

dr Błażej Kmieciak<sup>1</sup>

*Zakład Prawa Medycznego*

*Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

## **Czy zalegalizowanie swobodnego dostępu osób małoletnich do preparatów antykoncepcyjnych to istotny problem prawno-społeczny?**

### **Wprowadzenie**

Na początku stycznia 2015r. przedstawiona została informacja o zmianie zasad korzystania przez pacjentki z preparatu antykoncepcyjnego o nazwie ellaOne. O wspomnianej w tym miejscu decyzji poinformował Enrico Brivio, będący rzecznikiem Komisji Europejskiej ds. Zdrowia. W oficjalnym komunikacie zwrócono uwagę, iż anulowana zostaje konieczność uzyskania przez pacjentkę recepty na wspomniany farmaceutyk. Dodano również, że „Kraje członkowskie nadal mogą ograniczyć dostępność leku poprzez wymaganie recepty” (Depesza, 2015, online).

Polska Agencja Prasowa relacjonując omawianą w tym miejscu decyzję podkreślała, iż wynika ona z z pozytywnej oceny działań środka EllaOne. Podobna ocena przeprowadzona została przez ekspertów Europejskiej Agencji ds. Leków (EMA). Jak dodano w komunikacie prasowym „Według ekspertów Agencji chociaż pigułki mogą być skuteczne, jeśli zostaną przyjęte w ciągu 5 dni po stosunku płciowym, to ich skuteczność jest najwyższa, gdy zostaną zastosowane w ciągu 24 godzin, (...) Zniesienie wymogu otrzymania recepty na ten lek powinno ułatwić kobietom dostęp do niego i przez to zwiększyć jego skuteczność” (Depesza, 2015, online).

Należy w tym miejscu uzupełnić, że EllaOne jest środkiem antykoncepcyjnym stosowanym po stosunku płciowym, w chwili, gdy - jak zaznaczają jego producenci – dana osoba chce zapobiec pojawieniu się ciąży. Środek ten można stosować

---

<sup>1</sup> Doktor nauk społecznych w zakresie socjologii prawa, bioetyk oraz pedagog specjalny. Absolwent studiów w zakresie resocjalizacji, prawa medycznego i bioetyki oraz kursów specjalizacyjnych w zakresie profilaktyki uzależnień oraz ochrony praw człowieka. Adiunkt w Zakładzie Prawa Medycznego, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Koordynator Centrum Bioetyki Instytutu Ordo Iuris, oraz b. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatry.

W prezentowanej pracy autor wykorzysta – za wcześniej uzyskaną zgodą- wzbogacone oraz przeredagowane materiały dotyczące preparatów EllaOne, przygotowane na zlecenie Instytutu Ordo Iuris. Projekt sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/10/E/HS5/00157

również w momencie, w którym to „zawiodła” inna metoda antykoncepcyjna. Jego działanie polega przede wszystkim na zatrzymaniu uwalniania kobiecym organizmie komórki jajowej, bądź też powstrzymaniu zagnieżdżenia się zapłodnionej komórki jajowej (zarodka) w macicy<sup>2</sup> (Charakterystyka, 2014, s. 1).

Ówczesny, polski wiceminister zdrowia, Sławomir Neuman poinformował natychmiast krajowe media, iż na terenie Polski omawiane preparaty, określane częstokroć mianem „pigułki po”, nadal będą dostępne wyłącznie na receptę. Jak zaznaczał wspomniany urzędnik: „Polska była przeciwna tej decyzji, głosowaliśmy przeciwko na posiedzeniu Europejskiej Agencji ds. Leków. Jeżeli będzie zapis o decyzji władz krajowych, to utrzymamy przepis o dostępności na receptę”. (Kmieciak, 2015, s. 17) Przedstawiciele zdrowotnych organów Unii Europejskiej wydali tym samym stanowisko, pozwalające władzom państwowym Na wprowadzenie własnej legalno- medycznej polityki dotyczącej dostępu obywateli do środków antykoncepcyjnych Polskie Ministerstwo Zdrowia upubliczniło, jak wskazano bardzo szybko jasny komunikat, w którym podkreślono, że podobne preparaty będą w naszym kraju dostępne bez przeszkód, ale jedynie w chwili posiadania przez pacjentkę recepty. Zwracano w tym miejscu uwagę przede wszystkim na zapisy polskiego prawa farmaceutycznego, regulującego zasady dostępu pacjentów do preparatów, których niewłaściwe stosowanie mogłoby w sposób istotny (w tym przypadku negatywny) wpłynąć na stan zdrowia osoby zgłaszającej się po poradę lekarską (Kmieciak, 2015, s. 17). Dalsza analiza omawianych w tym miejscu zdarzeń wskazuje na zaistnienie niespodziewanej sytuacji. W dniu 14 stycznia 2015r. Ministerstwo Zdrowia całkowicie zmieniło swoje zdanie w kwestii swobodnego dostępu Polek do preparatu EllaOne. Sławomir Neuman zaznaczał wówczas, że: „Temat przestał istnieć, tabletki wchodzi na rynek, jako leki bez recepty” (Jałowska, 2015, s. 3).

Prezentując w tym miejscu wstępne rozważania dotyczące zaproponowanej tematyki warto przypomnieć, że część komentatorów uznała pierwszy komunikat resortu zdrowia (w przedmiocie EllaOne) za w pełni zrozumiałą decyzję. Nie ulega bowiem wątpliwości, że środki antykoncepcyjne (bez względu na etyczną ocenę ich stosowania) mają silne działanie na ludzki organizm. Tym samym ich wydawanie winno znajdować się pod kontrolą specjalistów, w szczególności badających czy dana pacjentka nie znajduje się w zdrowotnej sytuacji uniemożliwiającej bezpieczne

---

<sup>2</sup> Wczesnoporonne działanie środka EllaOne stanowi istotny element debaty wskazujący wprost na niepokojące konsekwencje swobodnych możliwości zakupu podobnego preparatu. Jak bowiem wskazują jego producenci działanie antyimplantacyjne może pojawić się w momencie, w którym to środek ten będzie zastosowany w chwili, w której doszło już do poczęcia. Temat ten posiada kluczowe znaczenie z racji na ochronę praw dziecka od chwili poczęcia. W prezentowanym poniżej opracowaniu zagadnienie to celowo zostanie pominięte z racji na chęć głębszego spojenia przede wszystkim na negatywne konsekwencje społeczne oraz prawne stosowania preparatu EllaOne przez nastolatki.

zażywanie owych preparatów. Na początku 2015 roku zaczęły jednak pojawiać się coraz głośniejsze wypowiedzi krytykujące urzędników. W internetowych apelach wskazywano na przykłady kobiet, które doświadczyły silnej traumy w związku z wystąpieniem nagłej obawy dotyczącej potencjalnej, nieplanowanej ciąży. Stan ten potęgowany był brakiem możliwości podjęcia natychmiastowych działań uniemożliwiających pojawienie się podobnego stanu (Kowalski, Kmiecik, 2016, s. 123).

