



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja

Druk nr 177

Warszawa, 13 listopada 2023 r.

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz art. 32 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

- o bezpiecznym przerywaniu ciąży.

Do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy Panią Posłankę Katarzynę Kotulę.

(-) Agnieszka Dziemianowicz-Bąk; (-) Daria Gosek-Popiołek; (-) Maciej Konieczny; (-) Katarzyna Kotula; (-) Anita Kucharska-Dziedzic; (-) Marcin Kulasek; (-) Łukasz Litewka; (-) Paulina Matysiak; (-) Wanda Nowicka; (-) Dorota Olko; (-) Joanna Scheuring-Wielgus; (-) Arkadiusz Sikora; (-) Krzysztof Śmiszek; (-) Tadeusz Tomaszewski; (-) Katarzyna Ueberhan; (-) Joanna Wicha; (-) Dariusz Wieczorek; (-) Adrian Zandberg; (-) Marcelina Zawisza; (-) Anna Maria Żukowska.

USTAWA

z dnia 2023 r.

o bezpiecznym przerywaniu ciąży

Art. 1. 1. Każda osoba ma prawo do samostanowienia w sprawie swojej płodności, rozrodczości i rodzicielstwa.

2. Każda osoba ma prawo do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających pełną realizację prawa do świadomego rodzicielstwa.

Art. 2. 1. Osoba w ciąży ma prawo do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży do końca 12 tygodnia jej trwania.

2. Osoba w ciąży ma prawo do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży po upływie 12 tygodnia jej trwania, w przypadku gdy:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia, w tym w szczególności zdrowia fizycznego lub psychicznego, osoby w ciąży;
- 2) wyniki diagnostyki prenatalnej lub inne przesłanki medyczne wskazują na to, że występują nieprawidłowości rozwojowe lub genetyczne płodu;
- 3) istnieje uzasadnione podejrzenie, że ciąża jest następstwem czynu zabronionego.

3. Jeżeli do stwierdzenia nieprawidłowości rozwojowych lub genetycznych, o których mowa w ust. 2 pkt 2, wystarczające są wyniki badań obrazowych, przeprowadzanie dalszej diagnostyki nie jest wymagane.

4. Świadczenie opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży udzielane jest w możliwie najwcześniejszym stadium rozwoju ciąży, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, i polega na wywołaniu poronienia metodą farmakologiczną, zwanego dalej „aborcją farmakologiczną”, albo przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego.

5. Produkty lecznicze do aborcji farmakologicznej wydawane są w aptece na podstawie recepty. Na wniosek osoby w ciąży świadczona jest opieka ambulatoryjna lub szpitalna w trakcie przyjmowania produktów leczniczych do aborcji farmakologicznej. W takim przypadku produkty te podaje lekarz, pielęgniarka bądź położna.

6. Zabieg chirurgiczny, o którym mowa w ust. 4, przeprowadza lekarz w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych.

7. Świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży udziela się na wniosek osoby w ciąży. Wniosek może być złożony w dowolnej formie.

8. W razie zaistnienia okoliczności opisanych w ust. 2 pkt 1 lub 2, osoba stwierdzająca te okoliczności ma obowiązek poinformować o nich osobę w ciąży niezwłocznie po zdiagnozowaniu zagrożenia dla życia lub zdrowia osoby w ciąży lub nieprawidłowości rozwojowych lub genetycznych płodu.

9. W przypadkach określonych w ust. 2 pkt 2 i 3 udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży jest dopuszczalne do końca 24 tygodnia ciąży. W przypadku, gdy stwierdzone u płodu nieprawidłowości uniemożliwiają późniejszą zdolność płodu do życia poza organizmem osoby w ciąży, udzielenie świadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, jest dopuszczalne również po 24 tygodniu ciąży.

10. Okoliczność, o której mowa w ust. 2 pkt 3, stwierdza prokurator na wniosek osoby w ciąży lub jej przedstawiciela ustawowego, w terminie 7 dni od złożenia wniosku.

11. Minister Sprawiedliwości określi w drodze rozporządzenia zasady oraz tryb postępowania, o którym mowa w ust. 10.

12. Świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży udziela się bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 72 godzin od złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 7.

Art. 3. 1. Do przerwania ciąży wymagana jest zgoda osoby w ciąży.

2. Do przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego przerwania ciąży zgoda, o której mowa w ust. 1, musi być wyrażona na piśmie.

3. W przypadku małoletniej lub osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku małoletniej powyżej 13 roku życia wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby.

4. W przypadku małoletniej poniżej 13 roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii.

5. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest także pisemna zgoda tej osoby, chyba że na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia.

6. W każdym przypadku wskazanym w ust. 3-5 w razie braku zgody przedstawiciela ustawowego, do przerwania ciąży wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.

Art. 4. Osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do korzystania z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiocie, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży.

Art. 5. 1. Świadczeniodawca, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży, jest zobowiązany do udzielania wszystkich wymaganych świadczeń, w tym przerwania ciąży.

2. W przypadku, kiedy lekarz odmawia udzielenia świadczenia zdrowotnego, w szczególności powołując się na art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, 1617 i 1831), ordynator oddziału lub kierownik podmiotu leczniczego, w którym zawód wykonuje ten lekarz, mają obowiązek wskazania innego lekarza, który udzieli świadczenia zdrowotnego w tym samym podmiocie leczniczym.

3. W przypadku, gdy wszyscy lekarze wykonujący zawód u świadczeniodawcy złożyli informację o możliwości odmowy udzielenia świadczenia na podstawie art. 39 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, świadczeniodawca jest zobowiązany do posiadania umowy z podwykonawcą, zapewniającym udzielenie tego świadczenia w tym samym podmiocie leczniczym.

4. Narodowy Fundusz Zdrowia rozwiązuje ze świadczeniodawcą umowę, jeśli nie zapewni on, pomimo możliwości, kompleksowych świadczeń zdrowotnych związanych z opieką zdrowotną nad osobą w ciąży, w tym przerwania ciąży, oraz nie realizuje obowiązków określonych w ust. 1-3.

Art. 6. W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, 1726, 1855, 2339 i 2600 oraz z 2023 r. poz. 289, 818, 852, 1234, 1834 i 1860) uchyla się art. 152 w całości.

Art. 7. W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 i 1675) w art. 31 wprowadza się następujące zmiany:

1) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw również w przypadku odmowy wydania opinii albo orzeczenia, o których mowa w ust. 1, albo odmowy wystawienia recepty na produkt leczniczy lub wydania skierowania na badanie diagnostyczne, jeżeli wynik badania jest niezbędny do wydania opinii albo orzeczenia, mających wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Fakt odmowy wydania opinii albo orzeczenia może być uprawdopodobniony w dowolnej formie.”;

2) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia, o których mowa w ust. 1, albo odmowy wydania opinii, orzeczenia, odmowy wystawienia recepty na produkt leczniczy albo odmowy skierowania na badania diagnostyczne, o których mowa w ust. 1a, przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.”;

3) uchyla się ust. 3 i 4 w całości;

4) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Komisja Lekarska, na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia wniesienia sprzeciwu, z zastrzeżeniem ust. 5a.”;

5) po ust. 5 dodaje się ust. 5a-5c w brzmieniu:

„5a. W przypadku sprzeciwu wobec odmowy udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży, Komisja Lekarska wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni liczonych od dnia wpływu sprzeciwu do Komisji Lekarskiej.

5b. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą uczestniczyć w posiedzeniu Komisji Lekarskiej z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, oraz udzielać informacji i wyjaśnień w sprawie.

5c. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą ustanowić pełnomocnika w postępowaniu przed Komisją Lekarską. Pełnomocnikiem może być osoba fizyczna posiadająca zdolność do czynności prawnych.”;

- 6) po ust. 7 dodaje się ust. 7a w brzmieniu:
„7a. Orzeczenie Komisji Lekarskiej stanowi podstawę realizacji praw lub obowiązków pacjenta, o których mowa w ust. 1.”;
- 7) uchyla się ust. 8 w całości.

Art. 8. W ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 2022 r. poz. 1575) uchyla się art. 4a oraz art. 4b.

Art. 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

1. Potrzeba i cel uchwalenia ustawy

Projektowana ustawa o bezpiecznym przerywaniu ciąży (dalej: „projekt ustawy”) ma na celu zagwarantować osobom mieszkającym w Polsce realizację praw reprodukcyjnych, w tym prawa do ochrony zdrowia i poszanowania wolności i prywatności w zakresie rozrodczości. W związku z tym w projekcie ustawy proponuje się:

- zagwarantowanie prawa do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży do końca 12 tygodnia jej trwania, a w określonych przypadkach także po upływie 12 tygodnia;
- wprowadzenie dodatkowych regulacji w zakresie klauzuli sumienia, by ograniczyć zjawisko nadużywania jej kosztem praw pacjenckich;
- dekryminalizację przerywania ciąży za zgodą osoby w ciąży oraz udzielania osobie w ciąży pomocy w jej przerwaniu.

