

# WARSZAWSKIE DEBATY

O POLITYCE SPOŁECZNEJ



FRIEDRICH  
EBERT  
STIFTUNG

## PRAWA REPRODUKCYJNE W EUROPIE I W POLSCE: ZAKAZ, KOMPROMIS, CZY WYBÓR?

Dorota Szelewa

#20

**PRAWA REPRODUKCYJNE W EUROPIE I W POLSCE:  
ZAKAZ, KOMPROMIS, CZY WYBÓR?**

Dorota Szelewa

## SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE . . . . .	3
PRZEGLĄD REGULACJI DOTYCZĄCYCH DOSTĘPU DO ABORCJI I WYBRANYCH PRAW REPRODUKCYJNYCH . . . . .	4
PRAWA REPRODUKCYJNE I DOSTĘP DO ZABIEGU PRZERYWANIA CIĄŻY W POLSCE . . . . .	10
OPIEKA OKOŁOPORODOWA . . . . .	10
DOSTĘP DO ANTYKONCEPCJI . . . . .	11
EDUKACJA SEKSUALNA . . . . .	11
LECZENIE BEZPŁODNOŚCI I FINANSOWANIE METODY <i>IN VITRO</i> . . . . .	12
DOSTĘP DO LEGALNEJ ABORCJI: PRAWO I RZECZYWISTOŚĆ . . . . .	12
AKCEPTACJA SPOŁECZNA DLA PRZERYWANIA CIĄŻY . . . . .	14
POLITYKA RZĄDU PRAWA I SPRAWIEDLIWOŚCI WOBEC KWESTII DOPUSZCZALNOŚCI PRZERYWANIA CIĄŻY . . . . .	14
KWIECIEŃ 2016: REJESTRACJA KOMITETU INICJATYWY USTAWODAWCZEJ ‘STOP ABORCJI’ I PIERWSZE REAKCJE SPOŁECZNE . . . . .	14
LIPIEC-PAŹDZIERNIK 2016: DWA PROJEKTY W SEJMIE . . . . .	17
OBYWATELSKOŚĆ PŁODU, KOŚCIÓŁ, HOLOKAUST – JAK INTERPRETOWAĆ WYDARZENIA W POLSCE? . . . . .	18
OBYWATEL-PŁÓD . . . . .	18
KOŚCIÓŁ, NACJONALIZM, ABORCJA, METAFORA HOLOKAUSTU . . . . .	20
PODSUMOWANIE I WNIOSKI . . . . .	22
BIBLIOGRAFIA . . . . .	24

### Spis tabel

Tabela 1: Dostępność antykoncepcji w krajach Unii Europejskiej . . . . .	9
Tabela 2: Zmiany w prawie regulującym dostępność zabiegu przerywania ciąży 1989–2015 . . . . .	15

Debata wokół praw reprodukcyjnych w Polsce była jedną z najważniejszych osi konfliktu w latach 90. ubiegłego wieku i zacementowała wiele podziałów politycznych. Określana powszechnie jako „kompromis aborcyjny” ustawa z 1993 roku wyznaczyła nowy punkt odniesienia dla debaty na temat praw reprodukcyjnych i postaw wobec przerywania ciąży. Próby jej zmiany określane są niekiedy jako zamach na „pokój społeczny”. Zarazem, jak wskazują raporty organizacji pozarządowych, nawet przy tak restrykcyjnym prawie, przepisy obecnej ustawy nie są przestrzegane, a dostęp do legalnej aborcji ograniczony.

Poniższe opracowanie ma na celu przegląd tego, w jakim stopniu prawa reprodukcyjne są wprowadzone w życie w Polsce (finansowanie *in vitro*, edukacja seksualna, dostęp do środków antykoncepcyjnych), a także zbiorcze przedstawienie podstawowych informacji na temat planów zaostrzenia ustawy i mobilizacji społecznej w obronie „kompromisu” czy też w celu poszerzenia pola dyskusji o prawach reprodukcyjnych w Polsce<sup>1</sup>. Zaproponuję również interpretację wydażeń związanych z ewolucją przepisów o dopuszczalności przerywania ciąży w Polsce z punktu widzenia roli Kościoła katolickiego bądź w perspektywie upodmiotowienia płodu i nadania mu (ograniczonego) statusu obywatela, podlegającego ochronie, nawet jeśli ochrona ta realizowana jest kosztem zdrowia kobiety. Choć jest to interpretacja jedna z możliwych, moim celem będzie wskaza-

nie na dynamiczne postępowanie się językiem przez zwolenników całkowitego zakazu aborcji. Strategie takie wychodzą poza zastępowanie takich wyrazów jak „płód” określeniem „dziecko nienarodzone” i sięgają po nowe ramy interpretacyjne i słowa kluczowe, jak np. „aborcja eugeniczna”.

Najczęściej podawaną definicją praw reprodukcyjnych jest sformułowanie zgodne z ustaleniami Konferencji w Kairze i Pekinie, które zdefiniowały zdrowie reprodukcyjne jako „stan pełnego dobrostanu (*well-being*) w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami”<sup>2</sup>. W skrócie: egzekwowane i zabezpieczone prawa reprodukcyjne oznaczają sytuację w której „ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz że mają zdolność do reprodukcji, jak również swobodę decydowania, czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci”<sup>3</sup>. Usługi zdrowia reprodukcyjnego obejmują między innymi zapobieganie niepożądaną ciążą (także poprzez zapewnienie dostępu do nowych i mało rozpowszechnionych metod antykoncepcji) i możliwość bezpiecznego przerywania ciąży.

Tekst ma następującą strukturę: w pierwszej części przedstawię przegląd dostępności legalnych zabiegów przerywania ciąży w krajach Unii Europejskiej, a następnie omówię krótko stan realizacji praw reprodukcyjnych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem

<sup>1</sup> Opracowanie powstało m.in. w oparciu o dyskusję, która odbyła się 21 kwietnia 2016 roku podczas seminarium pt. „Prawa reprodukcyjne w Polsce: zakaz, kompromis czy wybór?”, przeprowadzonego w ramach Warszawskich Debat o Polityce Społecznej. Dziękujemy naszym gościom, prof. Monice Płatek, dr Elżbiecie Korolczuk i Zuzannie Radzik oraz wszystkim uczestnikom spotkania, za udział i dyskusję w czasie seminarium.

<sup>2</sup> *Prawa reprodukcyjne kobiet. Wybrane usługi zdrowia reprodukcyjnego w krajach Unii Europejskiej*, Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa. Materiał dostępny na stronie internetowej [http://www.federa.org.pl/publikacje/zdrowie\\_reprodukcyjne\\_ue.pdf](http://www.federa.org.pl/publikacje/zdrowie_reprodukcyjne_ue.pdf). Ostatnia wizyta: 10.11.2016.

<sup>3</sup> Tamże.

dostępności legalnej aborcji. Trzecią część tekstu poświęcam wydarzeniom z roku 2016, w którym zaostrenie przepisów stało się realne z uwagi na przejęcie rządów przez Prawo i Sprawiedliwość. W czwartej, ostatniej

części, omówię najważniejsze koncepcje dotyczące polityki praw reprodukcyjnych, które mogą stać się użyteczne dla interpretacji kształtu prawa i jego implementacji w Polsce.

## PRZEGLĄD REGULACJI DOTYCZĄCYCH DOSTĘPU DO ABORCJI I WYBRANYCH PRAW REPRODUKCYJNYCH

Niniejsza część tekstu<sup>4</sup> przedstawia przegląd rozwiązań regulujących dostęp do przerywania ciąży i dostęp do antykoncepcji, w tym antykoncepcji awaryjnej, w wybranych państwach europejskich. Nie jest to przegląd wyczerpujący, jego zadaniem jest natomiast ukazanie zróżnicowania regulacji w państwach europejskich przy jednoczesnym podkreśleniu tego, że w znakomitej większości tych państw dostęp do aborcji jest zagwarantowany w znacznie większym stopniu niż w Polsce.

Zabiegu usunięcia ciąży można dokonać w **Austrii** bez ograniczeń do trzech miesięcy od zagnieżdżenia się zarodka. W praktyce ten okres jest skrócony do 12 tygodni od ostatniej menstruacji. Aborcja może być wykonana w drugim trymestrze pod następującymi warunkami. Po pierwsze, w sytuacji zagrożenia zdrowia kobiety, a sytuacja ta nie może być poprawiona za pomocą innych środków. Po drugie, w sytuacji zagrożenia zdrowia psychicznego kobiety. Po trzecie, warunkiem zezwalającym na aborcję jest bezpośrednio zagrożenie życia kobiety. Czwartym warunkiem jest poważne uszkodzenie płodu (w wymiarze psychicznym albo fizycznym).

Wreszcie, ciąża może być usunięta w sytuacji, gdy kobieta ma poniżej 14 lat. Zabieg aborcji może być wykonany tylko po uprzedniej konsultacji medycznej. Co istotne, zabieg usunięcia ciąży nie jest w takim samym stopniu dostępny w różnych regionach Austrii. Wynika to z tzw. klauzuli sumienia, do której może się odwołać austriacki personel medyczny. Istnieje natomiast wyjątek w postaci bezpośredniego zagrożenia życia kobiety. Zabieg nie jest finansowany z ubezpieczenia zdrowotnego i kosztuje od 300 do 850 euro.

Aborcja w **Belgii** jest niedozwolona, pozostaje natomiast legalna. Prawo to jest traktowane dość liberalnie. Do 12. tygodnia od zapłodnienia (lub 14 tygodni od ostatniej menstruacji) można dokonać zabiegu w okolicznościach, gdy ciąża wywołuje trudną sytuację dla kobiety (brakuje definicji prawnej tej sytuacji). Bez ograniczeń zabieg można przeprowadzić, gdy ciąża stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia lub życia kobiety i gdy płód jest obciążony poważną i nieuleczalną chorobą. Zabieg aborcji musi być skonsultowany z lekarzem i może być przeprowadzony po upływie 6 dni od podjęcia decyzji. Obowiązkowe jest zarazem uczestnictwo w doradz-

<sup>4</sup> Podrozdział ten jest oparty w zasadniczej mierze na informacjach pochodzących ze strony <http://abortion-clinics.eu/abortion-europe/> oraz raporcie *Abortion Legislation in Europe. January 2015* przygotowanego przez Bibliotekę Kongresu, online: <https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/europe.php>. Ostatni dostęp do obydwu źródeł: 10.11.2016.

twie dotyczącym alternatywy wobec aborcji – zarówno oddania noworodka do adopcji, jak i samodzielnego jego wychowania. Co istotne, gdy mowa o poważnym ryzyku nieuleczalnej choroby dziecka lub zagrożeniu zdrowia kobiety, konieczna jest konsultacja medyczna z drugim lekarzem. Jeśli zabieg jest przeprowadzony w klinice aborcyjnej (będąca najczęściej organizacją niedziałającą dla zysku), która podpisała odpowiednią umowę z ubezpieczycielem, zabieg jest pokrywany ze środków tego ostatniego, przy symbolicznej współpłtaności około 3 euro. Zabiegi, których dokonuje się w szpitalach lub ośrodkach dziennych, nie są w pełni finansowane. W przypadku szpitala płatność wynosi od 75 do 225 euro, zaś w ośrodkach dziennych od 32 do 70 euro.

