

Ustawa

z dnia ... 2020 roku

o bezpiecznym przerywaniu ciąży oraz o edukacji o zdrowiu i seksualności

Rozdział I

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa reguluje sprawy związane z dostępem do zabiegu przerywania ciąży, metod i środków zapobieganiu ciąży i ochrony zdrowia kobiet w ciąży oraz z edukacją o zdrowiu i seksualności.

Art. 2. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) prawa reprodukcyjne – prawa człowieka do decydowania swobodnie i odpowiedzialnie o liczbie, odstępach czasowych i momencie sprowadzenia na świat dzieci, do informacji, dostępu do środków, które to zapewniają oraz inne prawa związane ze zdrowiem reprodukcyjnym rozumianym jako stan pełnego dobrostanu w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami;
- 2) środki zapobiegania ciąży – wyroby medyczne i produkty lecznicze mające na celu niedopuszczenie do zapłodnienia lub zagnieżdżenia się zapłodnionej komórki jajowej w błonie śluzowej macicy;
- 3) przerywanie ciąży – świadczenie zdrowotne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, polegające na działaniu medycznym podejmowanym po zagnieżdzeniu się zapłodnionej komórki jajowej w błonie śluzowej macicy i

mającym na celu uniemożliwienie dalszego rozwoju zarodka lub płodu przy użyciu metod farmakologicznych, mechanicznych lub łączonych;

- 4) badania prenatalne – badania płodu przeprowadzone w okresie rozwoju wewnątrzmacicznego wykonywane na żądanie kobiety w ciąży lub ze względu na wskazania medyczne, mające na celu ustalenie istnienia i stopnia zaawansowania ciąży oraz stanu i prawidłowości rozwoju zarodka lub płodu, obejmujące procedury nieinwazyjne, procedury inwazyjne oraz badania cytogenetyczne i molekularne zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;
- 5) opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży – ogół świadczeń zdrowotnych i rzeczowych, w tym badania prenatalne i zajęcia w szkole rodzenia, na rzecz kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu;
- 6) świadczeniodawca – świadczeniodawca w rozumieniu art. 5 ust. 41 ustawy o świadczeniach.

Art. 3. 1. Każdy ma prawo do samostanowienia w dziedzinie rozrodczości w warunkach umożliwiających świadome decydowanie o rodzicielstwie.

2. Każdy ma prawo do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z prawa do świadomego rodzicielstwa.

Art. 4. 1. Organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego zapewniają realizację praw reprodukcyjnych.

2. Realizując zadania określone w ust. 1, organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego współpracują z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze praw reprodukcyjnych, w szczególności w sposób określony w art. 5, 5a, 5b i 5c ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2019 r. poz. 688).

Art. 5. 1. Organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego zapewniają kobiecie:

- 1) opiekę zdrowotną w okresie ciąży na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

2) pomoc materialną w okresie ciąży, porodu i połogu na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

3) dostęp do szczegółowych informacji na temat przysługujących kobiecie w ciąży uprawnień, zasiłków i świadczeń oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających opiece psychologicznej i społecznej, a także zajmujących się sprawami przysposobienia.

2. W celu prawidłowej realizacji ochrony zdrowia kobiet w ciąży, a w szczególności zapewnienia dostępności świadczeń, minister właściwy ds. zdrowia określi w drodze rozporządzenia szczegółowy zakres, formy i tryb udzielania informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 3, uwzględniając konieczność szerokiej dostępności informacji.

Art. 6. 1. Na wniosek uczącej się kobiety w ciąży szkoła lub uczelnia ma obowiązek udzielić jej urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji. Jeżeli ciąża, poród lub połóg uniemożliwia zaliczenie w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła lub uczelnia zobowiązana jest do wyznaczenia dodatkowego, dogodnego dla uczennicy terminu egzaminu, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy od ustania wskazanych przeszkód.

2. Zakres i formy oraz tryb udzielania pomocy, o której mowa w ust. 1, określa, w drodze rozporządzenia, Rada Ministrów, uwzględniając szczególne potrzeby edukacyjne, w tym formy nauczania zdalnego.

Art. 7. 1. Wprowadza się do podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, o której mowa w art. 47 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2019 r. poz. 1148), zwanej dalej „prawem oświatowym”, na I etapie edukacyjnym, obejmującym klasy I-III, treści nauczania obejmujące podstawową wiedzę o budowie anatomicznej człowieka, prozdrowotnym stylu życia i ochronie przed przemocą i wykorzystywaniem seksualnym.

2. Wprowadza się podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, o której mowa w art. 47 ust. 1 pkt 1 lit. b prawa oświatowego, na II etapie edukacyjnym, obejmującym klasy IV-VIII, oraz do podstaw programowych, o

których mowa w art. 47 ust. 1 pkt 1 lit. c-e prawa oświatowego, przedmiot „edukacja o zdrowiu i seksualności”.

3. Treści nauczania przedmiotu, o którym mowa w ust. 2, obejmują informacje na temat:

- 1) budowy anatomicznej człowieka, profilaktyki zdrowotnej, zdrowego odżywiania oraz ochrony zdrowia;
- 2) seksualności człowieka, świadomego decydowania o rodzicielstwie, równości płci oraz przeciwdziałania przemocy seksualnej.

