



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 20 lutego 2017 r.

Adam Bodnar

VII.5001.1.2017.AMB

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

W dniu 14 lutego br. Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy z dnia 23 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dalej jako: projekt)¹. Projektowane rozwiązania dotyczą m.in. doregulowania dostępu do tabletek ellaOne, które otrzymać można będzie wyłącznie na receptę². Zgodnie z komunikatem zamieszczonym na stronie Ministerstwa Zdrowia³ wprowadzenie ściślejszej kontroli wydawania tabletek ellaOne motywowane jest względami medycznymi oraz dobrem pacjenta. **Nie negując istnienia podstaw prawnych do wprowadzenia wspomnianych zmian⁴, pragnę zwrócić uprzejmie uwagę Pana Ministra na konsekwencje płynące z ograniczenia dostępności tego środka antykoncepcyjnego. W mojej ocenie niezwykle istotnym jest spojrzenie na to zagadnienie w szerszej perspektywie, uwzględniającej chociażby jakość edukacji seksualnej, czy możliwość dostępu do lekarza ginekologa w Polsce.**

Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego znajdującą się na stronie internetowej Europejskiej Agencji Leków, działanie tabletek ellaOne⁵ ma charakter

¹ Projekt dostępny jest pod adresem: <http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12283610/katalog/12343885#12343885>, data dostępu: 19.02.2017 r.

² Zob. art. 2 pkt 1 projektu, zgodnie z którym produkty lecznicze wskazane w Charakterystyce Produktu Leczniczego do stosowania w antykoncepcji, dopuszczone do obrotu otrzymują kategorię dostępności „wydawane z przepisu lekarza – Rp”.

³ Komunikat dostępny jest pod adresem: <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/rzad-przyjal-projekt-ustawy-ktory-wprowadza-ratunkowy-dostep-do-technologiei-lekowych/>, data dostępu: 17.02.2017 r.

⁴ Zob. D. Olejniczak, K. Kuszal, *Opinia na temat obowiązku wprowadzenia przez Polskę do sprzedaży aptecznej bez recepty produktu leczniczego ellaOne*, „Zeszyty Prawnicze BAS” 2015, nr 1(45), s. 93-99 oraz M. Kondrat, *Opinia prawna stanowiąca uzupełnienie opinii na temat obowiązku wprowadzenia przez Polskę do sprzedaży aptecznej bez recepty produktu leczniczego ellaOne*, „Zeszyty Prawnicze BAS” 2015, nr 1(45), s. 100-106.

⁵ Dokument ten jest dostępny pod adresem: http://www.ema.europa.eu/docs/pl_PL/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf, data dostępu: 17.02.2017.

antykonceptyjny. Przede wszystkim polega ono na zapobiegnięciu bądź opóźnieniu owulacji. Ponadto ich zastosowanie może prowadzić do uniemożliwienia zagnieżdżenia się embrionu ludzkiego w błonie śluzowej macicy. Lek ten nie powinien być stosowany w przypadku istnienia podejrzenia, że kobieta jest w ciąży, choć przyjęcie ellaOne nawet wtedy nie prowadzi do przerwania ciąży. Warto też zauważyć, że tabletki ellaOne uzyskały pozytywną ocenę Europejskiej Agencji Leków pod względem jakości, bezpieczeństwa i skuteczności⁶.

Początkowo, na mocy decyzji Komisji Europejskiej K(2009) 4049 z 15 maja 2009 r., produkt leczniczy ellaOne był dopuszczony do obrotu pod warunkiem wydawania go na receptę. Od 2015 r., na podstawie decyzji wykonawczej Komisji C(2015) 51 final z 7 stycznia 2015 r., tabletki te można nabyć bez recepty. Wydanie decyzji zmieniającej poprzedzone było uzyskaniem pozytywnej opinii Europejskiej Agencji Leków⁷. Wskazano w niej, że zniesienie konieczności uzyskiwania recepty w celu nabycia leku ellaOne podniesie jego dostępność. W ocenie Agencji ma to istotne znaczenie z uwagi na znacznie wyższą skuteczność tego preparatu, jeśli zostanie przyjęty tuż po odbyciu stosunku seksualnego. W opinii zauważono też, że doświadczenia płynące ze stosowania innych środków antykoncepcyjnych o podobnym działaniu zawierających levonorgestrel wskazują, że dla prawidłowego zażywania wspomnianych leków nie jest konieczny nadzór lekarza. Zdaniem Agencji przyjmowanie leku ellaOne bez opieki lekarza nie może stanowić bezpośredniego lub pośredniego zagrożenia dla pacjentki zarówno, gdy jest prawidłowo, jak i nieprawidłowo stosowany. Za mało prawdopodobną uznano możliwość częstego i powszechnego stosowania tego leku niezgodnie z przeznaczeniem. Agencja, bazując na istniejących badaniach leku ellaOne wskazała też, że nie zawiera on substancji, których działanie, w tym też szkodliwe działanie uboczne, wymaga dalszego sprawdzenia.