We **Francji** do 12. tygodnia można przerwać ciążę w sytuacji, gdy kobieta uważa, że jest w trudnej sytuacji. Bez ograniczeń czasowych można dokonać aborcji w dwóch sytuacjach: gdy ciąża stanowi poważne ryzyko dla zdrowia kobiety i gdy istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że urodzone dziecko będzie cierpieć na poważną nieuleczalną chorobę. Przed zabiegiem kobieta musi skonsultować się z lekarzem (a nieletnia dodatkowo z pracownikiem socjalnym). Po konsultacji kobieta musi złożyć pisemny wniosek o przeprowadzenie zabiegu, nie wcześniej jednak niż po upływie tygodnia. W przypadku zabiegów wykonywanych po 12. tygodniu ciąży wniosek o dokonanie zabiegu jest rozpatrywany przez dwóch lekarzy (w tym jednego wskazanego przez kobietę) i psychologa lub pracownika socjalnego. We Francji pracownicy medyczni mogą powoływać się na klauzulę sumienia, natomiast mają obowiązek najpóźniej podczas pierwszej wizyty powiadomić o tym pacjentkę i wskazać jej innego lekarza. Zabieg aborcji jest odpłatny, ale jest refundowany – w całości w przypadku kobiet w trudnej

sytuacji materialnej, częściowo pozostałym kobietom.

**Wielka Brytania** również należy do państw, w których dostęp do aborcji pozostaje względnie nieograniczony. Zabiegu można dokonać do 24. tygodnia ciąży, gdy niesie ona większe ryzyko urazu psychicznego i fizycznego kobiety oraz już urodzonych dzieci niż w sytuacji jej zakończenia. Zabiegu można dokonać bez ograniczeń czasowych w trzech sytuacjach. Po pierwsze, jeśli konieczne jest uniknięcie poważnego i trwałe urazu psychicznego i fizycznego ciężarnej kobiety. Po drugie, dopuszcza się aborcję, gdy kontynuowanie ciąży wiąże się z większym ryzykiem zagrożenia życia kobiety niż w sytuacji jej zakończenia. Wreszcie, aborcja jest dopuszczalna, gdy istnieje poważne ryzyko, że w sytuacji urodzenia dziecka będzie się ono rozwijało nieprawidłowo zarówno psychicznie jak i fizycznie, tak że będzie je można sklasyfikować jako dalece niepełnosprawne.

Co istotne, przy wydaniu decyzji o aborcji potrzebna jest zgoda dwóch lekarzy. Zarazem, gdy ocenia się ryzyko, jakie niesie kontynuowanie ciąży, mogą być brane pod uwagę zarówno obecna, jak i przyszła sytuacja kobiety i jej otoczenia. Aborcja jest zabiegiem nieodpłatnym, gdy dokonywana jest w ramach NHS (państwowej służby zdrowia), natomiast może kosztować około 500 funtów, gdy dokonuje się jej w prywatnej klinice. Zasadniczej większości zabiegów dokonuje się w ramach publicznej służby zdrowia.

Państwa, które są przedstawione niżej, postrzegane są jako te, gdzie dostęp do procedury aborcyjnej jest częściowo ograniczony.

**Holandia** jest państwem, w którym dobrowolność zabiegu aborcji jest ograniczona przez warunek zdolności przeżycia płodu poza organizmem matki. O ile do 13. tygodnia ciąży nie istnieją ograniczenia możliwości jej usunięcia, po tym okresie można dokonać za-

biegu, gdy kobieta przyznaje, że jest w trudnej sytuacji. Oceny tej sytuacji dokonują wspólnie kobieta i lekarz. Zdolność przeżycia płodu poza organizmem matki zdefiniowano na 24. tydzień ciąży, natomiast powszechnie używa się cezury 22 tygodni. W Holandii wymagana jest zgoda rodziców lub opiekunów na dokonanie aborcji. Obowiązuje również wymóg upłynięcia 5 dni między decyzją a zabiegiem. Co więcej, lekarz ocenia, czy kobieta podjęła decyzję o aborcji samodzielnie. Zabiegu dokonuje się wyłącznie w kwalifikowanym szpitalu lub klinice, która musi przedstawić pacjentce odpowiednie informacje na temat zapobiegania niechcianej ciąży. Zabieg aborcji jest nieodpłatny.

**Szwecja** również należy do grupy krajów, w których dostęp do aborcji jest częściowo ograniczony zdolnością płodu do przeżycia poza organizmem kobiety. Bariery tę zdefiniowano na 22. tydzień ciąży. A zatem, o ile do 18. tygodnia ciąży aborcja może być przeprowadzona na życzenie kobiety, od tego momentu do 22. tygodnia muszą istnieć mocne przesłanki do jej przeprowadzenia. Do tego potrzebna jest w tym okresie zgoda Narodowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej. Również za zgodą Rady zabieg może być przeprowadzony bez ograniczeń czasowych w przypadku zagrożenia dla zdrowia i życia kobiety. Aborcja może być dokonywana w szpitalu lub prywatnej klinice zaakceptowanych przez Radę wyłącznie przez wykwalifikowanego lekarza. Zabieg jest niemal w całości finansowany przez ubezpieczyciela, a wymagana odpłatność jest zróżnicowana terytorialnie i wynosi od 260 do 380 koron szwedzkich. Co ważne, od 2008 roku cudzoziemki mogą dokonywać zabiegu przerwania ciąży na takich samych warunkach jak Szwedki.

Kolejnym państwem nordyckim, w którym istnieją częściowe ograniczenia w dostępie

do aborcji, jest **Dania**. O ile do 12. tygodnia ciąży aborcja może być dokonana na żądanie, o tyle w drugim trymestrze muszą być spełnione warunki przedstawione poniżej. Pierwszym warunkiem jest stan, w którym ciąża zagraża życiu kobiety. Drugim jest ryzyko poważnego pogorszenia psychicznego i fizycznego zdrowia kobiety. Trzecią przesłanką do przerwania ciąży jest sytuacja, w której ciąża, poród lub wychowanie dziecka stanowią ryzyko pogorszenia zdrowia kobiety z powodu już występującego schorzenia bądź innych warunków. Kolejną przesłanką jest możliwość wystąpienia poważnego schorzenia płodu. Piątą sytuacją, gdy zabieg można przeprowadzić, jeśli ocenia się, że kobieta jest niezdolna do odpowiedniej opieki nad dzieckiem z powodu młodego wieku lub niedojrzałości. Szóstą przesłanką dla przeprowadzenia aborcji jest okoliczność, gdy ciąża, urodzenie dziecka czy też opieka nad dzieckiem stanowią obciążenie, z którym nie można sobie poradzić w inny sposób. Ostatnią przesłanką do aborcji jest sytuacja, w której ciąża jest rezultatem czynu zabronionego. Kobieta, która chce przerwać ciążę, zgłasza to lekarzowi, ten ocenia przesłanki i kieruje kobietę do szpitala (tylko tam można przeprowadzić zabieg). W każdej jednostce terytorialnej musi istnieć specjalny czteroosobowy zespół, który zezwala na aborcję u nieletnich i kobiet, u których sytuacja zdrowotna lub inna nie pozwala na świadome podjęcie decyzji, jak również zezwala na przeprowadzenie aborcji po 12. tygodniu ciąży. Wyjątkiem od tej procedury są przesłanki wynikające z zagrożenia zdrowia lub życia kobiety, a w takiej sytuacji ocenia się wyłącznie kwestie medyczne. Między badaniem a przeprowadzeniem zabiegu musi upłynąć od 1 do 2 tygodni. Kobiecie przysługuje prawo do pomocy przed i po zabiegu. Co istotne, lekarz może odmówić wykonania zabiegu z przyczyn moralnych. Aborcja w Danii jest nieodpłatna i dostępna

dla cudzoziemek (w tym przypadku jest odpłatna).

Wśród państw nordyckich **Finlandia** wyróżnia się (przynajmniej formalnie) szeregiem obostrzeń w zakresie dokonywania aborcji, zwłaszcza we wczesnym okresie ciąży. O ile w innych krajach regionu aborcja do 12. tygodnia dokonywana jest na życzenie, o tyle w Finlandii należy spełnić jedną z poniższych przesłanek. Należą do nich zagrożenie życia lub zdrowia kobiety, ryzyko nadmiernego obciążenia kobiety w przypadku urodzenia i wychowywania dziecka, choroba lub zaburzenie psychiczne u jednego lub obojga partnerów ograniczające zdolność do opieki nad dzieckiem. Innymi powodami mogą być zagrożenie zdrowia psychicznego kobiety, gwałt lub inne przestępstwo na tle seksualnym, wiek poniżej 17 i powyżej 40 lat, posiadanie czworga dzieci i ryzyko uszkodzenia płodu. Zgodę na aborcję wydaje jeden lekarz w przypadku kryterium wieku i posiadania czwórki dzieci – w tej sytuacji nie jest konieczne podanie konkretnej przyczyny. Opinia dodatkowego lekarza jest niezbędna w pozostałych przypadkach (czyli również wtedy, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu). Aborcja może być przeprowadzona pomiędzy 12. a 20. tygodniem w sytuacji zagrożenia zdrowia kobiety i jeśli kobieta ma poniżej 17 lat lub z innych przyczyn wskazanych przez Narodową Radę do spraw Medyczno-Prawnych. Do 24. tygodnia ciąży można ją przerwać z powodu wykrytej deformacji płodu. Przesłanką, którą stosuje się bez ograniczeń, jest zagrożenie życia kobiety. Zabieg jest bezpłatny, pacjentki pokrywają koszty pobytu w szpitalu

Dostęp do aborcji w **Niemczech** jest również postrzegany jako podlegający ograniczeniom, co wynikać może z konieczności odbycia wizyty w poradni terapeutycznej. W dodatku, poglądy terapeutów powinny odwzorowywać poglądy występujące w społeczeństwie.

Z udziału w poradnictwie zwolnione są ofiary gwałtu. Formalnie do 12 tygodni od zapłodnienia, kobieta może żądać aborcji, jeśli jest w złej sytuacji lub jeśli ciąża jest wynikiem gwałtu lub innego przestępstwa na tle seksualnym. Aborcję w późniejszym okresie można przeprowadzać, gdy życie kobiety jest zagrożone, w sytuacji, gdy istnieje ryzyko pogorszenia stanu psychicznego i fizycznego, przy czym przesłanką do pogorszenia stanu psychicznego jest zarówno zniekształcenie płodu, jak i zła sytuacja społeczno-ekonomiczna. Między wizytą u terapeuty a zabiegiem muszą upłynąć minimum 3 dni. W przypadku osób o niskich dochodach i ofiar gwałtu koszt aborcji jest pokrywany w całości przez budżet i ze środków ubezpieczyciela. W innych przypadkach kobiety ponoszą część kosztów zabiegu.

