

BEOS-1997/25

Warszawa, 1 grudnia 2025 r.

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L. dz. SPS-III.020.289.11.2025

Data wpływu 01. XII. 25

Pan **Do druku nr 1850**

Włodzimierz Czarzasty

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

**Opinia w sprawie oceny skutków regulacji poselskiego projektu ustawy
o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze
środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych
specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych
(druk sejmowy nr 1850)**

Na podstawie art. 34 ust. 9a uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r.
– Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2022 r. poz. 990, ze zm.)
sporządza się następującą opinię:

I. Problem, który zamierzają rozwiązać Wnioskodawcy

W uzasadnieniu projektu i deklarowanych skutkach regulacji (DSR) Wnioskodawcy wskazują na istotne braki w systemie ochrony zdrowia publicznego w zakresie zdrowia reprodukcyjnego młodych kobiet w wieku 18-25 lat (dalej: młode kobiety). W ich ocenie obowiązujące przepisy nie gwarantują tej grupie pacjentek odpowiedniego dostępu do nowoczesnych, skutecznych i przystępnych cenowo środków antykoncepcyjnych finansowanych ze środków publicznych. Jak podnoszą Wnioskodawcy, młode kobiety ze względu na swoją sytuację życiową – trwającą edukację, brak stabilizacji zawodowej i finansowej – często nie są w stanie samodzielnie ponosić wysokich kosztów antykoncepcji. Ograniczony dostęp do metod zapobiegania ciąży w tej grupie prowadzi do wzrostu liczby nieplanowanych ciąż, a w konsekwencji do zwiększonego ryzyka podejmowania nielegalnych aborcji. Dotychczasowe działania państwa, takie jak pilotażowy program dotyczący antykoncepcji awaryjnej („pigulka dzień po”), są oceniane jako niewystarczające ze względu na ich krótkotrwałość oraz ograniczony zasięg przedmiotowy i terytorialny.

Zdaniem Wnioskodawców sytuacja kobiet dodatkowo uległa pogorszeniu po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r. (sygn. K 1/20), który zastrzył przepisy dotyczące dopuszczalności przerywania ciąży w Polsce. W konsekwencji wzrosła potrzeba zapewnienia alternatywnych mechanizmów umożliwiających kobietom podejmowanie autonomicznych decyzji w sferze planowania rodziny oraz ochrony zdrowia reprodukcyjnego. Brak rozwiązań systemowych w tym obszarze skutkuje – w ocenie Wnioskodawców – ograniczeniem prawa do bezpieczeństwa zdrowotnego, pogłębia poczucie zagrożenia oraz utrwała nierówności społeczne.

II. Rozwiązanie rekomendowane przez Wnioskodawców

Projekt zmierza do zapewnienia kobietom od ukończenia 18. do ukończenia 25. roku życia prawa do bezpłatnego korzystania z leków i wyrobów medycznych stosowanych w antykoncepcji. W tym celu zaproponowano nowelizację ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ (dalej: ustawa o świadczeniach lub u.ś.o.z.) oraz ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych² (dalej: ustawa o refundacji leków lub u.r.l.).

Do ustawy o świadczeniach ma zostać dodany art. 43c, zgodnie z którym młode kobiety uzyskają prawo do bezpłatnego zaopatrzenia w środki antykoncepcyjne znajdujące się w wykazie produktów refundowanych określonym w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji leków. Recepty na takie środki będą mogły wystawiać osoby uprawnione w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji leków, a także osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego, które zaprzestały jego wykonywania, jeżeli recepta jest wystawiana dla tej osoby, jej małżonka lub osoby bliskiej (projektowany art. 43c ust. 1 ustawy o świadczeniach). Prawo do korzystania z bezpłatnego zaopatrzenia w środki antykoncepcyjne będzie realizowane wyłącznie w zakresie, w jakim dany lek lub wyrób medyczny podlega refundacji (projektowany art. 43c ust. 2 ustawy o świadczeniach). Osoby wystawiające recepty będą zobowiązane do weryfikacji, za pomocą systemu informacji w ochronie zdrowia, czy przepisywane pacjentce środki antykoncepcyjne są konieczne i bezpieczne, przy uwzględnieniu dotychczasowych recept, z których pacjentka ta korzysta (projektowany art. 43c ust. 3 ustawy o świadczeniach). Minister właściwy do spraw zdrowia (dalej: minister) został zobowiązany do określania, w wykazie produktów refundowanych określonym w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji leków, szerokiego katalogu bezpłatnych środków antykoncepcyjnych, w tym m.in. wkładek, plastrów i iniekcji (projektowany art. 43c ust. 4 ustawy o świadczeniach). Koszt bezpłatnych leków i wyrobów medycznych przysługujących młodym kobietom będzie ponosił Narodowy Fundusz Zdrowia (proponowany art. 43c ust. 5 i art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach). Comiesięczne zestawienia ilości zrefundowanych opakowań jednostkowych leków i wyrobów medycznych wydanych na podstawie wprowadzanych przepisów będą przedstawiane ministrowi przez Prezesa NFZ (wprowadzany art. 102 ust. 5 pkt 26c ustawy o świadczeniach). W celu realizacji zadań wymienionych w art. 188 ust. 1-3 ustawy o świadczeniach minister i NFZ będą przetwarzali dane osobowe w postaci informacji o uprawnieniu, o którym mowa w projektowanym art. 43 ust. 1 ustawy o świadczeniach, zapewniającym młodym kobietom prawo do bezpłatnych środków antykoncepcyjnych (dodawany pkt 15c w art. 188 ust. 4 ustawy o świadczeniach).

