

ANTYKONCEPCJA DLA MAŁOLETNI W POLSKIM PRAWIE: KONFLIKTY, OGRANICZENIA I MIĘDZYNARODOWE KONTEKSTY

MAGDALENA PREUSNER*,
ALEKSANDRA ROTTER**

Streszczenie

Artykuł analizuje sposób realizacji praw pacjenta oraz dostęp do środków antykoncepcyjnych małoletnich, między 15. a 18. rokiem życia. Właściwa opieka w zakresie zdrowia seksualnego jest ważna zwłaszcza w kontekście możliwości legalnego współżycia płciowego nastolatków, które ukończyły 15 lat. Podnoszenie świadomości społecznej oraz szerzenie medycznej wiedzy specjalistycznej przyczynia się do zapewnienia bezpieczeństwa i przeciwdziałania przestępstwom przeciwko wolności seksualnej, których pokrzywdzonymi są małoletni. Niezbędne jest zróżnicowanie zakresu samostanowienia małoletniego w przedmiocie: wizyty u lekarza specjalisty, przeprowadzenia badania oraz przepisania środków antykoncepcyjnych w zależności od jego wieku. Publikacja zawiera również porównanie Polski z innymi krajami europejskimi i pozaeuropejskimi pod kątem dostępności opieki zdrowotnej i antykoncepcji dla małoletnich. Na koniec autorki przytaczają rozwiązania prawne dostępne w innych krajach, które mogą stanowić inspirację dla polskiego ustawodawstwa.

Słowa kluczowe: antykoncepcja, prawa małoletnich pacjentów, zdrowie seksualne

CONTRACEPTION FOR MINORS IN POLISH LAW: CONFLICTS, LIMITATIONS, AND INTERNATIONAL CONTEXTS

Abstract

The article analyzes the implementation of patient rights and access to contraceptive methods for minors between the ages of fifteen and eighteen. Proper care in the field of sexual health

* Studentka IV roku prawa na Uniwersytecie Opolskim (Polska), e-mail: m.preusner@o2.pl.

** Studentka IV roku prawa na Uniwersytecie Opolskim (Polska), e-mail: rotterola@gmail.com.

is particularly important in the context of the legal possibility of sexual intercourse for teenagers who have reached the age of fifteen. Raising social awareness and disseminating specialized medical knowledge contribute to ensuring safety and preventing crimes against sexual freedom, with minors as victims. It is necessary to differentiate the scope of a minor's self-determination regarding: visiting a specialist doctor, undergoing an examination, and being prescribed contraceptive methods, depending on their age. The publication also presents a comparative analysis of Poland and other European and non-European countries regarding minors' access to healthcare and contraception. Finally, the authors present legal solutions available in other countries that could serve as inspiration for Polish legislation.

Keywords: contraception, minor patient rights, sexual health

WPROWADZENIE

Dostęp małoletnich pacjentów do środków antykoncepcyjnych jest szczególnie istotny ze względu na możliwość legalnego obcowania płciowego osób, które ukończyły 15 lat. Ustawodawca Polski przyznaje prawa małoletnim pacjentom w zależności od ich wieku. Celem publikacji jest analiza problematyki granic autonomii małoletnich pacjentów w kontekście ich decyzyjności: o wizycie u lekarza specjalisty, przeprowadzeniu badania oraz przepisaniu środków antykoncepcyjnych. Antykoncepcja młodzieży stanowi przedmiot działań interdyscyplinarnych. Niezbędne jest bowiem zestawienie badań z dziedziny ginekologii, psychologii i seksuologii z regulacjami prawa karnego i medycznego, a w sytuacjach bardziej złożonych także z przepisami prawa rodzinnego. Sposób, w jaki przedmiot niniejszego opracowania powinien być zagwarantowany przez prawo, jest nakreślony w Konwencji o prawach dziecka¹ ratyfikowanej przez Polskę w 1991 r., której preambuła wskazuje, że dla pełnego i harmonijnego rozwoju osobowości dziecka powinno ono wychowywać się w atmosferze zrozumienia. Tyczy się to również decyzyjności i uwzględnienia zdania małoletnich w kwestii ich zdrowia oraz dostępu do świadczeń medycznych. Precyzując – według art. 24 wspomnianej konwencji „Państwa-Strony uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Państwa-Strony będą dążyły do zapewnienia, aby żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej”.

Do kompleksowej interpretacji powyższego przepisu należy uwzględnić art. 12 ust. 1 Konwencji o prawach dziecka², zgodnie z którym dziecko zdolne do kształtowania własnych poglądów powinno mieć zapewnione prawo do swobodnego ich wyrażania we wszystkich sprawach, które go dotyczą. Uzyskane opinie osoby małoletniej powinny być przyjęte z należytą wagą adekwatnie do jej wieku i dojrzałości, także w przedmiocie jej zdrowia i jego ochrony.

¹ Konwencja Praw Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526.

² Ibidem.

