



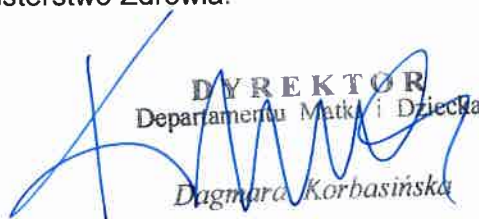
Ministerstwo Zdrowia
Departament Matki i Dziecka

Warszawa, 06-11-2015 r.

MD-P.0760.4.2015.AB

Koalicja na rzecz CEDAW
ul. Walecznych 26/5
03-916 Warszawa

Departament Matki i Dziecka uprzejmie przekazuje w załączeniu wypełnioną ankietę *Koalicji na rzecz CEDAW w sprawie realizacji przez rząd Zaleceń Komitetu CEDAW*. Jednocześnie zaznaczamy, że odpowiedzi w ankiecie obrazują działania i plany podejmowane dotychczas przez Ministerstwo Zdrowia.


DYREKTOR
Departamentu Matki i Dziecka
Dagmara Korbańska

**CEDAW – materiał na „okrągły stół” RPO w sprawie rekomendacji Komitetu CEDAW
w dniu 23-04-2015**

**Ankieta Koalicji na rzecz CEDAW w sprawie realizacji przez rząd Zaleceń Komitetu
CEDAW:**

1. Czy Ministerstwo Zdrowia rozważa podjęcie inicjatywy zmierzającej do nowelizacji ustawy z 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, żeby warunki przerywania ciąży były mniej restrykcyjne? pkt. 37 (a)

TAK

Jeśli tak, na czym będą polegały proponowane zmiany?

NIE

Jeśli nie, dlaczego?

Należy wskazać, że przepisy ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży regulujące przesłanki dopuszczające przeprowadzenie zabiegu przerywania ciąży zostały ustalone w wyniku długotrwałej dyskusji społecznej i wypracowanego kompromisu w tej sprawie, w związku z czym dotychczas nie planowano podjęcia inicjatywy zmierzającej do ich zmiany.

2. Jakie działania i kiedy Ministerstwo zamierza podjąć w celu złagodzenia ograniczeń dotyczących dopuszczalności przerywania ciąży, w szczególności rozwiązać problem niejednorodnej i restrykcyjnej interpretacji warunków dopuszczalności przerywania ciąży, która prowadzi do nadużywania przez placówki opieki zdrowotnej i lekarzy prawa do odmowy świadczenia przerywania ciąży, w tym do nadużywania tzw. klauzuli sumienia? (prosimy o informację, kto będzie adresatem podjętych działań, w jakim okresie będą one prowadzone i w jaki sposób zostanie oceniona ich skuteczność)

Zgodnie z art. 4a ust. 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;
- 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, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

Do przerywania ciąży jest wymagana pisemna zgoda kobiety. W przypadku małoletniej lub kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie jest wymagana pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku małoletniej powyżej 13. roku życia wymagana jest również jej pisemna zgoda. W przypadku małoletniej poniżej 13. roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii.

W przypadku kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest także pisemna zgoda tej osoby, chyba że na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego. W razie braku zgody przedstawiciela ustawowego, do przerywania ciąży jest wymagana zgoda sądu opiekuńczego.

W przypadkach, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej. W przypadku, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego przerwanie ciąży jest dopuszczalne, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni.

Ponadto ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży przewiduje, że osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej przysługuje prawo do bezpłatnego przerywania ciąży w podmiotach leczniczych. Wykaz świadczeń gwarantowanych związanych z przerywaniem ciąży jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520).

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerywania ciąży oraz stwierdzenia, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz. U. Nr 9, poz. 49) określono, iż przerywania ciąży może dokonać lekarz posiadający specjalizację pierwszego stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii. Ponadto 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.

KLAUZULA SUMIENIA:

Zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30 tejże ustawy, 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. Przywołany powyżej art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wskazuje, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Przykładem okoliczności, w których lekarz może powstrzymać się od udzielenia świadczenia, jest odmowa wykonania zabiegu przerywania ciąży.

Dotychczasowe brzmienie ww. przepisów będzie musiało ulec zmianie w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. akt K 12/14 ogłoszonym w dniu 16 października 2015 r. w Dzienniku Ustaw RP pod poz. 1633. Mocą tego wyroku z ww. dniem utraciły moc obowiązującą przepisy:

1) art. 39 zdanie pierwsze w związku z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2015 r. poz. 464) w zakresie, w jakim nakładały na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki”;

2) art. 39 zdanie pierwsze ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w zakresie, w jakim nakładały 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.

Powyższe oznacza, że od dnia 16 października 2015 r.:

1) w przypadkach niecierpiących zwłoki, które wymagają udzielenia świadczenia zdrowotnego, a nie stanowią niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz będzie mógł odmówić udzielenia tego świadczenia zdrowotnego z powołaniem na „klauzulę sumienia”. Dla przykładu lekarz będzie mógł odmówić terminacji ciąży, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu oraz zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (gdyż w tych przypadkach nie zachodzi niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia matki);

2) pacjent może nie uzyskać informacji, gdzie może dane świadczenia uzyskać (w przypadku odmowy jego udzielenia z uwagi na skorzystania przez lekarza z klauzuli sumienia), bo nikt nie będzie obowiązany do jej udzielenia.