Analiza danych Europejskiej Agencji Leków dotyczących leku ellaOne wskazuje, że stosowanie tego preparatu jest na tyle bezpieczne, że uzasadnia udostępnienie go bez recepty. Z powyższych względów, w 2015 r. Minister Zdrowia zdecydował się wprowadzić zmianę w rozporządzeniu z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych i w przepisie §5 dodał ust. 2, który stanowi, że „produkt leczniczy z grupy ATC G03A - hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego, posiadający kategorię dostępności "OTC", wydaje się osobie, która ukończyła 15. rok życia” (Dz. U. z 2016 r., poz. 493).

Obecnie jednak Rada Ministrów zdecydowała się na podjęcie działań ograniczających dostęp do tego preparatu, poprzez wprowadzenie wymogu

⁶ Raport dostępny jest pod adresem: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Public_assessment_report/human/001027/WC500023673.pdf, data dostępu: 17.02.2017 r.

⁷ Treść opinii dostępna jest pod adresem: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/001027/WC500181904.pdf, data dostępu: 17.02.2017 r.

przestawienia recepty. Takie działanie, choć mieszczące się w granicach prawa, w tym prawa Unii Europejskiej, w polskich realiach może prowadzić do faktycznego uniemożliwienia skorzystania z tej formy antykoncepcji dużemu gronu pacjentek.

Projektowane zmiany w prawie należy bowiem odczytywać m.in. w kontekście praktycznych możliwości uzyskania takiej recepty w czasie, w którym zastosowanie ellaOne będzie mogło wywołać zamierzony skutek. **Z istniejących badań⁸ wynika, że średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza ginekologa w ramach środków publicznych wynosi 18 dni. W skrajnych przypadkach, czas oczekiwania może zaś wynieść nawet 7 miesięcy.** Alternatywna możliwość skorzystania z prywatnej wizyty specjalistycznej generuje z kolei dodatkowe koszty po stronie pacjentki i nie wszędzie – w szczególności w mniejszych miejscowościach – jest osiągalna. **Uwzględniając przy tym kwestię dostępności leku w aptekach, a także możliwość powołania się przez lekarza na klauzulę sumienia (o czym szerzej poniżej) może dochodzić do sytuacji, w których pacjentka nie uzyska leku w czasie, gwarantującym jego skuteczność (120 godzin od stosunku płciowego).**

Problemy te potęgują się w przypadku pacjentek małoletnich powyżej 15 roku życia, które w obecnym stanie prawnym nie mogą samodzielnie korzystać ze świadczeń ginekologicznych (sprawę tę poruszałem już w odrębnych wystąpieniach do Ministra Zdrowia⁹). W mojej ocenie 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 podzielają również Rzecznik Praw Dziecka¹⁰, Rzecznik Praw Pacjenta¹¹ oraz Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ginekologii i Położnictwa¹². Nadmienić przy tym należy, że w odpowiedzi we wspomnianej sprawie uzyskałem zapewnienie o przeprowadzeniu szczegółowej analizy podniesionego problemu, o której ostatecznych wynikach nie zostałem jeszcze poinformowany¹³.

Kolejnym czynnikiem mogącym wpłynąć na znaczne ograniczenie dostępu do antykoncepcji awaryjnej wydawanej na receptę jest klauzula sumienia uregulowana

⁸ *Monitoring dostępności do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ w Polsce*, http://www.rodzicpoludzk.pl/images/rzeczniactwo/Raport_FRpL.pdf

⁹ Wystąpienia RPO z dnia 29 lipca 2016 r. i 30 sierpnia 2016 r. (nr V.7013.24.2016) skierowane do Ministra Zdrowia w sprawie zasad dostępu osób niepełnoletnich, w wieku powyżej 15. roku życia, do świadczeń ginekologicznych i urologicznych.