W tym miejscu warto także dodać, że tego typu podejście (w pełni akceptujące swobodny dostęp do preparatów antykoncepcyjnych) zbieżne było (oraz nadal jest) z innymi działaniami krajowych, polskich urzędników państwowych. Warto bowiem przypomnieć, że z apelami dotyczącymi antykoncepcji i dostępu do niej również młodzieży, występowała pod koniec 2014 roku prof. Małgorzata Fuszara. Ówczesna Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania, podkreślała, że aktualnie konieczne jest zmodyfikowanie praktyki udzielania świadczeń zdrowotnych osobom małoletnim. Jej zdaniem dziecko od 15 roku ż. powinno mieć możliwość swobodnego skorzystania z usług medycznych oferowanych przez ginekologa oraz urologa. Wskazywano w tym kontekście, iż zmiany społeczne, a także czynniki takie, jak: coraz wcześniejsze rozpoczęcie współżycia przez nastolatków, konieczność wsparcia medycznego ofiar domowej przemocy seksualnej oraz brak penalizacji współżycia seksualnego z osobą, która ukończyła 15 roku z. powodują, iż dzieci od wspomnianego momentu winny mieć możliwość swobodnego kontaktu z lekarzem bez obecności rodziców. (Fuszara, 2014, s. 1-2)<sup>3</sup>. Podobne opinie prezentowali w swoich wystąpieniach Rzecznicy Praw: Obywatelskich, Dziecka oraz Pacjenta (Komunikat, 2016, online).

Ministerstwo Zdrowia w swoich odpowiedziach skierowanych do ww. Pełnomocnik wskazywało, iż nie ma konieczności modyfikacji przepisów dotyczących zasad korzystania przez osoby małoletnie z usług oferowanych przez lekarzy. Wskazywano, iż rodzice posiadają pełne prawo do informacji oraz uczestnictwa w procesie terapeutycznym własnych dzieci. Dodawano ponadto, że w sytuacji wystąpienia u dziecka określonego zagrożenia ze strony opiekunów prawnych, lekarz: posiada prawo do podjęcia działań ratujących życie lub zdrowie małoletniego pacjenta. Ma ponadto obowiązek podjęcia działań interwencyjnych w tzw. sytuacjach zdrowotno- życiowych, a ponadto może odstąpić w określonych sytuacja od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. (Radziejewicz-Winnicki, 2015, s. 1).

Omawiany w tym miejscu temat dostępu małoletnich do usług medycznych bez zgody rodziców lub opiekunów prawnych powrócił niespodziewanie w połowie

---

<sup>3</sup> Pogląd ten w połowie 2016r. podzielił Rzecznik Praw Obywatelskich, dr Adam Bodnar. W swoim wystąpieniu skierowanym do ministra zdrowia podzielił stanowisko, uprzednio wyrażone przez Małgorzatę Fuszarę.

kwietnia 2016 roku. Zgodnie z informacjami przekazanymi wówczas mediom przez Ministerstwo Zdrowia, w dniu 16 kwietnia 2015 roku weszło w życie *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2015 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych* (dalej rozporządzenie) (Rozporządzenie, 2015)<sup>4</sup>. Prezentowany dokument, jako pierwszy w polskim porządku prawnym wprowadził możliwość samodzielnego skorzystania przez osobę małoletnią ze świadczeń o charakterze medycznym. Tym samym działania te modyfikują w sposób istotny standardy prawno-medyczne. W pierwszym bowiem rządzie należy zwrócić uwagę, iż środki o charakterze antykoncepcyjnym dopuszczone są w omawianym w tym miejscu rozporządzeniu do obrotu bez wskazania lekarskiego (bez recepty). Po drugie wprowadzona zostaje istotna zmiana dotycząca możliwości uzyskania świadczenia farmaceutycznego przez osobę małoletnią bez obecności jej rodzica/ opiekuna prawnego (por. Jałowska, 2015, s. 3).

Na początku stycznia 2017 roku polski rząd podjął decyzję o wycofaniu się z deklaracji dotyczących możliwości swobodnego dostępu do preparatów EllaOne. Jednocześnie możliwość wydania podobnego środka uzyskały wyłącznie osoby pełnoletnie. Tym samym wszelkie możliwości podejmowania przez dziecko samodzielnych decyzji zdrowotnych zostało anulowane (Projekt Ustawy, 2016).

Jak się jednak okazuje polski Rzecznik Praw Obywatelskich natychmiast wyraził zaniepokojenie decyzją polskiego rządu, wskazując, iż nowelizacja omawianych przekosów w sposób istotny ograniczy dostęp młodzieży do świadczeń zdrowotnych (Bodnar, 2017, s. 6). Widać zatem, iż choć aktualnie na terenie Polski dziecko nie posiada możliwości podejmowania samodzielnych decyzji u lekarza (zwłaszcza ginekologa i urologa) to jednocześnie temat ten nieustannie powraca w postulatach części środowisk zmierzających do liberalizacji polskich przepisów (por. Stanowisko, 2017, s. 1-2).

## 1. Cel oraz metoda

Analizując powyższe propozycje w sposób wyraźny uwidaczniają się istotne luki. W tym miejscu zasadnym jest, by formując pytania badawcze (Babbie, 2004, s. 351) zastanowić się: W jaki sposób ww. ministerialne rozporządzenie konstruuje nowe uprawnienia osób małoletnich? Czy uprawnienia te odpowiadają wyrażonym w poszczególnych ustawach wzorcom odnoszącym się m. in. do zasad określających wyrażenie zgody o charakterze kumulatywnym? Warto także rozważyć: Jaki jest cel

---

<sup>4</sup> Prezentowane w tym miejscu rozważania podejmowane są w okresie, w którym to resort zdrowia zapowiedział zmianę treści omawianego w tym miejscu aktu wykonawczego. Bez względu na dalszy charakter proponowanych przez ministerstwo zdrowia regulacji, zasadnym – zwłaszcza z perspektywy socjoprawnej- jest podjęcie refleksji stanu, w którym przepisy rozporządzenia wprowadziły możliwość podejmowania przez małoletnich działań o charakterze medycznym.

wprowadzenia omawianego w tym miejscu aktu wykonawczego? Czy rozporządzenie kształtuje nowe standardy ochrony praw małoletnich pacjentów - czy też przeciwnie - wprowadza legalne rozwiązania, które w konsekwencji uniemożliwiają pełną ochronę praw dziecka korzystającego z usług medycznych? Warto także zastanowić się jak należy odnieść się do treści omawianego dokumentu w kontekście zapisanych w polskiej Konstytucji oraz Kodeksie Rodzinno-Opiekuńczym praw rodziców, bezpośrednio powiązanych z wypełnianiem instytucji władzy rodzicielskiej? Próba udzielenia odpowiedzi na wskazane pytania podjęta zostanie po przez skorzystanie przede wszystkim z metody analizy dokumentów formalnych - w tym uwłacza przywołanego powyżej ministerialnego rozporządzenia - oraz analizy literatury przedmiotu. Wsparciem służyć będzie również analiza przekazów masowych odnoszących się do poruszanego w pracy wątku (Kojder, 2016, s. 344- 348).