Ogłoszenie ww. wyroku pociąga za sobą konieczność zmiany dotychczasowych przepisów regulujących kwestię powoływania się przez lekarzy na tzw. „klauzulę sumienia” poprzez zapewnienie z jednej strony odpowiedniego wdrożenia wyroku z drugiej zaś zabezpieczenia praw pacjentów.

ODMOWA DOSTĘPU DO ZABIEGU PRZERWANIA CIĄŻY A INSTYTUCJA SPRZECIWU WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA

Ochronę praw pacjentów m.in. w przypadku odmowy wykonania zabiegu przerwania ciąży w okolicznościach określonych przepisami ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży zapewniają regulacje zawarte w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.). Przepisy ostatniej z ww. ustaw, dają pacjentom prawo zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza i określają zasady skorzystania z tego środka.

Zgodnie z przepisami powyższej ustawy, jakkolwiek sprzeciw wobec opinii lub orzeczenia wydanego przez lekarza lub lekarza dentystrę może być wniesiony do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, w przypadku gdy powyższa opinia lub orzeczenie lekarskie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Termin na wniesienie sprzeciwu wynosi 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania

przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, na które wpływ ma będące przedmiotem sprzeciwu orzeczenie lub opinia lekarza. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu.

Pozytywnym dowodem właściwego funkcjonowania instytucji sprzeciwu jest następujący przypadek. W dniu 30 lipca 2013 r. do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło pismo od pacjentki w przedmiocie sprzeciwu od opinii lekarskiej stwierdzającej brak warunków dopuszczalności przerwania ciąży na podstawie wspomnianej ustawy z 1993 r. Sprzeciw ten spełniał wymogi formalne określone w art. 31 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Trzyosobowa Komisja Lekarska została powołana bardzo szybko, bo już w dniu 1 sierpnia 2013 r. Posiedzenie Komisji Lekarskiej odbyło się w siedzibie Rzecznika Praw Pacjenta w dniu 7 sierpnia 2013 r. Pacjentkę poinformowano, iż przysługuje jej prawo do udziału w posiedzeniu z czego pacjentka nie skorzystała. Komisja Lekarska jednogłośnie orzekła zasadność zaskarżonej przez pacjentkę opinii lekarskiej, tj. brak warunków dopuszczalności przerwania ciąży. O zapadłym orzeczeniu pacjentka została poinformowana.

Powyższy przykład dobitnie wskazuje, iż instytucja sprzeciwu, jak najbardziej czyni zadość wymogowi istnienia, szczegółowo uregulowanego w prawie i skutecznego w praktyce środka odwoławczego od niezadowolającej pacjentkę opinii lekarskiej, także w zakresie spełnienia warunków dopuszczalności legalnej aborcji.

Należy również wskazać, że w 2014 r. do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęły łącznie 34 sprzeciwu. Dwa z nich dotyczyły warunków dopuszczalności przerwania ciąży, na podstawie art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży i zostały rozpatrzone przez Komisję Lekarską.

Jednocześnie, należy podkreślić, że w 2014 r. procedowany były *założenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw* (założenia w dniu 27 stycznia 2015 r. przyjęte zostały przez Radę Ministrów). *Założenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, obejmują swoim zakresem również przepisy dotyczące sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Propozycje zmian w tym zakresie odpowiadają postulatom organizacji pozarządowych, w szczególności Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Należy podkreślić, że szczegółowe dyskusje na ten temat były podejmowane w ramach prac Zespołu do spraw Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, do których zaproszeni zostali przedstawiciele organizacji pozarządowych (FEDERA, Amnesty International i Helsińska Fundacja Praw Człowieka). Zapisy założeń uwzględniają wypracowane w trakcie tych dyskusji ustalenia i wnioski.

Zmiany uwzględnione w założeniach do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw:

- 1) zaproponowano uproszczenie instytucji sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, przez odstąpienie od wymogu wskazania w sprzeciwie przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjenta, na które opinia albo orzeczenie ma wpływ.

Propozycja zmiany w tym zakresie uwzględnia postulaty Zespołu do spraw Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, wskazującego, że ustawodawca postawił przed osobami zamierzającymi skorzystać z prawa sprzeciwu zbyt duże wymaganie, jakim jest wskazanie przepisu prawa, z którego wynikają określone prawa i obowiązki pacjenta, pod rygorem zwrotu sprzeciwu bez rozpatrzenia. Należy zauważyć, że wśród, określonych w kodeksie postępowania cywilnego, wymogów formalnych jakie powinien spełniać pozew, nie wymienia się wymogu wskazania przez powoda podstawy prawnej jego twierdzeń.

2) zaproponowano doprecyzowanie, że sprzeciw przysługuje także w przypadku odmowy wydania opinii lub orzeczenia, a także odmowy skierowania na badania diagnostyczne, jeśli są one niezbędne do wydania takiej opinii lub orzeczenia.

Dla skuteczności takiego sprzeciwu odmowa powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta, dlatego też zaproponowano wprowadzenie ustawowego obowiązku dokonywania stosownych adnotacji w tym zakresie.

3) zaproponowano skrócenie do 10 dni terminu wydania przez Komisję Lekarską orzeczenia w wyniku złożenia przez pacjenta sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.