Obecny stan prawny w zakresie prawa do aborcji, opierający się na przepisach ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (dalej: „ustawa z 1993 roku”) oraz Kodeksu karnego, jest jednym z najbardziej restrykcyjnych w Europie i na świecie. Podkreślić należy, że ustawa z 1993 roku była wyjątkowo rygorystyczna także przed publikacją tzw. „wyroku Trybunału Konstytucyjnego” z dnia 22 października 2020 r. w sprawie K 1/20. Jednocześnie nawet wynikające z ustawy z 1993 roku prawa są ograniczane przez nadużywanie klauzuli sumienia.

W ciągu trzech lat od wydania tzw. „wyroku Trybunału Konstytucyjnego” w polskich szpitalach zmarło co najmniej 7 kobiet w zaawansowanej ciąży.

Zdecydowana większość aborcji wykonywanych w Polsce odbywa się całkowicie poza systemem publicznej ochrony zdrowia. Samodzielne przerwanie ciąży przez osobę w ciąży jest legalne. Osoby potrzebujące aborcji wspierane są przez organizacje pomocowe i grupy nieformalne. Tylko od 22 października sieć Aborcja Bez Granic pomogła łącznie ponad 125 tys. osób z Polski w bezpiecznym przerwaniu ciąży, przeznaczając na ten cel ponad 3,7 mln zł. Większość aborcji wykonuje się metodą farmakologiczną, która jest bezpieczna i skuteczna (por. np. rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia zawarte w *Abortion care guideline* z 2022 r.).

Naruszenia praw reprodukcyjnych, jakich Polska dopuszcza się w stosunku do swoich obywateli, były przyczyną przegranej przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu: w 2007 roku w sprawie *Tysiąc przeciwko Polsce* (5410/03), w 2011 roku w sprawie *R.R. przeciwko Polsce* (27617/04) oraz w 2012 roku w sprawie *P. i S. przeciwko Polsce* (57375/08). Trybunał orzekł na korzyść skarżących i nakazał wypłacenie im przez Polskę wysokich rekompensat finansowych.

2. Projektowane rozwiązania

Art. 1 tworzy ustawową gwarancję prawa do samostanowienia w dziedzinie płodności, rozrodczości i rodzicielstwa, a także prawa do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających pełną realizację prawa do świadomego rodzicielstwa.

Art. 2 reguluje prawo do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży. Osoba w ciąży będzie miała w ramach systemu ochrony zdrowia prawo do przerwania jej do końca 12 tygodnia jej trwania, a w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia, wystąpienia nieprawidłowości rozwojowych lub genetycznych płodu bądź podejrzenia, że ciąża jest następstwem czynu zabronionego, także po 12 tygodniu. Aborcja będzie mogła zostać przeprowadzona metodą farmakologiczną albo poprzez zabieg chirurgiczny. Omawiany artykuł reguluje też warunki, w jakich udzielane jest świadczenie, w tym zasady wydawania leków wykorzystywanych do aborcji farmakologicznej.

W art. 3 zawarto regulacje dotyczące zasad wyrażania zgody na przeprowadzenie aborcji.

Art. 4 i 5 potwierdzają prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiocie, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży, w tym poprzez wskazanie, że NFZ ma obowiązek rozwiązać umowę ze świadczeniodawcą, który pomimo możliwości nie zapewnia kompleksowych świadczeń zdrowotnych związanych z opieką zdrowotną nad osobą w ciąży, w tym przerwania ciąży.

W art. 6 zawarto przepis nowelizujący Kodeks karny. Proponuje się całkowite uchylenie art. 152 kk, a więc dekryminalizację przerywania ciąży za zgodą osoby w ciąży oraz udzielania osobie w ciąży pomocy w jej przerwaniu.

Art. 7 dotyczy nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Celem zmian przepisów jest reforma procedury sprzeciwu pacjenckiego tak, by była to procedura efektywna, a nie martwa.

W art. 8 uchyla się art. 4a oraz art. 4b ustawy z 1993 roku.

Zgodnie z art. 9 vacatio legis ustawy wynosić będzie 3 miesiące.

3. Skutki finansowe i źródła finansowania.

Z wdrożeniem przepisów ustawy w życie będą wiązały się koszty, które obciążą Narodowy Fundusz Zdrowia. Szacowane łączne koszty ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie przekroczą ok. 50 mln zł.

4. Oświadczenie o zgodności projektu ustawy z prawem Unii Europejskiej i braku obowiązku przedstawienia projektu instytucjom Unii Europejskiej

W ocenie projektodawców przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej i nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów dotyczących notyfikacji norm i aktów prawnych.

5. Brak obowiązku notyfikacji zgodnie z przepisami dotyczącymi funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych

Projekt ustawy nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji lub uzgodnienia.

6. Wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorstw

Proponowana ustawa nie wpłynie na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorstw.

7. Oświadczenie o zgodności z Konstytucją RP

Projekt ustawy jest zgodny z Konstytucją RP.

8. Konsultacje społeczne

Nie przeprowadzono formalnych konsultacji społecznych.

Warszawa, 20 listopada 2023 r.

BAS-WAPEiM-28/23

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu ustawy o bezpiecznym przerywaniu ciąży (przedstawiciel wnioskodawców: posłanka Katarzyna Kotula)

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 roku – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2022 r. poz. 990, ze zmianami) sporządza się następującą opinię:

1. Przedmiot projektu ustawy

Projekt ustawy określa prawo „osoby w ciąży” do przerywania ciąży oraz obowiązek świadczeniodawcy do udzielenia tego świadczenia. W artykule 1 projekt stanowi, iż „każda osoba ma prawo do samostanowienia w dziedzinie swojej płodności, rozrodczości i rodzicielstwa” oraz do „informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających pełną realizację prawa do świadomego rodzicielstwa”.

Projekt (w art. 2) zakłada, że osobie w ciąży przysługuje prawo do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerywania ciąży do końca 12. tygodnia jej trwania. Po upływie 12. tygodnia trwania ciąży, prawo to ma dotyczyć przypadków, gdy: 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia fizycznego lub psychicznego osoby w ciąży, 2) wyniki diagnostyki prenatalnej lub inne przesłanki medyczne wskazują na to, że występują nieprawidłowości rozwojowe lub genetyczne płodu, 3) istnieje uzasadnione podejrzenie, że ciąża jest następstwem czynu zabronionego. Przerwanie ciąży polega na wywołaniu poronienia farmakologicznego („aborcja farmakologiczna”) albo przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego (art. 2 ust. 4 projektu). Przerwanie ciąży będzie możliwe także po upływie 24. tygodnia ciąży, „[w] przypadku gdy stwierdzone u płodu nieprawidłowości uniemożliwiają późniejszą zdolność płodu

do życia poza organizmem osoby w ciąży”. Zgodnie z art. 3 projektu do przerwania ciąży konieczna będzie zgoda osoby w ciąży, a w przypadku zabiegu chirurgicznego zgoda musi być udzielona na piśmie, natomiast w przypadku osoby małoletniej powyżej 13. roku życia, obok zgody przedstawiciela ustawowego, wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby. W przypadku osoby małoletniej poniżej 13. roku życia będzie wymagana zgoda sądu opiekuńczego, a osoba małoletnia będzie miała prawo do wyrażenia własnej opinii. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie albo częściowo wymagana będzie pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W razie braku zgody przedstawiciela ustawowego, do przerwania ciąży będzie wymagana zgoda sądu opiekuńczego.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 projektu świadczeniodawca, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń zdrowotnych nad osobą w ciąży, będzie zobowiązany do udzielania wszystkich wymaganych świadczeń, w tym przerwania ciąży.

Projekt (w art. 5 ust. 2) zobowiązuje ordynatora oddziału lub kierownika podmiotu leczniczego¹, w którym zawód wykonuje lekarz, który odmawia udzielenia świadczenia zdrowotnego, w szczególności powołując się na art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty² (dalej: ustawa o zawodzie lekarza), wskazania innego lekarza, który udzieli świadczenia zdrowotnego w tym samym podmiocie leczniczym. Zgodnie z art. 5 ust. 3 projektu w przypadku, gdy wszyscy lekarze wykonujący zawód u świadczeniodawcy złożyli informację o możliwości odmowy udzielenia świadczenia na podstawie art. 39 ustawy o zawodzie lekarza, świadczeniodawca

¹ Projekt posługuje się pojęciem „podmiot leczniczy”, nie wprowadzając jednak definicji legalnej tego pojęcia. W opinii przyjęto założenie, że pojęcie to jest tożsame z pojęciem „podmiot leczniczy”, określonym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zmianami). Zgodnie z art. 4 ustawy tej ustawy „[p]odmiotami leczniczymi są: 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162 i 2105 oraz z 2022 r. poz. 24) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527), 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498), 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, 5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5, 6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, 7) jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą”.

² Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, ze zmianami. Artykuł 39 tej ustawy (w obowiązującym brzmieniu, nadanym ustawą z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2021, poz. 1291): „Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego”.

będzie zobowiązany do posiadania umowy z podwykonawcą, zapewniającym udzielenie tego świadczenia w tym samym podmiocie leczniczym. Jeśli podmiot nie zapewni, pomimo możliwości, kompleksowych świadczeń zdrowotnych związanych z opieką zdrowotną nad osobą w ciąży, w tym przerwania ciąży, oraz nie będzie realizował obowiązków udzielania wszystkich wymaganych świadczeń (w tym przerwania ciąży oraz wskazania innego lekarza, który udzieli świadczenia w tym podmiocie albo nie będzie posiadał wymaganej umowy z podwykonawcą) Narodowy Fundusz Zdrowia rozwiąże umowę ze świadczeniodawcą (art. 5 ust. 4 projektu).