## 2. Perspektywa prawno- medyczna

Zapoznając się z zaproponowanymi w rozporządzeniu zmianami dostrzec należy, iż resort zdrowia w grupie osób uprawnionych do korzystania z środków antykoncepcyjnych dostępnych w trybie OCT, umieścił kobiety w wieku 15-18 lat. W uzasadnieniu do projektu zwrócona została uwaga, iż początek okresu dojrzewania u dziewcząt rozpoczyna się ok. 12 roku ż. kończy zaś po ok. 2 latach. Tym samym wskazano, że u dziewcząt które ukończyły 15roku ż. układ rozrodczy jest dojrzały. Następnie podkreślono, że „Stosowanie leków antykoncepcyjnych wskazane jest dla osób w wieku rozrodczym, a tym samym zasadne jest ograniczenie wiekowe dostępności do tych leków dla dzieci i młodzieży przed zakończeniem dojrzewania płciowego, które winno być uzasadnione wyłącznie względami medycznymi, pod nadzorem lekarza” (Uzasadnienie, 2015, s. 3).

Prezentowane w rozporządzeniu środki zawierające *octan uliprystalu* zaliczane są do grupy tzw. preparatów „po”. Nie są to tym samym preparaty, których stosowanie posiada konkretny cel terapeutyczny. Ani *Charakterystyka Produktu Leczniczego*, ani Ulotka dla pacjentów, odnosząc się do środka EllaONE, zawierającego ww. substancję czynną nie wskazuje na cel leczniczy podania podobnego preparatu. Zażycie omawianego środka sugerowane jest „...w przypadkach nagłych do stosowania w ciągu 120 godzin (5 dni) od stosunku płciowego bez zabezpieczenia lub w przypadku, gdy zastosowana metoda antykoncepcji zawiodła” (Charakterystyka, 2014, s. 2; por. także: Kobyliński, 2015, s. 17- 19).

Przywołane zatem sformułowanie „wskazane jest”, odnosi się jedynie do sytuacji, w której uzna się, iż osoba powyżej 15 roku życia podjęła działania seksualne. W tym miejscu jednak ministerstwo całkowicie pominęło sytuację

młodzieży, która przedwcześnie dojrzewa płciowo. Ponadto wiek 15 lat posiada charakter nad wyraz sztuczny, Resort zdrowia nie przedstawił bowiem powszechnie uznanych wyników badań, które sugerowałyby, że to właśnie wspomniany wiek uprawnia do stwierdzenia, iż dziewczęta w tym okresie mają w pełni ukształtowany układ rozrodczy (por. Haberko, 2016, s. 25). Analiza omawianego dokumentu sugeruje ponadto, iż podobna perspektywa wiekowa odnosiła się raczej do art. 200 Kodeksu Karnego penalizującego podejmowanie działań płciowych z osobą poniżej 15 roku (Kodeks, 1997). Podobna formuła całkowicie i niesłusznie pomija natomiast kontekst cywilny omawianej sytuacji.

Odnosząc się bowiem do sytuacji dzieci, które ukończyły 15 roku życia należy wskazać, iż są to osoby, posiadające ograniczoną zdolność do czynności prawnych. Jak stanowi Art. 20. Kodeksu Cywilnego (dalej KC) „Osoba ograniczona w zdolności do czynności prawnych może bez zgody przedstawiciela ustawowego zawierać umowy należące do umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego” (Kodeks, 1964).

Uprawnienie, jakie wprowadził w kwietniu 2015 roku ministerialny projektodawca nie odnosi się z całą pewnością do tzw. sytuacji życia codziennego. Omawiany akt wykonawczy wprowadza bowiem możliwość wydania bez recepty preparatu stosowanego w chwili, gdy dana osoba podejrzewa, iż może dojść do pojawienia się nieplanowanej ciąży. Koniecznym jest by wskazać, że środki antykoncepcyjne zawierające *octan uliprystalu* dostępne są w aptekach w kwocie od 90 PLN. Wydanie powyższego preparatu stanowi klasyczny przykład realizacji działania w postaci kopna – sprzedaży. Wprowadzenie jednak przez omawiany dokument możliwości wydania omawianego – z całą pewnością drogiego preparatu – stoi w wyraźnej opozycji w stosunku do standardów polskiego prawa cywilnego (Haberko, 2016 s. 32). Jak wskazuje art. 17 KC. „Z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, do ważności czynności prawnej, przez którą osoba ograniczona w zdolności do czynności prawnych zaciąga zobowiązanie lub rozporządza swoim prawem, potrzebna jest zgoda jej przedstawiciela ustawowego.” (Kodeks, 1964) Nie ulega w tym miejscu wątpliwości, że zdaniem Ministerstwa Zdrowia zakup podobnego środka przez osobę małoletnią stanowi realizację jej praw. Działanie to nie może jednak odbyć się bez udziału opiekuna prawnego. Omawiane rozwiązanie nie wprowadzało tym samym żadnych gwarancji prawnych wskazujących na zabezpieczenie dóbr osób małoletnich (Kmieciak, 2015).

Do powyższych aspektów należy dodać również kluczowe w tym miejscu wątpliwości natury prawnorodzinnej. Jak stanowi bowiem art. 96 Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego „Rodzice wychowują dziecko pozostające pod ich władzą rodzicielską i kierują nim. Obowiązani są troszczyć się o fizyczny i duchowy rozwój dziecka i przygotować je należycie do pracy dla dobra społeczeństwa

odpowiednio do jego uzdolnień” (Kodeks Rodzinny, 1964, Jarosz, Nowak, 2012, s. 10).