Do państw, w których dostęp do aborcji ma ograniczony charakter, zalicza się również kraje Europy Południowej. We **Włoszech** do 90. dnia ciąży (czyli pomiędzy 12. a 13. tygodniem) aborcja może być przeprowadzona na podstawie wymienionych poniżej przesłanek. Należą do nich zagrożenie życia lub zdrowia kobiety w przypadku ciąży, porodu lub macierzyństwa, stan zdrowia kobiety, sytuacja społeczna, ekonomiczna lub rodzinna, okoliczności zajścia w ciążę lub prawdopodobieństwo zniekształcenia płodu. W drugim trymestrze ciąży jej zakończenie jest możliwe w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia kobiety, deformacji płodu lub gdy ciąża jest wynikiem gwałtu bądź innego przestępstwa na tle seksualnym. Co istotne, kobieta, która chce przerwać ciążę, musi przedstawić oficjalne zaświadczenie od lekarza, z publicznej poradni lub z autoryzowanej agencji medyczno-socjalnej. Jeśli zabieg nie musi być wykonany natychmiast, musi upłynąć 7 dni, zanim aborcja zostanie przeprowadzona. Zabieg jest nieodpłatny dla wszystkich kobiet, włączając w to imigrantki.



W **Portugalii** aborcja jest dostępna na życzenie do 10. tygodnia ciąży. Prawo to wprowadzono w 2007 roku. Do 12. tygodnia przestanką do zakończenia ciąży jest nieodwracalna szkoda dla zdrowia psychicznego lub fizycznego kobiety. Do 16. tygodnia aborcja może być przeprowadzona, jeśli ciąża jest wynikiem gwałtu lub innego przestępstwa na tle kryminalnym. 24 tydzień stanowi granicę wykonywalności aborcji, jeśli istnieją przesłanki, że dziecko urodzi się z poważną lub nieuleczalną chorobą. Przesłanką bez ograniczeń czasowych jest zagrożenie życia kobiety. Aby móc wykonać aborcję, kobieta musi wypełnić szereg dodatkowych warunków. Przede wszystkim, musi przedstawić wniosek na piśmie. Co więcej, przed dokonaniem zabiegu wymagany jest certyfikat medyczny, który wskazuje na przesłanki do jego wykonania. Wymagany jest także test laboratoryjny. Kobieta może uczestniczyć w sesji poradnictwa, przy czym wymogiem jest, aby osoby go dokonujące nie były przeciwnikami aborcji. Aborcja w Portugalii jest nieodpłatna.

Jeśli chodzi o **Hiszpanię**, niedawne zmiany (2010) wprowadziły możliwość przerwania ciąży na żądanie do 14. tygodnia ciąży. Zabieg może być przeprowadzony do 22. tygodnia, jeśli płód posiada poważne wady. Zabieg można przeprowadzić wtedy wyjątkowo po zasięgnięciu opinii dwóch lekarzy. Drugą przesłanką jest ciąża w wyniku gwałtu. W tym przypadku przestępstwo musi być wcześniej zgłoszone policji. Bez ograniczeń aborcja jest dostępna, jeśli ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety. Zabiegu przerwania ciąży można dokonywać tylko w odpowiednich autoryzowanych ośrodkach i tylko po spełnieniu przesłanek i wymogów formalnych. Aborcja jest nieodpłatna w ramach publicznej służby zdrowia, odpłatna zaś w prywatnej służbie zdrowia. Większości zabiegów dokonuje się w klinikach prywatnych.

Należy podkreślić, że **Polska** należy do niewielkiej grupy krajów, w których dostęp do przerywania ciąży jest bardzo utrudniony lub wręcz niemożliwy. Do grupy tej należą również Andora, Irlandia Północna, Irlandia, Malta czy San Marino. Szczególnie uderzający jest przypadek Irlandii, która podchodząc bardzo restrykcyjnie do kwestii aborcji, uzasadnia to „ochroną nienarodzonych”. Jedyną przesłanką jest ochrona życia kobiety, choć „interes osoby nienarodzonej” najczęściej przeważa.

Jeśli chodzi o kraje regionu Europy Środkowej, to we wszystkich z nich dostępne jest przerywanie ciąży na wniosek kobiety. W większości państw cezura jest 12. tydzień ciąży, z wyjątkiem Chorwacji i Słowenii (10. tydzień), Estonii (11. tydzień) i Rumunii (14. tydzień).

Podsumowując, o ile w państwach Unii Europejskiej można zaobserwować zróżnicowanie, jeśli chodzi o regulacje określające dostęp do aborcji, w zasadniczej większości tych państw możliwe jest przerwanie ciąży na wniosek kobiety bez podawania specyficznych przyczyn. Co więcej, o ile regulacje prawne mogą wyglądać podobnie, istotne jest również ich stosowanie. Wyróżnić tutaj można dwa podstawowe podejścia. W podejściu pierwszym dominuje liberalna interpretacja przepisów, co oznacza, że pomimo względnie restrykcyjnych zapisów (na przykład wyszczególnienia przesłanek do aborcji), można mieć do czynienia z aborcją na żądanie. Drugie podejście ma często, mimo liberalnych przepisów, charakter zawężający. Najczęściej wynika to ze stosowania tzw. klauzuli sumienia, co powoduje wyłączenie części personelu medycznego z wykonywania zabiegów aborcji. Powoduje to zwłaszcza nierówności w dostępie do tych procedur z punktu widzenia miejsca zamieszkania. Trzecią kwestią jest odpłatność za dokonanie aborcji. Z tej perspektywy widać zasadnicze zróżnicowa-

nie państw europejskich. Z punktu widzenia praw reprodukcyjnych istotny jest również dostęp do antykoncepcji, w tym antykoncep-

cji doraźnej. Tabela poniżej (tabela 1) ilustruje sytuację w Europie.

Tabela 1: Dostępność antykoncepcji w krajach Unii Europejskiej

Kraj	Antykoncepcja doraźna	Antykoncepcja
Austria	Bez recepty, brak ograniczenia wieku	Dostępna na receptę
Belgia	Bez recepty, bezpłatna	Dostępna na receptę, częściowo refundowana
Bułgaria	Bez recepty	Dostępna na receptę
Chorwacja	Dostępna na receptę	Dostępna na receptę
Cypr	Bez recepty	Dostępna na receptę
Czechy	Bez recepty, od 16. roku życia	Dostępna na receptę
Dania	Bez recepty, brak ograniczenia wieku	Dostępna na receptę
Estonia	Bez recepty	Dostępna na receptę, całkowita refundacja
Finlandia	Bez recepty od 15. roku życia	Dostępna na receptę
Francja	Bez recepty w aptekach, od 12. roku życia w szkołach	Dostępna na receptę, całkowita refundacja dla osób w wieku 15-18 lat
Grecja	Bez recepty	Dostępna na receptę
Hiszpania	Bez recepty	Dostępna na receptę, częściowa refundacja
Holandia	Bez recepty w aptekach i drogeriach	Dostępna na receptę
Irlandia	Bez recepty, brak ograniczenia wieku	Dostępna na receptę, wybiórcza refundacja
Litwa	Bez recepty, brak ograniczenia wieku	Dostępna na receptę
Luksemburg	Bez recepty, w aptekach i poradniach planowania rodziny	Dostępna na receptę
Łotwa	Bez recepty	Dostępna na receptę
Malta	Niedostępna	Dostępna na receptę
Niemcy	Bez recepty	Dostępna na receptę
Polska	Bez recepty	Dostępna na receptę, refundacja tylko jednego rodzaju
Portugalia	Bez recepty, brak ograniczenia wieku	Dostępna bez recepty
Rumunia	Dostępna	Dostępna na receptę, bezpłatna dla wybranych grup
Słowacja	Bez recepty	Dostępna na receptę
Słowenia	Bez recepty	Dostępna na receptę
Szwecja	Bez recepty, a aptekach, szpitalach i przychodniach	Dostępna na receptę
Węgry	Dostępna na receptę	Dostępna na receptę
Wielka Brytania	W szkołach dla osób od 11. roku życia, na posterunkach policji dla ofiar przemocy seksualnej (bezpłatna)	Dostępna na receptę, bezpłatna
Włochy	Dostępna bez recepty	Dostępna na receptę

Źródło: Federacja na rzecz planowania rodziny, *Prawa reprodukcyjne kobiet. Wybrane Usługi Zdrowia Reprodukcyjnego w Krajach Unii Europejskiej* oraz International Consortium for Emergency Contraception Country-by-Country Database, <http://www.cecinfo.org>.

Na tle krajów europejskich dostęp do bezpiecznego zabiegu aborcji w Polsce jest bardzo ograniczony, podobnie jeśli chodzi o dostęp do antykoncepcji. W kolejnej części tekstu przedstawię krótkie omówienie praw reprodukcyjnych w Polsce z uwzględnieniem sytuacji dotyczącej opieki okołoporodowej, dostępu do antykoncepcji, edukacji seksualnej

i metod leczenia niepłodności, w tym zapłodnienia pozaustrojowego (*in vitro*). Ze względu na to, że sytuacja Polski jest wyjątkowa, a już restrykcyjny dostęp do aborcji może zostać jeszcze bardziej ograniczony w wyniku działań obecnego rządu Prawa i Sprawiedliwości, problemowi temu poświęcę nieco więcej uwagi pod koniec niniejszego rozdziału.

### OPIEKA OKOŁOPORODOWA

Jednym z najważniejszych aspektów praw reprodukcyjnych jest zapewnienie godnych i bezpiecznych warunków kobietom podczas porodu. W Polsce, mimo uregulowanych prawnie standardów opieki okołoporodowej<sup>5</sup>, wiele szpitali nie jest w stanie ich zapewnić (NIK 2016). Podczas kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2016 roku stwierdzono wiele nieprawidłowości na oddziałach położniczych. W większości kontrolowanych szpitali oddziały te były przepełnione, niedostatecznie wyposażone, sale porodowe i rodzące kobiety nie były obsługiwane przez wystarczającą liczbę personelu. Innym problemem była organizacja sal i rozmieszczenie pacjentek w gabinetach badań, które nie gwarantowały im prawa do intymności i prywatności. Na salach przebywało bowiem nawet do pięciu czy siedmiu pacjentek, których stanowiska przedzielono jedynie parawanami, brakowało również sprzętu do mycia i przewijania noworodków.

Jedną z konsekwencji braków kadrowych był również ograniczony dostęp do znieczulenia

zewnątrzoponowego, ponieważ w szpitalach pracował tylko jeden anestezjolog. W celu poprawienia dostępności znieczulenia w 2015 roku wprowadzono refundację znieczulenia przez NFZ (416 zł), jednak w wielu oddziałach dodatkowe środki nie pokrywają kosztów zatrudnienia dodatkowego personelu. Co więcej, Najwyższa Izba Kontroli uznała za niepokojący wysoki odsetek porodów wykonywanych przez cesarskie cięcia. Polska należy bowiem pod tym względem do czołówki państw europejskich (42% porodów w porównaniu do średniej europejskiej 25% porodów). Zarazem wciąż występują przypadki pacjentek, którym nie zapewniono pełnej opieki medycznej i mimo wskazań medycznych nie wykonano na czas cięcia cesarskiego.

W kontrolowanych oddziałach często wykonywano również nacięcie krocza – zabieg ten wykonano w przypadku aż 57% pacjentek. Dla porównania w Szwecji nacięcia krocza dokonuje się w przypadku 9%, a w Wielkiej Brytanii 12% pacjentek.