Zgodnie z art. 4 projektu osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do korzystania z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych będzie przysługiwało prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiocie leczniczym, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży. Przepis ten zastąpi art. 4b ustawy o z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży³ (dalej: ustawa o planowaniu rodziny) uchylany w art. 8 projektu. Obecnie obowiązujący przepis art. 4b ustawy o planowaniu rodziny przewiduje, że prawo do bezpłatnego przerwania ciąży może być realizowane w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

Ponadto projekt przewiduje zmianę ustaw: z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny⁴ (uchylenie art. 152, określającego przestępstwo przerwania ciąży za zgodą kobiety), z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵ (zmiana art. 31 w zakresie prawa do wniesienia sprzeciwu w przypadku odmowy wydania opinii lub orzeczenia albo odmowy wystawienia recepty na produkt leczniczy lub wydania skierowania na badanie diagnostyczne, jeżeli wynik badania jest niezbędny do wydania opinii albo mających wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa) oraz z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (uchylenie art. 4a – określającego warunki dopuszczalności przerwania ciąży oraz art. 4b – określającego prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej).

Proponowana ustawa ma wejść w życie w po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

2. Stan prawa Unii Europejskiej w materii objętej projektem

Odnosząc się do przedmiotu regulacji projektu, należy wskazać następujące dziedziny regulacji prawa Unii Europejskiej.

³ Dz. U. z 2022, poz. 1575.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, ze zmianami.

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zmianami.

2.1. W zakresie ochrony zdrowia należy wskazać art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dalej: TfUE). Zgodnie z tym przepisem Unia Europejska dąży do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowotnej w ramach wszystkich swoich polityk i działań. Działanie Unii, uzupełniające polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń. Formułowanie krajowych polityk zdrowotnych jest wyłączną kompetencją państw członkowskich, a działania UE nie obejmują określania polityk zdrowotnych ani organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej w państwach członkowskich.

2.2. Odnosząc się do kwestii praw podstawowych, a w konkretnym przypadku – wolności sumienia, należy wskazać art. 10 ust. 2 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej (dalej: Karta), zgodnie z którym uznaje się prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa. Zgodnie z art. 51 Karty jej postanowienia mają zastosowanie do państw członkowskich wyłącznie w zakresie, w jakim stosują one prawo Unii.

Należy też przywołać art. 56 TfUE ustanawiający swobodę przepływu usług wewnątrz Unii w związku z art. 57 TfUE, uznającym wykonywanie wolnych zawodów za usługę w rozumieniu traktatów (Traktatu o Unii Europejskiej i TfUE). Przywołania wymaga także art. 49 TfUE, który określa traktatową podstawę swobody przedsiębiorczości.

3. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa Unii Europejskiej

3.1. Co do zasady kwestie dotyczące aborcji nie są regulowane prawem UE. Zagadnienia projektu dotyczące organizacji systemu ochrony zdrowia także leżą poza zakresem regulacji prawa UE.

3.2. Ze względu na przewidziane w art. 5 projektu ograniczenie prawa lekarza do powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem (tzw. klauzula sumienia), należy ocenić zgodność projektu z art. 10 ust. 2 Karty, uznającym prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa.

3.2.a Zakres stosowania art. 10 ust. 2 Karty

Zgodnie z art. 51 Karty jej postanowienia mają zastosowanie do państw członkowskich wyłącznie w zakresie, w jakim stosują one prawo Unii. Należy więc, w pierwszej kolejności, rozważyć, czy w omawianym przypadku – a więc w odniesieniu do „świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży”, w tym „przerwania ciąży” (zob. art. 5 ust. 1 projektu) – można mówić o stosowaniu

prawa Unii, a konkretniej – o związku tego świadczenia z prawem UE. W tym kontekście znaczenie mają art. 56 TfUE, zakazujący ograniczeń w swobodnym świadczeniu usług w UE w odniesieniu do obywateli państw członkowskich UE mających swe przedsiębiorstwo w państwie członkowskim innym niż państwo odbiorcy świadczenia oraz art. 57 TfUE, uznający wykonywanie wolnych zawodów za usługę w rozumieniu traktatów. Znaczenie ma także art. 49 TfUE, który ustanawia traktatową podstawę swobody przedsiębiorczości.

Zagadnienie uznawania aborcji za usługę w rozumieniu art. 60 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (dalej: TWE) – obecnie: art. 57 TfUE) było przedmiotem orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (dalej: TSUE). W sprawie C-159/90 *Grogan*⁶ TSUE uznał, że przerwanie ciąży, wykonywane zgodnie z prawem w niektórych państwach członkowskich UE, stanowi czynność medyczną zwykle wykonywaną za wynagrodzeniem i może być wykonywane w ramach działalności zawodowej. TSUE uznał, że czynności medyczne są objęte zakresem stosowania art. 60 TWE. Jedna ze stron postępowania (spółka SPUC) utrzymywała, że zabieg lekarskiego przerwania ciąży nie może być uznany za usługę, gdyż jest on wysoce niemoralny i obejmuje pozbawienie życia istoty ludzkiej, to znaczy nienarodzonego dziecka. TSUE uznał jednak, że niezależnie od meritum tych argumentów na płaszczyźnie moralności, nie mogą one mieć wpływu na rozstrzygnięcie, czy zabieg przerwania ciąży stanowi usługę w rozumieniu prawa UE. Stwierdził, że do TSUE nie należy zastępowanie swą oceną oceny ujętej w ustawodawstwie tych państw członkowskich, w których takie czynności wykonywane są zgodnie z prawem. W konkluzji TSUE stwierdził, że zabieg lekarskiego przerwania ciąży, wykonany zgodnie z prawem państwa członkowskiego, w którym jest on przeprowadzany, stanowi usługę w rozumieniu art. 60 TWE (obecnie art. 57 TfUE).⁷

Swoboda przepływu usług, o której mowa w art. 56 TfUE, umożliwia obywatelom UE i ich przedsiębiorstwom, utworzonym zgodnie z prawem państw członkowskich, oferowanie świadczeń odpłatnych, legalnych i czasowych na terenie innych państw członkowskich niż państwo ich pochodzenia (czynna swoboda przepływu usług). Swoboda ta umożliwia też korzystanie ze świadczeń oferowanych przez podmioty z innych państw członkowskich (bierna swoboda przepływu usług).

Z kolei, zgodnie z art. 49 TfUE, ograniczenia swobody przedsiębiorczości obywateli jednego państwa członkowskiego na terytorium innego państwa członkowskiego są zakazane, przy czym swoboda przedsiębiorczości obejmuje podejmowanie i wykonywanie działalności prowadzonej na własny rachunek, jak również zakładanie i zarządzanie przedsiębiorstwami na warunkach określonych przez ustawodawstwo państwa przyjmującego dla własnych obywateli. Swoboda przedsiębiorczości umożliwia zatem obywatelom UE trwałe i ciągłe

⁶ Wyrok TSUE z dnia 4 października 1991 r. w sprawie C-159/90 *Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd przeciwko Stephenowi Groganowi i innym*.

⁷ Punkty 16-18 oraz 21 wyroku w sprawie C-159/90.

uczestniczenie w życiu gospodarczym innego państwa członkowskiego niż państwo ich pochodzenia. Możliwość stosowania przepisów o swobodzie przedsiębiorczości warunkuje stała obecność w przyjmującym państwie członkowskim, wskazująca na zintegrowanie z jego życiem gospodarczym.

Swoboda przedsiębiorczości i swoboda przepływu usług są ze sobą związane – łączy je krąg beneficjentów (obywatele UE) oraz przedmiot (działalność gospodarcza), różni natomiast element czasu, który w przypadku swobody przedsiębiorczości jest z zasady nieograniczony, podczas gdy w ramach swobody świadczenia usług działalność podmiotu pochodzącego z jednego państwa członkowskiego na terytorium innego państwa członkowskiego ma z zasady charakter tymczasowy⁸.

W świetle przywołanych przepisów traktatowych i orzecznictwa TSUE należy uznać, że prowadzenie w Polsce przez obywatela innego państwa członkowskiego działalności gospodarczej, która polega na świadczeniu usług w zakresie „opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży”, w tym „przerwania ciąży”, objęte jest zakresem swobód traktatowych.

Przepis projektu zobowiązujący do udzielenia świadczenia (w tym świadczenia przerwania ciąży) albo do wskazania lekarza, który udzieli świadczenia, albo do zapewnienia udzielenia świadczenia przez podwykonawcę będzie dotyczył także lekarzy będących obywatelami innych niż Polska państw członkowskich UE, którzy mogą zawrzeć – jako podmioty lecznicze – umowę z NFZ w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży.