Wprowadzenie możliwości uzyskania przez osobę małoletnią omawianego typu preparatu powoduje, iż praktyczna realizacja przez rodziców swoich obowiązków może być drastycznie utrudniona. W pierwszym rządzie bowiem w wyniku działań resortu zdrowia, skonstruowana została prawna możliwość by dziecko podejmowało kluczowe dla własnego zdrowia decyzje bez obecności rodziców. Dostęp do środków antykoncepcyjnych w trybie OTC dla osób od 15 roku ż. stanowić może tym samym bezprawną ingerencję w konstytucyjnie zagwarantowane prawo rodziców do wychowania dzieci w zgodzie z własnymi przekonaniami (por. Walinowicz, Banasiuk, Kmieciak, 2016, s. 3).

Treść rozporządzenia w praktyce ogranicza bowiem władzę rodzicielską, co uznać należy za naruszenie art. 48 ust. 2 Konstytucji RP (Konstytucja, 1997). Rodzic nie posiada w podobnym prawnym ujęciu formalnej oraz faktycznej możliwości sprawdzenia, jakie działania podjęło jego dziecko w zakresie nie tylko kupna drogiego produktu farmaceutycznego, ale również podjęcia działań seksualnych, w określonych sytuacjach mogących stanowić zagrożenie dla zdrowia osoby małoletniej (Babiuch, 2014, s. 180- 181).

### 3. Prawa dziecka, jako pacjenta

Podjmując się analizy znaczenia uregulowania w polskim prawie możliwości swobodnego dostępu małoletnich do preparatu antykoncepcyjnego EllaOne, należy również odnieść się do sytuacji dziecka, jako pacjenta.

W przywołanym powyżej dokumencie pt *Charakterystyka Produktu leczniczego elleONE* wskazano, że osoby małoletnie zaliczane są do grupy szczególnych pacjentów. W tym kontekście dodano, że: „Badania kliniczne produktu EllaOne objęły ograniczoną liczbę kobiet w wieku poniżej 18 lat” (Charakterystyka, 2014, s. 2). Producent omawianego preparatu nie wskazuje tym samym, jakie mogą być konsekwencje zdrowotne zażywania przez młodzież podobnych substancji. W tym samym w omawianym dokumencie, producent zaznacza, że nie jest w stanie stwierdzić, jak preparat ten będzie wpływać na osoby doświadczające zaburzeń gastrycznych lub nefrologicznych. W wypadku ciężkich zaburzeń czynności wątroby, w ogóle odradza się stosowanie wskazanego środka (tamże, s. 2). Tym samym do powszechnego, swobodnego obiegu wprowadzony został w 2015 roku preparat, który nie wiadomo, jak oddziaływane na grupę pacjentów, którzy mogą mieć do niego swobodny dostęp, a więc dostęp bez wcześniejszej wizyty u lekarza, *de facto* mogącej stanowić istotny element zabezpieczający przed zażyciem niewskazanej z racji zdrowotnych substancji. Podobne spostrzeżenia powodują ponadto, iż konieczne jest ponowne wskazanie na zapisy polskiej Konstytucji.

Zgodnie z art. 68 ust. 3 „Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom” (Konstytucja, 1997). Także ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka, w art. 3 ust 2 stanowi, iż prawo do ochrony zdrowia posiada szczególny charakter w odniesieniu do ochrony praw osób małoletnich (Ustawa, 2000).

Wprowadzone w 2015 roku, przez Ministerstwo Zdrowia formalne rozstrzygnięcia stały tym samym w całkowitej opozycji do przywołanych przepisów.

W omawianych kontekstach warto także wskazać, że polskie prawo, w tym przepisy prawno medyczne, powierzają rodzicom (opiekunom prawnym) szczególny obowiązek dbania o dobra zdrowotne dzieci. Obowiązek ten powoduje, iż w utrwalonych w polskim systemie standardach prawo do informacji oraz do wyrażenia zgody na leczenie osoby małoletniej posiada przede wszystkim jego rodzic lub prawny opiekun (Bończyk-Rozwadowska, 2011, 69, Babiuch 2014, 7).

Warto także dodać, że przepisy polskiego prawa medycznego<sup>5</sup> stanowią, iż osoba do 16 roku ż. nie posiada prawa do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia. Nie może również wyrazić zgody lub sprzeciwu na podejmowane wobec niej działania o charakterze diagnostyczno- terapeutycznym (Ustawa, 1996, Ustawa 2008). Wyjątek od tej zasady odnosi się jedynie do takich działań, jak: przeprowadzenie aborcji oraz udział małoletniego w zabiegu transplantacyjnym, bądź eksperymencie medycznym. W pierwszym z wskazanych wyjątków lekarz ma obowiązek uzyskać zgodę na zabieg terminacji ciąży ze strony małoletniej, która ukończyła 13 rok życia. Z kolei w dwóch powyżej wskazanych przykładach lekarz posiada obowiązek przedstawienia informacji oraz uzyskania zgody osoby małoletniej, jeśli osoba ta po ukończeniu 13 roku życia w opinii lekarza posiada rozeznanie odnośnie do sytuacji, w jakiej się znajduje (Kmieciak, 2016, s. 70).

Wprowadzone przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania zapisane w omawianym rozporządzeniu są sprzeczne z aktualnymi standardami i prowadzić mogą do sytuacji, w której to rodzic nie będzie miał możliwości uzyskania informacji zdrowotnej dotyczącej jego dziecka. Poza tym bez jego wiedzy i zgody dziecko podejmować będzie działania z zakresu świadczeń farmaceutycznych, co w sposób bezpośredni naruszać może prawa rodziców. Rozstrzygnięcia te sprzeczne są również z zasadami, jakimi kierował się polski ustawodawca w odniesieniu do formuły wyrażania zgody kumulatywnej. Standardowo bowiem dziecko, jako pacjent nabywa pierwsze legalne kompetencje informacyjne oraz decyzyjne w wieku 16 lat. W podobnym ujęciu posiada ono prawo do zajęcia innego, niż rodzice, lub opiekunowie prawni stanowiska. W scenariuszu tym (także w sytuacji wskazanych powyżej wyjątków), w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych dziecku obecni są: małoletni pacjent, jego rodzic, lub rodzice oraz lekarz. W ujęciu przyjętym w ww.

---

<sup>5</sup> Mowa w tym miejscu przede wszystkim o ustawach o: zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.



rozporządzeniu umożliwiającym małoletnim swobodny dostęp do preparatów EllaOne, wyłączeni zostają rodzice małoletniego pacjenta w sposób nieznan dla polskich rozstrzygnięć ustawowych w sposób arbitralny (Kmieciak, 2016, s. 175).

