczniczym. Zgodnie z powyższym, w podmiocie leczniczym, który posiada oddział położniczy, opracowuje się w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego uwzględniający dostępne metody jego łagodzenia. Ponadto, w projekcie po raz pierwszy zdefiniowano ramowy program edukacji przedporodowej, który w części dotyczącej porodu, obliuguje położną lub lekarza sprawujących opiekę nad ciężarną do przekazania informacji o metodach niefarmakologicznych i farmakologicznych łagodzenia bólu

porodowego. Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego obligują do zapewnienia stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii w lokalizacji, w tym odpowiednio na drugim i trzecim poziomie referencyjnym możliwość i dostępność wykonania znieczulenia śródporodowego. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że ponad połowa świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii wykazuje poniżej 600 porodów rocznie, co uniemożliwia zobligowanie wszystkich tych podmiotów do zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii w każdym oddziale położniczym. Jednocześnie, rodząca ma prawo wyboru miejsca porodu, przy którym, może uwzględniać stosowane w nim metody łagodzenia bólu porodowego.

Ad. 9. Cięcia cesarskie

Dynamiczny wzrost wskaźnika cesarskich cięć był przedmiotem analiz powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu roboczego do spraw opracowania kierunków działań dla zmniejszenia liczby cesarskich cięć. Liczba wykonywanych zabiegów cesarskiego cięcia była rozpatrywana zarówno w kwestiach bezpieczeństwa zdrowotnego matki i dziecka, jak również w aspektach etycznych, prawnych i ekonomicznych. Wypracowane rekomendacje, w celu podjęcia niezbędnych działań informacyjnych i monitorujących w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii, zostały w dniu 19 marca br. przesłane konsultantom krajowym i wojewódzkim w dziedzinach położnictwa i ginekologii, jak również konsultantom krajowym w dziedzinach medycyny, w których może mieć miejsce kwalifikacja ciężarnych do cesarskich cięć z przyczyn pozapłożniczych. Rekomendacje otrzymali również konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników i Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Celem, określonym przez Zespół, jest osiągnięcie optymalnego odsetka cięć cesarskich na poziomie nie większym niż 30% w okresie 10 lat (przy systematycznym obniżaniu średniej wykonywanych cięć cesarskich średnio o 2% rocznie). Przedmiotowy dokument nie tylko zwraca uwagę na niepokojący trend stałego wzrostu liczby cesarskich cięć w Polsce, ale również wskazuje obszary, w których wprowadzenie proponowanych zmian może przyczynić się do jego ograniczenia. Każde cesarskie cięcie powinno być oparte na wskazaniach medycznych kwalifikujących do jego wykonania. Przyszłym rodzicom należy wyjaśnić wszelkie wątpliwości dotyczące porodu, jak również uświadomić możliwe powikłania mogące

wystąpić po wykonaniu operacji jaką jest cesarskie cięcie. W celu propagowania ww. informacji zostały opracowane plakaty: „Zanim zostaniesz mamą” oraz „Kiedy? Co? Jak? – czyli standardowa opieka nad kobietą w ciąży fizjologicznej”. Celem ww. materiałów było zapoznanie kobiet z przysługującymi im świadczeniami zdrowotnymi i prawami w okresie okołoporodowym. W plakatach zawarto również przesłanie, że najlepszy zarówno dla matki i dziecka jest poród fizjologiczny, cesarskie cięcie powinno być wykonane wyłącznie w przypadku wskazań medycznych. Plakaty zostały rozdystrybuowane w pierwszym kwartale 2018 r. do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnych podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto, kwestie związane z korzyściami i zagrożeniami dla matki i dziecka oraz powikłaniami wczesnymi i późnymi cesarskich cięć wyszczególniono w części dotyczącej edukacji przedporodowej procedowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Korzystanie z edukacji przedporodowej powinno przyczynić się do łagodzenia lęku i niepokoju związanego z porodem, zmniejszenia liczby porodów przedwczesnych, liczby cięć cesarskich, interwencji medycznych oraz obniżenia wskaźnika umieralności okołoporodowej.