4. Treści nauczania, o których mowa w ust. 1 i 3, dostosowane są do wieku, etapu rozwoju psychoseksualnego oraz zdolności poznawczych uczniów.

5. Kwalifikacje do nauczania przedmiotu, o którym mowa w ust. 2, posiada osoba, która ukończyła studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie, na kierunku (specjalności), którego program studiów obejmował zagadnienia wskazane w ust. 3 pkt 1, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne w rozumieniu art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2019 r. poz. 2215).

6. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia ustali, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób nauczania szkolnego i zakres treści, o których mowa w ust. 1-3, zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego oraz wprowadzi do systemu dokształcania i doskonalenia nauczycieli tematykę określoną w ust. 1 i 3, uwzględniając treści zawarte w podstawie programowej nauczania biologii.

Art. 8. 1. Organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego zapewniają każdemu swobodny dostęp do metod i środków zapobiegania ciąży.

2. Samorządy powiatowe tworzą i finansują punkty poradnictwa w ramach istniejących podmiotów leczniczych prowadzące edukację z zakresu świadomego rodzicielstwa i praw reprodukcyjnych oraz zapewniające dostęp do środków zapobiegania ciąży w ramach samorządowych programów zdrowia reprodukcyjnego będących programem polityki zdrowotnej, o którym mowa w art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Art. 9. 1. Kobieta w ciąży ma prawo do przerwania ciąży do końca 12. tygodnia trwania ciąży.

2. Kobieta w ciąży ma prawo do przerwania ciąży po upływie 12. tygodnia jej trwania w przypadku, gdy:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety w ciąży;
- 2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;
- 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie potwierdzone zaświadczeniem prokuratora, że ciąża jest następstwem czynu zabronionego.

3. Przerwanie ciąży dokonuje lekarz w możliwie najwcześniejszym stadium, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

4. W przypadku określonym w ust. 1 decyzję o przerwaniu ciąży podejmuje kobieta w ciąży.

5. W przypadkach określonych w ust. 2 pkt 1 i 2 kobieta w ciąży może zdecydować o przerwaniu ciąży po otrzymaniu informacji medycznej. Informacja medyczna powinna zostać przekazana niezwłocznie po jej uzyskaniu.

6. W przypadkach określonych w ust. 2 pkt. 2 przerwanie ciąży jest dopuszczalne do końca 24. tygodnia ciąży. W przypadku gdy upośledzenie lub choroba, o których mowa w ust. 2 pkt 2, uniemożliwia późniejszą zdolność płodu do życia poza organizmem kobiety w ciąży, przerwanie ciąży jest dopuszczalne bez ograniczeń.

7. W przypadkach określonych w ust. 2 pkt. 3 przerwanie ciąży jest dopuszczalne do końca 18. tygodnia ciąży.

8. Lekarz, który dokonuje zabiegu przerwania ciąży, udziela kobiecie informacji o środkach i metodach zapobiegania ciąży.

Art. 10. 1. Do przerwania ciąży w podmiocie leczniczym wymagana jest pisemna zgoda kobiety w ciąży. Zabieg przerwania ciąży dokonywany jest nie później niż 72 godziny po złożeniu zgody, o której mowa w zdaniu poprzedzającym.

2. W przypadku małoletniej kobiety w ciąży, z zastrzeżeniem ust. 3, lub kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie albo częściowo wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego.

3. Kobieta małoletnia, która ukończyła 15. rok życia, samodzielnie podejmuje decyzję o przerwaniu ciąży.

4. W przypadku kobiety małoletniej poniżej 15. roku życia, w razie braku zgody jej przedstawiciela ustawowego, o dopuszczalności przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży decyduje sąd opiekuńczy.

5. W przypadku kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo wymagana jest także jej pisemna zgoda, chyba że na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego. W razie braku zgody przedstawiciela ustawowego o dopuszczalności przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży decyduje sąd opiekuńczy.

Art. 11. Osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki zdrowotnej przysługuje prawo do zabiegu przerwania ciąży finansowanego ze środków publicznych w podmiocie leczniczym, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży.

Art. 12. Narodowy Fundusz Zdrowia tworzy listę lekarzy korzystających z prawa do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych związanych z przerywaniem ciąży na podstawie art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentystry”, w Biuletynie Informacji Publicznej, uwzględniając jej kwartalne aktualizacje.

Art. 13. 1. Świadczeniodawca, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie obejmującym świadczenia zdrowotne z zakresu opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży, jest zobowiązany do udzielania wszystkich wymaganych świadczeń, w tym przerwania ciąży.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do publicznego udostępnienia listy, o której mowa w art. 12 i aktualizowania tej listy co kwartał;

3. Narodowy Fundusz Zdrowia rozwiązuje ze świadczeniodawcą umowę, jeśli nie zapewnia on, pomimo możliwości, kompleksowych świadczeń zdrowotnych związanych z opieką zdrowotną nad kobietą w ciąży, w tym zabiegu przerwania ciąży, oraz nie realizuje obowiązków określonych w ust. 2.

4. 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, zapewniającej wykonanie tego świadczenia.