W tym miejscu zasadnym jest by zwrócić uwagę, również, że obowiązujący do połowy kwietnia 2015 roku kształt rozporządzenia dotyczącego wydawania środków medycznych z apteki odwoływał się również do problemu dostępu małoletnich do preparatów medycznych. W ówczesnie przyjętych rozstrzygnięciach wskazywano, że małoletni pacjent posiadał samodzielnie możliwość zakupu medycznego na receptę. Wcześniej jednak musiał udać się do lekarza razem z rodzicem (Rozporządzenie, 2002).

Sytuacja ta ukazywała unikalny charakteru praw dziecka, jako pacjenta. Z jednej strony, z racji na niedojrzałość psychofizyczną, młody pacjent nie posiada prawa do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących diagnozy lub też terapii. Z czasem nabiera on jednak możliwości współdecydowania o swojej sytuacji zdrowotnej. Z drugiej jednak perspektywy koniecznym jest dodanie, że w ujęciu tym pracownicy szeroko rozumianego systemu ochrony zdrowia, zobowiązani są do szczególnej troski o zdrowie małoletnich. Koniecznym wydaje się wskazanie poniżej na kolejny aspekt omawianej relacji.

Nie ulega wątpliwości, iż zdarzają się sytuacje kliniczne, w których to niezbędne jest podjęcie szczególnych działań mających na celu ochronę praw, w tym prawa do intymności przysługującego małoletniemu pacjentowi. Warto w tym miejscu podać przykład sytuacji, w której to do ginekologa udaje się z nastoletnią córką ojciec. W podobnym ujęciu dojść może *de facto* do sytuacji konfliktowej. Z jednej strony lekarz w sposób stanowczy może zaznaczyć, iż nie przeprowadzi ginekologicznego badania w obecności mężczyzny. Z drugiej natomiast perspektywy wspomniany ojciec posiada pełne prawo, jako prawny opiekun do obecności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych jego małoletniemu dziecku. W podobnym ujęciu koniecznym wydaje się stworzenie sytuacji, w którym na wizytę przybywa ze wspomnianą pacjentką przede wszystkim jej matka, lub też inna, upoważniona przez rodzica pełnoletnia kobieta. Zapewne jednak w przeważającej liczbie sytuacji podobne konflikty nie mają miejsca. W trakcie wizyty u lekarza z dzieckiem, rodzic z racji na swoją pozycję wychowawczą oraz przewidzianą w polskim prawie rolę posiada szczególny obowiązek troski o dobro swojego podopiecznego. Brak realizacji podobnego zobowiązania prowadzi do pojawienia się m. in. kontroli z strony organów państwowych (por. Bucoń, 2011, s. 169).

#### 4. Społeczne konsekwencje omawianych propozycji

Jak stanowi art. 72 Konstytucji RP „Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka. Każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją” (Konstytucja, 1997).

Także przywoływana już Ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka wskazuje, że „Rzecznik podejmuje działania zmierzające do ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem, demoralizacją, zaniedbaniem oraz innym złym traktowaniem” (Ustawa, 2000).

Wprowadzone w połowie 2015 roku przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania całkowicie pominęły podobny kontekst. W uzasadnieniu do projektu wskazano na biologiczne możliwości podjęcia przez dzieci działań seksualnych. Jednocześnie całkowicie zbagatelizowano fakt, iż podobne działania podejmowane przez osoby małoletnie stanowią w istocie promowanie inicjatyw, w których dziecko znajdować się będzie w sytuacji narażającej jego zdrowie na straty, w tym straty emocjonalne oraz moralne. Pojawienie się preparatów tzw. antykoncepcji awaryjnej dostępnej dla osób małoletnich powodować może ponadto utrwalenie się poglądu zezwalającego na podejmowanie ryzykownych działań seksualnych. Wzmagać się może tym samym pogląd dotyczący rzekomego bezpieczeństwa talk wczesnego działania seksualnego. Warto w tym miejscu ponownie wskazać, iż art. 68 ust. 3 Konstytucji RP nakazuje władzy publicznej podejmowanie działań mających na celu ochronę zdrowia dzieci. Umożliwienie swobodnego zakupu przez dziecko środków antykoncepcyjnych stanowi pogwałcenie powyższej zasady (Haberko, 2016, s. 33-35).

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia zakupienie środka EllaONE przez osobę małoletnią stanowi realizację jej uprawnień. Obowiązujące w Polsce przez blisko dwa lata rozwiązania nie wprowadziły jednakże żadnych gwarancji prawnych wskazujących na zabezpieczenie dóbr osób małoletnich. Farmaceuta wydający omawiany preparat nie miał formalnej możliwości sprawdzenia, w jakim wieku jest dziecko. Osoba w wieku 15 lat i powyżej nie posiada prawnego obowiązku przedstawienia osobie wydającej produkt w aptecce określonego dokumentu potwierdzającego jej wiek oraz tożsamość (Kmieciak, 2015, online). Prawdopodobne zatem jest przypuszczenie, iż w okresie od 2015, do 2017 roku pojawiały się sytuacje, w których to osoby młodsze chciały zakupić podobny środek, co wprost związane może być z sytuacją obcowania płciowego przez dziecko poniżej 15 roku życia.

Nowelizacja *Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wydania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych* wprowadziła do krajowego porządku prawnego nieznaną polskim przepisom sytuację. Osoba małoletnia uzyskuje bowiem

prawo do dokonania zakupu substancji mogącej mieć wpływ na jej stan zdrowia. Warto w tym miejscu dodać, że decyzja ta została podjęta przez polskie władze pomimo braku rzetelnych wyników badań potwierdzających bezpieczeństwo stosowania omawianych środków u osób małoletnich. Jak wskazano w Charakterystyce Produktu Leczniczego EllaONE: *„Badania kliniczne produktu ellaOne objęły ograniczoną liczbę kobiet w wieku poniżej 18 lat.”* Tym samym Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się na działania całkowicie naruszające nie tylko ww. cytowany art. 68 ust 3 polskiej Konstytucji (szczególna ochrona zdrowia dziecka), ale również art 24 Konwencji o prawach dziecka zaznaczający, iż *„Państwa-Strony uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej”* (Konwencja, 1989).

Wprowadzenie prawnej możliwości zakupu środka mogącego przynieść szkody zdrowotne, bez zgody opiekuna prawnego, uznać należy ponadto za działanie naruszające Art. 71 ust. 1 Polskiej Konstytucji, w którym wskazano, że *„Państwo w swojej polityce społecznej i gospodarczej uwzględnia dobro rodziny”* (Konstytucja, 1997).