¹⁰ Stanowisko Rzecznika Praw Dziecka z dnia 6 maja 2016 r.

¹¹ Stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 25 kwietnia 2016 r.

¹² Stanowisko Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Ginekologii i Położnictwa z dnia 27 kwietnia 2016 r.

¹³ Odpowiedź Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r.

w art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r., poz. 125; dalej jako u.z.l.). Ta, będąca gwarancją poszanowania integralności moralnej lekarza, instytucja stanowi próbę wyważenia dwóch konstytucyjnych wartości, jakimi są wolność sumienia i religii oraz prawo do ochrony zdrowia. Jak wielokrotnie wskazywałem w swoich wystąpieniach dotyczących omawianej problematyki, istnienie klauzuli sumienia nie zwalnia władz państwowych z obowiązku zapewnienia realnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Powyższe stanowisko znajduje potwierdzenie w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, zgodnie z którym „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”¹⁴.

Na gruncie obowiązujących przepisów lekarz może odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych z powołaniem się na względy sumienia, przy czym ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego. Regulacja ta nie ma zastosowania w przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 39 i 30 u.z.l.)¹⁵. Obecnie lekarz (ani żaden inny podmiot) nie ma obowiązku wskazania realnych możliwości uzyskania danego świadczenia zdrowotnego w innym podmiocie, co może powodować faktyczne ograniczenie dostępności do niektórych świadczeń zdrowotnych. Na konieczność podjęcia pilnych działań zmierzających do ustanowienia mechanizmu, który pozwoli pacjentowi uzyskać informację o tym, gdzie może uzyskać świadczenie zdrowotne, którego wykonania mu odmówiono wielokrotnie zwracałem uwagę w przeszłości¹⁶.

Z istoty klauzuli sumienia wynika, że odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego musi być motywowana istnieniem normy moralnej, której naruszyć nie chce lekarz. Dodatkowo uznaje się, że odmowa może być skuteczna „jedynie wówczas gdy działanie

¹⁴ Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 26 maja 2011 r. w sprawie *R.R. v. Polska*, skarga nr 27617/04, opublikowany w bazie HUDOC: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-10491>, data dostępu: 17.02.2017 r., pkt 49.

¹⁵ Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego wyrażone jest także w art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

¹⁶ 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 (sprawy prowadzone są pod sygnaturą VII.812.5.2014).

(...) bezpośrednio narusza bądź stwarza bezpośrednio i realne zagrożenie dla dobra, które wedle (...) przekonań moralnych powinno podlegać bezwzględnej ochronie”¹⁷.

Dla niektórych osób, działanie leku ellaOne polegające na uniemożliwieniu zagnieżdżenia się embrionu ludzkiego w błonie śluzowej macicy, a w konsekwencji udaremnieniu jego dalszego rozwoju¹⁸, z uwagi na przyjętą w niektórych religiach koncepcję życia ludzkiego, może być uznawane za kontrowersyjne moralnie¹⁹. **Warto jednak zauważyć, że opisane wyżej działanie preparatu ellaOne nie ma charakteru wczesnoporonnego, ale antykoncepcyjny. O działaniu wczesnoporonnym można bowiem mówić, w przypadku, gdy lek powoduje usunięcie ciąży, tj. prowadzi do unicestwienia implantowanego w macicy embrionu.**

W przypadku wystawienia recepty na lek ellaOne niektórzy argumentują jednak, że związek między tym działaniem a unicestwieniem embrionu jest bezpośredni i stąd istnieje podstawa do powołania się przez lekarza na klauzulę sumienia. **Jak była o tym mowa wcześniej, w świetle obowiązujących przepisów odmowa ta nie musi być połączona ze wskazaniem możliwości uzyskania recepty u innego lekarza. Wobec braku innych podmiotów udzielających takich informacji, pacjentka zmuszona będzie do podjęcia próby samodzielnego znalezienia lekarza, który przepisze jej tabletki antykoncepcyjne.** W konsekwencji może nie zdążyć przyjąć leku w ciągu pięciu dni po odbyciu stosunku.