Podobne ujęcie znajduje się w art. 6 ust. 2 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej, w kontekście zastosowań biologii i medycyny: Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie z dnia 4 kwietnia 1997 r. (dalej: EKB)³, która wskazuje, że w stosunku do małoletniego, który zgodnie z obowiązującym prawem nie ma zdolności do wyrażenia zgody na interwencję medyczną, może być ona przeprowadzona za zgodą jego przedstawiciela ustawowego, odpowiedniej władzy albo innej osoby lub instytucji ustanowionych w tym celu na mocy przepisów prawa. Jednocześnie stanowisko małoletniego jest uwzględniane jako element, którego znaczenie wzrasta w zależności od wieku i stopnia dojrzałości.

Jak stanowi art. 68 Konstytucji RP⁴, prawo do ochrony zdrowia przysługuje każdemu obywatelowi niezależnie od sytuacji materialnej, a władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom. W tym kontekście należy wyjaśnić, że „zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”⁵. Natomiast bezpośredni obowiązek zapewnienia ochrony praw dziecka wynika z art. 72 ust. 1 Konstytucji RP⁶.

Antykoncepcja, tak jak i sam dostęp do opieki lekarzy specjalistów z dziedziny zdrowia płciowego, znajduje się w spektrum desygnatów składających się na zdrowie seksualne człowieka. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stworzyła definicję⁷, w myśl której: „Zdrowie seksualne jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości”⁸.

Rada USA do spraw Informacji i Edukacji o Seksualności (Sexuality Information and Education Council of the United States)⁹ podkreśla przydatność takiego stanowiska w odniesieniu do okresu dojrzewania, inaczej nazywanego okresem pokwitania. Stanowi on fazę przejściową od dzieciństwa do dorosłości, polegającą na osiągnięciu dojrzałości fizycznej (narządów płciowych) oraz psychicznej (psychospołecznej i emocjonalnej), dlatego też podejmowanie współżycia płciowego przez młodzież w okresie adolescencji staje się coraz powszechniejszą praktyką. Zjawisko to skłania pedagogów do poszukiwania jego przyczyny, psychologów i seksuologów do badań nad procesami psychicznymi dojrzewania młodzieży, a lekarzy do koncentracji na fizycznym

³ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej, w kontekście zastosowań biologii i medycyny: Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie z dnia 4 kwietnia 1997 r., w: *Europejskie standardy bioetyczne: wybór materiałów*, red. i tłum. T. Jasudowicz, Toruń 1998, s. 3–15. Przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy EKB weszła w życie dnia 1 grudnia 1999 r., ale nie została przez Polskę ratyfikowana.

⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483.

⁵ http://seremet.org/who_zdrowie.html (dostęp: 27.02.2025).

⁶ Konstytucja RP.

⁷ https://journals.viamedica.pl/sexual_and_mental_health/article/viewFile/33639/24681 (dostęp: 27.02.2025).

⁸ Z. Lew-Starowicz, M. Lew-Starowicz, *Zdrowie seksualne*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” 2003, nr 3, s. 1–5.

⁹ D. Haffner, *Facing facts: sexual health for America's adolescents: the report of the National Commission on Adolescent Sexual Health*, SIECUS Rep 1995, nr 23, s. 2–8.

i biologicznym aspekcie takiego stanu rzeczy. Zadaniem prawników jest zadbanie o odpowiednie regulacje w tej materii adekwatne do aktualnej wiedzy naukowej.

1. ZNACZENIE ART. 200 K.K.

Punktem wyjścia w rozważaniach nad zapewnieniem młodemu dorosłemu zdrowia seksualnego jest ustalenie, że wiek, od którego w Polsce można legalnie rozpocząć współżycie płciowe, to ukończone 15 lat. Treść art. 200 k.k.¹⁰ wyraźnie wskazuje, że obcowanie płciowe z osobą poniżej 15. roku życia, a także dopuszczenie się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej czy doprowadzenie jej do podjęcia takiej czynności jest obarczone sankcją karną. W kwestii świadomości sprawcy co do wieku osoby, z którą podejmuje on współżycie płciowe, duże znaczenie ma wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 27 lutego 2014 r. (II AKa 3/14)¹¹ uwzględniający zamiar quasi-ewentualny sprawcy w realizacji znamion przestępstwa seksualnego wykorzystania małoletniego: „Popełnienie przestępstwa z art. 200 § 1 k.k. możliwe jest nie tylko wtedy, gdy sprawca ma świadomość, że osoba małoletnia, z którą obcuje płciowo, nie ma ukończonych lat 15, ale i wtedy, gdy taką możliwość jedynie przewiduje i na nią się godzi”.

Warto dodać, że zgoda pokrzywdzonego w takiej sytuacji nie ma znaczenia dla bytu przestępstwa. Dla zobrazowania wzrostu częstotliwości popełniania przestępstw przeciwko wolności seksualnej, których ofiarami są małoletni, warto przytoczyć statystyki zawarte w Uchwale Rady Ministrów z dnia 17 października 2023 r. w sprawie przyjęcia Krajowego Planu Przeciwdziałania Przestępstwom Przeciwko Wolności Seksualnej i Obyczajności na Szkodę Małoletnich na lata 2023–2026¹²: „na podstawie informacji o orzeczeniach sądów powszechnych wydanych w sprawach o przestępstwa z rozdziału XXV Kodeksu karnego na szkodę małoletnich w latach 2018–2021, stwierdzono, że w sądach I instancji przeprowadzono 8524 postępowania o przestępstwa popełnione przeciw wolności seksualnej. 7870 postępowań przeprowadzono na poziomie sądów rejonowych, zaś 654 postępowania zostały przeprowadzone na szczeblu sądów okręgowych. Wyroki skazujące wydano w przypadku 7698 sprawców. W 251 przypadkach umorzono postępowanie, a w 76 warunkowo umorzono postępowanie. Uniewinniono 492 podejrzanych, zaś wobec 7 sprawców odstąpiono od wymierzenia kary. Spośród 8774 osób pokrzywdzonych przestępstwem przeciw wolności seksualnej małoletni stanowili aż 4433 pokrzywdzonych – przeszło 50% wszystkich osób dotkniętych przemocą seksualną w Polsce”.

