



Prawa reprodukcyjne a dyskryminacja kobiet. Polska ustawa antyaborcyjna w świetle standardów prawa międzynarodowego.

Autorka:

r.pr. Karolina Kędziora

wiceprezeska Polskiego Towarzystwa Prawa Antydyskryminacyjnego

1. Wstęp

Temat praw reprodukcyjnych w Polsce budzi kontrowersje od wielu lat, wielokrotnie stanowiąc kartę przetargową i element kampanii politycznych różnych środowisk. Przedmiotowy artykuł stanowi próbę przedstawienia obiektywnej analizy prawnej wybranych przepisów Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży¹ (dalej: ustawa antyaborcyjna) odnośnie praktyki ich stosowania w świetle konstytucyjnych i międzynarodowych standardów ochrony praw człowieka i poszanowania zasady równego traktowania bez względu na płeć.

Prawa reprodukcyjne zaczęły rozwijać się jako element praw człowieka od 1968 roku, gdy odbyła się Międzynarodowa Konferencja Praw Człowieka ONZ w Teheranie. Rezultatem konferencji było powstanie niewiążącej Proklamacji teherańskiej². Proklamacja jako pierwszy dokument międzynarodowy podjęła kwestię praw reprodukcyjnych, stanowiąc iż „Rodzice mają podstawowe prawo człowieka do zdecydowania w sposób wolny i odpowiedzialny o liczbie i odstępach czasowych pomiędzy narodzinami dzieci” (ust. 16).

¹ Dz.U.1993.17.78 z dnia 1993.03.01

² <https://www1.umn.edu/humanrts/instatee/12ptichr.htm>



Wkrótce prawa reprodukcyjne zostały włączone także do wiążących dokumentów prawa międzynarodowego. Chociażby Konwencja ONZ w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet³ przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 1979 r., która obowiązuje w Polsce od 3 września 1981 roku, zawiera szereg przepisów, które wprost lub pośrednio odnoszą się do przedmiotowej tematyki.

Art. 12 (1), stanowi, iż Państwa Strony podejmą wszelkie stosowne kroki zmierzające do likwidacji dyskryminacji kobiet w dziedzinie opieki zdrowotnej w celu zapewnienia im, na zasadach równości z mężczyznami, dostępu do korzystania z usług służby zdrowia, w tym również usług związanych z panowaniem rodziny. Artykuł 13 (b), zawiera zapis obligujący do likwidacji dyskryminacji w dostępie do odpowiednich usług w dziedzinie zdrowia, w tym również do informacji, poradnictwa i usług w zakresie planowania rodziny, w odniesieniu do kobiet w środowiskach wiejskich. Art. 16 (1) (e) zobowiązuje Państwa Strony do likwidacji dyskryminacji kobiet we wszystkich sprawach wynikających z zawarcia małżeństwa i stosunków rodzinnych, a w szczególności zapewnienia, na warunkach równości z mężczyznami równego prawa w zakresie swobodnego i świadomego decydowania o liczbie dzieci i odstępach czasu między ich narodzinami oraz w sprawach dostępu do informacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa. Punktem wyjścia przedmiotowej ochrony jest natomiast art. 1, który definiuje pojęcie „dyskryminacji kobiet” jako wszelkie zróżnicowanie, wyłączenie lub ograniczenie ze względu na płeć, które powoduje lub ma na celu uszczuplenie albo uniemożliwienie kobietom, niezależnie od ich stanu cywilnego, przyznania, realizacji bądź korzystania na równi z mężczyznami z praw człowieka oraz podstawowych wolności w dziedzinach życia politycznego, gospodarczego, społecznego, kulturalnego, obywatelskiego i innych.

Konstytucja RP zawiera analogiczny zakaz dyskryminacji. W art. 32-33 określając wolności i prawa obywateli i obywaterek, stanowi, iż wszyscy ludzie są równi wobec

³ Dz.U.82.10.71

prawa, zabraniając dyskryminacji w życiu politycznym, społecznym i gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny, także ze względu na płeć.

Prawnoczłowiecze rozumienie praw reprodukcyjnych znajduje uzasadnienie w szeregu przepisów Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁴, tj.:

- art. 18 stanowi – macierzyństwo i rodzicielstwo znajdują się po ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej
- art. 47 – każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego oraz decydowania o swoim życiu osobistym
- art. 68 – każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a ponadto władze publiczne mają obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. kobietom ciężarnym
- art. 54 – każdemu przysługuje wolność wyrażania swoich poglądów oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji.