Wskazany w obecnie obowiązujących przepisach termin (30 dni) może być w niektórych przypadkach zbyt długi, przez co pacjent jest de facto pozbawiony możliwości skutecznego skorzystania z instytucji sprzeciwu. Dotyczy to np. przypadku, gdy przedmiotem sprzeciwu jest opinia albo orzeczenie lekarskie mające wpływ na prawo do przerwania ciąży, z uwagi na fakt, iż ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* określa czas, w jakim przerwanie ciąży jest dopuszczalne.

4) zaproponowano przeniesienie do ustawy przepisu umożliwiającego pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu uczestnictwo w posiedzeniu Komisji Lekarskiej, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, oraz udzielanie informacji i wyjaśnień w sprawie.

Obecnie regulacja taka wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. *w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. Nr 41, poz. 244).

5) zaproponowano ponadto wprowadzenie przepisu zapewniającego pacjentowi możliwość ustanowienia pełnomocnika w postępowaniu przed Komisją Lekarską.

6) w celu uproszczenia procedury wnoszenia sprzeciwu i ułatwienia zainteresowanym pacjentom korzystania z tego prawa, zaproponowano wprowadzenie możliwości składania sprzeciwu w postaci elektronicznej przez Elektroniczną Platformę Usług Administracji Publicznej (ePUAP).

7) zaproponowano jednoznaczne określenie w ustawie statusu orzeczenia wydanego przez Komisję Lekarską.

W celu zapewnienia skuteczności instytucji sprzeciwu zaproponowano, aby orzeczenie wydane przez Komisję Lekarską zastępowało opinię lub orzeczenie będące przedmiotem sprzeciwu.

Należy wskazać, że zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą na podstawie przyjętych przez Radę Ministrów *założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw* opracowano stosowny projekt ustawy (tj. *projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*). Projekt był przedmiotem uzgodnień międzyresortowych oraz konsultacji publicznych i opiniowania.

Poza scharakteryzowanym powyżej prawem do wniesienia sprzeciwu należy wskazać, że przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w celu ochrony praw pacjenta ustanowiony został Rzecznik Praw Pacjenta. Do zakresu działania Rzecznika należy:

- 1) prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- 2) prowadzenie postępowań w trybie art. 50-53 ustawy;
- 3) w sprawach cywilnych wykonywanie zadań określonych w art. 55 ustawy;
- 4) opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;
- 5) występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta;
- 6) opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;
- 7) współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
- 8) przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta;
- 9) współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;
- 10) analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
- 11) wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów.

Należy zaznaczyć, że w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta w celu ułatwienia kontaktu z zainteresowanymi działa ogólnopolska bezpłatna infolinia. Infolinia stanowi narzędzie działań informacyjno-edukacyjnych Rzecznika. Dzięki niniejszej formie działalności, pracownicy Biura mają możliwość udzielania znacznie szybciej i skuteczniej pomocy, w szczególności przekazania niezbędnych informacji w zakresie praw pacjenta oraz podjęcia właściwych działań w celu rozwiązania zgłaszanego problemu.

3. *Jakie kroki zostaną podjęte, w ramach nowelizacji ustawy z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w celu zwiększenia skuteczności środków odwoławczych umożliwiających kobietom podważenie decyzji odmownej w sprawie przeprowadzenia aborcji?*

W dniu 27 stycznia 2015 r. przyjęte zostały przez Radę Ministrów *założenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*. Zmiany uwzględnione w *założeniach do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*:

- 1) zaproponowano uproszczenie instytucji sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, przez odstąpienie od wymogu wskazania w sprzeciwie przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjenta, na które opinia albo orzeczenie ma wpływ.

Propozycja zmiany w tym zakresie uwzględnia postulaty Zespołu do spraw Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, wskazującego, że ustawodawca postawił przed osobami zamierzającymi skorzystać z prawa sprzeciwu zbyt duże wymaganie, jakim jest wskazanie przepisu prawa, z którego wynikają określone prawa i obowiązki pacjenta, pod rygorem zwrotu sprzeciwu bez rozpatrzenia. Należy zauważyć, że wśród, określonych w kodeksie postępowania cywilnego, wymogów formalnych jakie powinien spełniać pozew, nie wymienia się wymogu wskazania przez powoda podstawy prawnej jego twierdzeń.

- 2) zaproponowano doprecyzowanie, że sprzeciw przysługuje także w przypadku odmowy wydania opinii lub orzeczenia, a także odmowy skierowania na badania diagnostyczne, jeśli są one niezbędne do wydania takiej opinii lub orzeczenia.

Dla skuteczności takiego sprzeciwu odmowa powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta, dlatego też zaproponowano wprowadzenie ustawowego obowiązku dokonywania stosownych adnotacji w tym zakresie.

- 3) zaproponowano skrócenie do 10 dni terminu wydania przez Komisję Lekarską orzeczenia w wyniku złożenia przez pacjenta sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.

Wskazany w obecnie obowiązujących przepisach termin (30 dni) może być w niektórych przypadkach zbyt długi, przez co pacjent jest de facto pozbawiony możliwości skutecznego skorzystania z instytucji sprzeciwu. Dotyczy to np. przypadku, gdy przedmiotem sprzeciwu jest opinia albo orzeczenie lekarskie mające wpływ na prawo do przerwania ciąży, z uwagi na fakt, iż ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* określa czas, w jakim przerwanie ciąży jest dopuszczalne.