<sup>5</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

## DOSTĘP DO ANTYKONCEPCJI

Klasowy (czy też społeczno-ekonomiczny) wymiar zróżnicowania funkcjonowania praw reprodukcyjnych w Polsce ujawnia się przy choćby pobieżnej analizie dostępu do nowoczesnej antykoncepcji. W Polsce na liście leków refundowanych znajduje się niewiele środków antykoncepcyjnych (9), z kolei NFZ finansuje również założenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej. Zarazem pełna gama metod antykoncepcji dostępna jest na rynku farmaceutycznym i oferowana przez ginekologów w prywatnych gabinetach.

Z najnowszych badań przeprowadzonych w 2014 wynika, że jedynie 60% Polaków korzysta ze środków antykoncepcyjnych. W tej grupie najbardziej popularną metodą zapobiegania ciąży jest używanie prezerwatywy (54% respondentów), pigułki antykoncepcyjnej (31%) i stosunek przerywany (18%). Tylko 3% respondentek jako metodę zapobiegania ciąży wskazało takie nowoczesne metody jak

pierścień dopochwowy, plaster antykoncepcyjny, implant czy wkładka wewnątrzmaciczna<sup>6</sup>. Według badań cyklicznie publikowanych przez Z. Izdebskiego, coraz mniej osób stosuje metody naturalne (tzw. kalendarzyk małżeński), 20% respondentów w 2007, a 12% w roku 2012. Dość popularne korzystanie z takich metod jak stosunek przerywany czy kalendarzyk małżeński wytłumaczyć można (zwłaszcza w tym drugim przypadku) przekonaniem religijnym, ale również faktem, że obie te metody nie wymagają ponoszenia kosztów.

W 2015 roku, m.in. pod wpływem opinii Europejskiej Komisji ds. Leków, polskie Ministerstwo Zdrowia dopuściło do sprzedaży antykoncepcji awaryjnej – pigułki ellaOne. Obecny rząd zapowiada ponowne wprowadzenie sprzedaży ellaOne na receptę, a Ministerstwo Zdrowia przedstawiło już odpowiedni projekt zmian w ustawie Prawo Farmaceutyczne.

## EDUKACJA SEKSUALNA

Kolejną kwestią często poruszaną przez organizacje kobiece jest brak wykonania przepisów ustawy z 1993 roku<sup>7</sup>, dotyczących dostępu do edukacji seksualnej. Obecnie edukacja taka powinna zostać ujęta w ramach przedmiotu szkolnego „Wychowanie do życia w rodzinie”. Mimo obowiązku wskazanego przez legislatora, wiele szkół nie prowadzi regularnych zajęć z edukacji seksualnej: według wyników badań Grupy Ponton 14% uczniów różnych poziomów szkół nie uczęszcza

na żadne zajęcia z edukacji seksualnej (Ponton 2014). Jednocześnie Polacy akceptują edukację seksualną w szkołach (86% respondentów) (Izdebski 2012).

Jedną z konsekwencji niedostatecznej edukacji seksualnej w szkole może być skierowanie uwagi młodych ludzi w stronę innych źródeł zdobywania wiedzy. We wspomnianym już wcześniej badaniu z 2013 roku<sup>8</sup> młode kobiety jako źródło informacji na temat antykoncepcji wskazały rozmowę z lekarzem (69%),

<sup>6</sup> Raport dostępny na stronie internetowej <http://zdrowieintymne.pl>.

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

<sup>8</sup> <http://zdrowieintymne.pl>.

a następnie strony internetowe (57%). Młodzi mężczyźni również poszukują informacji dotyczących antykoncepcji w Internecie, a alter-

natywnym źródłem wiedzy są ich partnerki, które według nich wiedzą wszystko od swojego lekarza.

## LECZENIE BEZPŁODNOŚCI I FINANSOWANIE METODY *IN VITRO*

Ponieważ przez długie lata zapłodnienie *in vitro* oferowane było przez prywatne kliniki i odpłatnie, w roku 2015 rząd uruchomił program finansujący leczenie bezpłodności z zastosowaniem również metody *in vitro*. Obecny rząd wycofuje się z programu, który funkcjonował tylko do 30 czerwca 2016. W zamian

za to Ministerstwo Zdrowia zaproponowało Narodowy Program Prokreacyjny, w którym pojawiają się alternatywne metody leczenia niepłodności, w tym wsparcie psychologiczne i inne metody, w tym chirurgiczne, natomiast rezygnuje się w ogóle z metody *in vitro*.

## DOSTĘP DO LEGALNEJ ABORCJI: PRAWO I RZECZYWISTOŚĆ

Dostęp do legalnego zabiegu przerywania ciąży z powodu trudnych warunków życiowych był zagwarantowany ustawą z roku 1956, która wyznaczała standardy praw reprodukcyjnych przez przeważającą część okresu PRL. Próby zmiany obowiązującej ustawy rozpoczęły się niemal natychmiast po częściowej demokratyzacji systemu politycznego w 1989 roku, a naciski na zaostrożenie ustawy ze strony przedstawicieli Kościoła bądź świeckich organizacji sprzeciwiających się wyborowi (*anti-choice*) pojawiły się już nawet podczas obrad Okrągłego Stołu (Chałubiński 1994). Oprócz prac nad projektem ustawy zaostrzającym ówczesne przepisy, pojawiły się również zapisy o „klauzuli sumienia” w Kodeksie Etyki Lekarskiej uchwalonym przez Naczelną Izbę Lekarską (Chęstowska 2009).

Ostatecznie w 1993 roku, mimo zorganizowanego sprzeciwu środowisk kobiecych, przyjęto rozwiązanie nazywane często „kompromisem aborcyjnym”. Ustawa ta dopuszcza przerywanie ciąży w trzech przypadkach:

1. Jeśli ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety;
2. Jeśli badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;
3. Jeśli zachodzi potwierdzone przez prokuratora podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (przerwanie ciąży jest legalne, jeśli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni).

W pierwszych dwóch przypadkach kobieta musi uzyskać potwierdzenie lekarza innego niż ten, który dokonać ma przerywania ciąży, a zabieg musi być przeprowadzony w publicznym szpitalu. Wymagana jest zgoda kobiety. Przerwanie ciąży w innych niż wskazane warunkach grozi karą grzywny lub karą pozbawienia wolności w różnym wymiarze (do 12 lat w najcięższym przypadku, kiedy kobieta ponosi śmierć w następstwie przerywania ciąży). Nie przewidziano kar dla kobiet,

które dokonują aborcji. W latach 1996–1997 wprowadzono ponownie zapis o możliwości przerwania ciąży, jednak wyrok Trybunału Konstytucyjnego z maja 1997 stwierdził niekonstytucyjność tego zapisu.

W rzeczywistości implementacja tych przepisów (a więc nawet w przypadku wystąpienia trzech wyżej wspomnianych przestanków uprawniających do przerwania ciąży) pozostawia wiele do życzenia. Po pierwsze, z różnych przyczyn, w tym z obawy o oskarżenie o podważenie legalności zabiegu, lekarze często posługują się „klauzulą sumienia”, odmawiają przeprowadzenia aborcji i świadomie zwlekają z odesłaniem kobiety do innego lekarza bądź też wcale nie wskazują dalszej drogi (do czego kobieta jest w pełni uprawniona). Sytuację tę dodatkowo usankcjonował wyrok Trybunału Konstytucyjnego z października 2015 roku, który częściowo uznał skargę Naczelnej Izby Lekarskiej. Za niezgodny z Konstytucją Trybunał uznał obowiązek wskazania innego lekarza lub szpitala przy odmowie świadczenia z powołaniem się na klauzulę sumienia i niemożność powołania się lekarza na klauzulę sumienia „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”.

Po drugie, co podkreślane jest od lat przez organizacje zajmujące się prawami kobiet, lekarze jednocześnie wykonują zabiegi nielegalnie, w prywatnych gabinetach, za wysoką opłatą. Zjawisko to określa się mianem „podziemia aborcyjnego”, a liczbę nielegalnych zabiegów szacuje się rocznie na od 80 000 do nawet 190 000, wliczając w to przerwanie ciąży środkami farmakologicznymi czy zabiegi wykonane za granicą („turystyka aborcyjna”) (Grzywacz i in. 2013). Jednocześnie oficjalne statystyki wskazują na symboliczną liczbę aborcji legalnych, choć i tu notuje się przyrost zabiegów: podczas gdy dane poda-

wane przez rząd wskazywały na 153 zabiegi przeprowadzone w 2002 roku, sprawozdanie za rok 2014 mówi już o 971 zabiegach, z czego 921 aborcji wykonanych było na podstawie wyniku badań prenatalnych<sup>9</sup>.

Po trzecie, dostęp do nielegalnego zabiegu przerywania ciąży przeprowadzonego w Polsce lub w klinikach za granicą jest dostępny, natomiast podstawową barierą jest jego koszt: jak podaje K. Kacpura (2016) cena zabiegu w Polsce waha się od 4 do 6 tys. złotych, natomiast niższe ceny oferują np. kliniki na Słowacji (1,6 tys.–1,7 tys. zł), które aborcję przeprowadzają legalnie, natomiast do ceny zabiegu należy jeszcze doliczyć koszt transportu i noclegu.

Przypomnijmy, że według danych GUS najczęstsze miesięczne wynagrodzenie ogółem brutto otrzymywane przez pracowników w 2014 wynosiło 2469 zł (około 1786 zł netto). Innymi słowy, legalny, bezpieczny i przeprowadzony przez profesjonalistów zabieg jest dostępny tylko dla kobiet lepiej sytuowanych. Dla kobiet mniej zamożnych (czyli większości) wyjściem alternatywnym jest poszukiwanie „domowych” sposobów na przerwanie ciąży, samodzielne próby spędzenia płodu. Oprócz oczywistego klasowego wymiaru funkcjonowania praw reprodukcyjnych w praktyce, społecznym skutkiem obecnej ustawy jest również jej wpływ na ogólne pogorszenie zdrowia reprodukcyjnego kobiet. Półprofesjonalne, paramedyczne i samodzielnie wykonywane próby przerywania ciąży w bardzo poważny sposób zagrażają zdrowiu i życiu tych kobiet. Nawet jeśli użycie środków farmakologicznych uznawane jest za bezpieczne, kobiety powinny mieć możliwość skorzystania z porady lekarskiej w razie komplikacji lub choćby możliwość skontrolowania stanu zdrowia podczas wi-

<sup>9</sup> Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2014 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

zyty u ginekologa. Realny dostęp do zabiegu przerywania ciąży zróżnicowany jest więc ze względu na położenie społeczno-ekonomiczne kobiet. Warto ostatecznie odejść od

traktowania kwestii dostępności bezpiecznego i legalnego zabiegu aborcji jako kwestii o charakterze „kulturowym” czy „ideowym”.

## AKCEPTACJA SPOŁECZNA DLA PRZERYWANIA CIĄŻY

Większość Polaków wspiera istniejące rozwiązania w zakresie dopuszczalności przerywania ciąży (CBOS 2012, CBOS 2016). Jeśli chodzi o poszczególne przesłanki dla legalnej aborcji, to Polacy akceptują przerwanie ciąży w przypadku zagrożenia życia (80%) lub zdrowia (71%) matki lub gdy ciąża jest wynikiem kazirodztwa lub gwałtu (73%) (CBOS 2016). Nieco mniejszy odsetek respondentów popiera możliwość przeprowadzenia zabiegu w przypadku, gdy wiadomo, że dziecko urodzi się upośledzone (51%) (CBOS 2016).