Rozdział II

Przepisy zmieniające i końcowe

Art. 14. W art. 927 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 2019 r. 1964 poz. 1145.) § 2 otrzymuje brzmienie:

„§ 2. Jednakże jako spadkobiercę można oznaczyć dziecko, które ma się urodzić, jeśli w chwili otwarcia spadku płód żyje. Dziedziczenie jest skuteczne, jeśli dziecko urodzi się żywe.”.

Art. 15. W art. 51 ustawy z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2019 r. poz. 821) po § 1 dodaje się § 1a w brzmieniu:

„1a. Jeżeli czyn określony w § 1 ma miejsce w pobliżu szkoły, szpitala lub innej placówki ochrony zdrowia, sprawca podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny.”

Art. 16. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

1. w art. 26:

a) ust. 1. otrzymuje brzmienie:

„1. Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla kobiety ciężarnej i płodu.”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Osoby ubezwłasnowolnione, żołnierze służby zasadniczej oraz osoby pozbawione wolności nie mogą uczestniczyć w eksperymentach badawczych.”;

2) w art. 32:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Jeżeli pacjent jest małoletni, z zastrzeżeniem ust. 2a, lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego.”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych z zakresu dziedziny ginekologii, urologii lub dermatologii pacjentowi będącemu osobą małoletnią, która ukończyła 15 lat, po uzyskaniu jego zgody. Oświadczenie o zgodzie pacjenta, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie wymaga kumulatywnej zgody ze strony jego rodzica lub innego opiekuna prawnego.”;

3) w art. 39 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2-3 w brzmieniu:

„2. Uprawnienie określone w ust. 1 nie dotyczy świadczeń zdrowotnych ani udzielenia informacji w zakresie zapobiegania ciąży oraz badań prenatalnych.

3. Lekarz może skorzystać z prawa określonego w ust. 1 pod warunkiem, że zgłosił to na piśmie w każdym podmiocie leczniczym lub do każdego świadczeniodawcy, z którym współpracuje, oraz do organu, który prowadzi rejestr indywidualnych praktyk lekarskich.”.

Art. 17. W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2019 r., poz. 1950) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 152 § 3 otrzymuje brzmienie: „§ 3. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1 lub 2, gdy płód osiągnął zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”;

2) w art. 153 § 2 otrzymuje brzmienie:

„§ 2. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1, gdy płód osiągnął zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.”;

3) w art. 156 po § 1 dodaje się § 1a w brzmieniu:

„§ 1a. Nie popełnia przestępstwa określonego w § 1 pkt 1 lekarz, jeżeli pozbawienie zdolności płodzenia jest następstwem zabiegu sterylizacji, wazektomii, koagulacji końcówek nasieniowodów lub podwiązania jajowodów przeprowadzonego za zgodą pacjenta.”;

4) uchyla się art. 157a.

Art. 18. W ustawie z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. z 2020 r. poz. 141) uchyla się art. 2.

Art. 19. W art. 23a ustawy z dnia z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2019 r. poz. 499 z późn. zm.) skreśla się ust. 1a.

Art. 20. W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 17 po ust. 1 dodaje się ust. 1a:

„1a. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 15 lat, ma prawo do wyrażenia samodzielnej zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalizacji ginekologicznej, urologicznej, endokrynologicznej, lub dermatologicznej lub psychiatrycznej lub świadczeń z zakresu opieki psychologicznej.”;

2) w art. 31:

a) 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.”,

- b) 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.”,
- c) uchyla się ust. 3,
- d) ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:
„4. W przypadku niespełnienia wymagań, o których mowa w ust. 2, sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła.
5. Komisja Lekarska, na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 21 dni od dnia wniesienia sprzeciwu, z zastrzeżeniem ust. 5a.”,
- e) po ust. 5 dodaje się ust. 5a-5c w brzmieniu:
„5a. W przypadku sprzeciwu wobec odmowy wykonania zabiegu przerwania ciąży, Komisja Lekarska wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wniesienia sprzeciwu.
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.”,
- f) 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.”.

Art. 21. W ustawie z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r. poz. 1200 z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) uchyla się art. 14;
- 2) po art. 43b dodaje się art. 43c w brzmieniu: „Art. 43c. Świadczeniobiorcom przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w produkty lecznicze dopuszczone do obrotu, wskazane w Charakterystyce Produktu Leczniczego do stosowania w antykoncepcji. Przepisy art. poprzedzających stosuje się odpowiednio.”

Art. 22. Minister właściwy do spraw zdrowia, wydając rozporządzenia na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190) oraz art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373), w szczególności rozszerzy program badań prenatalnych na badanie białka PAPP-A dla wszystkich kobiet w ciąży.

Art. 23. Traci moc ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.).

Art. 24. Ustawa wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

1. Potrzeba i cel uchwalenia ustawy

Niniejszy projekt jest już ósmym składanym w ostatnich latach. Wcześniej projekty składane były przez grupę posłów i posłanek klubów parlamentarnych Lewicy i Twojego Ruchu, a później przez komitety obywatelskie „Tak dla kobiet” oraz „Ratujmy kobiety”. Niniejszy projekt jest kontynuacją tamtych starań oraz działań podejmowanych przez kolejne pokolenia aktywistek.