Niestety, jak zauważa prof. Eleonora Zielińska, orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego świadczy o wąskim rozumieniu wymienionych uprawnień, gdy odnoszą się one do sfery reprodukcji człowieka, zwłaszcza w zakresie, w jakim są wyłącznym atrybutem kobiet, co powoduje, że w przypadku rozstrzygania ich ewentualnych kolizji np. z prawem do życia płodu, priorytet ochrony przyznaje się z reguły temu ostatniemu. Oznacza to, że konstytucyjne gwarancje w sferze praw reprodukcyjnych w dużej mierze pozostają czystą deklaracją, a możliwości dochodzenia na ich podstawie przez jednostkę swych praw są iluzoryczne.⁵

2. Geneza i zakres polskiej ustawy antyaborcyjnej

Obowiązująca Ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży regulująca kwestię

⁴ Dz.U.1997.78.483 z dnia 1997.07.16

⁵ “Prawa reprodukcyjne w Polsce. Skutki ustawy antyaborcyjnej. Raport - wrzesień 2007”, Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, str. 7

dopuszczalności aborcji należy w Europie do najbardziej restrykcyjnych⁶. Przerwanie ciąży jest bowiem dopuszczalne tylko w następujących, trzech przypadkach:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, stwierdzone orzeczeniem lekarza innego niż lekarz podejmujący działanie,
- 2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne, potwierdzone orzeczeniem lekarza innego niż lekarz podejmujący działanie, wskazują na ciężkie nieodwracalne uszkodzenie płodu lub poważną chorobę zagrażającą jego życiu,
- 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, potwierdzone zaświadczeniem prokuratora, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

Tylko w przypadku aborcji ze względów medycznych tj., gdy w grę wchodzi ochrona życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, prawo nie stawia żadnych limitów czasowych. Przerwanie ciąży w sytuacji, gdy ciąża jest wynikiem czynu zabronionego jest dopuszczalne, jeżeli od początku ciąży upłynęło nie więcej niż 12 tygodni. Gdy przesłanką zabiegu są wady lub choroba płodu, jej przerwanie jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej (przyjmuje się, że jest to 22-24 tydzień ciąży). Zabieg przerwania ciąży ze wskazań medycznych musi być przeprowadzony przez lekarza w szpitalu.

W innych przypadkach przerwanie ciąży, nawet za zgodą kobiety podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech, jeśli płód nie osiągnął zdolności do samodzielnego życia, i karze surowszej, gdy już ją osiągnął (art. 152 Kodeksu karnego)⁷. Karze nie podlega kobieta ciężarna. Podlega jej natomiast każda osoba, która udziela kobiecie pomocy w nielegalnym przerwaniu ciąży lub ją do tego nakłania. W obu tych wypadkach wymiar kary jest taki sam jak w przypadku osoby, która dokonuje aborcji. Odpowiedzialność karną za pomocnictwo ponosi ten, kto „swoim zachowaniem ułatwia popełnienie czynu zabronionego, w szczególności dostarczając narzędzie, środek przewozu, udzielając rady lub

⁶ obok Irlandii i Malty

⁷ Sankcje karne na mocy art. 152 kodeksu karnego.

informacji, która wbrew prawnemu, szczególnemu obowiązkowi niedopuszczenia do popełnienia czynu zabronionego swoim zaniechaniem ułatwia innej osobie jego popełnienie” (art. 18 Kodeksu karnego)⁸.

Poprzednio obowiązująca ustawa z 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży⁹, umożliwiała przerwanie ciąży również z powodu tzw. wskazań społecznych określając je jako „trudne warunki życiowe kobiety”. Jednym z argumentów za liberalizacją w 1956 roku prawa odnoszącego się do aborcji w Polsce, było dążenie do likwidacji podziemia aborcyjnego. Celem wydania tego aktu podanym w jego preambule, była ochrona zdrowia kobiety przed ujemnymi skutkami zabiegów przerywania ciąży, dokonywanych w nieodpowiednich warunkach lub przez osoby nie będące lekarzami.