Małoletni wyposażony został w podobnej sytuacji w kompetencje, które nie są mu należne z racji na brak osiągnięcia dojrzałości psychofizycznej. Kompetencje te posiada bowiem jego rodzic/ opiekun prawny. Zarówno przepisy polskiego prawa cywilnego, rodzinnego oraz medycznego stopniowo (do osiągnięcia pełnoletności) wyposażają osobę małoletnią w kompetencje do podejmowania istotnych decyzji, mogących nieść z sobą konsekwencje, w tym konsekwencje zdrowotne (Babiuch, 2014, s. 7).

## 5. Uwagi końcowe

Przechodząc do konkluzji proponowanych w tym miejscu rozważań warto zwrócić uwagę na kilka kwestii. W pierwszym rzędzie należy podkreślić, że wyposażenie osób powyżej 15 roku życia w prawo swobodnego zakupu środka farmaceutycznego z grupy tzw. środków antykoncepcji awaryjnej uznać trzeba za działanie naruszające fundamentalne prawa dziecka oraz rodziny. W tym kontekście podjęta na początku stycznia 2017 roku przez polski rząd decyzja, zgodnie z którą wszelkie środki antykoncepcyjne mogą być dostępne w Polsce wyłącznie na receptę, to działanie zmierzające do przywrócenia ładu społecznego w polskim porządku prawnym. Wizja prezentowana m. In. Przez Bartosza Arłukowicza, podejmującego decyzję jako minister zdrowia o zalegalizowaniu swobodnego dostępu młodzieży do środków EllaOne powodowało pojawienie się paradoksalnej, a zarazem tragicznej sytuacji, w której rodzic, będąc gwarantem poszanowania praw dziecka, nie miał możliwości realizować swojego konstytucyjnego prawa, a zarazem zobowiązania (Dokument, 2016, s. 2).

W tym miejscu warto jednakże dostrzec, iż w polskich środkach społecznego przekazu pojawiły się wypowiedzi w sposób bezpośredni broniące swobodnego dostępu do omawianych farmaceutyków. Dorota Romanowska podejmując omawiany temat zaznaczyła we wstępie do tekstu „EllaOne znów na receptę?”, że „(pigulka) Jest bezpieczna i skuteczna. Od ponad roku ellaOne, czyli jedną z metod antykoncepcji awaryjnej, można kupić bez recepty” (Romanowska, 2016, online). Autorka dodała, że preparat ten - określany w artykule lekiem - dostępny jest także dla młodzieży, która ukończyła 15 roku życia. W tekście redaktor Romanowskiej kilkakrotnie podkreślono, że EllaOne to bezpieczny preparat. Zaznaczano, że jest skuteczny w 100%. Co interesujące, dziennikarka w swoich rozważaniach przywołała wypowiedzi ginekologów. Ich zdaniem udostępnienie preparatu od 15 roku życia to zbyt późne działanie. Jak stwierdził cytowany w tekście dr Południewski „To ograniczenie nie jest dobrym rozwiązaniem, bo prawdziwe dramaty przeżywają młode dziewczyny, które zajądą w ciążę. Te starsze jakoś sobie poradzą” (Romanowska, 2016, online).

Czytając podobne artykuły dostrzec można, iż nie tylko standardy medyczne oraz wychowawcze ulegają w dyskursie publicznym istotnej relatywizacji. Utrwalone oraz powszechnie przyjęte zasady prawno-karnej ochrony bezpieczeństwa godności dziecka (por. art. 200, Kodeks, 1997) podważane są w imię całkowicie błędnie rozumianej idei praw dziecka.

W tym zatem miejscu warto zwrócić uwagę na kilka istotnych faktów wskazujących na wadliwy charakter wnioskowania prezentowanego przez osoby upominające się o swobodny dostęp do tzw. antykoncepcji awaryjnej, promowanej również dla osób małoletnich.

Po pierwsze ani EllaOne, ani żaden środek antykoncepcyjny nie może być nazywany lekiem. Środki te poza sytuacją stosowania ich w ramach zastępczej terapii hormonalnej nie są wykorzystywane w procedurze terapeutycznej. Należy bowiem podkreślić, że ani ciąża, ani pragnienie jej uniknięcia nie są stanami chorobowymi. Jak zaznaczono, zdarzają się sytuacje, w których preparaty hormonalne – działające również antykoncepcyjnie - wykorzystywane są w terapii. Celem ich zastosowania jest wówczas poprawa stanu zdrowia kobiety, a nie uniknięcie przez nią ciąży (Barcentewicz, Prokop, 2012, s. 10).

Po drugie warto odnieść się do bezpieczeństwa stosowania preparatu. Kilkakrotnie przywołana charakterystyka Produktu Leczniczego ElleONE wskazuje w sposób jednoznaczny, że: „Badania kliniczne produktu ellaOne objęły ograniczoną liczbę kobiet w wieku poniżej 18 lat”. Nie wiadomo tym samym, jakie są konsekwencje jego stosowania u dzieci. Koniecznie należy w tym miejscu dodać, że w sieci spostrzec można obecnie min. trzy dokumenty będące charakterystyką owego powyżej produktu antykoncepcyjnego. Producenci zwracają w nich uwagę, że podobnych środków nie powinna przyjmować m.in. osoba, u której stwierdzono

występowanie zaburzeń nefrologicznych (np. choroby nerek) (Charakterystyka, 2014, s. 2).

Warto w tym miejscu postawić kluczowe pytanie: Co stanie się, gdy stosowanie przez daną osobę podobnych preparatów doprowadzi do pogłębienia się zdiagnozowanych u niej wcześniej schorzeń? Kto będzie odpowiadać za szkodę zdrowotną - aptekarz, czy też rodzic, który nie zabronił dziecku dokonania podobnego zakupu? (por. Jałowska, 2015, s. 3).

Po trzecie warto przypomnieć, że Polska nie musiała wprowadzać swobodnego dostępu do omawianych środków antykoncepcyjnych. W styczniu 2015 roku Ministerstwo Zdrowia zaznaczało, że w naszym kraju wszelkie preparaty antykoncepcyjne będą wydawane na lekarską receptę (por. Kobyliński, 2015, s. 29). Wydanie recepty jest możliwe po zbadaniu pacjentki. W ten sposób realizowane jest prawo pacjentki nie tylko do świadczeń zdrowotnych: wypisanie recepty to tylko bowiem element wizyty. Jej trzon winno stanowić zbadanie pacjentki przez lekarza, w trakcie którego kobieta posiada pełną możliwość do uzyskania informacji o danym preparacie (por. Chazan, 2011, s. 25).