- 4) zaproponowano przeniesienie do ustawy przepisu umożliwiającego pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu uczestnictwo w posiedzeniu Komisji Lekarskiej, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, oraz udzielanie informacji i wyjaśnień w sprawie.

Obecnie regulacja taka wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. *w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. Nr 41, poz. 244).

- 5) zaproponowano ponadto wprowadzenie przepisu zapewniającego pacjentowi możliwość ustanowienia pełnomocnika w postępowaniu przed Komisją Lekarską.
- 6) w celu uproszczenia procedury wnoszenia sprzeciwu i ułatwienia zainteresowanym pacjentom korzystania z tego prawa, zaproponowano wprowadzenie możliwości składania sprzeciwu w postaci elektronicznej przez Elektroniczną Platformę Usług Administracji Publicznej (ePUAP).
- 7) zaproponowano jednoznaczne określenie w ustawie statusu orzeczenia wydanego przez Komisję Lekarską.

W celu zapewnienia skuteczności instytucji sprzeciwu zaproponowano, aby orzeczenie wydane przez Komisję Lekarską zastępowało opinię lub orzeczenie będące przedmiotem sprzeciwu.

Należy wskazać, że zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą na podstawie przyjętych przez Radę Ministrów *założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw* opracowano stosowny projekt ustawy (tj. *projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*). Projekt był przedmiotem uzgodnień międzyresortowych oraz konsultacji publicznych i opiniowania.

4. Kiedy i w jakim trybie Ministerstwo zleci, wesprze i sfinansuje badania, analizy i gromadzenie danych na temat skali, przyczyn i skutków niebezpiecznych i nielegalnych aborcji oraz ich wpływu na zdrowie i życie kobiet?

Dane dotyczące wykonywanych zabiegów przerwania ciąży są gromadzone w oparciu o sprawozdania opracowywane w związku z realizacją Programu badań statystycznych statystyki publicznej na dany rok. Zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 13 września 2013 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2013, w formularzach MZ-24 oraz MZ-29 są prezentowane dane obejmujące zabiegi przerwania ciąży w podziale na przedział wiekowy kobiet oraz na przyczynę dokonania zabiegu (tj. z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki, w wyniku badań prenatalnych, w wyniku czynu zabronionego).

Przedmiotowe dane z przyczyn obiektywnych, tj. z uwagi na pozaprawny charakter tego zjawiska, nie uwzględniają liczby zabiegów przerwania ciąży dokonanych w sposób nielegalny. Zjawisko to jest trudne do zbadania. Częstokwym jego odzwierciedleniem jest wynik działań organów ścigania oraz wymiaru sprawiedliwości. Należy jednak zaznaczyć, że działania te polegają na prowadzeniu i nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w zakresie czynów zabronionych stypizowanych w przepisach ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), zwanej dalej „k.k.”, tj. m.in. takich, w których przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia i bezpośrednio po urodzeniu. Informacje na temat liczby postępowań prowadzonych w 2012 r. dotyczących m.in. przerywania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.) oraz przerwania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerwania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.) zostały przedstawione w pkt 4.1 rozdziału IV niniejszego Sprawozdania. Zaprezentowane zostały w nim również dane na temat liczby spraw zakończonych w 2013 r. aktem oskarżenia oraz liczby osób prawomocnie skazanych.

Jak podkreślono powyższe dane obrazują zjawisko przerywania ciąży z naruszeniem przepisów prawa jedynie w sposób wyrywkowy, odnoszą się bowiem wyłącznie do przypadków objętych już działaniami jednostek organizacyjnych prokuratury. Niemniej jednak wyłącznie takie dane mają charakter oficjalny.

5. *Komitet podkreślił potrzebę przyjmowania tymczasowych środków szczególnych w celu wdrożenia konwencji CEDAW w pkt. 20-21 Wniosków końcowych.*

Czy Ministerstwo planuje przyjęcie tymczasowych środków szczególnych, przewidzianych jest art. 4 Konwencji CEDAW, w celu ułatwienia kobietom dostępu do świadczeń przerywania ciąży i, tym samym, w celu zmniejszenia dyskryminacji kobiet w dostępie do opieki zdrowotnej?

Jak wskazano powyżej istnieje konieczność zmiany przepisów regulujących umożliwiających lekarzom odstąpienie od udzielenia świadczenia niezgodnego z sumieniem, (tj. tzw. klauzuli sumienia). Podjęte w tym zakresie działania będą miały na celu z jednej strony zapewnienie pełnego wykonania wyroku Trybunału Konstytucyjnego, z drugiej zaś ochronę praw pacjentów.