Nie ulega wątpliwości, że środki będące antykoncepcją awaryjną nie są jedynymi metodami służącymi świadomej prokreacji. W tym kontekście trudna do przecenienia jest odpowiednia edukacja seksualna. Ma ona istotne znaczenie w profilaktyce nieplanowanych ciąży, czy chorób przenoszonych drogą płciową. Szczególnie w dobie swobodnego dostępu młodzieży do danych z wielu, często niesprawdzonych źródeł, edukacja w tym zakresie pełni także rolę korygującą błędne informacje i wyobrażenia przekazywane przez media²⁰. Niestety, w mojej ocenie, która została przedstawiona już uprzednio w stanowisku RPO do sprawozdania rządu z wykonania ustawy *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności*

¹⁷ Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia, s. 7.

¹⁸ H. Bartel, *Embriologia*, Warszawa 2012, s. 105-112.

¹⁹ Zob. np. O. Nawrot, *Status prawny pre-embryonu*, „Państwo i Prawo” 2009, z. 3.

²⁰ Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy i Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej, *Standardy edukacji seksualnej w Europie Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem*, s. 21-22. Opracowanie jest dostępne pod adresem: http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/edukacja/WHO_BZgA_Standardy_edukacji_seksualnej.pdf, data dostępu: 17.01.2017 r.

przerwywania ciąży²¹, treści prezentowane w dopuszczonych do użytku szkolnego 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 medycznej²².

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy 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 też jako: ustawa) do programów nauczania szkolnego wprowadza się wiedzę o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji. Należy zauważyć, że wbrew jednoznaczному sformułowaniu ustawy, wskazującemu na obligatoryjność przeprowadzania zajęć z zakresu wiedzy o życiu seksualnym, lekcje te traktowane są jako fakultatywne, zaś wraz z kolejnymi etapami edukacji następuje istotny spadek uczestnictwa uczniów w tych zajęciach: frekwencja w szkołach podstawowych wynosi ponad 70% uczniów, w szkołach ponadgimnazjalnych ten odsetek wynosi niespełna 50%, zaś w liceach już tylko 36%²³.

Dodatkowe wątpliwości wiążą się z brakiem rzetelnych danych określających, jakie treści są przekazywane podczas zajęć z zakresu wiedzy o życiu seksualnym, czy realizują one standardy międzynarodowe oraz czy zajęcia prowadzone są przez odpowiednio wykwalifikowanych nauczycieli – wskazanie, że programy nauczania w tym zakresie konstruowane są „w oparciu o diagnozę problemów występujących w szkole”²⁴ nie jest wystarczające i nie daje pełnej informacji o tym, jakiego rodzaju treści są komunikowane dzieciom i młodzieży.

W tym kontekście należy wskazać, że zgodnie z orzecznictwem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka 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 ze swoim światopoglądem, państwo wywiązać się może z obowiązków edukacyjnych²⁵. W związku z tym, za niezgodne z powyższym standardem uznać należy zarówno tworzenie nieuwzględniających wielości poglądów programów

²¹ Pismo z dnia 18 listopada 2016 r. nr VII.5001.2.2016.AMB.

²² Zob. M. Bieńko, Z. Izdebski, K. Wąż, *Kontrola realizacji prawa młodzieży do edukacji seksualnej*, Warszawa 2016.

²³ Zob. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz 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), s. 70 i n. (dane tabeli nr 11).

²⁴ Zgodnie z informacjami przedstawionymi w Sprawozdaniu, programy nauczania konstruowane są „w oparciu o diagnozę problemów występujących w szkole”, zob. także pismo Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania z dnia 5 listopada 2014 r. (znak: BPRT 222-11(1)G4/MC).

²⁵ Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 7 grudnia 1976 r. w sprawie *Kjeldsen, Busk Madsen and Pedersen v. Denmark*, skargi numer: 5095/71; 5920/72; 5926/72, opublikowany w bazie HUDOC: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-57509>, data dostępu: 17.02.2017 r. .

edukacyjnych, jak i tworzenie kilku alternatywnych programów promujących odmienne postawy seksualne i pozostawianie wyboru między nimi nauczycielom.

Podobne wnioski, co do pożądanego kształtu edukacji seksualnej zostały sformułowane w dokumentach międzynarodowych, w tym w szczególności przez Komitet ONZ ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet²⁶. Zgodnie z rekomendacjami Komitetu 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. Zaniepokojenie istniejącą w tym zakresie praktyką w Polsce wyraził także 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 obiektywne²⁷. Dodatkowo w swoich ostatnich zaleceniach dla Polski Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych²⁸ podkreślił 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. Komitet Praw Człowieka²⁹ także zwrócił uwagę na fakt, iż Polska powinna poszerzać programy edukacyjne i uświadamiające dotyczące prawa do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, a ponadto ułatwiać skuteczny dostęp do środków antykoncepcyjnych.