Cytowane powyżej dane wskazują, że ponad połowę osób pokrzywdzonych przestępstwem przeciwko wolności seksualnej stanowią małoletni. Omawiana uchwała zawiera szereg celów oraz sposób ich realizacji, by obniżyć przytoczone

¹⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 2024 r. Nr 17.

¹¹ Wyrok SA w Krakowie z dnia 27 lutego 2014 r., II AKa 3/14, LEX nr 1496145.

¹² Uchwała nr 204 Rady Ministrów z dnia 17 października 2023 r. w sprawie przyjęcia Krajowego Planu Przeciwdziałania Przestępstwom Przeciwko Wolności Seksualnej i Obyczajności na Szkodę Małoletnich na lata 2023–2026, poz. 1235.

wyżej statystyki, zwłaszcza poprzez zwiększenie świadomości społecznej na ten temat. Ułatwienie dostępu do specjalistycznej opieki zdrowotnej (w tym lekarzy ginekologów) małoletnim miałyby pozytywny wpływ na ich edukację w dziedzinie zdrowia seksualnego i bezpieczeństwa. Wiedza pozyskana z profesjonalnego źródła wykluczyłaby potrzebę szukania informacji na ten temat w mało rzetelnych źródłach (np. internecie).

Zwiększenie autonomii decyzyjnej małoletnich, którzy ukończyli 15. rok życia, w kwestii: wizyty u lekarza specjalisty, przeprowadzenia przez niego badania oraz prawa do prywatności w dziedzinie stwierdzenia faktu współżycia, przyczyniłoby się do powszechniejszego korzystania z fachowej pomocy. Rozpowszechnianie wiedzy specjalistycznej przez lekarzy również stanowi profilaktykę przeciwdziałania przestępczości seksualnej w Polsce.

2. WPŁYW WIEKU NA KSZTAŁTOWANIE SIĘ PRAW MAŁOLETNICH PACJENTÓW

Celem publikacji jest analiza praw małoletnich pacjentów do korzystania z opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego w kontekście legalnego współżycia płciowego małoletnich kończących 15. rok życia. Małoletni jednak nie stanowią dla polskiego ustawodawcy jednnorodnej kategorii podmiotów. W tym obrębie należy wyróżnić poszczególne grupy małoletnich, z przynależnością do których łączy się przyznanie innego zakresu samostanowienia. Przejawem podejścia paternalistycznego jest to, że małoletni do 16. roku życia nie może samodzielnie realizować praw pacjenta, ponieważ konieczny jest udział w decyzji o diagnostyce i leczeniu przedstawiciela ustawowego (rodzica bądź opiekuna prawnego)¹³. Nastolatka, która ukończyła 16 lat, a nie ukończyła 18. roku życia, może we wskazanym zakresie samodzielnie realizować prawa pacjenta, ale pod kontrolą przedstawiciela ustawowego. Od 16. roku życia dziecko bowiem uzyskuje prawo do bezpośredniego udziału w podejmowaniu decyzji co do zgody na świadczenia zdrowotne, które go dotyczą.

Na przykładzie małoletnich nastolatek (dziewcząt) udających się do lekarza ginekologa sytuacja wygląda następująco¹⁴.

Pacjentki w wieku poniżej 15 lat:

- wizyta u lekarza musi bezwzględnie odbyć się w obecności przedstawiciela ustawowego;
- badanie ginekologiczne wymaga zgody przedstawiciela ustawowego;
- fakt stwierdzenia współżycia płciowego winien być przekazany przedstawicielowi ustawowemu oraz winno być złożone zawiadomienie do prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, niezależnie od woli przedstawiciela ustawowego, ale nie poza nim;

¹³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2024 r. Nr 581.

¹⁴ https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/download/46075/32865 (dostęp: 1.03.2025).

- lekarz nie może zapisywać tabletek antykoncepcyjnych, nawet jeżeli domaga się tego przedstawiciel ustawowy, ponieważ zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem współżycie płciowe poniżej 15. roku życia jest przestępstwem.

Pacjentki, które ukończyły 15 lat, ale nie ukończyły lat 16:

- wizyta u lekarza winna odbyć się w obecności przedstawiciela ustawowego;
- badanie ginekologiczne wymaga zgody przedstawiciela ustawowego;
- akt stwierdzenia współżycia nie powinien być zatajony przed przedstawicielem ustawowym;
- przepisanie tabletek antykoncepcyjnych, jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych, wymaga zgody przedstawiciela ustawowego (pisemnej odnotowanej w historii choroby) i nieletniej, i tylko wówczas, jeśli nieletnia już podjęła bądź ma zamiar wkrótce podjąć współżycie płciowe.