Wydaje się, że Ustawa z 1993 roku cofnęła nas do sytuacji sprzed 1956 roku. Nie tylko nie zlikwidowała zjawiska przerywania ciąży, ale co więcej, przyczyniła się do ponownego rozkwitu podziemia aborcyjnego w Polsce. Jak czytamy w uzasadnieniu propozycji nowelizacji ustawy przygotowanej w ramach obywatelskiej inicjatywy ustawodawczej „TAK dla kobiet”¹⁰, pomiędzy statystykami przytaczanymi w sprawozdaniach rządu z wykonania Ustawy, mówiącymi o kilkuset zabiegach rocznie (w 2009 roku było ich 538)¹¹, a danymi organizacji pozarządowych, według których nielegalnie przeprowadza się ich od 80 do 190 tys. rocznie, jest przepaść. Z nowszych danych publikowanych przez organizacje pozarządowe i CBOS, wynika, że rocznie około 150 tys. Polek przechodzi nielegalne zabiegi aborcji. Liczba ta wciąż drastycznie odbiega od danych na temat legalnych zabiegów, podawanych przez ministerstwo zdrowia – w 2012 roku lekarze przerwali ciążę 752 razy.

⁸ Kodeks karny, art. 18.

⁹ Publ. Dz.U. 1956 nr 12 poz. 61

¹⁰ Uzasadnienie projektu Ustawy o świadomym rodzicielstwie oraz innych prawach reprodukcyjnych przygotowanego w 2011 r. w ramach obywatelskiej inicjatywy ustawodawczej “TAK dla kobiet”

¹¹ http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_060_13.PDF

Co ważne, łamane jest prawo kobiet do przerywania ciąży w sytuacjach które dopuszcza prawo. Lekarze, powołując się na tzw. klauzulę sumienia, odmawiają wykonania zabiegu, bądź tak długo zwlekają z wydaniem odpowiedniego zaświadczenia, że na przeprowadzenie zabiegu jest już za późno. Wiele tego typu sytuacji kończy się śmiercią kobiety, bądź poważnym uszczerbkiem na jej zdrowiu. Część kobiet, jeśli ma możliwość, decyduje się na przerwanie ciąży w podziemiu aborcyjnym lub zagranicą.

Klauzula sumienia została zdefiniowana w Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 roku¹². Art. 39 stanowi, że lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z tym, że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz 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. Co więcej, lekarz nie ma możliwości skorzystania z klauzuli, w sytuacji gdy zwłoka udzieleniu pomocy lekarskiej wiążącej się z koniecznością wykonania zabiegu przerywania ciąży, mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 30).

Niestety, Trybunał Konstytucyjny, w wyroku z dnia 7 października 2015 r.¹³ uznał, iż obowiązek wskazania innego lekarza czy szpitala przy odmowie świadczenia przerywania ciąży z powołaniem się na tzw. klauzulę sumienia jest częściowo niezgodny z konstytucją. Wyrok nie był jednogłówny, a wątpliwości zgłaszały także organizacje pozarządowe działające w obszarze ochrony praw człowieka¹⁴. To właśnie do organizacji od lat docierają liczne sygnały o tym, że pomimo ustawowego

¹² Dz.U.2015.464 z dnia 2015.04.01

¹³ Sygn. akt K 12/4

¹⁴

http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/2015/08_10_2015_FEDERA_PTPA_klauzula%20sumienia_oswiadczenie.pdf



obowiązku¹⁵, lekarze powołujący się na klauzulę sumienia nie wskazują pacjentkom realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innej placówce. Taka praktyka często prowadzi do pozbawienia możliwości skorzystania z legalnego dostępu do zabiegu przerwania ciąży i mimo tego, że jest powszechna, lekarze nie ponoszą z tego tytułu żadnych konsekwencji. Ciężaru zapewnienia świadczenia nie biorą też na siebie dyrektorzy placówek czy konsultanci w dziedzinie ginekologii i położnictwa. Dlatego też, można zakładać, iż przedmiotowe orzeczenie najprawdopodobniej przyczyni się do pogłębienia wykorzystywania klauzuli sumienia do odmowy świadczeń często postrzeganych jako „kontrowersyjne” w polskim społeczeństwie.