Projektowana ustawa o bezpiecznym przerywaniu ciąży oraz o edukacji o zdrowiu i seksualności (dalej: „projekt ustawy”) ma na celu zagwarantować obywatelkom i obywatelom Polski realizację pełni praw reprodukcyjnych, w tym prawa do ochrony zdrowia, nauki i poszanowania prywatności w zakresie rozrodczości. Obowiązująca obecnie ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (dalej: „ustawa z 1993 roku”), którą niniejszy projekt ustawy uchyla i zastępuje, nie zapewnia należytej ochrony wzmiankowanych praw. Rażąco naruszenia prawa do ochrony zdrowia reprodukcyjnego i samostanowienia w sprawach prokreacji, jak też zaniedbania Polski w dostępie do edukacji seksualnej i nowoczesnych metod planowania rodziny, były wielokrotnie przedmiotem krytyki ze strony organizacji międzynarodowych stojących na straży praw człowieka. W sprawach tych wypowiedziały się między innymi organy Organizacji Narodów Zjednoczonych, w tym Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet w 2014 roku (CEDAW/C/POL/CO/7-8, pkt 37), Komitet Praw Dziecka w 2015 roku (CRC/C/POL/CO/3-4, pkt 39), Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych w 2016 roku (E/C.12/POL/CO/6, pkt 47) czy Komitet Praw Człowieka ONZ w 2016 roku (CCPR/C/POL/CO/7, pkt 24).

Aby zmienić ten stan rzeczy, w projekcie ustawy proponuje się:

- zagwarantowanie prawa do świadomego rodzicielstwa;
- zobowiązanie administracji rządowej i samorządu terytorialnego do zapewnienia realizacji praw reprodukcyjnych, w tym szczególne zobowiązanie do

- zapewnienia opieki zdrowotnej w okresie ciąży, pomocy materialnej w okresie ciąży, porodu i połogu oraz dostępu do informacji;
- zobowiązanie szkoły do udzielenia uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji;
 - zapewnienie rzetelnej edukacji o zdrowiu i seksualności w szkołach;
 - zobowiązanie administracji rządowej i samorządu terytorialnego do zapewnienia dostępu do metod i środków zapobiegania ciąży;
 - zagwarantowanie prawa do bezpiecznego przerwania ciąży do 12. tygodnia ciąży, a w szczególnych przypadkach także po 12. tygodniu ciąży;
 - wprowadzenie dodatkowych regulacji w zakresie tzw. „klauzuli sumienia”;
 - zniesienie odpowiedzialności karnej za wykonanie zabiegów ubezpłodnienia za zgodą pacjenta;
 - umożliwienie małoletnim pacjentom, którzy ukończyli 15 lat, wyrażenia samodzielnej zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalizacji ginekologicznej, urologicznej lub dermatologicznej;
 - rozszerzenie programu badań prenatalnych na badanie białka PAPP-A dla wszystkich kobiet w ciąży.

1.1. Edukacja o zdrowiu i seksualności

Obecnie uczniowie szkoły podstawowej (od czwartej klasy) i szkół ponadpodstawowych mogą uczęszczać na zajęcia edukacyjne „wychowanie do życia w rodzinie” (dalej: „WŻR”). Wprowadzenie WŻR do podstaw programowych stanowi realizację art. 4 ust. 1 ustawy z 1993 roku. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. z 2014 r. poz. 395, z późn. zm.; dalej: „rozporządzenie ws. WŻR”) zajęcia te są nieobowiązkowe oraz nie podlegają ocenie (§ 4 rozporządzenia ws. WŻR). Art. 4 ust. 3 ustawy z 1993 roku stanowi, że w

rozporządzeniu wydanym na jego podstawie ustalony powinien zostać zakres treści, o których mowa w ust. 1. Jednakże w rozporządzeniu ws. WZR treści te określone są nad wyraz lakonicznie – w § 1 ust. 1 powtórzono verbatim ich zakres z art. 4 ust. 1 ustawy z 1993 roku, a w § 1 wskazano, że realizacja tych treści powinna stanowić spójną całość z pozostałymi zadaniami wychowawczo-profilaktycznymi szkoły, a w szczególności wspierać wychowawczą rolę rodziny, promować integralne ujęcie ludzkiej seksualności i kształtować postawy prorodzinne, prozdrowotne i prospołeczne. Szczegółowe określenie wzmiankowanych treści znajduje się w rozporządzeniach w sprawie podstaw programowych kształcenia ogólnego dla poszczególnych typów szkół wydanych na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2019 r. poz. 1148; dalej: „prawo oświatowe”).

Zgodnie ze stanowiskiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego z 26 września 2014 roku, „edukacja seksualna jest ważna dla zdrowego rozwoju jednostki, promocji zdrowia seksualnego, zapobiegania różnym formom przemocy seksualnej, przygotowania do funkcjonowania w relacji małżeńskiej i partnerskiej oraz rodzicielskiej. W związku z tym edukacja seksualna powinna być częścią edukacji publicznej. Przykładem rzetelnego i proponującego adekwatne w naszym kraju rozwiązania programu edukacji seksualnej są Standardy Edukacji Seksualnej w Europie opracowane przez Biuro Regionalne WHO dla Europy i BZgA”. W ocenie projektodawców WDŻ nie przyczynia się dziś lub przyczynia w stopniu niewystarczającym do realizacji zadań, o których mowa w stanowisku PTS.