3.2.b Art. 10 ust. 2 Karty – klauzula sumienia

Artykuł 10 ust. 2 Karty uznaje prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa. Artykuł 10 Karty gwarantuje prawo do wolności myśli, sumienia i religii. Prawo zagwarantowane w ustępie 1 tego artykułu odpowiada prawu zagwarantowanemu w europejskiej Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności⁹ (dalej: Konwencja). Zgodnie z art. 52 ust. 3 Karty i wyjaśnieniami dotyczącymi Karty¹⁰ znaczenie i zakres tego prawa są takie same jak tego prawa przyznanego przez tę konwencję, tym samym znaczenie i zakres tego prawa należy odczytywać także w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (dalej: ETPCz). Prawo Unii może jednak przewidywać szerszą ochronę (art. 52 ust. 3 *in fine* Karty). ETPCz odnosił się do instytucji sprzeciwu sumienia przede wszystkim w kontekście odmowy służby wojskowej. Stwierdził m.in., że norma art. 9 ust. 1 Konwencji nie odnosi

⁸ Wyrok Trybunału z dnia 30 listopada 1995 r. w sprawie C-55/94 *Reinhard Gebhard przeciwko Consiglio dell'Ordine degli Avvocati e Procuratori di Milano*, pkt. 25-27. Zob. także: M. Szwarc-Kuczer, Komentarz do art. 49 TfUE, w: A. Wróbel (red.), Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Warszawa 2012, s. 858-859.

⁹ Konwencja sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284, ze zmianami.).

¹⁰ Wyjaśnienia dotyczące Karty Praw Podstawowych (Dz. Urz. UE C 303 z 14.12.2007 r., s. 17).

się wyraźnie do sprzeciwu sumienia, ale jednak może być źródłem ochrony przed obowiązkową służbą wojskową¹¹.

W kwestii uznania prawa do sprzeciwu sumienia Karta idzie dalej niż art. 9 Konwencji, ponieważ art. 10 ust. 2 Karty uznaje to prawo *expressis verbis*. Zgodnie z wyjaśnieniami dotyczącymi Karty prawo to odpowiada krajowym tradycjom konstytucyjnym i rozwojowi ustawodawstwa w tym zakresie. Można inaczej powiedzieć, że „Karta chroni prawo do sprzeciwu sumienia, w granicach przewidzianych prawem krajowym.”¹² Warto w tym miejscu przytoczyć pogląd, że pojęcie sprzeciwu sumienia, o którym mowa w art. 10 ust. 2 Karty, może być rozumiane szerzej i odnoszone do także do „motywowanej przekonaniem religijnym lekarza niezgody na przeprowadzenie aborcji uzasadnionej względami społecznym”¹³.

3.2.c Treść prawa do sprzeciwu sumienia (klauzuli sumienia) na gruncie prawa polskiego

Na gruncie prawa polskiego standardy ochrony wolności sumienia, włączając w to prawo do sprzeciwu sumienia, zostały określone w art. 53¹⁴ Konstytucji RP oraz art. 39 ustawy o zawodzie lekarza (w odniesieniu do wykonywania zawodu lekarza). Warto w tym miejscu zauważyć, że wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego (dalej: TK) z dnia 7 października 2015 r.¹⁵ przepis art. 39 ustawy o zawodzie lekarza w zakresie, w jakim nakładał wówczas¹⁶ na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, został uznany za niezgodny z art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP¹⁷. Zakwestionowany przez TK przepis nakładał na lekarzy – co

¹¹ Zob. wyrok ETPCz z dnia 7 lipca 2011 r., *Sprawa Bayatyan przeciwko Armenii, skarga nr 23459/03*, wyrok ETPCz z dnia 10 stycznia 2012 r., *Sprawa Tsaturyan przeciwko Armenii, skarga nr 37821/03*, wyrok ETPCz z dnia 10 stycznia 2012 r., *Sprawa Bukharatian przeciwko Armenii, skarga nr 37819/03*, wyrok ETPCz z dnia 6 kwietnia 2000 r., *Sprawa Thilmmenos przeciwko Grecji, skarga nr 34369/97*.

¹² Tak M. Skwarzyński, *Sprzeciw sumienia w europejskim i krajowym systemie ochrony praw człowieka*, „Przeгляд Sejmowy” 2013 nr 6 (119), s. 12.

¹³ I. C. Kamiński, Komentarz do art. 10, w: A. Wróbel (red.), *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Komentarz*, Warszawa 2020, wyd. el. 2.

¹⁴ Artykuł 53 Konstytucji RP stanowi, że każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii (ust. 1). Wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują (ust. 2).

¹⁵ Wyrok TK z dnia 7 października 2015 r., K 12/14, zob. także: orzeczenie TK z 15 stycznia 1991 r., U 8/90.

¹⁶ Art. 39 ustawy o zawodzie lekarza w brzmieniu będącym przedmiotem rozstrzygnięcia TK: „Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, 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.”

¹⁷ Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego,

do istoty – taki sam obowiązek jak zaproponowany w art. 5 ust. 2 i 3 projektu obowiązek lekarzy, którzy, jako podmioty lecznicze, zawrą umowę z NFZ w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży.

W ocenie TK „w świetle art. 53 ust. 1 Konstytucji oraz aktów prawa międzynarodowego, prawo do sprzeciwu sumienia powinno być uznane za prawo pierwotne względem jego ograniczeń”. Prawo do sprzeciwu sumienia jest elementem wolności sumienia i nie może być dowolnie kształtowane przez ustawodawcę, który „musi respektować konstytucyjne warunki ustanawiania ograniczeń wolności i praw człowieka i obywatela”. TK wyraźnie wskazał, że „prawo lekarza do powołania się na klauzulę sumienia w obrębie stosunków prawa medycznego wynika nie z art. 39 u.z.l. [ustawy o zawodzie lekarza – BAS], lecz bezpośrednio z przepisów konstytucyjnych i aktów prawa międzynarodowego. Nie ma zatem podstaw do formułowania odrębnego prawa do „klauzuli sumienia”, a – w konsekwencji – nie ulega wątpliwości, że ustawodawca nie może dowolnie kształtować tego „przywileju” albo go znosić, lecz musi respektować konstytucyjne warunki ustanawiania ograniczeń wolności i praw człowieka i obywatela (art. 30 oraz art. 31 ust. 3 Konstytucji).”

Warto przytoczyć także stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich (dalej: RPO) z 2014 r.¹⁸ RPO odniósł się do ówczesnej regulacji art. 39 ustawy o zawodzie lekarza, nakładającej na lekarza korzystającego z klauzuli sumienia obowiązek wskazania realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. W ocenie RPO „nikt nie może być pociągnięty do odpowiedzialności ani dyskryminowany z powodu odmowy udzielenia różnego rodzaju świadczeń z powołaniem się na klauzulę sumienia. [...] [P]rawo to wyraźnie gwarantuje art. 10 ust. 2 Karty”. Zdaniem RPO nałożenie w ustawie obowiązku wskazania innego lekarza, który wykona świadczenie będące przedmiotem sprzeciwu „nie jest rozwiązaniem funkcjonalnym, które dawałoby możliwość pozbawionego obaw korzystania z „klauzuli sumienia” przez lekarzy. Szczególna [...] relacja pacjent – lekarz, jest elementem europejskiego dziedzictwa i podlega ochronie w europejskim systemie prawnym. Lekarz czyniący użytek ze swojego prawa skorzystania z „klauzuli sumienia” powinien móc czynić to w sposób pełny, bez bezpośredniego przymuszania do wskazania innego lekarza ze względu na niebezpieczeństwo relatywizacji samej istoty korzystania z „klauzuli sumienia” – a więc odmowy określonego działania; byłoby to swoiste „wydrażenie” treści tego prawa.”

Projekt (w art. 5 ust. 1) zobowiązuje świadczeniodawcę, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, do udzielania wszystkich wymaganych świadczeń, w tym przerwania ciąży. Ponadto projekt nie zakazuje, *expressis verbis*, lekarzowi powoływania się na art. 39 ustawy o zawodzie lekarza w celu uzasadnienia odmowy udzielenia porady lekarskiej, stwierdzenia

bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

¹⁸ Pismo RPO z dnia 21 lipca 2014 r. do Ministra Zdrowia (sygn. I.812.8.2014.AM).

wystąpienia okoliczności uprawniających do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży, wydania recepty lub skierowania na badania diagnostyczne.

Dla oceny zgodności projektu z prawem UE znaczenie ma natomiast okoliczność, że na podstawie art. 5 ust. 4 projektu NFZ rozwiąże umowę z lekarzem prowadzącym indywidualną praktykę lekarską, który, powołując się na klauzulę sumienia, nie realizuje obowiązków określonych w art. 5 ust. 1-3 projektu¹⁹. Skutkiem takiej regulacji będzie ograniczenie prawa do skorzystania z klauzuli sumienia świadczeniodawców – lekarzy prowadzących indywidualną praktykę lekarską, którzy zawarli umowę z NFZ w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży. Regulacja art. 5 ust. 3 i 4 projektu ogranicza prawo określonej kategorii lekarzy do sprzeciwu sumienia i jest w tym zakresie sprzeczna z art. 10 ust. 2 Karty.

4. Konkluzja

Artykuł 5 ust. 3 i 4 projektu, w zakresie, w jakim ograniczają prawo lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży, do sprzeciwu sumienia, są sprzeczne z art. 10 ust. 2 Karty praw podstawowych UE.