Pacjentki, które ukończyły 16 lat, ale nie ukończyły lat 18:

- nieletnia powinna potwierdzić podczas wizyty u lekarza, że odbywa się ona za zgodą przedstawiciela ustawowego – nie jest konieczna zgoda pisemna, jeżeli pacjentka zgłasza się sama celem przeprowadzenia badania ginekologicznego;
- badanie ginekologiczne powinno być przeprowadzone za zgodą pacjentki i niekoniecznie przedstawiciela ustawowego;
- stwierdzenie współżycia seksualnego nie musi być przekazane w formie informacji przedstawicielowi ustawowemu, jeżeli pacjentka o to prosi i jeżeli nie ma to wpływu na podjęte dalsze procedury medyczne;
- przepisanie tabletek antykoncepcyjnych, jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych, wymaga zgody przedstawiciela ustawowego oraz nieletniej.

Zebrane dane prowadzą do konkluzji, że nastolatka mogąca zgodnie z polskim prawem rozpocząć współżycie płciowe pozbawiona jest możliwości uprzedniej konsultacji z lekarzem specjalistą, jeżeli rodzic bądź opiekun prawny nie wyrazi na to zgody lub nie uda się z dzieckiem na wizytę lekarską. Warte podkreślenia jest to, że w przypadku pacjentki, która ukończyła lat 15, ale nie ukończyła lat 16, fakt stwierdzenia współżycia nie powinien być zatajony przed przedstawicielem ustawowym. Bez wątpienia taka informacja należy do szczególnie intymnej sfery młodego człowieka i wtajemniczenie rodziców czy opiekunów prawnych powinno być uzależnione od indywidualnej decyzji małoletniego oraz relacji panujących w konkretnej rodzinie. Adekwatnym rozwiązaniem w tej materii jest regulacja mająca zastosowanie do małoletniej, która ukończyła 16. rok życia, a mianowicie stwierdzenie współżycia seksualnego nie musi być przekazane w formie informacji przedstawicielowi ustawowemu, jeżeli pacjentka o to prosi i jeżeli nie ma to wpływu na podjęte dalsze procedury medyczne. Nie można bowiem zapomnieć o prawie pacjenta do poszanowania jego godności i intymności, skodyfikowanym w art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁵.

¹⁵ Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Przepisanie antykoncepcji hormonalnej pacjentkom, które ukończyły 16 lat, ale nie są jeszcze pełnoletnie, wymaga zawsze zgody rodzica bądź opiekuna prawnego.

Warto nadmienić, że tabletki antykoncepcyjne są jedną z najskuteczniejszych metod zapobiegania ciąży. Świadczy o tym wskaźnik Pearl'a, który przy ich prawidłowym stosowaniu wynosi poniżej jednego. Dla porównania indeks Pearl'a dla antykoncepcji mechanicznej w postaci prezerwatyw wskazuje, że w grupie 100 obserwowanych kobiet stosujących tę metodę w ciągu jednego roku w ciążę zaszło od 2 do 12 z nich¹⁶. Tym samym zastosowanie najbardziej efektywnego zabezpieczenia przed nieplanowaną ciążą zależy również od woli rodziców lub opiekunów prawnych. Małoletni nie ma możliwości samodzielnego zagwarantowania sobie ochrony przed ciążą o tak wysokiej skuteczności. Korelują z tym Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące opieki okołoporodowej nad ciężarną nastolatką (z 2023 r.), z których wynika, że 49% nastolatek używa nieefektywnej metody antykoncepcji, w tym:

- stosunku przerywanego;
- naturalnej metody antykoncepcji.

Dla porównania: w USA 25% nastolatek zgłasza, że nie używali żadnej formy antykoncepcji podczas pierwszego stosunku seksualnego, w Wielkiej Brytanii i Szwecji 21–22%, we Francji 11%. Przytoczone dane skłaniają do refleksji nad konsekwencjami utrudnionego dostępu małych do najbardziej skutecznej formy antykoncepcji. Częstym rezultatem omawianej problematyki jest sytuacja, w której małaletnia zachodzi w ciążę. Jest to problem o skali globalnej. Rocznie w ciążę zachodzi niemal 16 mln nastolatek w wieku 15–19 lat i 2 mln dziewcząt w wieku poniżej 15 lat¹⁷. Istotne jest również, że nastolatka, która urodzi dziecko przed ukończeniem 18 lat, nie będzie miała względem niego praw rodzicielskich. W Polsce obserwowana jest tendencja spadkowa ciąż małychletnich. Dane z Głównego Urzędu Statystycznego na rok 2020 pokazują, że nastolatki w wieku 19 lat lub młodsze urodziły 7118 razy, natomiast w 2016 roku w tej samej grupie wiekowej odnotowano 11 230 porodów¹⁸. Niemniej utrudniony dostęp do jednej z najbardziej skutecznych metod antykoncepcji nie przyczynia się do dalszej minimalizacji omawianego zjawiska.