W opracowanej przez Biuro Regionalne WHO dla Europy i BZgA publikacji Standardy Edukacji Seksualnej w Europie wskazano, że programy dotyczące edukacji seksualnej można podzielić na trzy podstawowe typy:

- 1) „Programy, które przede wszystkim lub wyłącznie ukierunkowane są na zachowanie abstynencji seksualnej przed zawarciem związku małżeńskiego, określane hasłem «jak powiedzieć nie» albo «tylko abstynencja seksualna» (typ 1.).
- 2) Programy, w których zwraca się uwagę na abstynencję seksualną jako zachowanie opcjonalne, ale także przedstawiane są zasady antykoncepcji i bezpiecznego seksu. Programy te często określane są jako «ogólna edukacja

seksualna» w odróżnieniu od programów typu «tylko abstynencja seksualna» (typ 2.).

- 3) Programy zawierające elementy programów typu 2., ale przedstawiające je w szerszej perspektywie w odniesieniu do wzrostu i rozwoju osobniczego oraz seksualnego. Tego typu programy określane są w [cytowanym] opracowaniu jako «holistyczna edukacja seksualna» (typ 3.)”.

Jednocześnie wskazuje się, że ze względu na to, że treści ogólnej edukacji seksualnej przekazywane są także modelu holistycznym, „granica pomiędzy programami 2. i 3. typu nie jest wyraźna i przede wszystkim zależy od zastosowanej definicji”. Modelem jednoznacznie rekomendowanym w publikacji jest holistyczna edukacja seksualna.

Podstawy programowe WŹR pozytywnie wartościują jedynie abstynencję seksualną – na przykład jednym z wymagań szczegółowych wskazanych w podstawie programowej dla szkoły podstawowej jest to, że „potrafi wymienić argumenty biomedyczne, psychologiczne, społeczne i moralne za inicjacją seksualną w małżeństwie”; por. rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 356). Tym samym wpisują się one w typ 1. według podziału wskazanego w Standardach Edukacji Seksualnej w Europie, który – jak wynika z przeglądów systematycznych – nie jest skutecznym narzędziem w zapobieganiu niechcianym ciążom czy rozprzestrzenianiu się chorób przenoszonych drogą płciową. Podstawy programowe WŹR nie obejmują szeregu zagadnień, takich jak wymóg uzyskania obopólnej zgody na odbycie stosunku seksualnego, prawo do przerywania nieprzyjemnego lub niebezpiecznego kontaktu seksualnego, tożsamość płciowa i orientacja seksualna czy poczucie odpowiedzialności za przeciwdziałanie przemocy seksualnej.

Jednocześnie należy wskazać, że w obecnych podstawach programowych elementy edukacji zdrowotnej znalazły się w zakresie nauczania trzech przedmiotów:

biologii, wychowania fizycznego i edukacji dla bezpieczeństwa. Jakkolwiek edukacja zdrowotna ma i powinna zachować charakter interdyscyplinarny, wprowadzenie obowiązkowych odrębnych zajęć edukacyjnych na temat zdrowia pozwoliłoby na usystematyzowanie wiedzy i wzmocnienie prozdrowotnych postaw uczniów i uczennic.

1.2. Dostęp do metod i środków zapobiegania ciąży

Badania pokazują, że Polska znajduje się na ostatnim miejscu w Europie, jeśli chodzi o stosowanie nowoczesnych metod antykoncepcji. Ostatnie duże badanie przeprowadzone w 2013 roku, dotyczące stosowania różnych metod antykoncepcji wykazało, że nowoczesną antykoncepcję hormonalną stosuje zaledwie 23% kobiet, 6% ma założoną wkładkę domaciczną, a aż 1/3 kobiet nie stosuje żadnej metody antykoncepcyjnej (20% nie stosowało nigdy w życiu). Najpopularniejszą metodą zapobiegania ciąży jest stosowanie prezerwatywy. Wskazało ją 30% respondentek. 21% par stosuje tzw. metody naturalne, które w porównaniu z o znikomej skuteczności, np. kalendarzyk małżeński.

Przyczyną takiego stanu rzeczy jest utrudniony dostęp do informacji i poradnictwa, bezpodstawne powoływanie się przez lekarzy na klauzulę sumienia w celu odmowy wystawienia recepty na antykoncepcję, a także brak refundacji środków antykoncepcyjnych, co dla wielu kobiet stanowi barierę ekonomiczną. Na liście leków refundowanych znajdują się leki starszej generacji o działaniu antykoncepcyjnym, ale refundowane tylko w przypadku, gdy zostały zapisane z innych przyczyn, na przykład jako środki stosowane w leczeniu bolesnych miesiączek czy wahań hormonalnych cyklu. Kobiety poniżej 18. roku życia mają jeszcze bardziej ograniczony dostęp do antykoncepcji. Mimo że utrzymywanie kontaktów seksualnych od 15. roku życia jest dozwolone, to niepełnoletnie dziewczęta, by skorzystać ze świadczeń ginekologicznych, muszą uzyskać zgodę rodzica lub opiekuna.