W pozostałym zakresie projekt nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Autor:

Dorota Olejniczak
ekspert ds. legislacji
w Biurze Analiz Sejmowych

Akceptował:

Dyrektor

Biura Analiz Sejmowych



Przemysław Sobolewski

¹⁹ Są to: 1) obowiązek udzielania wszystkich wymaganych świadczeń, w tym przerwania ciąży albo 2) obowiązek wskazania innego lekarza, który udzieli świadczenia zdrowotnego w tym samym podmiocie leczniczym, albo 3) obowiązek posiadania umowy ze świadczeniodawcą, który zapewni wykonanie tego świadczenia w tym samym podmiocie leczniczym.

Warszawa, 20 listopada 2023 r.

BAS-WAPEiM-29/23

SEJNETARIAT 2-OY SZEFAKIS
L.dz. DS. 1120.417.2023 (2)
Data wpływu 20.11.2023

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia

w sprawie stwierdzenia, czy poselski projekt ustawy o bezpiecznym przerywaniu ciąży (przedstawiciel wnioskodawców: posłanka Katarzyna Kotula) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej w rozumieniu art. 95a regulaminu Sejmu

Projekt ustawy określa prawo „osoby w ciąży” do przerywania ciąży oraz obowiązek świadczeniodawcy do udzielenia tego świadczenia. W artykule 1 projekt stanowi, iż „każda osoba ma prawo do samostanowienia w dziedzinie swojej płodności, rozrodczości i rodzicielstwa” oraz do „informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających pełną realizację prawa do świadomego rodzicielstwa”.

Projekt (w art. 2) zakłada, że osobie w ciąży przysługuje prawo do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerywania ciąży do końca 12. tygodnia jej trwania. Po upływie 12. tygodnia trwania ciąży, prawo to ma dotyczyć przypadków, gdy: 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia fizycznego lub psychicznego osoby w ciąży, 2) wyniki diagnostyki prenatalnej lub inne przesłanki medyczne wskazują na to, że występują nieprawidłowości rozwojowe lub genetyczne płodu, 3) istnieje uzasadnione podejrzenie, że ciąża jest następstwem czynu zabronionego. Przerwanie ciąży polega na wywołaniu poronienia farmakologicznego („aborcja farmakologiczna”) albo przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego (art. 2 ust. 4 projektu). Przerwanie ciąży będzie możliwe także po upływie 24. tygodnia ciąży, „[w] przypadku gdy stwierdzone u płodu nieprawidłowości uniemożliwiają późniejszą zdolność płodu do życia poza organizmem osoby w ciąży”. Zgodnie z art. 3 projektu do przerywania ciąży konieczna będzie zgoda osoby w ciąży, a w przypadku zabiegu chirurgicznego zgoda musi być udzielona na piśmie, natomiast w przypadku osoby małoletniej powyżej 13. roku życia, obok zgody przedstawiciela ustawowego, wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby. W przypadku osoby małoletniej poniżej 13. roku życia będzie wymagana zgoda sądu opiekuńczego, a osoba małoletnia będzie miała prawo do wyrażenia własnej opinii. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie albo częściowo wymagana będzie pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W razie braku

zgody przedstawiciela ustawowego, do przerwania ciąży będzie wymagana zgoda sądu opiekuńczego.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 projektu świadczeniodawca, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń zdrowotnych nad osobą w ciąży, będzie zobowiązany do udzielania wszystkich wymaganych świadczeń, w tym przerwania ciąży.

Projekt (w art. 5 ust. 2) zobowiązuje ordynatora oddziału lub kierownika podmiotu leczniczego¹, w którym zawód wykonuje lekarz, który odmawia udzielenia świadczenia zdrowotnego, w szczególności powołując się na art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty² (dalej: ustawa o zawodzie lekarza), wskazania innego lekarza, który udzieli świadczenia zdrowotnego w tym samym podmiocie leczniczym. Zgodnie z art. 5 ust. 3 projektu w przypadku, gdy wszyscy lekarze wykonujący zawód u świadczeniodawcy złożyli informację o możliwości odmowy udzielenia świadczenia na podstawie art. 39 ustawy o zawodzie lekarza, świadczeniodawca będzie zobowiązany do posiadania umowy z podwykonawcą, zapewniającym udzielenie tego świadczenia w tym samym podmiocie leczniczym. Jeśli podmiot nie zapewni, pomimo możliwości, kompleksowych świadczeń zdrowotnych związanych z opieką zdrowotną nad osobą w ciąży, w tym przerwania ciąży, oraz nie będzie realizował obowiązków udzielania wszystkich wymaganych świadczeń (w tym przerwania ciąży oraz wskazania innego lekarza, który udzieli świadczenia w tym podmiocie albo nie będzie posiadał wymaganej umowy z podwykonawcą) Narodowy Fundusz Zdrowia rozwiąże umowę ze świadczeniodawcą (art. 5 ust. 4 projektu).

¹ Projekt posługuje się pojęciem „podmiot leczniczy”, nie wprowadzając jednak definicji legalnej tego pojęcia. W opinii przyjęto założenie, że pojęcie to jest tożsame z pojęciem „podmiot leczniczy”, określonym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zmianami). Zgodnie z art. 4 ustawy tej ustawy „[p]odmiotami leczniczymi są: 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162 i 2105 oraz z 2022 r. poz. 24) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527), 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498), 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, 5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5, 6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, 7) jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą”.

² Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, ze zmianami. Artykuł 39 tej ustawy (w obowiązującym brzmieniu, nadanym ustawą z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2021, poz. 1291): „Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego”.

Zgodnie z art. 4 projektu osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do korzystania z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych będzie przysługiwało prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiocie leczniczym, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży. Przepis ten zastąpi art. 4b ustawy o z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży³ (dalej: ustawa o planowaniu rodziny) uchylany w art. 8 projektu. Obecnie obowiązujący przepis art. 4b ustawy o planowaniu rodziny przewiduje, że prawo do bezpłatnego przerwania ciąży może być realizowane w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

Ponadto projekt przewiduje zmianę ustaw: z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny⁴ (uchylenie art. 152, określającego przestępstwo przerwania ciąży za zgodą kobiety), z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵ (zmiana art. 31 w zakresie prawa do wniesienia sprzeciwu w przypadku odmowy wydania opinii lub orzeczenia albo odmowy wystawienia recepty na produkt leczniczy lub wydania skierowania na badanie diagnostyczne, jeżeli wynik badania jest niezbędny do wydania opinii albo mających wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa) oraz z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (uchylenie art. 4a – określającego warunki dopuszczalności przerwania ciąży oraz art. 4b – określającego prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej).

Projekt ustawy nie zawiera przepisów mających na celu wykonanie prawa Unii Europejskiej.

Projekt ustawy o bezpiecznym przerywaniu ciąży **nie jest projektem ustawy wykonującej prawo UE.**

Autor:

Dorota Olejniczak
ekspert ds. legislacji
w Biurze Analiz Sejmowych

Akceptował:
Dyrektor
Biura Analiz Sejmowych
Sobolewski
Przemysław Sobolewski

³ Dz. U. z 2022, poz. 1575.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, ze zmianami.

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zmianami.

Warszawa, dnia 5 grudnia 2023 r.

BAS-WAP/WASiE/WAZSP-122/23

DS.1600.144.2023
5.12.2023

Pan Minister

Dariusz Salamończyk

Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Ocena Skutków Regulacji

zawartej w poselskim projekcie ustawy o bezpiecznym przerywaniu ciąży

I. Jaki problem jest rozwiązywany?

Przedmiotem projektu ustawy jest uregulowanie w odrębnym akcie prawnym problematyki prawa do aborcji (określenie na nowo przesłanek dopuszczalności przerywania ciąży, wymogów dotyczących uzyskania zgody na przeprowadzenie aborcji, a także warunków udzielania wskazanych świadczeń, w tym odmowy udzielenia świadczenia).

II. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W projekcie ustawy przewiduje się uregulowanie w nowym akcie prawnym problematyki prawa do aborcji. Kluczowym elementem przedłożonego projektu ustawy jest art. 2, określający przesłanki dopuszczalności przerywania ciąży (które aktualnie określone są w art. 4a ustawy o planowaniu rodziny¹). Projektodawcy proponują wprowadzenie możliwości przerywania ciąży (bez konieczności zaistnienia dodatkowych przesłanek) do końca 12 tygodnia jej trwania, zaś w przypadkach określonych w art. 2 ust. 2 pkt 1-3 projektu także po upływie 12 tygodnia ciąży. Art. 2 ust. 2 projektu ustawy przewiduje, że osoba w ciąży ma prawo do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerywania ciąży po upływie 12 tygodnia jej trwania w przypadku gdy: „1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia, w tym w szczególności

¹ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1575; dalej jako: ustawa o planowaniu rodziny).

zdrowia fizycznego lub psychicznego, osoby w ciąży; 2) wyniki diagnostyki prenatalnej lub inne przesłanki medyczne wskazują na to, że występują nieprawidłowości rozwojowe lub genetyczne płodu; 3) istnieje uzasadnione podejrzenie, że ciąża jest następstwem czynu zabronionego”. Projekt ustawy przewiduje zatem zliberalizowanie (złagodzenie) zasad dotyczących przerwania ciąży (w stosunku do stanu obecnie obowiązującego), zaś w przypadku przesłanek warunkujących przerwanie ciąży po upływie 12 tygodnia jej trwania są one zbliżone w swej treści do przesłanek zawartych w art. 4a ustawy o planowaniu rodziny, w brzmieniu obowiązującym sprzed wejścia w życie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r.². W przypadku przesłanek określonych w art. 2 ust. 2 pkt 2 i 3 projektu przewiduje się wprowadzenie terminu, iż przerwanie ciąży jest dopuszczalne, co do zasady, do końca 24 tygodnia ciąży (art. 2 ust. 9 projektu).