Lekarze, posługując się tzw. „klauzulą sumienia” ograniczają kobietom również dostęp do badań prenatalnych. Kobietom trudno uzyskać skierowanie na badania, nawet jeśli istnieją po temu wyraźne wskazania medyczne. W 2009 roku wykonano 5 795 badań inwazyjnych, mimo iż przysługiwały one 45 100 kobietom, bo tyle kobiet w przedziale wiekowym 35-44 lata urodziło dzieci, a właśnie wiek powyżej 35 roku życia jest m.in. przesłanką do przeprowadzenia u ciężarnej badań prenatalnych.

Ustawa nie zmniejsza liczby aborcji również wskutek braku edukacji seksualnej w szkołach, co skutkuje nieplanowanymi ciążami i zakażeniami chorobami przenoszonymi drogą płciową. Rośnie liczba urodzeń przez nastolatki, a dla młodych dziewcząt nieplanowane, zbyt wczesne ciążę bywają dramatem. Kolejnym problemem to ograniczony dostęp do antykoncepcji. Badania pokazują, że Polska znajduje się na ostatnim miejscu w Europie, jeśli chodzi o stosowanie nowoczesnych metod antykoncepcji (według danych Światowej Organizacji Zdrowia stosuje je tylko 19 proc. kobiet). Kobieta poniżej 18 roku życia, lekarze odmawiają wystawiania recept, jeżeli nie pojawi się rodzic, co w wielu przypadkach kończy się tym, że z antykoncepcji nie skorzystają.

¹⁵ Art. 39 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U.2015.464 z dnia 2015.04.01

3. Polska ustawa antyaborcyjna w świetle prawa międzynarodowego¹⁶

Zgodnie z Art. 91. Konstytucji RP „Ratyfikowana umowa międzynarodowa, po jej ogłoszeniu w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, stanowi część krajowego porządku prawnego i jest bezpośrednio stosowana, chyba że jej stosowanie jest uzależnione od wydania ustawy”. W związku z powyższym Polskę obowiązują standardy poszanowania praw człowieka, zawarte w ratyfikowanych dokumentach prawa międzynarodowego zarówno Organizacji Narodów Zjednoczonych (dalej: ONZ), jak również Rady Europy (dalej: RE), które powinny być bezpośrednio stosowane w ramach krajowego systemu prawa. We wstępie, wspomniano już o zakazie dyskryminacji kobiet w odniesieniu do praw reprodukcyjnych w Konwencji ONZ w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet. W ramach systemu ochrony praw człowieka Rady Europy, szczególną uwagę należy zwrócić na Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (dalej: Europejska Konwencja Praw Człowieka, EKPC), sporządzoną w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., którą Polska ratyfikowała 19 stycznia 1993 roku. Pomimo tego, iż żaden z przepisów Konwencji nie odnosi się wprost do praw reprodukcyjnych, Trybunał wielokrotnie ochronę w tym obszarze wywodził z Konwencji, dając temu wyraz w orzecznictwie, także w sprawach przeciwko Polsce.

Na szczególną uwagę zasługuje sprawa R.R. przeciwko Polsce (nr skargi: 27617/04), która dotyczyła sytuacji, w której skarżąca urodziła dziecko z poważną wadą genetyczną – zespołem Turnera. W trakcie ciąży wielokrotnie odmówiono jej wydania skierowania na przysługujące jej zgodnie z prawem badania prenatalne, pomimo niepokojących objawów wykrytych u płodu w trakcie badań ultrasonograficznych. W końcu, w 23 tygodniu ciąży, umożliwiono R.R wykonanie badań genetycznych, które potwierdziły wadę genetyczną płodu, jednak szpital, w którym złożyła pisemny wniosek o aborcję odmówił wykonania zabiegu ze względu na przekroczenie, zdaniem lekarzy, terminu dopuszczalności przerwania

¹⁶ Uzasadnienie projektu Ustawy o świadomym rodzicielstwie oraz innych prawach reprodukcyjnych przygotowanego w 2011 r. w ramach obywatelskiej inicjatywy ustawodawczej “TAK dla kobiet”



ciąży. W tej sprawie, Trybunał wydał niezwykle istotny wyrok (26 maja 2011 r.), z punktu widzenia przestrzegania praw reprodukcyjnych kobiet, po raz pierwszy w historii orzekając, że uniemożliwienie ciężarnej uzyskania informacji o stanie płodu jest nieludzkim i poniżającym traktowaniem, równoznacznym z torturami (art. 3 EKPC). Trybunał uznał, że odmówienie R.R prawa do badań prenatalnych stanowiło także naruszenie prawa, przysługującego każdemu człowiekowi, do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 8 EKPC). Polska została zobowiązana do wypłacenia R.R 45000 euro zadośćuczynienia za cierpienia psychiczne i fizyczne oraz do wprowadzenia mechanizmów umożliwiających kobietom egzekwowanie prawa do badań prenatalnych oraz zabiegu aborcji.