Uwzględniając powyższe uwagi dotyczące statusu przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” oraz zastrzeżenia co do sposobu realizowania edukacji w tym zakresie, sformułowane również przez szereg niezależnych, międzynarodowych organów monitorujących stan przestrzegania praw człowieka, jako Rzecznik Praw Obywatelskich pozwolę sobie zwrócić uwagę na konieczność podjęcia działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości edukacji seksualnej w szkołach, ale także w ramach różnych form kształcenia przeznaczonych dla osób dorosłych.

Właściwa edukacja seksualna dla uczniów w wieku licealnym, o której była mowa powyżej, jest wyjątkowo istotna, mając na uwadze średni wiek inicjacji seksualnej w Polsce. Nieodpowiednie kształcenie młodzieży, a także ograniczenie dostępu do skutecznych i uznanych na świecie metod antykoncepcji, może prowadzić

²⁶ Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, *Uwagi końcowe w sprawie połączonego siódmego i ósmego sprawozdania okresowego Polski*, 7 listopada 2014 r. (CEDAW/C/POL/CO/7-8).

²⁷ Raport Nilsa Muižnieksa Komisarza Praw Człowieka Rady Europy po wizycie w Polsce w dniach 9–12 lutego 2016, pkt 191.

²⁸ Komitet Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych, *Uwagi końcowe dotyczące szóstego raportu okresowego Polski*, 7 października 2016 r., E/C.12/POL/CO/6.

²⁹ Punkt 24, lit. (c) Zalecenia Komitetu Praw Człowieka ONZ z rozpatrzenia VII Sprawozdania okresowego Polski z realizacji postanowień Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 31 października 2016 r.

do podejmowania nieodpowiedzialnych decyzji prokreacyjnych, które skutkować mogą pojawieniem się niechcianych ciąż w wieku nastoletnim.

Ciąża w tak wczesnym wieku często zmusza młode matki do przerwy lub rezygnacji z nauki, w celu opieki nad dzieckiem. Wskazuje się również, że „wczesne macierzyństwo nie daje szansy młodemu organizmowi na rozwiązywanie zadań typowych dla okresu dojrzewania, a jednocześnie zmusza go do podjęcia nowych zadań i ról”³⁰. Młode matki zmagają się z problemem uzależnienia finansowego od rodziny i brakiem wsparcia ze strony członków rodziny i partnera³¹. Podkreślenia wymaga także fakt, iż państwo nie oferuje matkom (ani młodym ojcom) kompleksowego wsparcia, w tym wsparcia socjalnego. Ponadto Komitet Praw Dziecka w swoich rekomendacjach³² zauważył, że wczesne ciążę stanowią czynnik wpływający na problemy zdrowotne młodych matek, stąd pożądanym jest zagwarantowanie także małoletnim pacjentkom dostępu do środków antykoncepcyjnych.

Na zakończenie pragnę raz jeszcze podkreślić, że decyzję o ograniczeniu dostępu do tzw. antykoncepcji awaryjnej, należy postrzegać w przedstawionym przeze mnie kontekście, który obrazuje słabości polskiego systemu opieki zdrowotnej, w zakresie udzielanych świadczeń ginekologicznych i podejmowanych działań prewencyjnych. Dopiero świadomość współwystępowania opisanych w niniejszym wystąpieniu czynników, pozwala na realną ocenę skutków projektowanych zmian.

Mając na uwadze powyższe, działając w oparciu o art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o *Rzeczniku Praw Obywatelskich* (Dz. U. 2014 r. poz. 1648 z późn. zm.), przedstawiam Panu Ministrowi powyższe uwagi z uprzejmą prośbą o ich uwzględnienie. Będę wdzięczny za poinformowanie mnie o zajętych w tej sprawie stanowisku.

(-) [Adam Bodnar]

³⁰ B. Frankowicz-Gasiuł, A. Michalik, A. Czerwińska, M. Zydorek, J. Olszewska, J. Olszewski, *Ciąża młodocianych - problem medyczny i społeczny*, „Studia Medyczne” 2008, nr 11, s. 59.

³¹ *Ibidem*, s. 57-63.

³² Zob. Komitet Praw Dziecka, Komentarz Ogólny, pt. „Zdrowie i Rozwój Małoletnich w kontekście Konwencji Praw Dziecka”, nr 4.92003 z 2003 r.