W ramach przepisów zmieniających projektodawcy proponują uchylenie art. 4a i art. 4b ustawy o planowaniu rodziny oraz art. 152 ustawy – Kodeks karny³ (penalizującego przerwanie ciąży z naruszeniem przepisów ustawy o planowaniu rodziny), a także znowelizowanie art. 31 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴ przewidującego procedurę weryfikacji opinii lub orzeczenia lekarskiego.

Podsumowując, skutkiem prawnym wejścia w życie przedmiotowego projektu ustawy będzie zliberalizowanie (złagodzenie) zasad dotyczących dopuszczalności przerywania ciąży (umożliwienie przerwania ciąży do końca 12 tygodnia jej trwania, zaś w przypadku zaistnienia przesłanek określonych w art. 2 projektu ustawy również po upływie 12 tygodnia jej trwania).

III. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Do 2023 r. aborcja była całkowicie zakazana tylko w jednym państwie członkowskim Unii Europejskiej – na Malcie. Jednakże w czerwcu 2023 r. przyjęto tam

² Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r., sygn. akt K 1/20 (Dz. U. z 2021 r., poz. 175)

³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 ze zm.)

⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1545 ze zm.)

ustawę legalizującą przerwanie ciąży w razie zagrożenia życia ciężarnej. W pozostałych państwach UE aborcja jest dozwolona po spełnieniu określonych warunków, we wskazanych prawnie sytuacjach. W niektórych państwach kwestie dotyczące legalnej aborcji uregulowano w odrębnych ustawach, a w innych – przepisy przewidujące wyjątki od generalnego zakazu aborcji zawarto np. w kodeksach karnych.

Wśród przypadków, w których aborcja jest dozwolona w poszczególnych państwach, wskazać można:

- aborcję na żądanie kobiety ciężarnej;
- aborcję w związku z zagrożeniem życia lub poważnym zagrożeniem zdrowia (fizycznego i/lub psychicznego) kobiety ciężarnej;
- aborcję w związku z poważnymi wadami rozwojowymi płodu;
- przerwanie ciąży będącej wynikiem gwałtu lub innych czynów zabronionych (m.in. stosunku z nieletnią, stosunku z osobą nie będącą w stanie wyrazić zgody, kazirodztwa);
- aborcję w związku z wiekiem kobiety ciężarnej (w zależności od państwa ze wskazaniem górnej lub dolnej granicy wiekowej);
- aborcję w związku z sytuacją społeczno-ekonomiczną ciężarnej i/lub jej rodziny;
- inne przyczyny, takie jak: zagrożenie dla „przyszłego macierzyństwa” kobiety, ciężarna znajdująca się „w sytuacji poważnego kryzysu”, ograniczenie zdolności do opieki nad dzieckiem (np. z powodu poważnej choroby lub wieku ciężarnej).

W prawodawstwie niektórych państw wyznaczono graniczny tydzień ciąży, do którego można wykonać zabieg przerywania ciąży z wymienionych powyżej powodów, w innych nie określono w ustawach terminu na wykonanie zabiegu.

Prawo do przerywania ciąży na żądanie ciężarnej bez podawania powodów przysługuje kobietom w 23 państwach członkowskich Unii Europejskiej (aborcja na żądanie nie jest przewidziana w prawie Malty i Węgier). W czterech państwach aborcja na żądanie ciężarnej jest możliwa, z zastrzeżeniem braku przeciwwskazań medycznych do jej przeprowadzenia (Czechy, Litwa, Słowacja, Szwecja). We wszystkich państwach przewidziano w tym przypadku określony ustawowo czas trwania ciąży, przed zakończeniem którego aborcja bez podawania powodu jest możliwa. W większości państw członkowskich UE jako taki okres przyjęto czas do

ukończenia 12 tyg. ciąży (m.in. Czechy, Dania, Irlandia czy Finlandia). Najkrótszy okres przewidziano np. w Portugalii (do ukończenia 10 tyg. ciąży), najdłuższy okres obowiązuje w Szwecji (do końca 18 tyg. ciąży) i w Holandii (do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem ciężarnej, przy czym przyjmuje się, że oznacza to 24 tydzień ciąży, a w praktyce lekarze stosują dwutygodniowy margines błędu, czyli limit 22 tygodni). Spośród państw europejskich niebędących członkami UE aborcja na żądanie jest dostępna np. w Norwegii (do ukończenia 12 tyg. ciąży), w Islandii (do końca 22 tyg. ciąży, gdzie zaleca się mimo wszystko jak najszybsze przeprowadzenie zabiegu, najlepiej przed końcem 12 tyg. ciąży) czy w Wielkiej Brytanii (do rozpoczęcia 24 tyg. ciąży, a w Irlandii Północnej – do 12 tyg. ciąży).

We wszystkich państwach członkowskich UE dopuszczono możliwość przerwania ciąży w celu ochrony życia lub zdrowia ciężarnej, a w większości państw – z powodu poważnych wad rozwojowych płodu. Prawo do aborcji z powodu podejrzenia choroby (fizycznej lub psychicznej) płodu nie zostało uwzględnione w prawodawstwie Niemiec oraz Słowenii (w Słowenii przewidziano jednak ogólną kategorię zagrożenia dla przyszłego macierzyństwa ciężarnej). Przerwanie ciąży z przyczyn związanych z zagrożeniem dla życia lub zdrowia ciężarnej jest w części państw możliwe z wyznaczeniem granicznego terminu (np. 22 tydzień ciąży w Hiszpanii; 24 tydzień ciąży na Łotwie). W niektórych państwach terminy są przewidziane także w przypadku aborcji z powodu podejrzenia ciężkich wad płodu. Najczęściej jest to 24 tydzień ciąży (np. w Finlandii czy Portugalii).

W niektórych państwach członkowskich Unii Europejskiej dopuszczono aborcję w sytuacji, kiedy ciąża jest wynikiem gwałtu lub innego wskazanego w prawie czynu zakazanego (np. kazirodztwa, wykorzystania nieletniej) lub np. w sytuacji, w której kobieta była niezdolna do stawiania oporu. Możliwość przerwania ciąży z tego powodu uwzględniono m.in. w prawie Finlandii i Niemiec. W niektórych państwach wyznaczono graniczny termin, po przekroczeniu którego nie można wykonać aborcji z powodu tej przesłanki.

Jedną z przyczyn legalnej aborcji może być także sytuacja społeczno-ekonomiczna kobiety. Na przykład w Finlandii prawo dopuszcza przerwanie ciąży, jeżeli ze względu na warunki życia (kobiety i jej rodziny) i inne okoliczności, narodziny dziecka i dalsza opieka nad nim byłyby dla kobiety znacznym obciążeniem. Inne sytuacje, w których dopuszczono aborcję w państwach członkowskich UE, związane

są także z wiekiem ciężarnej. Aborcja z uwagi na młody wiek ciężarnej lub brak możliwości sprawowania należytej opieki nad dzieckiem z uwagi na niedojrzałość jest przesłanką do legalnego przerwania ciąży np. w Austrii czy w Danii. Z kolei w Estonii i Finlandii przesłanką może być także ukończenie przez ciężarną określonego wieku (np. 45 lub 40 lat).

IV. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Wprowadzenie ustawy będzie oddziaływało bezpośrednio na następujące podmioty:

- kobiety w wieku rozrodczym⁵ (8,6 mln osób⁶) – grupa ta uzyska dostęp do legalnej, bezpłatnej i bezpiecznej aborcji; ponadto kobieta w ciąży będzie miała możliwość decydowania o rodzicielstwie w przypadku ciąży zagrażającej jej zdrowiu lub życiu, a także gdy dojdzie do wykrycia nieprawidłowości rozwojowych i genetycznych płodu;
- osoby małoletnie i ubezwłasnowolnione będące w ciąży – osoby te będą miały dostęp do legalnej aborcji po uzyskaniu zgody przedstawiciela ustawowego, lub w przypadku braku takiej zgody – po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego; w przypadku małoletniej poniżej 13 roku życia konieczna będzie zgoda sądu, niezależnie od zgody przedstawiciela ustawowego⁷;
- lekarze specjaliści w dziedzinie położnictwa i ginekologii (7 978 osób⁸) – lekarze tej specjalizacji zatrudnieni w placówkach mających zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży będą zobowiązani do wykonywania zabiegów przerywania ciąży zgodnie z warunkami zapisanymi w Ustawie, ewentualne powoływanie się na klauzulę sumienia będzie powodowało problemy organizacyjne w ramach placówki (z uwagi na konieczność zapewnienia dostępności zabiegu) i co za

⁵ W danych statystycznych za wiek rozrodczy uznaje się przedział 15-49 lat.

⁶ *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 30 czerwca*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 16.10.2023 r., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosc-i-raz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-2023-06-30-01.html#>.