3. ANALIZA DOSTĘPNOŚCI DO ANTYKONCEPCJI NA PRZYKŁADZIE WYBRANYCH PAŃSTW

W tej części artykułu zostanie dokonana analiza oraz porównanie Polski z innymi krajami europejskimi, a także pozaeuropejskimi pod kątem dostępności do antykon-

¹⁶ <https://www.e-medycy.pl/wskaznik-pearla-w-antykoncepcji/> (dostęp: 27.02.2025).

¹⁷ https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42903/9241591455_eng.pdf;sequence=1 (dostęp: 27.02.2025).

¹⁸ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2020,3,14.html> (dostęp: 27.02.2025).

cepcji. Dodatkowo zostaną przedstawione ciekawe rozwiązania dostępne w innych krajach dotyczące opisywanego tematu.

Należy rozpocząć od tego, że w 2023 r. został sporządzony raport „Contraception Atlas”¹⁹ przygotowany przez Europejskie Parlamentarne Forum dla Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych²⁰. Wyniki przeprowadzonego badania, w którym uwzględniono 46 państw, ukazują bardzo nierówny obraz w Europie i rosnący podział między Europą Wschodnią i Zachodnią. Raport miał na celu ukazanie dostępności antykoncepcji w poszczególnych państwach europejskich. Wyniki wyglądają następująco: Wielka Brytania 96,9%, Francja 93,2%, Belgia 91,1%, Luksemburg 85,2%, Szwecja 82,9%, Irlandia 82,3%, Estonia 81,6%, Holandia 81,1%, Słowenia 79,3%, Niemcy 75,1%, Portugalia 73,8%, Islandia 71,7%, Norwegia 70,8%, Hiszpania 69,7%, Mołdawia 69,5%, Albania 68,1%, Finlandia 66,4%, Dania 63,3%, Austria 68,1%, Serbia 59,8%, Szwajcaria 58,3%, Andora 57,5%, Włochy 57,3%, Litwa 56,8%, Kosovo 55,0%, Rumunia 54,4%, Gruzja 52,9%, Bułgaria 52,1%, Czechy 51,7%, Ukraina 51,7%, Malta 51,6%, Azerbejdżan 51,1%, Litwa 50,6%, Grecja 49,0%, Chorwacja 47,3%, Macedonia Północna 46,9%, Słowacja 46,8%, Czarnogóra 45,7%, Białoruś 44,4%, Armenia 43,2%, Rosja 42,8%, Turcja 42,2%, Cypr 42,1%, Węgry 40,0%, Bośnia-Hercegowina 39,0%, Polska 33,5%.

Z raportu tego wynika jednoznacznie, że Polska jest krajem o najgorszej dostępności antykoncepcji na tle innych krajów europejskich. Dodatkowo należy podkreślić, że dostępność antykoncepcji w Polsce wykazuje tendencję spadkową, ponieważ w 2020 r. wynosiła 35,1%²¹, a w 2022 r. 33,5% (wyniki badań dodatkowo prezentuje opracowana tabela).

Tabela 1. Dostępność do antykoncepcji w państwach europejskich na podstawie raportu „Contraception Atlas”²²

Wielka Brytania	96,9%
Francja	93,2%
Belgia	91,1%
Luksemburg	85,2%
Szwecja	82,9%
Irlandia	82,3%
Estonia	81,6%
Holandia	81,1%
Słowenia	79,3%
Niemcy	75,1%

¹⁹ https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception_Policy_Atlas_Europe2023.pdf (dostęp: 26.02.2025).

²⁰ <https://www.epfweb.org/> (dostęp: 21.02.2025).

²¹ <https://www.epfweb.org/european-contraception-atlas> (dostęp: 23.02.2025).

²² https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception_Policy_Atlas_Europe2023.pdf (dostęp: 23.02.2025).

Portugalia	73,8%
Islandia	71,7%
Norwegia	70,8%
Hiszpania	69,7%
Mołdawia	69,5%
Albania	68,1%
Finlandia	66,4%
Dania	63,3%
Austria	62,2%
Serbia	59,8%
Szwajcaria	58,3%
Andora	57,5%
Włochy	57,3%
Litwa	56,8%
Kosowo	55,0%
Rumunia	54,4%
Gruzja	52,9%
Bułgaria	52,1%
Czechy	51,7%
Ukraina	51,7%
Malta	51,6%
Azerbejdżan	51,1%
Litwa	50,6%
Grecja	49,0%
Chorwacja	47,3%
Macedonia Północna	46,9%
Słowacja	46,8%
Czarnogóra	45,7%
Białoruś	44,4%
Armenia	43,2%
Rosja	42,8%
Turcja	42,2%
Cypr	42,1%
Węgry	40,0%
Bośnia-Hercegowina	39,0%
Polska	33,5%

Tak niski wynik odzwierciedla trudności w dostępie do ginekologów w Polsce. Z „Ogólnopolskiego raportu o zdrowiu ginekologicznym Polek”²³ wynika, że 47% kobiet nie uczęszcza regularnie na wizyty ginekologiczne, a jedną z głównych przyczyn jest ograniczona dostępność tych usług. Dodatkową barierą jest wymóg uzyskania zgody rodziców na wizytę u ginekologa przez nastolatki powyżej 15. roku życia, mimo że osiągnęły wiek, w którym dopuszczalne jest współżycie seksualne. W lipcu 2021 r. do Sejmu trafił poselski projekt ustawy (druk nr 1432)²⁴, który zakładał, że osoby po ukończeniu 15 lat mogłyby samodzielnie korzystać ze świadczeń zdrowotnych²⁵, w tym ginekologicznych, jednak nie został on przyjęty.