Kolejna sprawa ilustrująca problem - P. i S. przeciwko Polsce (nr skargi: 57375/08), dotyczyła 14-letniej P. (drugą skarżącą jest jej matka), która zaszła w ciążę w wyniku gwałtu ze strony swojego 15-letniego kolegi ze szkoły. Badania ginekologiczne potwierdziły ciążę. Zarówno P. Jak i jej matka nie chciały jej kontynuacji. P. Uzyskała wymagane prawem krajowym zaświadczenie z Prokuratury stwierdzające, że zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża małoletniej powstała w wyniku czynu zabronionego, umożliwiające tym samym P. dostęp do legalnej aborcji. Lekarka, będąca ordynatorką oddziału ginekologiczno-położniczego w szpitalu, do którego trafiła dziewczynka, poinformowała o jej sytuacji księdza i wezwała go, bez jej zgody, na spotkania, podczas którego usiłował skłonić ją do urodzenia dziecka i oddania go do adopcji. Gdy dziewczynka wraz z matką udała się do szpitala w odległej Warszawie, ksiądz w towarzystwie działaczy ruchu tzw. obrońców życia podążył za nimi i osiągnął to, że kolejny szpital uchylił się od przeprowadzenia zabiegu. Dramat dziewczyny pogłębił wyrok sądu rodzinnego, na mocy którego została umieszczona w ośrodku opiekuńczym i pozbawiona jakichkolwiek kontaktów ze wspierającą matką. Dzięki osobistemu zaangażowaniu ówczesnej minister zdrowia, ostatecznie ciąża została przerwana w okolicznościach przypominających nielegalną aborcję w szpitalu, którego danych nie ujawniono. Mimo ewidentnych naruszeń na drodze realizacji prawa do legalnego przerwania ciąży nie udało się skutecznie przed sądami polskimi uzyskać potwierdzenia przekroczenia prawa przez lekarzy.



Trybunał, demaskując niedoskonałości krajowej procedury dostępu do legalnej aborcji, w wyroku z 30 października 2012 r. uznał, iż w sprawie doszło do naruszenia art. 8, czyli prawa P. do poszanowania jej życia prywatnego i rodzinnego, także w aspekcie upublicznienia jej historii przez szpital, co doprowadziło do zastraszania kolejnej placówki medycznej, do której trafiła P., oraz nękania dziewczyny i jej rodziny przez aktywistów antyaborcyjnych. Trybunał uznał także, postępowanie władz połączone z chaosem i przewlekaniem dostępu do aborcji oraz z brakiem odpowiedniej i obiektywnej konsultacji i informacji stanowiło naruszenie art 3 EKPC, który stanowi, że nikt nie może być poddany poniżającemu traktowaniu. Natomiast, odnośnie odseparowania 14-letniej P. od matki i pozbawienie jej wolności poprzez umieszczenie w ośrodku opiekuńczym, Trybunał uznał iż doszło do naruszenia art. 5 EKPC, który gwarantuje prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Trybunał zasądził tytułem zadośćuczynienia w sumie 45000 euro na rzecz obydwu skarżących.