⁷ Przepisy dotyczące tej kwestii są obecnie tak samo sformułowane w art. 4a ust. 4 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 2022 r. poz. 1575).

⁸ Jest to liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód. Lekarzy tej specjalizacji niewykonujących zawodu jest w Polsce prawie 400 - *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków wg dziedziny i stopnia specjalizacji*, Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, dane aktualne na dzień 30.09.2023 roku, <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne> zestawienie nr 4.

tym idzie, lekarze nie powołujący się na tę klauzulę będą bardziej pożądanymi w tego typu miejscach; ponadto odmowa wydania recepty na środki służące do aborcji farmakologicznej lub odmowa wykonania zabiegu przerwania ciąży będzie mogła się stać przedmiotem sprzeciwu kierowanego do Komisji lekarskiej;

- lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii (4 585 osób) – projekt ustawy nie wspomina bezpośrednio o roli lekarzy psychiatrów w procedurze przerywania ciąży, ale w przepisie dotyczącym zagrożenia dla życia lub zdrowia (art. 2 ust. 2 pkt. 1) projektodawcy podkreślają, że chodzi zarówno o zdrowie fizyczne lub psychiczne – wydaje się więc, że w takiej sytuacji oprócz konsultacji ginekologicznej będzie musiała zostać przeprowadzona konsultacja psychiatryczna;
- lekarze specjaliści innych dziedzin – dotychczas w przypadku zagrożenia zdrowia kobiety wymagana była konsultacja lekarza danej specjalizacji, aby stwierdzić przesłanki do przerywania ciąży⁹, obecny projekt ustawy o tym nie wspomina, ale wydaje się, że taka konsultacja będzie niezbędna w tej procedurze;
- Narodowy Fundusz Zdrowia – zwiększona liczba świadczeń udzielanych osobom w ciąży, ewentualna weryfikacja zapotrzebowania na poszczególne świadczenia i modyfikacja kontraktów;
- świadczeniodawcy mający zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobą w ciąży – z uwagi na zawarty w Ustawie obowiązek realizacji świadczenia przerywania ciąży w wyznaczonych terminach (nie później niż 72 godziny od złożenia wniosku w dowolnej formie), zarządzający placówkami będą zobowiązani do zapewnienia odpowiedniej obsady kadrowej dającej gwarancję realizacji świadczenia (m.in. kształtowanie zatrudnienia z uwzględnieniem informacji o klauzuli sumienia oraz zapewnienie dostępności lekarzy specjalistów w danej dziedzinie);

⁹ „Wystąpienie okoliczności wskazujących, że ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej.” – *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerywania 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*, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970090049>.

- sądy opiekuńcze – przyspieszony tryb wydawania zgody na przerwanie ciąży w przypadku braku zgody przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej będącej w ciąży lub osoby ubezwłasnowolnionej; wydawanie zgody w przypadku małoletniej poniżej 13 roku życia będącej w ciąży;
- sądy okręgowe – brak konieczności prowadzenia spraw z art. 152 Kodeksu karnego dotyczących pomocnictwa w dokonaniu aborcji¹⁰;
- prokuratorzy – stwierdzanie uzasadnionego podejrzenia, że ciąża jest następstwem czynu zabronionego (w terminie 7 dni od złożenia wniosku przez osobę w ciąży lub jej przedstawiciela ustawowego)¹¹;
- właściciele aptek i hurtownie farmaceutyczne – konieczność zapewnienia dostępności środków do przeprowadzania aborcji farmakologicznej;
- komisje lekarskie – modyfikacja zasad działania - rozszerzony zakres spraw kierowany do komisji, skrócony czas na rozpatrzenie sprzeciwu – z 30 do 14 dni (w przypadku odmowy procedury przerwania ciąży Komisja będzie miała na wydanie orzeczenia jedynie 3 dni od wpłynięcia wniosku);
- organizacje społeczeństwa obywatelskiego – które, zarówno jeśli idzie o ruchy prolife, jak i organizacje proaborcyjne będą musiały na nowo się spozycjonować w dyskursie publicznym, dostosowując swoją agendę do nowego stanu prawnego.

V. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Zgodnie z uzasadnieniem projektu ustawy projekt nie był poddany formalnym konsultacjom.

VI. Wpływ na sektor finansów publicznych

Skutki finansowe wdrożenia ustawy przez NFZ zostały przez projektodawców oszacowane na 50 mln zł. Nie uszczegółowiono jednak co się składa na tę kwotę i jaki

¹⁰ W 2020 roku wszczęto 103 postępowania z tego artykułu, a przestępstw stwierdzonych było 37. W poprzednich latach liczba przestępstw stwierdzonych była zdecydowanie większa: 2018 r. – 323, 2019 r. – 256 – *Postępowania wszczęte i przestępstwa stwierdzone z art. 152 § 1-3 KK za lata 1999-2020*, <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestępstwa-przeciwko/63421.Przerwanie-ciazy-za-zgoda-kobiety-art-152.html>.

¹¹ Zasady oraz tryb postępowania w tym zakresie ma określić w drodze rozporządzenia Minister Sprawiedliwości.

będzie roczny koszt realizacji ustawy. Z pewnością należy jednak uwzględnić wśród tych kosztów skutki finansowe poniższych działań:

- zwiększona liczba świadczeń udzielanych osobom w ciąży w ramach NFZ;
- zwiększenie dostępności lekarzy specjalistów w dziedzinie ginekologii i położnictwa, psychiatrii oraz innych specjalizacji w poradniach publicznych¹² oraz podmiotach mających zawarte umowy z NFZ w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nad osobami w ciąży, tak aby zapewnić płynną i terminową realizację świadczeń (biorąc pod uwagę fakt, że część lekarzy może powołać się na klauzulę sumienia, a zarządzający podmiotem mają obowiązek zapewnić realizację świadczenia);
- wypracowanie schematu procedury w przypadku otrzymania wniosku o przerwanie ciąży, tak aby zapewnić sprawny przebieg realizacji świadczenia i zagwarantować zachowanie ustawowych terminów;
- zwiększenie dostępności bezpłatnych badań obrazowych i diagnostyki prenatalnej w ramach Programu Badań Prenatalnych¹³;
- zapewnienie możliwości przeprowadzenia aborcji farmakologicznej w warunkach opieki ambulatoryjnej lub szpitalnej – wypracowanie schematu procedury;
- ewentualna refundacja środków do aborcji farmakologicznej.

VII. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Ustawa nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

VIII. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

Należy założyć, że wejście w życie przedmiotowego projektu spowoduje zwiększenie liczby wykonywanych zabiegów przerwania ciąży, a zatem zwiększenie

¹² Z roku na rok spada liczba podmiotów świadczących ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, przez co zmniejsza się liczba obsłużonych pacjentów i rosą kolejki – Zob. więcej J. Ojczyk, *Pacjenci nie mają dostępu do specjalistów, bo NFZ płaci za mało*, 11.02.2022 r., <https://www.prawo.pl/zdrowie/jak-poprawic-dostepnosc-do-specjalistow-w-aos.513405.html>.

¹³ <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-badan-prenatalnych>.

liczby procedur medycznych. Generuje to również dodatkowe obowiązki organizacyjne i dokumentacyjne po stronie lekarzy i podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia przerwania ciąży (obowiązek nałożony na lekarza wskazania innego lekarza, który udzieli świadczenia zdrowotnego w postaci przerwania ciąży, w danym podmiocie leczniczym oraz obowiązek nałożony na podmiot leczniczy współpracy z innym podmiotem udzielającym wskazanych świadczeń medycznych).

IX. Wpływ na rynek pracy

Nie można stwierdzić, że ustawa nie będzie miała wpływu na rynek pracy. Wiąże się to, szczególnie w dłuższej perspektywie czasowej, ze wzrostem zapotrzebowania na specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa, co może być funkcją wzrostu liczby zabiegów przerywania ciąży. Należy też wziąć pod uwagę, że przy zakładanym wzroście zabiegów aborcyjnych, zapewne wzrośnie też liczba możliwych powikłań z tym związanych, przez co wzrośnie popyt na ich leczenie. Niemniej zmiany te nie powinny być duże w stosunku do obecnej liczby specjalistów z tego zakresu.

X. Wpływ na pozostałe obszary

Przedłożony projekt ustawy, który legalizuje zabiegi przerywania ciąży do 12 tygodnia oraz, pod pewnymi warunkami dopuszcza jej przerwanie również i po tym terminie, niewątpliwie będzie miał wpływ na liczbę zabiegów przerywania ciąży w Polsce, a także na statystyki przyczyn dokonywanych zabiegów. Według oficjalnych danych rokrocznie, na podstawie tzw. kompromisu aborcyjnego, liczba odnotowywanych aborcji oscylowała od 124 (w roku 2001) do 1110 (w roku 2019). Należy przypomnieć, że ustawa z dnia 7 stycznia 1993 o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży radykalnie ograniczyła liczbę zabiegów przerywania ciąży, która jeszcze w roku 1992 wynosiła 11640, w roku 1989 82137, a w roku 1980 137950.