Polska w przeciwieństwie do wielu innych krajów nie zapewnia bezpłatnych środków antykoncepcyjnych. W związku z tym w lutym 2024 r. w Sejmie złożono projekt ustawy (druk nr 244)²⁶ przewidujący darmową antykoncepcję dla kobiet do 25. roku życia. Ten projekt również nie został dotychczas przyjęty.

Różnice pomiędzy innymi krajami europejskimi a Polską są olbrzymie. Chcąc przedstawić je w sposób prawidłowy, należy wskazać wadliwe rozwiązania stosowane w Polsce. Poniżej zostanie dokonana analiza, która będzie się opierać na dwóch europejskich państwach: Wielkiej Brytanii oraz Republice Federalnej Niemiec. Omówiona zostanie również pod względem dostępności do antykoncepcji sytuacja kraju spoza Europy, tj. Tajlandii. We wspomnianych państwach małoletni po ukończeniu 15. roku życia, aż do uzyskania pełnoletności, może samodzielnie udać się do lekarza, w tym także udać się do ginekologa bez zgody rodziców, która w Polsce jest wymagana.

W tym przypadku warto zacząć od Wielkiej Brytanii jako kraju, który w raporcie „Contraception Atlas”²⁷ uplasował się na 1. miejscu w zakresie dostępności do antykoncepcji. Mianowicie osoby, które ukończyły 16. rok życia, mają prawo do tego, aby samemu decydować o swoim zdrowiu w zakresie leczenia i opieki medycznej. Występuje tu założenie, że są to osoby na tyle dojrzałe, by mogły same decydować w kwestiach zdrowotnych. W przypadku osób poniżej 16. roku życia uprawnienie to kształtuje się w nieco odmienny sposób. Małoletni musi przejść pozytywnie test Gilicka (Gilick Competence) lub spełnić wytyczne Frasera (Fraser Guidelines)²⁸. Gilick Competence jest aktualnie używany w szerszym kontekście, by sprawdzić, czy dziecko jest na tyle dojrzałe, aby samo podejmowało decyzję, a także czy jest w stanie zrozumieć konsekwencje swoich decyzji. Natomiast wytyczne Frasera mają zastosowanie w przypadku porad i leczenia związanego z antykoncepcją

²³ https://www.kliniki.pl/dokumenty/Kliniki.pl_Raport_Polka_u_ginekologa_2024.pdf (dostęp: 21.02.2025).

²⁴ <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/C2D25A464BE4513EC125871B003B50A0/%24File/1432-ustawa.docx> (dostęp: 25.02.2025).

²⁵ https://politykazdrowotna.com/artikul/15-latek-bez-zgody-rodzica-na-wizycie-u-specjalisty-n825988?utm_source, (dostęp: 25.02.2025).

²⁶ <https://orka.sejm.gov.pl/Druki10ka.nsf/0/3E920E29BAAA9491C1258AE0004F292E/%24File/244-ustawa%20i%20uzasadnienie.docx> (dostęp: 25.02.2025).

²⁷ https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception_Policy_Atlas_Europe2023.pdf (dostęp: 24.02.2025).

²⁸ <https://learning.nspcc.org.uk/child-protection-system/gillick-competence-fraser-guidelines> (dostęp: 24.02.2025).

i zdrowiem seksualnym. Jeżeli małoletni pozytywnie przejdzie taki test albo spełni wszystkie wytyczne, zapewniana jest mu również pełna poufność w każdej sferze zdrowia, także w przypadku zdrowia seksualnego. W Wielkiej Brytanii małoletni mają ułatwiony dostęp do antykoncepcji, ponieważ jest ona całkowicie bezpłatna. Dodatkową zaletą jest to, że dwie tabletki antykoncepcyjne dwóch marek – Hana i Lovima²⁹ – są wydawane bez recepty. Jest to pewnego rodzaju innowacja, ponieważ do lipca 2021 r. taka recepta była wymagana³⁰.