Jednocześnie warto zauważyć, że w porównaniu z badaniami przeprowadzonymi na początku lat 90. ubiegłego wieku znacznie zmniejszył się odsetek respondentów akceptujących legalizację zabiegu przerywania ciąży w przypadku trudnych warunków życiowych. Podczas gdy w roku 1992 rozwiązanie takie miało wsparcie 47% ankietowanych, w 2016 odsetek ten spadł do 14% (CBOS 2016). Wsparcie dla istniejących rozwiązań

może odzwierciedlać dostosowanie się opinii społecznej do funkcjonującego prawa, co pokazuje wpływ prawodawstwa (instytucji) na kształtowanie postaw społecznych, a przez to może być również narzędziem zmiany społecznej.

Bardzo interesujące wyniki badań na temat doświadczeń aborcyjnych Polek opublikowane zostały przez CBOS w roku 2013. Jak donoszą autorzy raportu, „[w] ciąży swojego życia ciężce przerwała, z dużym prawdopodobieństwem, nie mniej niż co czwarta, ale też nie więcej niż co trzecia dorosła Polka. W skali całego społeczeństwa daje to od 4,1 do 5,8 mln kobiet” (CBOS 2013, s. 6). Co ciekawe, częściej przerwanie ciąży deklarowały kobiety starsze (które zaszły w ciążę przed zaostreniem ustawy w 1993 roku), gorzej wykształcone, niezadowolone ze swojej sytuacji materialnej, mające prawicowe poglądy i praktykujące religijnie, choć nie z dużą częstotliwością.

## POLITYKA RZĄDU PRAWA I SPRAWIEDLIWOŚCI WOBEC KWESTII DOPUSZCZALNOŚCI PRZERYWANIA CIĄŻY

### KWIECIEŃ 2016: REJESTRACJA KOMITETU INICJATYWY USTAWODAWCZEJ „STOP ABORCJI” I PIERWSZE REAKCJE SPOŁECZNE

Ustawa z roku 1993 nazywana „kompromisem aborcyjnym”, mimo kilku prób wprowadzenia zaostrenia ustawy i dwóch lat rządów PiS (2005–2007) pozostała (z wy-

jątkami) w niezmienionym kształcie od 1997 roku. W historii prób zaostrenia ustawy warto wymienić dwie próby: pierwszą podczas rządów koalicji PiS-LPR-Samoobrona

(2005–2007, do czasu samodzielnych rządów PiS) i drugą, pod koniec poprzedniej kadencji Parlamentu, we wrześniu 2015 (por. Tabela 2). Podczas gdy prawie dekadę temu, przy dogodnej politycznej sytuacji (bracia Kaczyńscy w roli prezydenta i premiera), PiS nie poparł projektu zaostřejącego ustawę z 1993, głosowanie we wrześniu 2015 nad projektem zgłoszonym przez Fundację Pro ujawniło jednoznaczne poparcie dla takiego projektu postów PiS.

Nowy projekt zaostřejenia ustawy, tym razem uchylający artykuły 4a–4c ustawy z roku 1993, ukierunkowany jest na wprowadzenie zupełnego zakazu aborcji. Projekt zakłada również zmianę nazwy wspomnianej

Ustawy na: „o powszechnej ochronie życia ludzkiego i wychowaniu do życia w rodzinie”. Autorem projektu i inicjatorem zbiórki podpisów pod projektem obywatelskim jest prawniczy think tank, Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris, który projekt w skrócie określa jako „projekt [ustawy] o pełnej ochronie życia”, a celem projektodawców jest usunięcie „z systemu polskiego prawa sprzeczne z konstytucyjną tzw. wyjątki aborcyjne, prowadzące do dyskryminacyjnego uchylania ochrony życia dzieci w prenatalnym okresie ich rozwoju, z uwagi na niepełnosprawność lub okoliczności poczęcia”<sup>10</sup>. W uzasadnieniu do projektu pojawiają się odniesienia do wyroków Trybunału Konstytucyjnego, które pośrednio odnoszą się do „ochrony ży-

Tabela 2: Zmiany w prawie regulującym dostępność zabiegu przerywania ciąży 1989–2015

Data	Skład rządu (partie polityczne)	Zmiany w prawie
1989–1991	Pierwsze rządy solidarnościowe	Pierwsze projekty zakazujące wykonywania zabiegów aborcji w pracach Sejmu (nie przyjęte przez Sejm).
1991–1992	Partie prawicowe i centrowe	Wprowadzenie klauzuli sumienia do Kodeksu Etyki Lekarskiej i potwierdzające wyroki Trybunału Konstytucyjnego.
1992–1993	Partie prawicowe i centrowe (rząd Hanny Suchockiej)	<b>Uchwalenie ustawy z dnia 7 stycznia 1993 o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży ograniczającej legalną aborcję do trzech wymienionych w ustawie przypadków.</b>
1993–1997	Rząd koalicji SLD-PSL	<b>1996</b> Wprowadzenie poprawki do Ustawy z 1993 roku dopuszczającej legalną aborcję w przypadku ciężkiej sytuacji życiowej lub w trudnej sytuacji osobistej. <b>1997</b> Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego o niezgodności z Konstytucją przyjętego w 1996 zapisu dopuszczającego przerwanie ciąży w dodatkowych okolicznościach.
1997–2001	Rząd AWS i Unii Wolności (a następnie rząd mniejszościowy)	<b>1997</b> Zaostřejenie procedury poprzedzającej dostęp do legalnego zabiegu przerywania ciąży.
2001–2005	Rząd SLD-UP i PSL (do 2004)	Brak większych zmian. <b>2004</b> Wprowadzenie „Narodowego 2004 Dnia Życia”.
2005–2007	Rząd PiS-Samoobrona-Liga Polskich Rodzin (a następnie rząd mniejszościowy)	Nieudane wprowadzenie całkowitego zakazu aborcji (PiS za odrzuceniem projektu).
2007–2015	Rządy PO-PSL	Brak zmian mimo kilku prób wprowadzenia zakazu aborcji. <b>2015</b> PiS za przyjęciem projektu zakazującego aborcji w przypadku uszkodzenia płodu).

Źródło: opracowanie własne

<sup>10</sup> Materiał dostępny na stronie internetowej Ordo Iuris: <http://www.ordoiuris.pl/ochrona-zycia/komitet-inicjatywy-ustawodawczej-stop-aborcji-zarejestrowany>. Ostatnia wizyta 20.11.2016.



cia” również w fazie prenatalnej, jak również (w większej mierze) do Encyklik i wypowiedzi papieża Jana Pawła II. Komitet Inicjatywy Obywatelskiej „Stop Aborcji”, który zajmuje się zbieraniem podpisów pod projektem, został zarejestrowany w Sejmie 6 kwietnia 2016.

Beata Szydło początkowo wyraziła swoje poparcie dla omawianego projektu pod koniec marca<sup>11</sup>, jednak kilka dni później wycofała się z tych deklaracji tłumacząc, że wyrażała tylko swoje prywatne zdanie<sup>12</sup>. W tym samym czasie Jarosław Kaczyński zapowiedział, że Klub Parlamentarny PiS poprze ustawę wprowadzającą całkowity zakaz aborcji<sup>13</sup>. Niemal natychmiast postulat ten został również wsparty przez Episkopat, który wydał specjalny komunikat, w którym podpisani pod dokumentem duchowni stwierdzają m. in. że „w kwestii ochrony życia nienarodzonych nie można poprzestać na obecnym kompromisie”<sup>14</sup>.

Zapowiedzi te wystarczyły do mobilizacji przeciwników zaostrenia ustawy czy też zwolenników liberalizacji aborcji. Niemal natychmiast zorganizowane zostały protesty przed Sejmem: najpierw 3 kwietnia 2016, pod sztandarami Partii Razem, a następnie tydzień później przez ponadpartyjną koalicję „Porozumienie Odzyskać Wybór”. Inne formy

protestu obejmowały opuszczanie Kościołów podczas mszy w momencie odczytywania Komunikatu Episkopatu wspierającego zaostrenie ustawy czy masowe wpisy kobiet na stronie facebookowej Beaty Szydło na temat ich cykli menstruacyjnych/owulacyjnych jako przejaw sprzeciwiania się ingerencji w wybory kobiet dotyczące ich zdrowia intymnego i decyzje prokreacyjne.

Prawie od razu po pierwszej fali protestów (a w przypadku premier Szydło po pierwszym większym proteście) deklaracje zwolenników zaostrenia ustawy uległy zmiękczeniu. W wywiadzie dla tygodnika „wSieci” Jarosław Kaczyński wyraził poparcie dla zakazu przerywania ciąży „z powodów eugenicznych”, natomiast negatywnie wyraził się w kwestii rozciągania zakazu na inne przestępstwa. Jak przekonuje Kaczyński: „To jest coś nieludzkiego i z tą eugeniką trzeba w Polsce skończyć. Dalej posunąć się, w moim przekonaniu, nie można. Niektóre wypowiedzi wzywające do wyłączenia także tych przypadków, gdy chodzi o ratowanie życia kobiety lub ciąży z gwałtu, sprawiają w mojej opinii wrażenie nakręcające drugą stronę”<sup>15</sup>. W podobnym duchu swoje stanowisko doprecyzował nieco Kościół, sprzeciwiając się wprowadzeniu odpowiedzialności karnej kobiety<sup>16</sup>.

<sup>11</sup> *Beata Szydło: Jestem za całkowitym zakazem aborcji*, „Gazeta Wyborcza” 31.03.2016. Materiał dostępny na stronie internetowej <http://wyborcza.pl/1,75398,19841921,beata-szydlo-jestem-za-calkowitym-zakazem-aborcji.html> Ostatnia wizyta 20.11.2016.

<sup>12</sup> *Szydło: Poparcie dla zakazu aborcji? To była tylko moja prywatna opinia*, „Gazeta Wyborcza” 03.04.2016. Materiał dostępny na stronie <http://wyborcza.pl/1,75398,19864322,szydlo-poparcie-dla-zakazu-aborcji-to-byla-tylko-moja-prywatna.html> Ostatnia wizyta 20.11.2016.

<sup>13</sup> *PiS za całkowitym zakazem aborcji?*, TVP Info. Materiał dostępny na stronie <http://www.tvp.info/24679362/pis-za-calkowitym-zakazem-aborcji> Ostatnia wizyta 20.11.2016.

<sup>14</sup> Prezydium Konferencji Episkopatu Polski, Komunikat w sprawie pełnej ochrony życia człowieka. Materiał dostępny na stronie internetowej <http://episkopat.pl/komunikat-w-sprawie-pelnej-ochrony-zycia-czlowieka/>. Ostatnia wizyta 20.11.2016.

<sup>15</sup> „wSieci”: *Jarosław Kaczyński o manifestacjach KOD, miejscu dla pomników 10/04, aborcji i... rodeo. Sprawdź, co powiedział szef PiS!* Materiał dostępny na stronie internetowej <http://wpolityce.pl/polityka/289247-wsiec-i-jaroslaw-kaczynski-o-manifestacjach-kod-miejscu-dla-pomnikow-1004-aborcji-i-rodeo-sprawdz-co-powiedzial-szef-pis>. Ostatnia wizyta 20.11.2016.