To jak bardzo, na negatywne podejście lekarzy do kobiet uprawnionych do przerywania ciąży wpływa przewidziana prawem kryminalizacja aborcji i lęk lekarzy przed wejściem w konflikt z prawem, potwierdza także sprawa Tysiąc przeciwko Polsce (nr skargi 5410/03). Skarga dotyczyła naruszenia prawa do poszanowania życia prywatnego poprzez nieuzasadnioną odmowę wykonania zabiegu przerywania ciąży z powodów medycznych. Ciąża i poród mogły przyczynić się do odklejenia się siatkówki, a w konsekwencji do utraty wzroku. Przyczyny medyczne potwierdzili specjaliści okuliści. Wykonanie zabiegu okazało się niemożliwe, gdyż ginekolodzy nie widzieli podstaw do jego wykonania, negując wskazania medyczne. 20 marca 2007 r., Trybunał wydał wyrok stosunkiem głosów 6:1, że Polska nie wywiązała się z obowiązku zapewnienia efektywnej ochrony postanowień art. 8 EKPC gwarantującego prawo do poszanowania życia prywatnego, poprzez niezapewnienie kobiecie ciężarnej prawa do odwołania się od decyzji lekarzy odmawiającej jej prawa do wykonania legalnej aborcji ze względów zdrowotnych. Trybunał nakazał Rzeczypospolitej Polskiej wypłacenie Alicji Tysiąc 25000 euro zadośćuczynienia. We wrześniu 2007 roku, Wielka Izba, rozpatrując odwołanie rządu polskiego od wyroku Izby IV, orzekła, że nie będzie ponownie rozpatrywać sprawy.

Powyżej zostały opisane sprawy, które zostały pozytywnie rozpatrzone przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu, co niewątpliwie ma ogromne znaczenie dla zainteresowanych. Niestety, jak pokazuje praktyka, wyroki te nie mają wpływu na polską rzeczywistość stosowania przepisów ustawy antyaborcyjnej, a co za tym idzie poprawę stanu przestrzegania praw kobiet w sferze dostępu do legalnej aborcji. Nie wywołują bowiem oczekiwanej reakcji ze strony władz państwowych i nie prowadzą do zmian systemowych.

Przykładowo, po wyroku w sprawie Tysiąc przeciwko Polsce, gdzie Trybunał zarzucił Polsce brak środka odwoławczego od decyzji lekarza odmawiającego dokonania zabiegu przerwania ciąży, w oparciu o tzw. klauzulę sumienia, mimo tego, że ustawodawca krajowy dokonał nowelizacji obowiązującego prawa, okazała się ona nieefektywna. Przy Rzeczniku Praw Pacjenta powołano Komisję Lekarską¹⁷, która nie jest komisją stałą. W jej skład wchodzi trzech lekarzy każdorazowo dobieranych przez Rzecznika Praw Pacjenta w zależności od wniosku pacjenta i dziedziny medycyny. Rzecz w tym, że do zgłoszenia potrzebny jest wniosek z opisem dolegliwości i zastrzeżeń odnośnie decyzji lekarza, który musi spełniać szereg wymogów formalnych. Najbardziej problematyczny jest wymóg przedstawienia przez osobę odwołującą się do komisji, własnoręcznie podpisanej przez lekarza decyzji, którą kwestionuje oraz podanie podstawy prawnej wniosku. Jak pokazuje praktyka, nie jest to procedura przystępna i łatwa do wykorzystania, co ma przełożenie na niewielką ilość spraw które do Komisji wpływają, spośród których, tak określone wymogi formalne spełniają tylko nieliczne odwołania. Pomimo zapowiedzi ministerstwa zdrowia, jak dotychczas nie dokonano korekty tych przepisów.

Rażące naruszenia prawa do ochrony zdrowia reprodukcyjnego i samostanowienia w sprawach prokreacji, jak też zaniedbania Polski w dostępie do edukacji seksualnej

¹⁷ Art. 31 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U.2016.186 z dnia 2016.02.16

i nowoczesnych metod planowania rodziny były wielokrotnie przedmiotem krytyki ze strony Komitetów ONZ, które stoją na straży przestrzegania przez państwa członkowskie aktów ochrony praw człowieka, do przestrzegania których, się zobowiązały. Przykładowo:

- Komitet Praw Człowieka ONZ, już w 1999 roku, zauważył:

„11. Komitet z zaniepokojeniem odnotowuje: a) surowe prawo dotyczące aborcji, którego skutkiem jest duża liczba pokątnych zabiegów przerywania ciąży, co wiąże się z zagrożeniem dla życia i zdrowia kobiet, b) ograniczony dostęp kobiet do środków antykoncepcyjnych na skutek wysokich cen i ograniczonej możliwości otrzymania odpowiednich recept, c) wyłączenie z programu szkolnego edukacji seksualnej oraz d) niedostatek dostępnych powszechnie programów planowania rodziny. Państwo Strona winno wprowadzić strategie i programy służące zapewnieniu pełnego i wolnego od dyskryminacji dostępu do wszystkich metod planowania rodziny, a także ponownie wprowadzić do programu szkół państwowych wychowanie seksualne”

- Komitet ONZ ds. Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych w 2002 roku, przedstawił m.in. następujące uwagi końcowe:

„28. Komitet jest zaniepokojony, iż usługi oferujące planowanie rodziny nie są częścią systemu opieki zdrowotnej i kobiety nie mają dostępu do taniej antykoncepcji. Komitet zauważa także, iż edukacja w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego nie znajduje odpowiedniego miejsca w programach nauczania.