W drugiej kolejności omówione zostaną rozwiązania jednego z państw sąsiedzkich Polski, które również w przedstawionym raporcie uplasowało się bardzo wysoko, tj. Republiki Federalnej Niemiec. W Republice Federalnej Niemiec kwestia dostępu do opieki zdrowotnej dla osób niepełnoletnich została uregulowana w niemieckim kodeksie cywilnym BGB (*Bürgerliches Gesetzbuch*)^{31,32} oraz niemieckim kodeksie prawa socjalnego SGB V (*Sozialgesetzbuch Fünftes Buch*)^{33,34}. W kontekście wizyt u lekarza przepisy mówią o zdolności do wyrażenia zgody (*Einwilligungsfähigkeit*). Zgodnie z przepisami BGB niepełnoletni pacjent, który ukończył co najmniej 14 lat i jest w stanie zrozumieć naturę i skutki leczenia, może samodzielnie wyrazić zgodę na leczenie. Młodzież w wieku od 15 do 18 lat może samodzielnie decydować o leczeniu³⁵, jeśli jest ono medycznie konieczne i ma na celu ochronę ich zdrowia. Obejmuje ono działania mające na celu rozpoznanie, leczenie i łagodzenie chorób. W przypadku wizyty u specjalisty, takiego jak ginekolog, małoletni może zgłosić się samodzielnie, o ile jest to medycznie uzasadnione i konieczne. To prawo przyznaje małoletnim większą autonomię w kwestiach dotyczących zdrowia seksualnego, jednocześnie nakładając na lekarzy określone obowiązki związane z zapewnieniem odpowiedniej opieki medycznej. Lekarz ma obowiązek wyjaśnienia pacjentowi wszelkich aspektów leczenia, przedstawiając jego cel, ryzyko i możliwe skutki. Lekarz musi otrzymać wyraźną zgodę małoletniego na kurację, po zapoznaniu się z wszystkimi aspektami leczenia. Małoletni powinien być świadomy i w pełni rozumieć wszystkie informacje związane z leczeniem, co jest elementem obligatoryjnym do tego, by rozpocząć kurację. Dodatkowym prawem, które wynika z ogólnoniemieckiego kodeksu cywilnego oraz niemieckiego kodeksu ubezpieczenia społecznego, jest fakt, że małoletni mogą samodzielnie uzyskać dostęp do antykoncepcji, jeżeli jest to medycznie uzasadnione. Przepisane przez lekarza tabletki antykoncepcyjne są w pełni refundowane przez kasę chorych dla nieletnich dziewczyn.

Ostatni przykład dotyczy kraju spoza kultury europejskiej. W Tajlandii małoletni powyżej 15. roku życia mogą udać się samodzielnie do lekarza specjalisty, złasz-

²⁹ <https://www.independent.co.uk/news/health/contraceptive-mini-pill-uk-pharmacy-b1880686.html> (dostęp: 24.02.2025).

³⁰ <https://zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/7,101580,27307969,wielka-brytania-od-lipca-po-raz-pierwszy-od-60-lat-tabletki.html>.

³¹ *Bürgerliches Gesetzbuch* (BGB), niemiecki kodeks cywilny z dnia 18 sierpnia 1896 r. (*Reichsgesetzblatt I* S. 195).

³² <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/> (dostęp: 1.07.2024).

³³ *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch* (SGB V), ustawa o piątej księdze kodeksu socjalnego, 1988, *Bundesgesetzblatt I* S. 2477.

³⁴ https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (dostęp: 24.02.2025).

³⁵ <https://www.expatica.com/de/> (dostęp: 27.02.2025).

cza kiedy dotyczy to zdrowia reprodukcyjnego. W kraju tym został wprowadzony specjalny program³⁶, w którym jednostki służby zdrowia rozdają bezpłatne prezerwatywy i pigułki antykoncepcyjne. Każdy obywatel Tajlandii w wieku powyżej 15 lat może zamówić tabletki w publicznych i prywatnych szpitalach, a także klinikach i aptekach, które współpracują z Narodowym Biurem Bezpieczeństwa Zdrowia (NHSO). Jedna osoba może zamówić od jednego do trzech opakowań jednorazowo i nie więcej niż 13 opakowań rocznie³⁷. Całe świadczenie stanowi część programu promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, a w szczególności zapobiegania nieplanowanym ciążom i chorobom przenoszonym drogą płciową zwłaszcza wśród młodzieży. Każda osoba może ubiegać się o bezpłatne tabletki antykoncepcyjne, a proces ten został uproszczony dzięki aplikacji mobilnej. Istnieją dwie drogi uzyskania preparatu: można zgłosić zapotrzebowanie przez aplikację lub osobiście udać się do odpowiedniej placówki i okazać dowód tożsamości³⁸.

4. REGULACJE PRAWNE DOTYCZĄCE ANTYKONCEPCJI AWARYJNEJ

W Polsce, w przeciwieństwie do większości krajów europejskich, antykoncepcja awaryjna („Antykoncepcja awaryjna, potocznie nazywana tabletką «dzień po», stosowana jest już po odbytych stosunku seksualnym, który był niezabezpieczony, lub gdy inne zastosowane metody antykoncepcji okazały się niewystarczające. Ma ona na celu zapobiec zapłodnieniu przez blokowanie lub opóźnianie owulacji”³⁹) jest dostępna wyłącznie na receptę zgodnie z art. 23a ust. 1a ustawy – Prawo farmaceutyczne⁴⁰. Wpływa to przede wszystkim na czas i trudność w jej uzyskaniu. W przypadku osób małoletnich dostęp do tabletki dzień po jest ograniczony przez wymóg uzyskania recepty, a także w przypadku małoletnich do 16. roku życia, przez konieczność uzyskania zgody opiekunów prawnych. Sytuacja wygląda nieco inaczej w przypadku małoletnich powyżej 16. roku życia, ponieważ mogą oni współdecydować razem z opiekunami prawnymi, a ich sprzeciw jest w danej sprawie wiążący zgodnie z art. 32 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 17 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta^{41,42}.