Należy pamiętać, że bardzo niejednorodna liczba zabiegów aborcji po 1993 r. wynikała z wielu przyczyn, w tym także ze zmian wprowadzonych do tej ustawy (np. 30 sierpnia 1996 została uchwalona nowelizacja ustawy o planowaniu rodziny, która dopuszczała przerywanie ciąży również, gdy kobieta ciężarna znajduje się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej). Tym też należy tłumaczyć

największy wzrost liczby aborcji po 1993 r. w 1997 r. (3047 zabiegów), jak i największy spadek w 2021 r. (161).

Należy jednak odnotować, że zmiany dotyczyły również samych kwalifikacji w prowadzonych statystykach. Zwiększyła się, po 2020 r., liczba zabiegów przerywania ciąży z powodu przesłanki jaką jest zdrowie psychiczne. Przesłanka ta, w pewnym monecie stała się podstawową formalną przesłanką przeprowadzanych w Polsce aborcji, a jej wzrost w krótkim czasie był aż pięciokrotny.

Proponowana regulacja niewątpliwie wpłynie na liczbę dokonywanych w Polsce zabiegów przerywania ciąży. Trudno jest dokonywać ekstrapolacji jaki duży może to być wzrost, niemniej ostrożnie można formułować oceny, że liczba legalnych zabiegów w Polsce może powrócić do stanu sprzed 2021 r, aczkolwiek należy mieć na uwadze, że te dane - jak wskazano wcześniej – nigdy nie miały charakteru *constans*, choć w wielu przypadkach określony poziom liczby dokonywanych aborcji utrzymywał się przez dłuższy czas. Uwzględniając to należałoby postulować założenie ewaluacji ustawy *ex post*, co - szczególnie w dłuższej perspektywie czasowej – mogłoby pokazać rzeczywistą skalę aborcji, a co za tym idzie społeczny wpływ ustawy.

Oczywiście trzeba mieć świadomość, że przytoczone statystki mają charakter oficjalny, co w sytuacji ograniczeń przeprowadzania legalnej aborcji nie oddaje rzeczywistego stanu rzeczy. Dowodzi się bowiem, że limitowanie przesłanek dokonywania legalnej aborcji nie musi oznaczać faktycznego spadku aborcji, a jedynie wytworzenie się zjawiska tzw. podziemia aborcyjnego, obejmującego zarówno nielegalne kliniki aborcyjne, jak i tzw. turystykę aborcyjną. Jak każde zjawisko nielegalne nie można, choćby w przybliżony sposób, określać jego skali. Dowodzi się, że uwzględniając fundowanie podziemia aborcyjnego liczba rzeczywistych aborcji może być nawet kilkukrotnie większa. Wejście w życie proponowanych przepisów z pewnością przyczyni się do minimalizacji, a w dalszej kolejności likwidacji podziemia aborcyjnego, co z kolei będzie miało istotny wpływ na urealnienie prowadzonych w Polsce statystyk.

XI. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Projekt przewiduje, że ustawa wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

XII. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Zarówno projekt jak i jego uzasadnienie nie wskazują na planowaną ewaluację projektu.

XIII. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Projekt nie zawiera załączników dotyczących dokumentów źródłowych, badań czy analiz. W uzasadnieniu projektu ustawy wskazuje się natomiast na rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia zawarte w dokumencie *Abortion care guideline* z 2022 r. dotyczące metod bezpiecznego przerywania ciąży.

Autorzy:

Ilona Szczepańska-Kulik (pkt I, II, V, VIII, XI, XII, XIII)
ekspert ds. legislacji
w Biurze Analiz Sejmowych

dr hab. Jarosław Szymanek (pkt IV, VI, VII, IX, X)
specjalista ds. społecznych
w Biurze Analiz Sejmowych

Justyna Branna (pkt III)
specjalista ds. międzynarodowych

Daniela Kupis (pkt III)
specjalista ds. międzynarodowych

Akceptował:
Dyrektor Biura Analiz Sejmowych



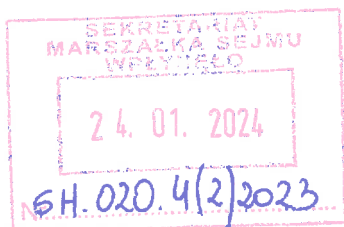
Przemysław Sobolewski

Deskryptory bazy REX: ocena skutków regulacji, aborcja, projekt ustawy

Weryfikacja: Dobromir Dziewulak (pkt III), Adam Karczmarek (pkt I, II, V, VIII, XI, XII, XIII), Zofia Szpringer (pkt IV, VI, VII, IX, X).



Warszawa, 24 stycznia 2024 r.



**Szanowny Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej**

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na pismo z dnia 22.11.2023 (SPS-WP.020.2.8.2023), w imieniu wnioskodawców przedstawiam uzupełnienie do uzasadnienia projektu ustawy:

- o bezpiecznym przerywaniu ciąży

Z wyrazami szacunku

Katarzyna Kotula

Posłanka na Sejm RP

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L.dz. SPS-WP.020.2.10.2023

Data wpływu 24.01.2024

UZUPEŁNIENIE UZASADNIENIA

W uzasadnieniu poselskiego projektu ustawy o bezpiecznym przerywaniu ciąży dodaje się następujące punkty:

1. Założenia projektu aktu wykonawczego

Akt wykonawczy wydawany na podstawie art. 2 ust. 11 projektowanej ustawy będzie zawierał unormowania o charakterze proceduralnym, służące realizacji przez prokuratora kompetencji przyznanej mu w art. 2 ust. 10 projektu ustawy (tj. stwierdzania jednej z okoliczności uzasadniających uzyskanie prawa do świadczenia opieki zdrowotnej w postaci przerwania ciąży).

W tym zakresie akt wykonawczy powinien regulować przede wszystkim:

- 1) niezbędne (obligatoryjne) elementy wniosku składanego przez osobę będącą w ciąży lub jej przedstawiciela ustawowego (do rozważenia pozostaje uregulowanie wzoru wniosku, co mogłoby wpłynąć na ujednoczenie postępowania w omawianej materii); w tym zakresie należy wskazać na konieczność zawarcia we wniosku danych pozwalających na identyfikację osoby wnioskującej, a także informacji odnoszących się do okoliczności wskazujących na zaistnienie uzasadnionego podejrzenia, że ciąża jest następstwem czynu zabronionego;
- 2) właściwość prokuratury uprawnionej do rozpatrzenia wniosku; w tym zakresie wymaga także uregulowania ewentualna relacja pomiędzy właściwością danej jednostki organizacyjnej prokuratury a miejscem, w którym dokonano zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia czynu zabronionego, którego ciąża jest następstwem, jak też możliwości złożenia wniosku równocześnie z zawiadomieniem o popełnieniu czynu zabronionego (ewentualnie okoliczność, że złożenie wniosku jest równoznaczne z zawiadomieniem o podejrzeniu popełnienia czynu zabronionego);
- 3) czynności prokuratora dotyczące weryfikacji kompletności wniosku i poprawności danych w nim zawartych; w tym zakresie należy uwzględnić konieczność istnienia narzędzi proceduralnych, dzięki którym prokurator będzie mógł w sposób bezsporny zidentyfikować osobę składającą wniosek, a także ustalić – w oparciu o dostępne materiały procesowe – okoliczności czynu zabronionego skutkującego ciążą; w szczególności prokurator powinien mieć kompetencję do niezwłocznego pozyskania pełnego materiału dowodowego w zgromadzonego w sprawie popełnienia czynu zabronionego, którego ciąża jest następstwem, jak również do zwrócenia się do osoby wnioskującej o uzupełnienie wniosku lub wystąpienia o przekazanie dodatkowych informacji w czasie umożliwiającym wydanie rozstrzygnięcia w określonym ustawą terminie;
- 4) ramowe zasady rozpatrywania wniosków; w tym zakresie będzie wymagało rozważenia przez prawodawcę wskazanie, czy prokurator rozpoznający wniosek winien być związany jakimikolwiek wydanymi w sprawie orzeczeniami (np. czy odmowa

wszczęcia postępowania w sprawie czynu zabronionego lub jego umorzenie wykluczają możliwość uwzględnienia wniosku);

- 5) czynności odnoszące się do informowania osoby wnioskującej o wyniku postępowania w przedmiocie stwierdzenia istnienia uzasadnionego podejrzenia, że ciąża jest wynikiem czynu zabronionego, w tym formę potwierdzenia albo odmowy potwierdzenia okoliczności, o której mowa w art. 2 ust. 2 pkt 3 projektowanej ustawy; w tym zakresie należy przewidzieć w szczególności sposób poinformowania osoby wnioskującej o wyniku rozpatrzenia wniosku i ewentualnego udzielenia pouczenia co do możliwych dalszych czynności prawnych w przypadku odmownego rozpoznania wniosku;
- 6) ewentualną możliwość ponownego wystąpienia z wnioskiem, w przypadku jego nieuwzględnienia, ze wskazaniem przesłanek, których spełnienie uprawniałoby do takiego działania, przykładowo w przypadku ujawnienia nowych dowodów w sprawie.

2. Przepisy regulacyjne lub przepisy określające wymogi dotyczące świadczenia usług transgranicznych

W ocenie projektodawców projekt nie zawiera przepisów regulacyjnych lub przepisów określających wymogi dotyczące świadczenia usług transgranicznych w rozumieniu ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2023 r. poz. 334).