6. *Jakie kroki podejmie Ministerstwo w celu usunięcia barier, które utrudniają kobietom i dziewczętom dostęp do nowoczesnych i skutecznych metod antykoncepcyjnych?*

a. *Kiedy środki i metody antykoncepcyjne zostaną objęte refundacją w sposób, które zapewni dziewczętom i kobietom dostęp do nowoczesnych i skutecznych metod antykoncepcji dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb?*

Zasady i tryb dopuszczania do obrotu produktów leczniczych, z uwzględnieniem w szczególności wymagań dotyczących jakości, skuteczności i bezpieczeństwa ich stosowania, oraz warunki obrotu produktami leczniczymi określa ustawa z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.). Przepisy wskazanej ustawy regulują procedury dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Organem uprawnionym do wydania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu jest Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Podstawą decyzji o wydaniu pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego jest jego udowodniona jakość, skuteczność oraz bezpieczeństwo stosowania. Każdy podmiot składający wniosek o dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego ma obowiązek przedstawić dokumentację odnośnie wyników badań dokumentującą jego jakość, bezpieczeństwo i skuteczność. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu określa m.in. kategorię dostępności produktu leczniczego, która jest ustalana w trakcie procesu rejestracji.

Ustalenie kategorii dostępności produktów leczniczych jest podyktowane względami bezpieczeństwa pacjenta, gdyż zgodnie z § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz. U. Nr 206, poz. 1292) produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „wydawane z przepisu lekarza – Rp” w przypadku, gdy:

- 1) może stanowić bezpośrednie lub pośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego, nawet wówczas, gdy jest stosowany prawidłowo bez nadzoru lekarskiego, lub
- 2) może być często stosowany nieprawidłowo, czego wynikiem może być bezpośrednie lub pośrednie zagrożenie zdrowia ludzkiego, lub
- 3) zawiera substancje, których działanie lecznicze lub niepożądane działania wymagają dalszych badań, lub
- 4) jest przeznaczony do podawania pozajelitowego.

W świetle przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) objęcie refundacją produktu leczniczego następuje na

wniosek Podmiotu Odpowiedzialnego. W przypadku wpłynięcia takiego wniosku do ministra właściwego do spraw zdrowia, mając na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję administracyjną o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu, przy uwzględnieniu następujących kryteriów:

1. stanowiska Komisji Ekonomicznej;
2. rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych;
3. istotności stanu klinicznego, którego dotyczy wniosek o objęcie refundacją;
4. skuteczności klinicznej i praktycznej;
5. bezpieczeństwa stosowania;
6. relacji korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania;
7. stosunku kosztów do uzyskanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym;
8. konkurencyjności cenowej;
9. wpływu na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych ze środków publicznych i świadczeniobiorców;
10. istnienia alternatywnych technologii medycznych, w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania;
11. wiarygodności i precyzji oszacowań kryteriów;
12. priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
13. wysokości progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności PKB na jednego mieszkańca (...),

– biorąc pod uwagę inne możliwości do stosowania w danym stanie klinicznym procedury medyczne, które mogą być zastąpione przez wnioskowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny.

Zgodnie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych Minister Zdrowia ogłasza w drodze obwieszczenia wykazy leków refundowanych w stosunku, do których wydano ostateczne decyzje administracyjne o objęciu refundacją. Obwieszczenia te są wydawane raz na dwa miesiące.

Na podstawie obwieszczeń wydanych w 2014 r. w okresie sprawozdawczym refundacją objęte były m.in. następujące leki, które mają również działanie antykoncepcyjne:

- Levomine,
- Microgynon 21,
- Rigevidon,
- Stediril 30,
- Cyprodiol,
- OC-35,
- Syndi-35,
- Diane-35,

– Cyprest.

Wymienione powyżej leki były umieszczone są w grupie limitowej „Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron”. Preparaty te były dostępne przy poziomie odpłatności 30%, we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji. Produkty dostępne były dla pacjenta w cenie od 2,49 zł do 23,47 zł.

W 2014 r. ww. produkty lecznicze zostały zrefundowane w liczbie 1 120 285 sztuk opakowań za łączną kwotę 9 379 146 zł. Biorąc pod uwagę różnorodne działanie wymienionych produktów leczniczych nie jest możliwym określenie, jaka liczba i kwota z ww. może stanowić wskazanie tylko antykoncepcyjne.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że na polskim rynku jest dostępny, obok preparatów refundowanych, również szeroki wachlarz hormonalnych środków antykoncepcyjnych w postaci nowoczesnych tabletek doustnych o różnym składzie i zawartości hormonów, w tym również środki hormonalne stosowane „po stosunku” zawierające lewonorgestrel (Escapelle) jak i nowoczesne systemy transdermalne, które nie są objęte refundacją. W związku z powyższym ceny tych środków różnią się między poszczególnymi podmiotami na rynku sprzedaży detalicznej.

Ponadto, przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest finansowane również wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej. W załączniku nr 5a do zarządzenia nr 82/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zastała umieszczona procedura wprowadzenia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej w zakresie świadczeń ginekologii dla dziewcząt, położnictwa i ginekologii, leczenia AIDS oraz endokrynologii.

Dodatkowo bez recepty są dostępne m.in. środki plemnikobójcze w postaci globulek dopochwowych oraz prezerwatywy. Ostatnie z wymienionych powyżej środków, tj. prezerwatywy, są jednocześnie podstawową metodą antykoncepcji dla mężczyzn. Obecnie, w związku z przeprowadzonymi z powodzeniem zabiegami przywrócenia płodności po wazektomii, toczą się dyskusje na temat jej dopuszczalności jako metody antykoncepcji w Polsce.