Resort Zdrowia nagle zmienił wcześniej prezentowane publicznie zdanie i zezwolił na dostęp do EllaOne nie tylko osobom dorosłym, ale także dzieciom. Działanie to nie było jednakże podyktowane żadnymi w pełni przyjętymi oraz uznanymi racjami prawnomedycznymi. Należy bowiem przypomnieć, że dziecko nie ma prawa zakupić w aptece podobnego preparatu. W pierwszym rzędzie wynika to z faktu, iż farmaceuta nie ma możliwości rzetelnego sprawdzenia, w jakim wieku jest dziewczynka, która prosi o wydanie wskazanego produktu. Legitymacja szkolna nie jest dowodem tożsamości. Poza tym farmaceuta nie ma podstaw prawnych do zażądania pokazania podobnego dokumentu. Ponadto dziecko w wieku 15 lat może podejmować decyzje prawne, ale wyłącznie w zakresie tzw. codziennych czynności. Posiada ono ograniczoną zdolność do czynności prawnych. Może zatem zakupić: chleb, zeszyt do szkoły, ziemniaki na obiad lub zestaw długopisów. Jak podkreśla bowiem Kodeks Cywilny osoby w tym wieku mogą dokonywać tylko czynności prawnych, które należą do codziennych spraw o charakterze bieżącym.

Jak zaznacza w omawianym kontekście Joanna Haberko „Pozostaje zatem udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy umowa sprzedaży „tabletki po stosunku” może do takich czynności być zaliczona. Doświadczenie życiowe zdaje się tu przemawiać na rzecz odmowy uznania, że tego rodzaju czynność mogłaby zostać zaliczona do czynności bagatelnych. Z dwóch powodów. Po pierwsze dlatego, że ze względu na cel jej dokonania nie jest zawierana powszechnie, ale raczej wyjątkowo. Nie chodzi rzecz jasna w analizowanej sytuacji o możliwość dokonania zakupu tabletki, gdyż można to robić właściwie bez ograniczeń. Chodzi, co oczywiste, o użycie leku w celu, do którego został przeznaczony. (...) Po drugie dlatego, że nie należy do umów zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia

codziennego. Przyjmuje się, że czynności bagatelne to czynności, których dokonuje się w sprawach powtarzalnych, właściwych dla życia codziennego, które nie wymagają szczególnego zastanowienia, są wykonywane automatycznie dla zaspokojenia bieżących spraw” (Haberko, 2016, s. 33).

Pozostając w omawianym w tym miejscu kontekście należy dodać, że polskie przepisy prawno-medyczne jasno podkreślają, że uczestniczącemu w działaniach medycznych piętnastoletniemu dziecku muszą towarzyszyć rodzice albo opiekunowie prawni. To oni są informowani o stanie zdrowia dziecka i to oni podejmują decyzje dotyczące diagnozy i terapii. Dziecko podobne uprawnienia uzyskuje od 16 roku życia, ale wówczas jedynie współdecyduje z rodzicami, aż do momentu, gdy skończy 18 lat<sup>6</sup>.

Koniecznym jest także zwrócenie uwagi, że zalegalizowanie swobodnego dostępu osób małoletnich do preparatów antykoncepcyjnych, powoduje pojawienie się sytuacji paradoksalnej. Bez trudu bowiem w tym miejscu można wyobrazić sobie sytuację, w której to np. uczennica gimnazjum, kilkakrotnie stosując podobny preparat zaczyna doświadczać określonych schorzeń. Załóżmy, iż o podobnej sytuacji dowiaduje się władze szkoły, do której uczęszcza dziecko. Dodajmy, iż np. dyrekcja wspomnianej placówki dowiaduje się, jakie są przyczyny pogorszenia się stanu zdrowia młodej uczennicy. Pedagodzy uzyskują informacje, wskazującą, iż uczennica regularnie utrzymuje kontakty seksualne ze swoimi starszymi kolegami. Przyjmijmy, że nauczyciele zawiadamiają następnie opiekę społeczną, która – dostrzegając wysokie prawdopodobieństwo prawdziwego charakteru podobnych doniesień- informuje o tym sąd rodzinny, który decyduje o ustanowieniu kuratora rodzinnego z racji na brak kompetencji wychowawczych rodziców. W podobnej konstelacji zdarzeń dochodzi do sytuacji, w której to rodzice uznani zostają za osoby *de facto* winne braku odpowiedzialnego postępowania wobec własnego dziecka.

Z całą pewnością sytuacja, w której to młoda osoba rozpoczyna aktywność seksualną wskazuje na konieczność dokładnego nazwania określonego problemu oraz trudności relacyjnej, a przede wszystkim wsparcia rodziny w sytuacji kryzysu. Nie ulega jednakże wątpliwości, iż dostęp młodzieży do środków EllaOne w wielu wypadkach mógł stanowić istotny element oddalający dzieci od rodziców. Dzieci w podobnej sytuacji zostały wyposażone nie tylko w nienależne im formalne kompetencje Wskazane uprawnienia stały się w istocie elementem, w którym to młode osoby, w sposób aktywny, a nade wszystko swobodny, mogły przeciwstawiać się zasadom wychowawczym promowanym przez ich rodziców.

---

<sup>6</sup> Poszukując w Internecie informacji na temat ceny preparatu ellaOne dowiedzieć się można, iż kosztuje on min. 100 zł. Dziecko nie ma prawa podejmować podobnych działań finansowych - nie należą one do działań o charakterze biorących spraw życia codziennego.

Przechodząc do ostatecznej konkluzji zaproponowanych powyżej rozważań koniecznym jest, by zwrócić uwagę, że już wiele lat temu polscy teoretycy prawa zaczęli zwracać uwagę, że formalne przepisy wydawane przez władzę mogą motywować i wychowywać. Jak zaznaczał jednakże Leon Petrażycki wspomniane przepisy mogą także demoralizować. Mogą powodować całkowite zaburzenie sposobu odbierania, a nade wszystko diagnozowania wartości przez młodą, rozwijającą się osobę (za: Kmiecik, 2016, s. 44). Prawo posiada tym samym charakter żywy. Działa ono, w każdej jednostce powodując pojawienie się określonych opinii na temat przepisów oraz postaw (Frieske, 2001, s. 237).

W opiniach części środowisk eksperckich wprowadzenie recepty na preparaty EllaOne to nadal zbyt ograniczone w zakresie działania. Wskazuje się, iż konieczne jest całkowite zlikwidowanie możliwości korzystania z środków z zakresu tzw. antykoncepcji awaryjnej, która w żaden sposób nie odnosi się do lekarskiego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (Opinia Ordo Iuris, 2017, online). Podzielając podobne stanowisko należy jednocześnie zwrócić uwagę, iż powrót to obowiązku wystawiania recepty oraz uniemożliwienie swobodnego zakupu podobnych preparatów przez młodzież to pozytywny przykład naprawy prawa.