Dostęp do antykoncepcji postkoitalnej (awaryjnej) został poważnie ograniczony wraz z wprowadzeniem zakazu sprzedaży octanu uliprystalu – znanego szerzej jako preparat ellaOne – bez recepty. Należy podkreślić, że w 2015, na podstawie rekomendacji Europejskiej Agencji Leków, Komisja Europejska podjęła decyzję o

dopuszczeniu preparatu ellaOne do sprzedaży bez recepty w krajach Unii Europejskiej. Octan uliprystalu jest skuteczny wyłącznie w przypadku zażycia go w pierwszych dniach po stosunku seksualnym. Ze względu na utrudniony dostęp do lekarza-ginekologa oraz bezpodstawne stosowanie przez część lekarzy tzw. „klauzuli sumienia”, ponowne wprowadzenie w 2017 roku wymogu zdobycia recepty na ellaOne stało się poważną barierą w dostępie do leku.

1.3. Prawo do przerwania ciąży

Ustawa z 1993 roku nie zapewnia dostatecznej możliwości realizacji praw reprodukcyjnych. Ustawa – wbrew zamierzeniom jej twórców – nie tylko nie zlikwidowała zjawiska przerywania ciąży, ale też przyczyniła się do rozwoju podziemia aborcyjnego w Polsce. Według danych organizacji pozarządowych w podziemiu aborcyjnym przeprowadza się każdego roku od 80 do 190 tys. zabiegów, w wielu przypadkach w warunkach zagrażających zdrowiu kobiet. Równoległe rozwinęło się zjawisko tzw. „turystyki aborcyjnej” – przerywania ciąży w sąsiadujących z Polską krajach.

Jednocześnie łamane jest prawo kobiet do przerywania ciąży w przypadkach, które ustawa z 1993 roku dopuszcza, czyli:

- a. gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej,
- b. badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu,
- c. zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku przestępstwa.

Część lekarzy, powołując się na klauzulę sumienia, odmawia wykonania zabiegu, jednocześnie lekceważąc towarzyszące temu wymogi, wyrażone w art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, to jest nie uzasadniają skorzystania z klauzuli sumienia, nie odnotowują tego faktu w dokumentacji medycznej ani nie informują swojego przełożonego.

Należy podkreślić, że zawarte w ustawie z 1993 roku przepisy antyaborcyjne są wyjątkowo restrykcyjne na tle prawodawstwa innych państw europejskich. Według stanu na 7 marca 2020 roku, przepisy regulujące prawo do zabiegu przerywania ciąży

kształtowały się w pozostałych państwach członkowskich Unii Europejskiej następująco:

1. prawo do przerwania ciąży na żądanie ciężarnej: Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Francja, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Niderlandy, Niemcy, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Włochy;
2. prawo do przerwania ciąży ze względów społeczno-ekonomicznych (de facto na żądanie): Finlandia;
3. całkowity zakaz przerywania ciąży (de facto możliwe jest przerwanie ciąży w przypadku zagrożenia życia ciężarnej): Malta.

Cypr i Irlandia, w których do niedawna obowiązywały przepisy antyaborcyjne równie lub bardziej restrykcyjne niż w Polsce, zagwarantowały prawo do przerwania ciąży w 2018 roku.

W 2016 r. Komitet ONZ ds. Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych zalecił Polsce, by zapewniła dostęp do bezpiecznej i legalnej aborcji, osiągalny w praktyce, zorganizowała opiekę poaborcyjną i wprowadziła efektywny mechanizm odwoławczy w przypadku korzystania przez lekarza z tzw. „klauzuli sumienia”. W tym samym roku Komitet Praw Człowieka ONZ wydał podobne rekomendacje, dodając, że dostęp do bezpiecznej i legalnej aborcji powinien być zapewniony na terenie całego kraju, a kobiety nie powinny być zmuszane do korzystania z niebezpiecznego podziemia aborcyjnego z powodu klauzuli sumienia lekarza lub zbyt długiej procedury odwoławczej. Zdaniem Komitetu Polska powinna zapewnić skuteczny dostęp do badań prenatalnych, skrócony czas rozpatrywania sprzeciwu pacjentki wobec odmowy lekarza przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży, mechanizm egzekwowania zaświadczeń od prokuratora o występowaniu podejrzenia, że ciąża jest wynikiem czynu zabronionego oraz rzetelną edukację seksualną i swobodny dostęp do antykoncepcji.

Naruszenia praw reprodukcyjnych, jakich się Polska dopuszcza w stosunku do swoich obywaterek, 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 poszkodowanych.

2. Projektowane rozwiązania

W **art. 1** projektu ustawy wskazano zakres przedmiotowy jego regulacji, tj. sprawy związane z dostępem do zabiegu przerwania ciąży, do metod i środków zapobiegania ciąży i ochrony zdrowia kobiet w ciąży oraz z edukacją o zdrowiu i seksualności człowieka.

Art. 2 definiuje pojęcia specyficzne dla ustawy, takie jak: prawa reprodukcyjne, środki zapobiegania ciąży, przerwanie ciąży, badania prenatalne, opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży i świadczeniodawca.