Ad. 10. Opieka okołoporodowa

Odnosząc się do przedstawionych przez Pana Rzecznika zastrzeżeń w tym obszarze, uprzejmie wyjaśniam, że kwestia opieki okołoporodowej została omówiona szczegółowo w rozdziale II Sprawozdania za 2016 r. Wskazano w nim m.in. na podstawowe regulacje prawne odnoszące się do przedmiotowego obszaru oraz sposób ich realizacji w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, uwzględniając liczbę i wartość świadczeń finansowanych ze środków publicznych udzielonych w poradniach specjalistycznych w stosownych zakresach.

Jednocześnie, uprzejmie wyjaśniam, że obecnie trwają prace nad projektem nowego rozporządzenia regulującego standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w rozważanym obszarze. Prace nad nowym rozporządzeniem w tej sprawie, wzorem lat ubiegłych, odbywały się we współpracy z ekspertami oraz przedstawicielami organizacji pozarządowych skupiających swoje działania na opiece okołoporodowej. W tym celu powołany został specjalny Zespół. Efekt jego prac w postaci projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej był przedmiotem konsultacji publicznych i opiniowania. Zgodnie z informacjami przedstawionymi w uzasadnieniu ww. regulacji standard jest odpowiedzią na postulaty środowisk reprezentujących kobiety, które domagają się poszanowania ich praw

i potrzeb w trakcie porodu i położu, środowisk społecznych i ekspertów medycyny związanych z opieką okołoporodową. Projektowany standard bazując na doświadczeniu w realizacji dotychczasowych przepisów, ma zagwarantować właściwą realizację ww. postulatów, a w konsekwencji zapewni wyższą jakość opieki mającej swoje odzwierciedlenie w utrzymaniu tendencji spadkowej wskaźnika umieralności okołoporodowej.

W rozdziale II Sprawozdania za 2016 r. zawarto również informacje na temat - wprowadzonego od 1 lipca 2016 r. - nowego zakresu świadczeń w postaci koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC).

Ad. 11. Pomoc materialna i opieka nad kobietami w ciąży.

Informacje, stanowiące odniesienie się do zastrzeżeń Pana Rzecznika w przedmiotowym obszarze należą do właściwości Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i zostaną przekazane z chwilą ich uzyskania.

Ad. 12. Wsparcie szkoły dla małoletnich matek, ojców i uczennic w ciąży.

Zgodnie z informacjami przedstawionymi przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, system oświaty zapewnia każdemu uczniowi wsparcie w rozwoju i pomoc psychologiczno-pedagogiczną, stosownie do jego potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Dotyczy to również uczennic w ciąży, małoletnich matek i ojców. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana jest także rodzicom uczniów, w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń³⁾. Organizacja i zapewnienie uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, stosownie do rozpoznanych potrzeb należy do kompetencji dyrektora szkoły.

Wsparcie w rozwiązywaniu problemów edukacyjno-wychowawczych zapewniają także poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Polega ono na prowadzeniu terapii oraz udzielaniu pomocy rodzicom w rozpoznawaniu potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów.

W przypadku wychowanek młodzieżowych ośrodków wychowawczych, w przepisach wskazano, że nieletniej wychowance w ciąży oraz po urodzeniu młodzieżowy ośrodek wychowawczy zapewnia odpowiednią opiekę oraz przygotowanie do roli rodzicielskiej⁴⁾.

³⁾ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach (Dz. U. poz. 532 oraz Dz.U. z 2017 r. poz. 1643) oraz rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. poz.1591).

⁴⁾ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków

Obowiązkiem ośrodka jest wspieranie nieletniej matki w uczestniczeniu w bieżącej pieczy nad dzieckiem i w jego wychowaniu, chyba że sąd opiekuńczy postanowi inaczej. Z dotychczasowej informacji przekazywanej przez kuratorów oświaty wynika, że w każdym roku szkolnym szkoły i placówki udzielają uczennicom w ciąży i nieletnim matkom szerokiej, różnorodnej pomocy, a szczególnie motywują różnymi formami – pomimo występujących problemów – do kontynuacji realizacji obowiązku nauki w szkole lub poza szkołą lub ukończenia przez te uczennice edukacji (ok. 0,05 % uczennic). Formy udzielanej pomocy uzależnione były od potrzeb zdrowotnych, edukacyjnych, materialnych uczennicy i jej rodziny.