29. Komitet jest zaniepokojony istnieniem restrykcyjnego prawodawstwa aborcyjnego, które prowadzi do tego, że duża liczba kobiet decydujących się na nielegalną aborcję, ryzykuje własnym życiem.

50. Komitet zaleca, aby usługi planowania rodziny były świadczone przez publiczny system opieki zdrowotnej, aby środki antykoncepcyjne można było kupić po przystępnych cenach, a edukacja o zdrowiu reprodukcyjnym i seksualnym została włączona do krajowych programów nauczania.

- Komitetu Praw Człowieka ONZ w 2004 roku, wystosował m.in. następujące uwagi końcowe:



„8. Komitet ponawia swoje głębokie zaniepokojenie restrykcyjnym prawem aborcyjnym w Polsce, które może zachęcać kobiety do korzystania z niebezpiecznych, nielegalnych aborcji, którym towarzyszy ryzyko zagrożenia życia i zdrowia. [Komitet] jest również zaniepokojony niedostępnością aborcji w praktyce, nawet kiedy prawo na nią zezwala, na przykład w przypadkach, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu, jak również brakiem informacji na temat korzystania z klauzuli sumienia przez lekarzy, którzy odmawiają przeprowadzenia legalnych aborcji. Ponadto Komitet wyraża rozczarowanie z powodu braku informacji na temat rozmiaru zjawiska nielegalnie przeprowadzanych aborcji i ich konsekwencji dla kobiet. Państwo powinno zliberalizować swoje ustawodawstwo oraz praktykę dotyczącą aborcji. Państwo powinno dostarczyć dalszych informacji na temat korzystania z klauzuli sumienia przez lekarzy oraz, na ile to możliwe, na temat liczby nielegalnych aborcji przeprowadzanych w Polsce. Te zalecenia powinny być wzięte pod uwagę w czasie dyskusji w parlamencie nad projektem ustawy o świadomym rodzicielstwie.

- Komitet ds. Eliminacji Dyskryminacji Kobiet (CEDAW), oceniając przedstawione przez Polskę łącznie trzy raporty z wykonania *Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet*, w 2007 roku, również odniósł się do kwestii ochrony zdrowia reprodukcyjnego:

„24. (...) Komitet jest zaniepokojony brakiem oficjalnych danych i badań nad skalą nielegalności aborcji w Polsce oraz wpływem tego zjawiska na zdrowie i życie kobiet.

25. Komitet wzywa Państwo Stronę do skupienia wysiłków na poprawie dostępu kobiet do opieki zdrowotnej, w szczególności do usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego (...) Komitet wzywa Państwo Stronę do prowadzenia badań nad skalą, przyczynami i skutkami nielegalnych aborcji oraz ich wpływem na zdrowie i życie kobiet. Komitet wzywa również Państwo Stronę, aby zapewniło zainteresowanym kobietom możliwości legalnego przerywania ciąży i aby takie możliwości nie były ograniczane stosowaniem odmowy ze względu na przekonania. Komitet zwraca się do Państwa Strony o zintensyfikowanie przedsięwzięć mających zapobiegać niechcianym ciążom, w tym poprzez zapewnienie pełnego wyboru środków antykoncepcyjnych po dostępnych cenach oraz poprzez upowszechnianie



wiedzy o różnych metodach planowania rodziny. Komitet zaleca, aby Państwo Strona priorytetowo traktowało sytuację nieletnich i zapewniało edukację seksualną odpowiednią do ich wieku, przeznaczoną dla dziewcząt i chłopców, w ramach programów nauczania.