Art. 3 ust. 1 tworzy ustawową gwarancję prawa do samostanowienia w dziedzinie rozrodczości w warunkach umożliwiających świadome decydowanie o rodzicielstwie.

Ust. 2 uszczegóławia przepis ust. 1, gwarantując prawo do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z prawa do świadomego rodzicielstwa. Realizacji tych podstawowych zasad dotyczących praw reprodukcyjnych służą przepisy projektu ustawy zawarte w kolejnych artykułach. **Art. 4 ust. 1** stanowi, że organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego zapewniają realizację praw reprodukcyjnych. Jako realizację praw reprodukcyjnych należy rozumieć zarówno wypełnianie określonych w projekcie ustawy szczegółowych zadań wskazanych m.in. w art. 5-9, jak i stanie na straży praw reprodukcyjnych w ogóle życia społecznego.

Ust. 2 zobowiązuje organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego do współpracy z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze praw reprodukcyjnych celem realizacji przepisów zawartych w projekcie ustawy.

W **art. 5 ust. 1** precyzuje obowiązki organów administracji rządowej i samorządowej w zakresie opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży i udzielania jej pomocy. **Ust. 2** zawiera delegację ustawową dla ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie określenia zakresu, formy i trybu udzielania informacji na temat przysługujących kobiecie w ciąży uprawnień, zasiłków i świadczeń oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających opiece psychologicznej i społecznej, a także zajmujących się sprawami przysposobienia.

Art. 6 ust. 1 reguluje możliwość udzielenia uczennicy lub studentce w ciąży urlopu i pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji. Jest to przepis analogiczny do art. 2 ust. 3 ustawy z 1993 roku, przy czym rozszerza jego zakres podmiotowy na

osoby uczące się w szkołach wyższych. Celem zagwarantowania realizacji przepisów ust. 1 wprowadza się w **ust. 2** delegację ustawową dla Rady Ministrów do określenia zakresu i formy oraz trybu udzielania pomocy, o której mowa w ustępie poprzedzającym.

Art. 7 projektu ustawy dotyczy wprowadzenia w szkołach edukacji o zdrowiu i seksualności człowieka. **Ust. 1** wprowadza do podstawy programowej kształcenia ogólnego dla edukacji wczesnoszkolnej treści nauczania obejmujące podstawową wiedzę o budowie anatomicznej człowieka, prozdrowotnym stylu życia i ochronie przed przemocą i wykorzystywaniem seksualnym. **Ust. 2** wprowadza do podstaw programowych kształcenia ogólnego dla klas IV-VIII, liceum ogólnokształcącego, technikum i branżowej szkoły I stopnia przedmiot o nazwie edukacja o zdrowiu i seksualności. W jego ramach, zgodnie z **ust. 3**, uczniowie zapoznać się mają z treściami dotyczącymi budowy anatomicznej człowieka, profilaktyki zdrowotnej, zdrowego odżywiania, ochrony zdrowia, seksualności człowieka, świadomego decydowania o rodzicielstwie, równości płci i przeciwdziałania przemocy seksualnej. **Ust. 4** ustanawia zasadę, że treści nauczania, o których mowa w ust. 1 i 3, muszą być dostosowane do wieku, etapu rozwoju psychoseksualnego i zdolności poznawczych uczniów. Zgodnie z **ust. 5** wymaganą kwalifikacją do nauczania przedmiotu, o którym mowa w ust. 2, jest ukończenie studiów na kierunku, którego program studiów obejmował zagadnienia związane z budową anatomiczną człowieka, profilaktyką zdrowotną, zdrowym odżywianiem oraz ochroną zdrowia, oraz posiadanie przygotowania pedagogicznego. Art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2019 r. poz. 2215) stosuje się odpowiednio. **Ust. 6** zawiera delegację dla ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania i ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia szczegółowego sposobu nauczania szkolnego i zakresu treści, o których mowa w ust. 1-3, oraz wprowadzenia do systemu doksztalcania i doskonalenia nauczycieli tejże tematyki.

W **art. 8 ust. 1** zobowiązuje się organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego do zapewnienia swobodnego dostępu do metod i środków zapobiegania ciąży. **Ust. 2** konkretyzuje ten obowiązek w odniesieniu do samorządów powiatowych, zobowiązując je do utworzenia w ramach istniejących podmiotów leczniczych punktów poradnictwa prowadzących edukację z zakresu świadomego rodzicielstwa i praw

reprodukcyjnych oraz zapewniających dostęp do środków zapobiegania ciąży. Utworzenie i finansowanie wspomnianych punktów ma się odbywać w ramach samorządowych programów polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Art. 9-11 regulują sprawy związane z zabiegiem przerwania ciąży. **Art. 9 ust. 1** stanowi, że w przypadku, gdy nie zachodzą żadne dodatkowe przesłanki mogące wydłużyć ten okres, kobieta w ciąży ma prawo do jej przerwania do końca 12. tygodnia trwania ciąży. Przerwanie ciąży do 12. tygodnia uzależnione jest wyłącznie od woli kobiety w ciąży (**ust. 4**), z zastrzeżeniem art. 10 ust. 2. Od zasady zawartej w przepisie ust. 1 obowiązywać mają wyjątki, określone w **ust. 2**, w których ciąża może zostać przerwana po 12. tygodniu jej trwania. Będzie to możliwe, gdy:

1. ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety w ciąży (**ust. 2 pkt 1**) – po otrzymaniu informacji medycznej (**ust. 5**);
2. badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (**ust. 2 pkt 2**) – po otrzymaniu informacji medycznej (**ust. 5**), ale nie później niż do końca 24. tygodnia ciąży (**ust. 6 zdanie pierwsze**), chyba że upośledzenie lub choroba płodu uniemożliwiłoby mu późniejszą zdolność do życia poza organizmem kobiety – w takim wypadku ciążę przerwać można będzie do końca jej trwania (**ust. 6 zdanie drugie**);
3. zachodzi uzasadnione podejrzenie potwierdzone zaświadczeniem prokuratora, że ciąża jest następstwem czynu zabronionego (**ust. 2 pkt 3**) – do końca 18. tygodnia ciąży (**ust. 7**).

Zgodnie z **ust. 8** lekarz wykonujący zabieg przerwania ciąży udziela pacjentce informacji o środkach i metodach zapobiegania ciąży.

Art. 10 reguluje sposób wyrażenia przez kobietę w ciąży woli przerwania ciąży w podmiocie leczniczym i termin wykonania zabiegu. **Ust. 1 zdanie pierwsze** stanowi, że do przerwania ciąży w podmiocie leczniczym wymagana jest pisemna zgoda kobiety w ciąży. Zgodnie z **ust. 1 zdaniem drugim** zabieg przeprowadzany jest nie później niż 72 godziny po złożeniu zgody. **Ust. 2-5** określa wyjątki od zasady ustanowionej w ust. 1 zdaniu pierwszym. Zgodnie z **ust. 2** w przypadku małoletniej kobiety w ciąży

lub kobiety w ciąży ubezwłasnowolnionej całkowicie albo częściowo wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego, przy czym zgodnie z **ust. 3** małoletnia kobieta w ciąży, która ukończyła 15 lat, samodzielnie wyraża zgodę, a zgodnie z **ust. 5 zdaniem pierwszym** w przypadku kobiety w ciąży ubezwłasnowolnionej całkowicie albo częściowo oprócz zgody przedstawiciela ustawowego wymagana jest również pisemna zgoda samej ubezwłasnowolnionej kobiety, chyba że wyrażenie przez nią tej zgody jest niemożliwe ze względu na jej stan zdrowia. **Ust. 4 i ust. 5 zdanie drugie** określają, że w przypadku, gdy przedstawiciel ustawowy odpowiednio małoletniej kobiety, która nie ukończyła 15 roku życia, i kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie albo częściowo nie wyrazi zgody na zabieg przerwania ciąży, o możliwości przeprowadzenia zabiegu może zdecydować sąd opiekuńczy.

Art. 14-24 stanowią przepisy zmieniające i końcowe. Proponuje się, aby ustawa weszła w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

4. Źródła finansowania

Finansowanie skutków niniejszej ustawy powinno stanowić część dotacji budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia.

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. Konsultacje społeczne

Nie przeprowadzono formalnych konsultacji społecznych.

8. Założenia projektów podstawowych aktów wykonawczych

8.1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i formy oraz trybu udzielania informacji o ustawowych uprawnieniach w czasie trwania ciąży (art. 5 ust. 2 projektu ustawy)

W celu prawidłowej realizacji ochrony zdrowia kobiet w ciąży, a w szczególności zapewnienia dostępności świadczeń, minister właściwy ds. zdrowia określi w drodze rozporządzenia szczegółowy zakres, formy i tryb udzielania informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 3, uwzględniając konieczność szerokiej dostępności informacji. Minister powinien przede wszystkim uwzględnić przekazywanie informacji w formie elektronicznej.

8.2. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie zakresu i formy oraz trybu udzielania pomocy kobietom w ciąży uczącym się w szkole lub w szkole wyższej (art. 6 ust. 2)

W rozporządzeniu ustalony zostanie formularz wniosku uczącej się kobiety w ciąży do szkoły lub uczelni. Ponadto wskazany zostanie zakres urlopu oraz ułatwień w nauce, w szczególności w kontekście zmian terminów egzaminacyjnych oraz wprowadzania elementów nauczania zdalnego.

8.3. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie sposobu nauczania szkolnego i zakresu treści dotyczących edukacji o zdrowiu i seksualności (art. 7 ust. 6)

Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia ustali, szczegółowy sposób nauczania szkolnego i zakres treści obejmujący edukację o zdrowiu i seksualności, w szczególności wiedzę o budowie anatomicznej człowieka, prozdrowotnym stylu życia i ochronie przed przemocą i wykorzystywaniem seksualnym, uwzględniając treści zawarte w podstawie programowej nauczania biologii oraz podstawie kształcenia ogólnego.

8.4. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej oraz rozporządzenie w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla liceum ogólnokształcącego, technikum oraz branżowej szkoły II stopnia (art. 7 ust. 1-2)

Odpowiednie zmiany w rozporządzeniach, dostosowujące brzmienie aktów do ustawy.

8.5. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (art. 7 ust. 5)

Odpowiednie zmiany w rozporządzeniach, dostosowujące brzmienie aktów do ustawy.