<sup>16</sup> *KAI : Biskupi za prawem do życia bez wyjątków*. Materiał dostępny na stronie internetowej <http://www.deon.pl/religia/kosciol-i-swiat/z-zycia-kosciola/art,25710,biskupi-za-prawem-do-zycia-bez-wyjatkow.html>. Ostatnia wizyta 20.11.2016.

## LIPIEC-PAŹDZIERNIK 2016: DWA PROJEKTY W SEJMIE

Kiedy pierwsza fala protestów opadła, Komitet Inicjatywy Ustawodawczej zaczął zbierać podpisy pod projektem wprowadzającym całkowity zakaz aborcji. Oficjalnie projekt wpłynął do Sejmu 5 lipca 2016 wraz z 450 tys. podpisów, które zostały zebrane przez członków Komitetu i Fundację Pro – nierzadko przy udziale parafii – na wydarzeniach organizowanych przez diecezje czy po mszach niedzielnych. W miesiąc później do Sejmu trafił również projekt liberalizujący dostęp do aborcji, pod którym 215 tys. podpisów zebrał Komitet „Ratujmy Kobiety”.

W obliczu zbliżającego się głosowania nad dwoma wymienionymi projektami politycy Prawa i Sprawiedliwości nie wykazywali już tak zdecydowanej postawy wspierającej projekt zakazujący aborcji. Nie wprowadzono również dyscypliny klubowej w głosowaniu nad projektem. W drugiej połowie września (22–23 września 2016) odbyła się dyskusja, a następnie głosowanie nad dwoma projektami. Podczas gdy projekt inicjatywy „Stop Aborcji” skierowano do dalszych prac w Sejmie, obywatelski projekt „Ratujmy kobiety” został w całości odrzucony na wniosek, co ciekawe, Przewodniczącego Klubu Polskiego Stronnictwa Ludowego, Władysława Kosiniaka-Kamysza. Za odrzuceniem projektu w pierwszym czytaniu głosowało m. in. trzynastu posłów klubu Platformy Obywatelskiej.

Tak jak rejestracja Komitetu „Stop Aborcji” w kwietniu 2016 roku wywołała szereg protestów przeciwko zaostrzeniu ustawy, tak wrześniowe głosowania w Sejmie spowodowały ponowną mobilizację (głównie) kobiet. Już 22 września pod Sejmem Partia Razem zorganizowała „Czarny protest”, którego inicjatorką była Małgorzata Adamczyk. Ak-

cja polegała również na publikowaniu zdjęć w mediach społecznościowych, w czarnych ubraniach, z hasztagiem #czarnyprotest. Sama nazwa protestu i (częściowo) jego forma (ubrania w kolorze czarnym) wykorzystane zostały następnie w organizacji „ogólnopolskiego strajku kobiet”, który odbył się 3 października 2016, również pod hasłem „czarnego poniedziałku”. Akcje protestacyjne można było obserwować w ponad stu miastach w całej Polsce: oprócz dużych demonstracji w takich miastach jak Warszawa czy Wrocław, odbyły się setki marszy i zgromadzeń w mniejszych miejscowościach w Polsce. W proteście, według różnych szacunków, wzięło udział od kilku setek tysięcy do sześciu milionów osób, wliczając w to również dziesiątki wydarzeń organizowanych na całym świecie w solidarności z Polkami.

Już trzy dni później PiS zdecydował o odrzuceniu projektu Ordo Iuris. Najpierw wnioskiem i głosami PiS w sejmowej Komisji Sprawiedliwości, a następnie w głosowaniu na plenarnym posiedzeniu Sejmu. Za odrzuceniem projektu głosowała większość posłów PiS, w tym m.in. Jarosław Kaczyński i premier Beata Szydło. Na tym samym posiedzeniu Beata Szydło zapowiedziała wdrożenie programu wsparcia dla rodzin i matek, które zdecydują się na urodzenie i wychowanie dzieci „z tak zwanych trudnych cięż”<sup>17</sup>.

Zapowiedzi rządu w tej sprawie potwierdziły się – już na początku listopada 2016 roku przedstawiona została, a następnie szybko przyjęta i podpisana przez prezydenta Dudę, ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem”. Jednym z najbardziej dyskusyjnych postanowień nowej ustawy jest jednorazowe świadczenie w wysokości 4 tys., które

<sup>17</sup> Materiał dostępny na stronie internetowej <http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/szydlo-obiecujemy-wsparcie-dla-rodzin-glosowanie-ws-aborcji,681687.html> Ostatnia wizyta 18.11.2016.

przysługuje kobietom z tytułu urodzenia się żywego dziecka z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka. Wsparcia rodzinie udzielać ma asystent rodziny, a kobietom ma być zapewniony również dostęp do informacji i diagnostyki prenatalnej.

Podsumowując, z pewnością kwestia zaostrożenia dostępności do zabiegu przerywania ciąży pozostaje otwarta. Jednocześnie pojawiają się nowe projekty, a politycy PiS co-

raz częściej mówią o konieczności wyłączenia z warunków legalnej aborcji przypadku nieodwracalnych wad płodu, nazwanej teraz przez przeciwników aborcji „aborcją eugeniczną”. W wywiadzie udzielonym Polskiej Agencji Prasowej Andrzej Duda stwierdził m. in., że „[j]eżeli ktoś mnie dzisiaj pyta o kompromis, to ja mówię wprost: z tego punktu widzenia jest on niewystarczający. I to wymaga zmian, taka jest moja osobista opinia”<sup>18</sup>.

## OBYWATELSKOŚĆ PŁODU, KOŚCIÓŁ, HOLOKAUST – JAK INTERPRETOWAĆ WYDARZENIA W POLSCE?

### OBYWATEL-PŁÓD

Jednym z ważniejszych argumentów „obrońców życia” jest przekonywanie o człowieczeństwie płodu i nadanie mu praw na równi z matką. Od lat 80. ubiegłego wieku w Polsce popularną metodą popularyzacji idei całkowitego zakazu aborcji jest organizowanie wystaw drastycznych zdjęć martwych płodów w różnych stadiach rozwoju bądź też projekcje rozmaitych filmów, w tym najbardziej znanego pt. *Niemy krzyk*. Najbardziej znana i aktywna organizacja spod znaku *anti-choice* w Polsce – Fundacja Pro – pomaga w organizacji wystaw i dostarczaniu materiałów ze zdjęciami zakrwawionych pło-

dów<sup>19</sup>. Na stronie internetowej Fundacji, która zachęca do organizacji takiej wystawy, w zakładce „Opinia psychologa” przeczytać można m. in., że wystawa jest odpowiednia dla dzieci w każdym wieku<sup>20</sup>.

Ruch dążący do zupełnego zakazu aborcji, od momentu poczęcia, jest stosunkowo nowym zjawiskiem. Choć stosunek do płodu i ciąży różnił się oczywiście w zależności od tradycji, kultury i wydarzeń historycznych, bardzo długo uznawano płód (czy embrion, w zależności o stopnia zaawansowania rozwoju ciąży) za część ciała kobiety, a w świecie

<sup>18</sup> Źródło – PAP, informacja dostępna na stronie internetowej <http://wyborcza.pl/7,75398,20938581,andrzej-duda-kompromis-aborcyjny-jest-niewystarczajacy.html> Ostatnia wizyta 12.11.2016.

<sup>19</sup> <http://stopaborcji.pl/wystawa-wyberz-zycie/>.

<sup>20</sup> Cytat ze strony: „Fragmety opinii psychologicznej: Biorąc pod uwagę rozwój myślenia, uwagi, pamięci dziecka do trzeciego roku życia należy stwierdzić, że nie rozumie ono czym jest martwe ciało i śmierć. Reakcje dzieci do trzeciego roku życia zależą wyłącznie od reakcji rodziców. Oglądanie zdjęć nie stanowi urazu. Dzieci w wieku przedszkolnym ze względu na poziom rozwoju umysłowego nie będą postrzegały wystawy jako zagrażającej. Może ona wzbudzić ich ciekawość i mogą chcieć wyjaśnień od osób bliskich. Sposób wyjaśnienia przez dorosłych, zasadniczo wpłynie na sposób przyjęcia przez dziecko treści wystawy. O ile zabraknie opinii i obecności dorosłych w życiu dziecka, negatywnie odbierze ono fakt zachowania faktu zabójstwa, aborcji w tajemnicy przed nim. Utrzymywanie tajemnic (tabu) przed starszymi dziećmi negatywnie wpływa na ich zaufanie do dorosłych”. Materiał dostępny na stronie internetowej <http://stopaborcji.pl/wystawa-wyberz-zycie/>. Ostatnia wizyta 12.11.2016.

zachodnim, do 18–10 tygodnia ciąży, dopóki nie wyczuwano ruchów wewnątrz ciężarnej kobiety<sup>21</sup>.

Współcześnie w państwach, w których aborcja jest dostępna na życzenie lub z ograniczeniami, przede wszystkim uznaje się podmiotowość kobiety i chroni się przede wszystkim jej prawa. Za przykład podać można wyrok Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych w sprawie Roe przeciwko Wade z roku 1973, w której to Sąd uznał zakaz aborcji za naruszenie konstytucyjnej gwarancji prawa do ochrony prywatności. Prawo do przerwania ciąży, właściwie przez cały okres ciąży, miało być zagwarantowane konstytucyjnie. Chociaż w rzeczywistości wyrok ten był wielokrotnie kwestionowany przez środowiska konserwatywne i chrześcijańskie w USA, a realny dostęp do bezpiecznej aborcji jest ograniczany przez stopniowe wycofywanie dofinansowania dla klinik Planned Parenthood, przepis ten nadal obowiązuje. Innym klasycznym przykładem tego, jak podkreśla się prawną autonomię i ochronę kobiety w ciąży, jest wyrok Sądu Najwyższego Kanady z roku 1988 (Korona przeciwko Morgentalerowi), według którego

[z]muszanie kobiety, by pod groźbą sankcji karnej, nosić płód do terminu, chyba że spełnia pewne kryteria niezwiązane z jej własnymi priorytetami i aspiracjami, jest głęboką ingerencją w ciało kobiety, a tym samym naruszeniem jej bezpieczeństwa osobistego.<sup>22</sup>

Obecnie jednym z zasadniczych strategicznych zabiegów stosowanych przez ruchy *anti-choice* jest upodmiotowienie płodu

przez zrównywanie przysługujących mu praw z prawami człowieka, w tym z prawami przysługującymi ciężarnej kobiecie (patrz np. Daniels 1993; McCulloch 2012, Barry 2015). W konsekwencji zwolennicy zakazu aborcji dążą do włączenia odpowiednich przepisów do narodowych (najczęściej) systemów prawnych. Prawna ochrona życia i podmiotowości płodu może przybrać różne formy: za przykład można podać choćby polską wersję pośredniej ochrony życia (jak w np. w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 1997 roku) czy też, w skrajnej formie, konstytucyjna ochrona życia płodu w Art. 40 Konstytucji Irlandzkiej (p. 1, 3<sup>o</sup>). Przepis ten wprowadzony został w roku 1983 w wyniku przyjęcia ósmej poprawki, w następującym brzmieniu: „Państwo uznaje prawo do życia nienarodzonych, w pełni szanując równe mu prawo matki do życia, i gwarantuje respektowanie go w ustawodawstwie oraz, w miarę możliwości, obronę i dochodzenie tego prawa zgodnie z obowiązującymi ustawami” (Wydawnictwo Sejmowe 2011).