Z uwagi na wrażliwość danych osobowych małoletnich uczennic i uczniów System Informacji Oświatowej gromadzi tylko dane dotyczące pomocy psychologiczno-pedagogicznej ogólne dla obu płci.

Ministerstwo Edukacji Narodowej w 2017 r. w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”⁵⁾, prowadziło zadania w zakresie przygotowania i utrzymania miejsca w bursach lub internatach dla uczennic w ciąży, w formie odrębnego – jednoosobowego pokoju, w którym zapewnione zostaną maksymalnie komfortowe warunki pobytu uczennicy do czasu urodzenia dziecka (zadanie 1.5, Priorytet I Programu: Wsparcie dla kobiet w ciąży i ich rodzin).

W celu realizacji zadań wynikających z ww. Programu Ministerstwo Edukacji Narodowej, za pośrednictwem wojewodów, zwróciło się do wszystkich starostów i prezydentów miast na prawach powiatu o wskazanie placówki pełniącej funkcję ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych oraz burs lub internatów.

W zakresie wsparcia dla kobiet w ciąży i ich rodzin podpisano 93 porozumienia z jednostkami samorządu terytorialnego na utworzenie miejsc dla uczennic w ciąży. Ze środków przeznaczonych na realizację Programu w 2017 r. w kwocie 1 105 000 zł utworzono 221 miejsc, które zgodnie z programem będą utrzymane do 2021 r.

Ad. 13. HIV i FAS

W opinii Pana Rzecznika niezbędne jest umożliwienie wykonywania testów na nosicielstwo HIV u kobiet w ciąży, w tym w szczególności u małoletnich. W tym zakresie istotne znaczenie mają przepisy przywoływanego już rozporządzenia Ministra

socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania (Dz.U. z 2017 r. poz. 1606).

⁵⁾ Program stanowi załącznik do uchwały Nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r., (M. P. poz. 1250), zwanego dalej „Programem”.

Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, które wyraźnie wskazują na konieczność wykonania badania w kierunku HIV. Badanie powinno zostać przeprowadzone dwukrotnie, tj. do 10. tygodnia ciąży oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży. Jest to zgodne również z rekomendacjami grupy ekspertów powołanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w zakresie perinatalnej transmisji HIV, w ramach których zaleca się, aby wszystkim kobietom ciężarnym proponować badanie w kierunku HIV podczas pierwszej wizyty u lekarza ginekologa-położnika. Stosowne postępowanie musi być również wdrożone w trakcie trwania porodu, stosownie do jego przebiegu. Odnosząc się do kwestii zgody na wykonanie rozważanego badania u pacjentki małoletniej, należy wskazać, że jest ona udzielana zgodnie z zasadami ogólnymi, poruszonymi przez Pana Rzecznika w pkt 7 wystąpienia.

Odnosząc się do postulatu dotyczącego publikowania danych na temat liczby osób korzystających z poszczególnych form pomocy, uprzejmie informuję, że dostępne dane w tym zakresie zostaną zamieszczone w kolejnym Sprawozdaniu (tj. za rok 2017 r.).

Ad. 14. Pozyskiwanie komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej

W latach 2011-2014 pozyskiwano krew pępowinową do celów publicznych w ramach programu wieloletniego na lata 2011-2020 pn. „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”, zwanego dalej „Programem”. Głównym celem tego działania było zwiększenie dostępności do leczenia osób wymagających przeszczepienia szpiku, dla których, z przyczyn biologicznych, nie udało się znaleźć odpowiedniego dawcy. Krew pępowinowa, w zakresie pozyskiwania i przechowywania komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej dla biorcy niespokrewnionego była pozyskiwana i przechowywana przez realizatorów Programu – publiczne i niepubliczne jednostki, które zostały wyłonione w drodze konkursów ofert. W latach 2011-2014 pozyskano 1 240 jednostek. Jednakże, na podstawie analizy możliwości wykorzystania zgromadzonego materiału oraz opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej (uchwała nr 22/2015 z dnia 22 maja 2015 r.), która uznała bezzasadność dalszego jej gromadzenia, w 2015 r. podjęto decyzję o zaprzestaniu finansowania pozyskiwania nowych jednostek, ograniczając zakres zadania Programu jedynie do finansowania przechowywania pozyskanego w latach 2011-2014 materiału. Na powyższą decyzję wpływ miało niewielkie prawdopodobieństwo wykorzystania zgromadzonych zasobów, co wynika