Jak widać przez kolejne lata, Komitety bezskutecznie ponawiają te same rekomendacje, odnosząc się do braku edukacji seksualnej w szkołach, wystarczającej dostępności do antykoncepcji, praktyki blokowania dostępu do legalnej aborcji. Rekomendacje odnoszą się także do potrzeby liberalizacji obowiązującego prawa antyaborcyjnego w Polsce. Tymczasem, kolejne władze ignorują zarówno zalecenia Komitetów ONZ, jak również orzecznictwo Europejskiego Trybunału w Strasburgu, marginalizując prawa kobiet.

Posumowanie

Wysiłki na rzecz zmian prawa dotyczącego aborcji podejmowali na przestrzeni ostatnich 23 lat zarówno zwolennicy liberalizacji przepisów i poprawy dostępu do legalnej aborcji, jak i przedstawiciele ruchów domagających się całkowitego zakazu aborcji. Obecnie, ze względu na przewagę w parlamencie ugrupowania politycznego, którego przedstawiciele deklarują konieczność zaostrzenia obowiązujących w Polsce przepisów antyaborcyjnych, poprzez wprowadzenie całkowitego zakazu aborcji, sytuacja jest dramatyczna. Polska należy do trzech¹⁸ krajów na świecie, które zaostryły przepisy dotyczące aborcji po 1990 roku. Działania mające na celu dalszą radykalizację prawa antyaborcyjnego stanowią formę przemocy wobec kobiet.

Tymczasem, mając na celu pełną ochronę praw kobiet, przy poszanowaniu konstytucyjnego zakazu dyskryminacji ze względu na płeć, oraz standardów międzynarodowych, zalecane jest doprecyzowanie obowiązujących przepisów, jak również szerszy dostęp legalnej aborcji.

¹⁸ Polska – 1993, Salwador – 1998, Nikaragua – 2006.

Najważniejsze postulaty¹⁹, jakie pojawiają się w debacie publicznej oraz w propozycjach zmian legislacyjnych mających na celu liberalizację prawa, to:

- Zdefiniowanie praw reprodukcyjnych jako praw człowieka związanych ze świadomym rodzicielstwem, a także swobodnym i dobrowolnym dostępem do edukacji w zakresie wiedzy o seksualności człowieka oraz do procedur medycznie wspomaganej prokreacji, środków zapobiegania ciąży, przerywania ciąży, opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży i prawa do informacji oraz środków umożliwiających ich realizację;
- Wprowadzenie do programów nauczania szkolnego obowiązkowego przedmiotu „wiedza o seksualności człowieka” dostosowanego do wieku, zdolności poznawczych oraz potrzeb uczniów i uczennic;
- Zobowiązanie organów administracji rządowej i samorządowej do zapewnienia rzeczywistego dostępu do metod i środków zapobiegania ciąży, również poprzez refundację środków antykoncepcyjnych. Refundacją mają być objęte również środki antykoncepcji postkoitalnej;
- Zobowiązanie samorządów powiatowych do utworzenia i finansowania placówek prowadzących poradnictwo z zakresu świadomego rodzicielstwa i pozostałych praw reprodukcyjnych;
- Finansowanie ze środków publicznych leczenia niepłodności metodami wspomaganej prokreacji;
- Możliwość przerwania ciąży w pierwszym trymestrze ciąży bez ograniczeń, a powyżej 12 tygodnia ciąży, jeżeli zaistnieje któraś z trzech wymienionych przesłanek: 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, 2) występuje duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (do 24 tygodnia ciąży), 3) ciąża jest następstwem czynu zabronionego (do 18 tygodnia ciąży);

¹⁹ <http://takdlakobiet.pl/wp-content/uploads/2011/07/ustawa-z-uzasadnieniem.pdf>

- Zobowiązanie świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem do publicznego udostępnienia listy imion i nazwisk wszystkich lekarzy współpracujących ze świadczeniodawcą, którzy powołują się na tzw. klauzulę sumienia, odmawiając udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z przerywaniem ciąży. Lista ta ma być udostępniana kobiecie na jej indywidualne żądanie. Obowiązkowe ma być zgłoszenie jej do Narodowego Funduszu Zdrowia i opublikowanie w Biuletynie Informacji Publicznej. Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia rozwiązuje umowę ze świadczeniodawcą, jeśli nie zapewnia on, pomimo możliwości, kompleksowych świadczeń zdrowotnych związanych z opieką zdrowotną nad kobietą w ciąży, także tych związanych z przerywaniem ciąży.