Różny stopień upodmiotowienia płodu: od prostego stwierdzenia odrębności płodu i ciała kobiety ciężarnej, przez uznanie płód za człowieka, osobę, a wreszcie obywatela, posiadającego podmiotowość prawną, wyznacza kolejne zakresy ochrony prawnej i konsekwencje przerwania ciąży. Alison McCulloch (2012) pokazuje, w jaki sposób technologia badania ultrasonograficznego zrewolucjonizowała podejście do płodu jako do osoby, obywatela: wykrycie i nagłośnienie bicia serca płodu, wykonywanie zdjęć w technice 3D i 4D (również w kolorze) – wszystkie te ulepszenia w zakresie badania stanu płodu doprowadzają również do symbolicznego oddzielenia płodu od ciała kobiety ciężarnej.

<sup>21</sup> *BBC Ethics Guide*. Materiał dostępny na stronie internetowej: [http://www.bbc.co.uk/ethics/abortion/legal/history\\_1.shtml](http://www.bbc.co.uk/ethics/abortion/legal/history_1.shtml). Ostatnia wizyta 09.11.2016.

<sup>22</sup> *Abortion rights: significant moments in Canadian history*, <http://www.cbc.ca/news/canada/abortion-rights-significant-moments-in-canadian-history-1.787212>. Ostatnia wizyta 20.11.2016.

Inną konsekwencją upodmiotowienia płodu była zmiana perspektywy z kobiecej na perspektywę przyszłego obywatela – jeszcze nie urodzonego, ale już wymagającego szczególnej ochrony. Ponieważ środowiskiem najważniejszym dla życia i zdrowia płodu jest macica (ciało kobiety), płód, nazwany dzieckiem nienarodzonym (również w prawodawstwie w Polsce bądź np. w Irlandii), wymaga szczególnej ochrony, a zwizualizowana i upubliczniona przez to macica – publicznego nadzoru.

Wizualizacja płodu odbyła się również w sposób dość szczególny, od razu symbolicznie oddzielający płód od ciała matki. Jednym z pierwszych szeroko upublicznionych zdjęć tak dokładnie przedstawiających płód była fotografia autorstwa Lennarta Nilssona opublikowana na okładce magazynu „Life” 30 kwietnia 1965. Zdjęcie przedstawia płód z wyraźnie zaznaczonymi cechami anatomicznymi, w worku owodniowym, połączony z macicą. Ciemne tło, na którym pokazane jest ciało płodu w owodni sprawia wrażenie kosmosu, otwartej przestrzeni, w której zawieszony jest płód sprawiający wrażenie śpiącego dziecka. Taki model wizu-

alizacji płodu unoszącego się w przestrzeni (względnie we wszechogarniającym zbiorniku z płynem), w znacznym stopniu doprowadził, zdaniem cytowanych wyżej badaczek, do osłabienia ochrony zdrowia i życia kobiety w ciąży na rzecz tak zobrazowanego „dziecka” przed narodzinami.

Barbara Katz Rothman zestawiała tak skonstruowaną wizję ciąży z obrazem człowieka w kosmosie, doświadczającego podobnej niepewności i kruchości istnienia: „Płód w macicy stał się metaforą człowieka bezwładnie unoszącego się w przestrzeni kosmicznej, połączony [z macicą jak] ze statkiem kosmicznym, tylko za pomocą pępowiny. Ale gdzie w tej metaforze jest kobieta? Została wtopiona w tę pustą przestrzeń” (Katz Rothman 1987, s. 114). To dlatego na argument: „Moje ciało – moja sprawa” grupy spod znaku *anti-choice* odpowiadają, że ciało płodu jest w istocie ciałem innej osoby, a nie ciałem kobiety. Końcowe stwierdzenie w łańcuchu argumentacji wychodzącej z początkowego stwierdzenia o człowieczeństwie płodu jest konsekwencją takiego podejścia i jest zawsze podobne: aborcja, według zwolenników traktowania płodów na równi z dziećmi, to morderstwo.

## KOŚCIÓŁ, NACJONALIZM, ABORCJA, METAFORA HOLOKAUSTU

Traktowanie płodu jako osoby – obywatela z pełnią praw i koniecznością ochrony – jest również częścią oficjalnej nauki Kościoła katolickiego. Silna pozycja Kościoła wynikająca z liczby katolików powinna więc przekładać się na poparcie dla restrykcyjnego prawa dotyczącego przerywania ciąży i doprowadzić do włączenia stanowiska zakazującego aborcji do prawodawstwa krajowego. Wpływ Kościoła na politykę publiczną jest dość częstym przedmiotem badań, ponieważ np. jako organizator i dostarciciel usług społecznych, Kościół brał udział w wielu krajach w rozwoju polityki i infrastruktury socjalnej

(Knill, Preidel i Nebel 2014; Schreiber 2011; Fink 2009). Podobna analiza konieczna jest w przypadku praw reprodukcyjnych, a z pewnością w kwestii prawodawstwa dotyczącego dostępności zabiegu przerywania ciąży.

Jak zauważają Kozłowska, Béland i Lecours (2016) katolicyzm jako główna religia wyznawana na terenie danego kraju nie oznacza automatycznie poparcia dla radykalnego zakazu aborcji czy też w ogóle akceptacji dla dużej roli Kościoła w życiu publicznym. Co pieczętuje zasadniczą rolę Kościoła katolickiego w wypowiedaniu się w sprawach, które insty-

tucja ta uznaje z kwestie moralne, to udział Kościoła w budowaniu tożsamości narodowej, zwłaszcza w przypadku państw, których ciągłość i suwerenność była wielokrotnie naruszana. Tam, gdzie Kościół brał udział w ruchach opozycyjnych, narodowotwórczych i sprzeciwiał się władzy kolonizatora czy okupanta, tam wtapiał się w odrębność (jeszcze podczas trwania jakiejś formy zewnętrznej opresji), a następnie w tożsamość narodową. Autorzy jako przykład zrosniętej religijnej i narodowej tożsamości podają przypadki Polski i Irlandii, w których Kościół katolicki pełnił zasadniczą rolę w ruchach niepodległościowych, a następnie opozycyjnych (w PRL), czym zyskał legitymację dla forsowania restrykcyjnych przepisów dotyczących prawa do aborcji. Kozłowska, Beland i Lecours przeciwstawiają Polsce i Irlandii przypadek Hiszpanii, w której Kościół wspierał reżim Franco. W ten sposób Kościół hiszpański odciął się od antyreżimowej narracji tożsamościowej, pozbawiając się przynajmniej częściowo legitymacji do wyznaczania sądów moralnych w dyskusjach nad polityką publiczną.

W Polsce Kościół od kilkadziesiąt lat różnymi kanałami wpływa na postawy Polek i Polaków oraz na stanowienie prawa, zwłaszcza w sprawach, które uznaje za najważniejsze z punktu widzenia moralności. Zarazem instytucja ta niejednokrotnie odnosi się do przeszłości, historii rozbiorów, II wojny światowej i doświadczenia totalitaryzmów. Krytykując dostęp do aborcji, Kościół i świeckie organizacje katolickie posługują się metaforą ludobójstwa i odniesieniami do systemów

totalitarnych, a w szczególności do zbrodni Auschwitz. Metaforami takimi posługiwali się często polscy duchowni, w tym Tadeusz Rydzyk w połowie lat 90., gdy Radio Maryja organizowało akcje protestacyjne w reakcji na wprowadzenie możliwości legalnej aborcji w trudnej sytuacji życiowej.

Metafora holokaustu została przejęta i była wielokrotnie używana przez polityków prawicowych i świeckie organizacje *anti-choice*. We wrześniu 2015 roku, prawie dokładnie rok przed głosowaniem w Sejmie w sprawie projektu Ordo Iuris, odbyło się głosowanie nad projektem zaostrzającym dostęp do legalnego zabiegu przerywania ciąży w przypadku poważnego uszkodzenia płodu. W imieniu wnioskodawców wypowiedziała się posłanka PiS, Kaja Godek, reprezentująca Komitet Inicjatywy Ustawodawczej „Stop Aborcji”. W prezentacji uzasadnienia wniosku 10 września posłanka zasugerowała, że „[p]aństwo, pozwalając na zabijanie dzieci, zupełnie je odczłowiecza, tak że już nawet lekarzom i urzędnikom wszystko jedno, kogo i w jakiej liczbie się zabija. W ten sposób Polska stacza się poniżej poziomu państw cywilizowanych, a nawet poniżej poziomu państw totalitarnych, bo nawet w Auschwitz-Birkenau więźniom nadawano numery obozowe”<sup>23</sup>. Rok później przedstawicielka Ordo Iuris, Joanna Banasiuk, przekonywała posłów że „[a]borcja to rzeź niewinnych dzieci, to piekło kobiet i moralna kompromitacja mężczyzn. Polskiemu narodowi najpierw zaordynowali ją hitlerowscy zbrodniarze, a na masową skalę narzucił komunistyczny reżim”<sup>24</sup>. Warto

<sup>23</sup> Posiedzenie nr 99 w dniu 10 września 2015 (2. dzień obrad), 39 punkt porządku dziennego. Pierwsze czytanie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz niektórych innych ustaw (druk nr 3806). Materiał dostępny na stronie internetowej Sejmu RP: <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/wypowiedz.xsp?posiedzenie=99&dzien=2&wyp=156&view=1>. Ostatnia wizyta 10.11.2016

<sup>24</sup> Posiedzenie nr 26 w dniu 22.09.2016 (2. dzień obrad) 16. i 17. punkt porządku dziennego: Pierwsze czytanie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (druk nr 784). Materiał dostępny na stronie internetowej Sejmu RP: <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/wypowiedz.xsp?posiedzenie=26&dzien=2&wyp=164&view=1>.

również wspomnieć o tym, że T. Terlikowski porównał zaskarżającą Polskę do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości Alicję Tyśiąc do Adolfa Eichmanna (za co Terlikowski został skazany na zapłacenie grzywny i przeproszenie Tyśiąc).

Wpływ Kościoła katolickiego na debatę publiczną i na stanowienie prawa, w tym prawa dotyczącego dopuszczalności przerywania

ciąży, przeszedł płynnie z pośredniego na niemal bezpośredni w czasie rządów Prawa i Sprawiedliwości. Za najbardziej jaskrawy przykład uznać można niedawną, publiczną deklarację posłanki PiS, Krystyny Pawłowicz, która przed głosowaniem za odrzuceniem projektu *Ordo Iuris* stwierdziła w medium społecznościowym, że „Episkopat [...] upoważnił nas do odrzucenia projektu”<sup>25</sup>.

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Nietrudno przewidzieć, w jakim kierunku rozwine się debata nad prawami reprodukcyjnymi w Polsce. Początkowe poparcie polityków partii rządzącej dla radykalnego projektu zupełnego zakazu przerywania ciąży świadczyć może o strategicznym podejściu do tej kwestii. Mogło ono służyć jako przesunięcie debaty w stronę rozwiązań o charakterze skrajnym, tak by następnie potraktować je w debacie publicznej jako „zbyt radykalne”. W ten sposób przyjęcie wersji zaostrzenia ustawy, w której usunięty zostanie np. drugi z trzech warunków dopuszczalności przerywania ciąży (wynik badań prenatalnych), może być przedstawiane jako „nowy kompromis”.