z ograniczonej komórkowości krwi pępowinowej, która powoduje, iż jej przeszczepienie u biorców o wadze powyżej 20 kg wymaga wykorzystania więcej niż jednej jednostki (najczęściej 2 lub 3). Utrudnione dopasowanie większej liczby zgodnych dawców, opóźniona odnowa układu krwiotwórczego u biorcy oraz fakt, iż światowa tendencja dotycząca wykorzystywania i przechowywania krwi pępowinowej jest malejąca, czego przyczyną jest wzrost liczby przeszczepień haploidalnych (od dawców połowicznie zgodnych antygenowo z biorcami), także wpłynęły na decyzję o zaprzestaniu pozyskiwania nowych jednostek krwi pępowinowej. Nie bez znaczenia jest też brak możliwości przeszczepienia dodatkowej jednostki komórek macierzystych przy niepełnej funkcjonalności poprzedniego przeszczepienia. Krew pępowinową od danego dawcy można bowiem pobrać tylko w trakcie porodu, w odróżnieniu od komórek szpiku kostnego i krwi obwodowej, które dawca może oddać powtórnie. Wątpliwości co do zasadności stosowania procedury przeszczepiania krwi pępowinowej budzi dodatkowo jej koszt, który dwukrotnie przewyższa koszt przeszczepienia komórek krwiotwórczych szpiku kostnego lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej.

Obecnie, w Centralnym Rejestrze Niepokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej zgłoszonych jest 3 700 jednostek do wykorzystania do celów publicznych, przy czym w ciągu ostatnich 10 lat udostępniono tylko dwie jednostki materiału, których odbiorcami były zagraniczne ośrodki transplantacyjne.

W ramach realizacji ww. Programu podejmowano działania mające na celu m.in. pozyskiwanie i badania HLA (oznaczania zgodności tkankowej) potencjalnych dawców komórek krwiotwórczych. Działanie to skutkuje regularnym zwiększaniem się liczby potencjalnych niepokrewnionych dawców komórek krwiotwórczych szpiku i krwi obwodowej w ww. rejestrze, co z kolei zwiększa prawdopodobieństwo dobrania zgodnego dawcy, a więc skutecznego leczenia chorych wymagających przeszczepienia komórek macierzystych krwi. Obecnie Program skupia się na zapewnieniu właściwej jakości danych dawców przez szersze typowanie polskich dawców na poziomie wysokiej rozdzielczości. Natomiast w przypadku chorych, dla których nie jest możliwe dobranie w pełni zgodnego w antygenach HLA dawcy rodzinnego lub niepokrewnionego, a którzy z przyczyn medycznych wymagają przeprowadzenia przeszczepienia allogenicznego, wykonywane są transplantacje haploidentycznych komórek krwiotwórczych. Postęp, jaki dokonał się w dziedzinie tego typu transplantacji spowodował, że metoda ta jest już obecnie powszechnie stosowana w Europie i na świecie. Od dwóch lat również polskie ośrodki transplantacyjne podejmują się przeprowadzania tego typu zabiegów.

Przedstawiając powyższe, uprzejmie dziękuję Panu Rzecznikowi za stałe zainteresowanie i troskę o efektywną realizację ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Zapewniam, że skuteczne stosowanie jej przepisów jest również przedmiotem uwagi Ministra Zdrowia, a także zaangażowanych w ich realizację członków Rady Ministrów. Stąd też szczegółowe informacje na temat działań podejmowanych w tym obszarze prezentowane są w corocznych Sprawozdaniach.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKREJARZ STANU
Józefa Szczęsnego-Zimnego