Obecnie regulacje dotyczące tabletki dzień po są poddawane procesom legislacyjnym. Był projekt nowelizacji ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne⁴³, który przewidywał dostępność bez recepty jednego z hormonalnych

³⁶ <https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/Health-units-to-hand-free-birth-control-pills-and-condoms-/412/EN-US> (dostęp: 27.02.2025).

³⁷ <https://www.nationthailand.com/blogs/life/40011809> (dostęp: 27.02.2025).

³⁸ Ibidem.

³⁹ Cyt. Za: M. Pietroń, *Tabletka „dzień po” – czym jest antykoncepcja awaryjna?*, https://www.doz.pl/czytelnia/a17236-Tabletka_dzien_po__czym_jest_antykoncpcja_awaryjna (dostęp: 27.02.2025).

⁴⁰ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, Dz.U. z 2024 r. poz. 686.

⁴¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. z 2024 r. poz. 1287.

⁴² Ustawa o prawach pacjenta.

⁴³ Prawo farmaceutyczne.

środków antykoncepcyjnych (octanu uliprystalu) dla osób powyżej 15. roku życia. Prezydent jednak odmówił podpisania tej nowelizacji⁴⁴.

PODSUMOWANIE

Reasumując: poruszone w artykule zagadnienia wskazują na sprzeczności prawne, ponieważ osoba powyżej 15. roku życia może podejmować decyzje dotyczące życia seksualnego, w tym odbywać stosunki płciowe. Jednocześnie nie ma pełnej swobody w zakresie dostępu do wizyty u ginekologa, zasięgnięcia porady ginekologicznej czy stosowania antykoncepcji hormonalnej, co w wielu krajach europejskich jest możliwe bez zgody opiekuna prawnego.

Dostęp do tych praw jest przyznany jedynie osobom pełnoletnim, co sprawia, że rola rodziców lub opiekunów prawnych staje się kluczowa w zapewnieniu małoletnim dostępu do tych uprawnień. W sytuacji, gdy przedstawiciele ustawowi nie są w stanie lub nie chcą zapewnić tego wsparcia, małoletni zostają pozbawieni niezbędnej opieki w tej ważnej sferze życia.

Wskazane byłoby ujednolicenie przepisów prawnych w Polsce, aby były lepiej dostosowane do potrzeb małoletnich, którzy rozpoczynają życie seksualne, a nie zawsze mogą liczyć na wsparcie ze strony rodziców czy opiekunów prawnych. Ważne jest, by ich inicjacja seksualna przebiegała w sposób bezpieczny, szanujący zarówno zdrowie, jak i poczucie komfortu emocjonalnego. W tym kontekście warto rozważyć rozwiązania przyjęte w innych krajach europejskich, które mogłyby posłużyć jako inspiracja do wprowadzenia odpowiednich zmian w polskim systemie prawnym.

BIBLIOGRAFIA

- Drozdol-Cop A., Dulska A., Fuchs A., Sikora J., Nowak K., Szul M., *Czy w XXI wieku antykoncepcja u nastolatków wciąż jest wyzwaniem w praktyce ginekologicznej?*, „Forum Ginekologii” 2018.
- Drozdol-Cop A., Staniczek J., Orszulak D., Kowalczyk, K., Fuchs A., Sieroszewski P., Wielgoś M., Kalinka, J., Huras H., Węgrzyn P., Kwiatkowski S., Zimmer M., Stojko R., *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące opieki okołoporodowej nad ciężarną nastolatką*, „Ginekologia Polska” 2023, nr 94(3).
- Haffner D., *Facing facts: sexual health for America's adolescents: the report of the National Commission on Adolescent Sexual Health*, SIECUS Rep 1995, nr 23.
- Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., *Zdrowie seksualne*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” 2003, nr 3.
- Łukaszek M., *Przedwczesne podejmowanie życia seksualnego przez dzieci i młodzież*, „Kwartalnik Edukacyjny” 2002, nr 3–4.

⁴⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/tabletka-dzien-po---prezydent-zawetowal-ustawe> (dostęp: 27.02.2025).

- Pietroń M., *Tabletka dzień po – czym jest antykoncepcja awaryjna?*, DOZ.pl.
- Sowińska-Przepiera E., Jarząbek-Bielecka G., Andrysiak-Mamos E., Syrenicz A., Friebe Z., Kędzia W., Pawlaczyk M., *Wybrane aspekty prawne w ginekologii wieku rozwojowego*, „Ginekologia Polska” 2013, nr 84.
- Witek A., Wilk K., Drosdzol A. et al., *Aktywność seksualna siedemnastoletniej młodzieży województwa śląskiego*, Ann Acad Med Siles 2005, nr 59.
- Wojnarowska B., *Zachowania seksualne młodzieży 15-letniej*, w: *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjogeograficznych*, red. J. Mazur, HBSC 2014.
- Wojnarowska B., Izdebski Z., Kołło H., Mazur J., *Inicjacja seksualna i stosowanie prezerwatyw oraz innych metod zapobiegania ciąży przez młodzież 15-letnią w Polsce i w innych krajach*, „Ginekologia Polska” 2004, nr 75.