Warto w zakończeniu przytoczyć najnowsze wyniki badań nad postawami Polaków wobec kwestii przerywania ciąży. Badania opinii publicznej wskazują na kilka interesujących zjawisk, przy czym jednym z najistotniejszych jest siła postaw krytycznych wobec aborcji, jak również osób, które jej dokonują, zwłasz-

cza wśród młodszych respondentów. Badanie CBOS (2016) z maja 2016 roku wskazuje, że aborcja powinna być dopuszczalna w sytuacjach zagrożenia życia matki (86% respondentów), jej zdrowia (76%) i gdy ciąża jest wynikiem gwałtu (74%). Co istotne, zasadnicza większość respondentów sprzeciwia się dopuszczalności aborcji z powodu złej sytuacji materialnej matki (81%) i jej trudnej sytuacji osobistej (80%). Zarazem ponad trzy czwarte (78%) respondentów sprzeciwia się aborcji na żądanie, a 74% aborcji w drugim trymestrze ciąży. Badanie panelu Ariadna dla „Dziennika Gazety Prawnej”<sup>26</sup> z kwietnia 2016 wskazuje, że najradykalniejsze poglądy mają młodszy respondenci (do 44. roku życia). Za karaniem kobiet w przypadku dokonania nielegalnego przerwania ciąży opowiada się tutaj ogółem 42,9% respondentów, ale aż 62–64% respondentów w wieku 18–34 lat. Odsetek zwolenników karania kobiet jest najniższy wśród respondentów powyżej 55. roku życia. Co dziesiąty respondent (9,8%) jest

<sup>25</sup> Informacja dostępna na stronie <https://oko.press/wpadka-krystyny-pawlowicz-chciala-ratowac-a-pograzyla-pis/>. Ostatnia wizyta 23.11.2016.

<sup>26</sup> G. Osiecki, K. Klinger, *Kobiety chcą karać ojców za dokonanie aborcji*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 20 kwietnia 2016, <http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/518582,kobiety-chca-karac-ojcow-za-dokonanie-aborcji.html>. Ostatnia wizyta 10.11.2016.

za całkowitym zakazem aborcji, natomiast poparcie dla takiego rozwiązania wśród najmłodszych respondentów jest dwukrotnie wyższe (20,6%).

Za każdym razem, gdy istniejące prawo poddawane jest wątpliwości, sytuacja ta daje szansę na przyciągnięcie uwagi dużej części społeczeństwa, a przez to na renegotjację konkretnych, akceptowanych dotąd rozwiązań. W kwestii praw reprodukcyjnych może to oznaczać otwarcie na krytykę funkcjonującej ustawy. Z drugiej strony, taka strategia może okazać się ryzykowną, ponieważ większość Polaków opowiada się za obroną obecnego kształtu ustawy, a obrona kompromisu aborcyjnego utożsamiana jest z obroną „pokoju społecznego” w Polsce. Zdecydowanie przeciwko zaostreniu ustawy, lecz w obronie obowiązującego prawa, wypowiedziały się we wspólnym stanowisku były żony prezydentów RP, list w obronie obecnego kształtu ustawy napisali również teologowie moralni i katolickie teolożki z całego świata, a Klub Parlamentarny PO zainicjował uchwałę w sprawie „uszanowania kompromisu z 1993 roku”.

M. Fuszara na początku lat 90. zadawała pytanie o to, czy kwestia aborcji będzie akuszerką ruchu feministycznego w Polsce (Fuszara 1991). W pewnym sensie można na to pytanie odpowiedzieć twierdząco, ponieważ

rodzący się ruch feministyczny potrafił zagospodarować społeczne poparcie dla funkcjonujących wówczas przepisów, choć mimo zebrania 1,2 mln podpisów pod wnioskiem o referendum w tej sprawie nie udało się powstrzymać zmian. Kwestia aborcji stała się pretekstem do mobilizacji biernych dotąd grup społecznych, stąd tak liczny udział w „czarnym proteście” tysięcy osób z mniejszych miejscowości. Mobilizacja ta powinna zostać utrzymana i powinna objąć obronę praw reprodukcyjnych oraz ogólnie rzecz biorąc, autonomii i praw kobiet, które powinny stać się jednymi z naczelnych haseł oddolnych (nowych) ruchów opozycyjnych i partii politycznych.

W sferze dyskursu, debaty publicznej ważne jest, aby nie przejmować języka organizacji spod znaku *anti-choice*. Zwolennicy legalnej aborcji zdają sobie sprawę z nadużyć drugiej strony, posługującej się określeniem „dziecko nienarodzone” (zamiast płód) czy matka (zamiast „kobieta ciężarna”). Pozostaje dylematem, na ile zjednoczony wobec kwestii zaostrenia przepisów o legalności aborcji front podzieli się w przypadku podniesienia kwestii liberalizacji dostępu do bezpiecznych zabiegów przerywania ciąży. W świetle choćby wyników badań opinii publicznej nie należy spodziewać się sukcesu środowisk postępowych, przynajmniej nie na tym etapie walki o prawa reprodukcyjne w Polsce.



## BIBLIOGRAFIA

- Barry U. (2015). Discourses on Foetal Rights and Women's Embodiment. W: Quilty, A., Kennedy, S. i Conlon, C. (red.). *The Abortion Papers Ireland: Volume 2*. Cork University Press.
- CBOS (2010). *Opinie na temat dopuszczalności aborcji*. Warszawa: CBOS.
- CBOS (2012). *Opinie o prawie aborcyjnym*. Warszawa: CBOS.
- CBOS (2013). *Doświadczenia aborcyjne Polek*. Warszawa: CBOS.
- CBOS (2016). *Opinie o dopuszczalności aborcji*. Warszawa: CBOS.
- Chałubiński, M. (1994). *Polityka, kościół, aborcja*. W: M. Chałubiński (red.) „*Polityka i aborcja*”. Warszawa: Scholar, s. 89–153.
- Chetstowska A. (2009). *Krótką historia aborcji*. W: Czerwińska A. i Piotrowska J. (red.), *Raport: 20 lat – 20 zmian. Kobiety w Polsce w okresie transformacji 1989–2009*. Warszawa: Fundacja Feminoteka.
- Daniels, C. R. (1993). *At women's expense: State power and the politics of fetal rights*. Cambridge, Mass; London: Harvard University Press.
- Fink S. (2009). Churches as societal veto players: Religious influence in actor-centred theories of policy-making. „*West European Politics*” 32(1), s. 77–96.
- Fuszara M. (1991). *Will the Abortion Issue Give Birth to Feminism in Poland?* W: Mclean M. i Groves D. (red.), *Women's Issues in Social Policy*. London: Routledge.
- Grzywacz A., Jawień A., Kacpura K., Więckiewicz K., Zimniewska M. (2013). *20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej w Polsce. Raport 2013*. Warszawa: Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.
- Izdebski, Z. (2007). *Zachowania seksualne kobiet*. W: *Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat*. Warszawa: UNDP, UNFPA i Ministerstwo Zdrowia.
- Izdebski, Z. (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Kacpura, K. (2016). *Aborcja po polsku: minimum 150 tys. zabiegów rocznie. Lekarze zwlekają z legalną aborcją, bo boją się stygmatyzacji i nie chcą problemów*. Rozmowę przeprowadził Wojciech Matusiak. „*Gazeta Wyborcza*”, 18 kwietnia 2016.
- Katz Rothman, B. (1987). *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. London, W.W. Norton and Company.
- Knill C., Preidel C., Nebel K. (2014). Brake rather than Barrier: The impact of the catholic church on morality policies in Western Europe. „*West European Politics*” 37(5), s. 845.
- Kozłowska, I. Béland D., Lecours A. (2016). Nationalism, religion, and abortion policy in four catholic societies. „*Nations and Nationalism*” 22 (4), s. 824–844.
- McCulloch, A. (2012). The rise of the fetal citizen. „*Women's Studies Journal*” 26 (2), s. 17.
- NIK (2016). *Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- Płatek M. (2016). *Wstępne uwagi do Opinii Prawnej na temat projektu Ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Ponton (2014). *Sprawdzian (z) WDŻ, czyli jak wygląda edukacja seksualna w polskich szkołach*. Warszawa: Raport Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton.
- Schreiber J. C. (2011). Parenting, policies, and practice: Christian influence on child welfare in America. „*Social Work & Christianity*” 38(3), s. 293–314.
- Szelewa D. (2015). *The policy of gender equality in Poland. In-depth analysis for FEMM Committee*. European Parliament, Directorate General for Internal Policies, Policy Department C: Citizens' Rights and Constitutional Affairs: Gender Equality.
- Wydawnictwo Sejmowe (2011). *Konstytucje państw Unii Europejskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe.

Warszawskie Debaty o Polityce Społecznej to wspólne przedsięwzięcie Fundacji im. Friedricha Eberta i Fundacji Międzynarodowe Centrum ds. Badań i Analiz ICRA. Celem projektu jest popularyzacja progresywnych idei w obszarze polityki społecznej przy użyciu argumentów naukowych. Przewodnym motywem cyklu jest wielowymiarowa analiza polityki społecznej: w kontekście międzynarodowym, w stosunku do innych obszarów polityki publicznej oraz w różnych horyzontach czasowych. Każdemu tematowi poświęcane jest seminarium z gościem-ekspertem, które jest otwarte dla szerokiej publiczności, oraz ekspercka publikacja, zawierająca rekomendacje dla polityki społecznej.



[www.icra.pl](http://www.icra.pl)



[www.feswar.org.pl](http://www.feswar.org.pl)

**Wydawca:**

Friedrich-Ebert-Stiftung, Przedstawicielstwo w Polsce wspólnie z Fundacją Międzynarodowe Centrum Badań i Analiz (ICRA)

**Nieodpłatna dystrybucja:**

Friedrich-Ebert-Stiftung, Przedstawicielstwo w Polsce  
ul. Podwale 11, 00-252 Warszawa  
lub

Fundacja Międzynarodowe Centrum Badań i Analiz (ICRA)  
ul. Skarbka z Gór 132E/61, 03-287 Warszawa

© 2017 by Friedrich-Ebert-Stiftung, Przedstawicielstwo w Polsce  
ul. Podwale 11, 00-252 Warszawa  
[www.feswar.org.pl](http://www.feswar.org.pl)

**Wszelkie prawa zastrzeżone.**

Komercyjne użycie materiałów wydanych przez Fundację im. Friedricha Eberta jest zabronione bez pisemnej zgody Fundacji.

Redakcja: Maciej Kropiwnicki, Michał Polakowski, Dorota Szelewa, Bastian Sendhardt  
Layout, skład i druk: MyWorks Studio, Warszawa

Autorzy ponoszą odpowiedzialność za swoje wypowiedzi zawarte w tej publikacji. Wypowiedziane twierdzenia nie muszą w całości korespondować ze stanowiskiem Fundacji im. Friedricha Eberta (Friedrich-Ebert-Stiftung).

Printed in Poland 2017

ISBN 978-83-64062-17-9

Publikacja została złożona czcionką Inder. Copyright (c) 2011 by Sorkin Type Co ([www.sorkintype.com](http://www.sorkintype.com)), with Reserved Font Name "Inder".