Należy również wskazać, że Ministerstwo Zdrowia wprowadziło ograniczenie w dostępności tabletek ellaOne bez recepty. Na mocy rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych wprowadzono granicę wiekową, od której będzie można nabyć bez recepty produkt leczniczy z grupy ATC G03A - hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego, posiadający kategorię dostępności „OTC” (EllaOne). Średni wiek rozpoczęcia cyklu menstruacyjnego dla dziewcząt w Polsce wynosi 12,5 lat. Dopełnienie procesu dojrzewania biologicznego trwa jeszcze średnio około 2 lat. Zakończenie okresu dojrzewania płciowego czyli osiągnięcie wieku rozrodczego przez dziewczęta osiągane jest średnio po ukończeniu 15. roku życia. Stosowanie leków antykoncepcyjnych wskazane jest dla osób w wieku rozrodczym, a tym samym zasadne jest ograniczenie wiekowe dostępności do tych leków dla populacji dzieci i młodzieży przed zakończeniem dojrzewania płciowego, które winno być uzasadniane wyłącznie względami medycznymi, pod nadzorem lekarza.

Mając na uwadze powyższe, wprowadzono dolną granicę wiekową uprawniającą do zakupu produktów leczniczych z grupy ATC G03 A - hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego, posiadających kategorię dostępności „OTC”. Za granicę tę przyjęto ukończony 15. rok życia.

Decyzja o sprzedaży ellaOne bez recepty została podjęta przez Komisję Europejską, która w procedurze centralnej wydała nowe pozwolenie na sprzedaż tabletek na terenie całej Unii Europejskiej, zmieniając kategorię ich dostępności.

b. W jaki sposób Ministerstwo uwzględnia w polityce zdrowotnej potrzeby kobiet o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, w tym korzystających z pomocy społecznej? Czy, w tym zakresie planuje w tym celu współpracę z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej?

Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia z dnia 2 kwietnia 1997 r. każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, **niezależnie od ich sytuacji materialnej**, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Ustawą tą jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) Zgodnie z art. 15 tejże ustawy świadczeniobiorcy mają, na zasadach w niej określonych, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczenia udzielane są świadczeniobiorcom w sposób wysoce zindywidualizowany, tj. konkretnej osobie w odpowiedzi na jej specyficzne potrzeby zdrowotne, które są warunkowane różnymi czynnikami, w tym m.in. płcią pacjenta czy też jego niepełnosprawnością. Warunkowanie dostępu do świadczeń zdrowotnych statusem społecznym, czy też sytuacją materialną, stanowiłoby naruszenie ustawy zasadniczej i było wyrazem dyskryminacji.

c. Jakie działania podejmie Ministerstwo w celu zapewnienia dostępności środków antykoncepcyjnych, w tym antykoncepcji po stosunku wszystkich aptekach w kraju?

Informacje na temat antykoncepcji zostały opisane w pkt a.

Odnosząc się do antykoncepcji doraźnej należy wskazać, że co do zasady środki te są wydawane – poza jednym przypadkiem - z przepisu lekarza. Szczegółowe dane na temat m.in.:

- składu jakościowego i ilościowego w odniesieniu do substancji czynnych oraz tych substancji pomocniczych, w przypadku których informacja ta jest istotna dla właściwego podawania danego produktu leczniczego;
- postaci farmaceutycznej;
- danych klinicznych (w tym obejmujących: wskazania do stosowania, dawkowanie i sposób podawania, przeciwwskazania, specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności przy stosowaniu, interakcje z innymi produktami leczniczymi lub inne formy interakcji, stosowanie w czasie ciąży lub karmienia piersią, wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie urządzeń mechanicznych, działania niepożądane, przedawkowanie, w tym jego objawy, sposób postępowania przy udzielaniu natychmiastowej pomocy oraz antidota);

- właściwości farmakologicznych;
- danych farmaceutycznych

zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego, która stanowi podstawę informacji przygotowywanej dla personelu fachowego odnośnie bezpiecznego i skutecznego stosowania produktu leczniczego.

Lekarz ma prawo ordynować leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które są dopuszczone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach, oraz wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.).

W realizacji przedmiotowego prawa lekarz kieruje się nadrzędnym obowiązkiem wykonywa zawodu, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, a także zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Podkreślenia wymaga bowiem fakt, że preskrypcja recept lekarskich jest uzależniona od wskazań medycznych i w żadnym razie nie można zgodzić się z postulatem wystawiania recepty przez lekarza innej specjalności. Podobnie, nie może zgodzić się z zasadnością postulatu wystawiania recept „na żądanie” pacjenta, niezależnie od tego, jakiego produktu leczniczego pacjent będzie się domagał od lekarza.

W świetle powyższego zaordynowanie pacjentce dopuszczonego do obrotu w Polsce produktu leczniczego będącego środkiem antykoncepcji, w tym antykoncepcji doraźnej, należy do wyłącznej właściwości lekarza kierującego się względami medycznymi oraz odpowiednimi danymi właściwymi dla tego produktu leczniczego. Każdorazowo konieczna jest zatem szczegółowa analiza nie tylko wskazań medycznych do podania danego środka (w tym również przeciwwskazań do jego zaordynowania), ale także weryfikacja informacji na temat dostępnych produktów leczniczych celem dokonania najlepszego w danej sytuacji wyboru.