#### **Bibliografia:**

- Barcentewicz M, Prokop E. M. (2012), *Terapia „uszyta na miarę”*, *Imago*, nr 8- 9, s. 9- 11.
- Bucóń P. (2011) *Prawa i obowiązki ojca w polskim prawodawstwie*, *Pedagogika Ojcowska*, nr 2, s. 164- 175.
- Bończyk-Rozwadowska K. (2011), *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, *Studia Iuridica Toruniensia*, t. 9, s. 59-100.
- Babiuch H (2014), *Zakres praw rodziców do wychowania dziecka zgodnie z własnymi przekonaniem*, *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*, nr 13, s. 7- 17.
- Babiuch H.(2014), *Konstytucyjne prawa rodziców w zakresie wychowania dziecka*, (w:) *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, M. Jabłoński (red.), E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego Wrocław.
- Bodnar A. (2017), *Pismo rzecznika Praw Obywatelskich, Adama Bodnara, do Ministra Zdrowia, Konstantego Radziwiłła*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, VII.5001.1.2017.AMB.
- Chazan B. (2011), *Antykoncepcja awaryjna*, *Imago*, nr 4.
- Dokument, (2016), *Pigułka „dzień po” ponownie tylko na receptę*, *Newsletter Bioetyczny*, 29, 2016, s. 2.

- Dokument Charakterystyka produktu leczniczego EllaOne, Laboratoire HRA Pharma, Paryż 2014r., źródło: <http://www.hra-pregnancy-registry.com/pl/download/h-1027-spc-pl-clean.pdf> (dostęp 11. 03. 2017r.)
- Depesza PAP, KE daje zielone światło dla sprzedaży pigułki "dzień po" bez recepty, Gazeta Wyborcza, źródło: [http://wyborcza.pl/1,91446,17228042,KE\\_daje\\_zielone\\_swiatlo\\_dla\\_sprzedazy\\_pigulki\\_\\_dzien.html](http://wyborcza.pl/1,91446,17228042,KE_daje_zielone_swiatlo_dla_sprzedazy_pigulki__dzien.html) (dostęp 11. 03. 2017r.)
- Dokument (2015) Stanowisko Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny dotyczące projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przyjętego przez Radę Ministrów dnia 14 lutego 2017 r. Warszawa,
- Dokument (2015), *Uzasadnienie rozporządzenia zmieniające rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa
- Babbie E. (2004), *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fuszara M., (2014) *Pismo do ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza*, Warszawa, BPRT-44410-204(1)14KWW
- Frieske K., (2001) *Socjologia prawa*, Wydawnictwo Iuris, Warszawa– Poznań.
- Haberko J. (2016), Dopuszczalność wydania z apteki środków antykoncepcyjnych małoletnim. Postulaty de lege ferenda, *Forum Prawnicze*, 36, 2016, s. 23- 36.
- Jałowska A. (2015), Pigułka ellaOne bez recepty od 15. roku życia, *Newsletter Bioetyczny*, 12, s. 3.
- Jałowska A. (2015), Aptekarze mogą odmówić sprzedaży ellaOne, *Newsletter Bioetyczny*, 11, s. 3.
- Jarosz E. Nowak A. (2012), *Dzieci – ofiary przemocy w rodzinie. Raport rzecznika Praw Dziecka*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Kmieciak B. (2015), Pigułka śmierci, *IDZIEMY*, 4, s. 17- 18.
- Kmieciak B. (2015), Gdy dziecko puka do apteki, *Medycyna Praktyczna*, źródło: <http://prawo.mp.pl/wiadomosci/114680,gdy-dziecko-puka-do-apteki> (dostęp: 07.03.2017 r.)
- Kmieciak B. (2016), *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa: C.H. Beck. Kowalski M., Kmieciak B., (2015), *Bioetyka - między prawem, a pedagogiką*, Kraków: Wydawnictwo Impluls.
- Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych z dnia 20 listopada 1989 r.* (Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 ze zm.)



- Komunikat RPO proponuje: Nastolatka u ginekologa bez zgody rodziców*, „Rzeczpospolita”, źródło: <http://www.rp.pl/Zdrowie/308049965-RPO-proponuje-nastolatka-u-ginekologa-bez-zgodyrodzicow.html> (dostęp: 07.03.2017 r.)
- Kojder A. (2016), *Podstawy socjologii prawa*, Oficyna Wydawnicza, Warszawa.
- Kobyliński A. (2015), Etyczne i prawne aspekty stosowania preparatu medycznego ellaOne czyli tzw. pigułki „pięć dni później”, *Studia Ecologiae et Bioethicae*, nr 13, s. 9- 34.
- Materiał (2017), *Recepta niewystarczająca - pigułkę „ellaOne” należy całkowicie wycofać z obrotu*, <http://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/recepta-niewystarczajaca-pigulke-ellaone-nalezy-calkowicie-wycofac-z-obrotu> (dostęp 11. 03. 2017r.)
- Projekt ustawy z dnia 23 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*,  
Projekt dostępny na:  
<http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12283610/katalog/12343885#12343885> (dostęp 11. 03. 2017r.)
- Radziewicz-Winnicki L (2015). *Odpowiedź dla pismo Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania, Małgorzaty Fuszary*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, MZ-MD-L-073-9/JC/14.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych* (Dz.U. 2015 poz. 477)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych* (Dz. U. 2002 nr 183 poz. 1531)
- Romanowska D. (2016), *EllaOne znów na receptę? Stajemy w obronie „pigulki dzień po”*., Newsweek”, źródło: <http://www.newsweek.pl/nauka/ellaone-znowu-na-recepte-w-obronie-pigulki-dzien-po-ellaone,artykuly,379222,1.html> (Dostęp: 10. 03. 2017).
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997r Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny* (Dz. U nr 240 poz. 1247).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny* (Dz. U. z 2014 r. poz. 121, 827, z 2015 r. poz. 4).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy* (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r. poz. 2082 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka* (Dz. U. 168 poz 1004).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry* (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U z 2012r. poz. 159).

Walinowicz K., Banasiuk J., Kmiecik B., (2016). Polemika dotycząca artykułu „Rozmowa z dzieckiem o seksie bez obecności rodziców, *Pediatrics po Dyplomie*, 2, 2016, s. 1- 4.