Należy przy tym wskazać, że jedna z organizacji wchodzących w skład Koalicji Organizacji Pozarządowych CEDAW, tj. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, wniosła w 2013 r. do Ministra Zdrowia o polecenie konsultantowi krajowemu w dziedzinie położnictwa i ginekologii opracowania stanowiska na temat środków antykoncepcji doraźnej, które stanowiłoby wytyczne do stosowania przez lekarzy przy ordynowaniu przedmiotowych środków. W świetle powyższych informacji należy jednak wskazać, że trudno jest mówić o opracowaniu takiego generalnego stanowiska na temat wszystkich środków antykoncepcji doraźnej (ich właściwości, składzie oraz celu w jakim mogą być stosowane, a także skutkach ich działania), jako że wskazane dane, które miałyby w takim stanowisku być uwzględnione odnoszą się partykularnie do konkretnego produktu leczniczego. Każdy z tych produktów jest dopuszczony do obrotu osobno i również osobno funkcjonuje na rynku, stąd uogólnienia w tym zakresie byłyby niewskazane. Myląca byłaby również ogólna charakterystyka wskazań do stosowania tych produktów, gdyż wymaga ona każdorazowego odniesienia do indywidualnego przypadku osoby, której produkt ma zostać zaordynowany. Ponadto, stanowisko takie mogłoby być interpretowane jako ostateczne, a de facto byłoby one

aktualne na dzień jego wydania. Należy bowiem mieć na względzie ewentualność dopuszczenia do obrotu nowych produktów leczniczych o rozważanym charakterze.

Jednocześnie istotnym jest również fakt, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Jest zatem zobowiązany do przekazania tychże informacji również w przypadku doboru właściwych środków antykoncepcji, w tym antykoncepcji doraźnej. Pacjent powinien zostać bowiem poinformowany o kryteriach przedmiotowego wyboru, w tym także dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania oraz powodach. Prawo pacjenta do uzyskania tychże informacji określają przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.).

EllaOne

Decyzja o sprzedaży EllaOne bez recepty została podjęta przez Komisję Europejską, która w procedurze centralnej wydała nowe pozwolenie na sprzedaż tabletek na terenie całej Unii Europejskiej, zmieniając kategorię ich dostępności.

Ministerstwo Zdrowia wprowadziło ograniczenie w dostępności tabletek ellaOne bez recepty. Na mocy rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych wprowadzono granicę wiekową, od której będzie można nabyć bez recepty produkt leczniczy z grupy ATC G03A - hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego, posiadający kategorię dostępności „OTC” (EllaOne). Średni wiek rozpoczęcia cyklu menstruacyjnego dla dziewcząt w Polsce wynosi 12,5 lat. Dopelnienie procesu dojrzewania biologicznego trwa jeszcze średnio około 2 lat. Zakończenie okresu dojrzewania płciowego czyli osiągnięcie wieku rozrodczego przez dziewczęta osiągane jest średnio po ukończeniu 15. roku życia. Stosowanie leków antykoncepcyjnych wskazane jest dla osób w wieku rozrodczym, a tym samym zasadne jest ograniczenie wiekowe dostępności do tych leków dla populacji dzieci i młodzieży przed zakończeniem dojrzewania płciowego, które winno być uzasadniane wyłącznie względami medycznymi, pod nadzorem lekarza.

Mając na uwadze powyższe, wprowadzono dolną granicę wiekową uprawniającą do zakupu produktów leczniczych z grupy ATC G03 A - hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego, posiadających kategorię dostępności „OTC”. Za granicę tę przyjęto ukończony 15. rok życia.

d. Jakie kroki zostaną podjęte w celu usunięcia barier w dostępie do antykoncepcji awaryjnej, takie jak: wysoka cena ellaOne lub konieczność pozyskania recepty na Escapelle i Postinor duo, postawy farmaceutów i właścicieli aptek?

Nie planujemy dalszych zmian w rozważanym zakresie – informacje o EllaOne powyżej.

e. W jaki sposób Ministerstwo uwzględni w swoich działaniach potrzeby kobiet wiejskich? Czy, w związku z zaleceniem zawartym w pkt. 39, planuje w tym celu współpracę z innymi resortami/instytucjami?

Informacja o działaniach wobec kobiet wiejskich – odpowiedź na pytanie nr 8. Należy wskazać, że resortem wiodącym w tym zakresie jest Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi

f. *Jakie kroki podejmie Ministerstwo Zdrowia w celu zapewnienia kobietom możliwości skorzystania z procedury podwiązania jajowodów jako legalnej metody trwałego zapobieżenia ciąży?*

Sterylicacja chirurgiczna polega na nieodwracalnej utracie zdolności do zapłodnienia, nie może być zatem traktowana jako metoda antykoncepcji. Najczęściej stosowanym typem zabiegu podczas sterylizacji chirurgicznej jest podwiązanie jajowodów. Celem tego zabiegu jest zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości jajowodów. Inną metodą jest założenie klipsa zaciskającego. Zabiegi wykonuje się za pomocą laparoskopii.

Wykonanie zabiegu w celu utracenia zdolności zapłodnienia jest możliwe wyłącznie w przypadku stwierdzenia przez lekarza wyraźnych wskazań zdrowotnych (tj. gdy kolejna ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety). Stwierdzenie wyraźnych wskazań zdrowotnych do przeprowadzenia takiego zabiegu, a także określenie jego rodzaju należy do wyłącznej właściwości lekarza. Lekarz orzeka o stanie zdrowia danej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, postępując zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, a także zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.

Jednocześnie należy wskazać, że procedury medyczne takie jak: obustronne podwiązanie jajowodów, obustronne podwiązanie lub wycięcie obu jajowodów należą do świadczeń gwarantowanych określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520).

Dodatkowo zaznaczenia wymaga również fakt, że sterylizacja bez wyraźnych wskazań medycznych jest w prawie polskim karana, zgodnie z art. 156 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.). W świetle przedmiotowego przepisu spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci m.in. pozbawienia człowieka zdolności płodzenia zagrożone jest karą pozbawienia wolności od roku do lat 10.

g. *Jakie kroki zamierza podjąć Ministerstwo w celu umożliwienia nastolatkom swobodnego korzystania ze świadczeń z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i antykoncepcji?*

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2012 r. poz. 788, z późn. zm.), dziecko do 18. roku życia lub osoba ubezwłasnowolniona całkowicie pozostają pod władzą rodzicielską lub opieką. Należy mieć na uwadze fakt, iż osoby do 13. roku życia bądź ubezwłasnowolnione całkowicie nie są w stanie kierować swoim postępowaniem i podejmować świadomych decyzji. W sytuacji, w której osoba ubezwłasnowolniona całkowicie będzie objęta opieką zdrowotną w trakcie ciąży, czy też w innych przypadkach będzie miała dostęp do środków zapobiegania ciąży, nie będzie to oznaczało, iż ta osoba jest w stanie ocenić w pełni zaproponowany jej tok leczenia i sposób realizacji opieki profilaktycznej w okresie ciąży (bądź też wpływ stosowania środków zapobiegania ciąży) na jej zdrowie obecne i przyszłe. Nie będzie to również oznaczało, że osoba ta w pełni rozumie wszystkie aspekty zaproponowanego jej toku leczenia. Podobnie, jednak w mniejszym zakresie, wygląda sytuacja osób, które mają ograniczoną zdolność do czynności prawnych (m.in. małoletnich w wieku 13 – 18 lat). Przepisy przywołanego Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w art. 97 § 2 wskazują, że o istotnych sprawach dziecka - a do takich zalicza się leczenie - rodzice rozstrzygają wspólnie; w braku porozumienia między nimi rozstrzyga sąd opiekuńczy.

W korelacji z przedmiotowymi regulacjami pozostają przepisy dotyczące kwestii możliwości wyrażania przez pacjenta zgody na świadczenia zdrowotne. Zgodnie z przepisami ustawy z

dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby małoletniej, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda.

Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

W świetle przedstawiony przepisów granica wieku samodzielnej zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne pozostaje w bezpośrednim związku z regulacjami dotyczącymi sprawowania przez rodziców władzy rodzicielskiej, a także bezpieczeństwem i zdrowiem samego małoletniego pacjenta. Obowiązujące w tym zakresie przepisy mają zastosowanie wobec wszystkich udzielanych małoletniemu świadczeń, w tym m.in. świadczeń z zakresu ginekologii czy też urologii. Świadczenia z zakresu ginekologii i położnictwa obejmują m.in. sprawowanie opieki w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym dobór właściwych środków antykoncepcji.

7. *W jaki sposób Ministerstwo zamierza przyczynić się do wprowadzenia obowiązkowej, wszechstronnej i dostosowanej do wieku edukacji o zdrowiu reprodukcyjnym i seksualnym w szkołach, obejmującej m.in. kwestie odpowiedzialnych zachowań seksualnych, zapobiegania ciąży w młodym wieku i chorobom przenoszonym drogą płciową?*

Należy wskazać, że resortem wiodącym w tym zakresie jest MEN.

8. *W jaki sposób Ministerstwo zamierza poprawić dostęp do opieki zdrowotnej kobietom z obszarów wiejskich?*

Należy wskazać, że resortem wiodącym w tym zakresie jest Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

Realizacja programu zdrowotnego pn. „Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016” ma na celu przyczynienie się do zmniejszenia występujących różnic w dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej spowodowanych uwarunkowaniami sprzętowymi, co w dłuższej perspektywie czasowej może przyczynić się również do zmniejszenia zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia, a także ograniczenia skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności. Głównym celem programu zdrowotnego pn. „Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016” jest wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą poprzez działania na rzecz wyrównywania dysproporcji – uwarunkowanych bazą sprzętową – w dostępie pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych m.in. w dziedzinie kardiologii, kardiologii, neurologii, rehabilitacji neurologicznej, chirurgii naczyniowej. Cel

programu realizowany jest poprzez doposażanie i wymianę wyeksploatowanego sprzętu medycznego znajdującego się w jednostkach zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób układu sercowo-naczyniowego, a także poprzez podejmowanie działań ukierunkowanych na zwiększenie świadomości i wiedzy na temat czynników, którym można skutecznie przeciwdziałać, a więc czynników zależnych od prowadzonego stylu życia.

Obecna edycja programu jest kontynuacją działań podejmowanych w latach poprzednich.