Zmiany wprowadzane do ustawy o refundacji leków są konsekwencją modyfikacji w ustawie o świadczeniach. W art. 37 ustawy o refundacji leków dodawany jest ust. 2ba, zgodnie z którym minister będzie zobowiązany w obwieszczeniu wyodrębnić leki i wyroby medyczne stosowane w antykoncepcji, które mają bezpłatnie przysługiwać młodym kobietom. W art. 45a pkt 4 ustawy

¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze. zm.

² Dz. U. z 2025 r. poz. 907, ze. zm.

o refundacji leków przewiduje się wprowadzenie przepisu (lit. i), który w przypadku pacjentek korzystających z nowego uprawnienia nakłada obowiązek oznaczenia recept kodem „AN”, natomiast a symbolem „X” w razie jego braku. W celu zapewnienia spójności, w art. 45a pkt 8 lit. i ustawy o refundacji leków katalog odesłań rozszerzono o wprowadzany art. 43c ust. 1 ustawy o świadczeniach, który zapewnia młodym kobietom prawo do bezpłatnego korzystania z leków i wyrobów antykoncepcyjnych.

W projekcie ustawy zawarto przepis przejściowy, zgodnie z którym pierwszy wykaz leków i wyrobów antykoncepcyjnych obejmujący środki wydawane bezpłatnie na podstawie nowych regulacji, minister ogłosi nie później niż w terminie czterech miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy (art. 3 projektu ustawy).

Projektowana ustawa ma wejść w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

III. Inne rozwiązania rozważane przez Wnioskodawców

W DSR Wnioskodawcy wskazali, że nie analizowali rozwiązań alternatywnych. W ich ocenie zakładany cel projektu – zapewnienie młodym kobietom bezpłatnego dostępu do nowoczesnych środków antykoncepcyjnych – może być osiągnięty wyłącznie poprzez zmianę ustawową. Jak podkreślili, dotychczasowe doświadczenia, w szczególności programy czasowe dotyczące antykoncepcji awaryjnej, miały charakter fragmentaryczny, były ograniczone terytorialnie i przedmiotowo, a tym samym nie gwarantowały trwałego i powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Z tego względu inne środki prawne, takie jak np. rozszerzenie programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego czy dalsze programy pilotażowe, zostały uznane za niewystarczające i nietrwałe.

Wnioskodawcy argumentują, że jedynie wprowadzenie zmian ustawowych w zakresie świadczeń gwarantowanych oraz refundacji leków i wyrobów medycznych pozwoli na osiągnięcie pełnej skuteczności regulacji oraz jednolite stosowanie prawa na terytorium całego państwa. Brak rozważenia alternatyw został uzasadniony koniecznością nadania regulacji charakteru powszechnie obowiązującego, co jest niezbędne dla wyeliminowania barier ekonomicznych i poprawy dostępności antykoncepcji w grupie młodych kobiet szczególnie narażonej na wykluczenie zdrowotne.

IV. Rozwiązania przyjmowane w innych państwach, w szczególności państwach członkowskich OECD/UE

W państwach członkowskich OECD/UE występują zróżnicowane modele w zakresie dostępu do antykoncepcji dla młodych kobiet³. W niektórych państwach – np. Francja, Hiszpania, Luksemburg, Portugalia, Wielka Brytania – środki antykoncepcyjne są częściowo lub w całości refundowane ze środków publicznych dla każdego ubezpieczonego. W części państw – m.in. w Finlandii, Irlandii,

³ *European Contraception Policy Atlas 2025*, https://www.epfweb.org/sites/default/files/2025-02/CCInfoEU_A3_EN_2025_FEB14%20BIS_0.pdf [wszystkie źródła internetowe cytowane w niniejszej opinii zostały sprawdzone 27 XI 2025 r.].

Niemczech, Norwegii, Szwecji – refundacja jest w szczególności ukierunkowana na młode osoby lub młode kobiety. Wśród państw, w których brak szerokiej, ogólnokrajowej refundacji środków antykoncepcyjnych, z wyjątkiem pewnych grup wrażliwych, znajdują się m.in. Austria, Czechy, Dania, Grecja, Rumunia, Słowacja, Węgry. Poniżej przedstawiono informacje na temat rozwiązań w zakresie dostępu do antykoncepcji dla młodych kobiet w wybranych państwach OECD/UE, stosujących różny zakres refundacji antykoncepcji.

W Luksemburgu od 1 kwietnia 2023 r. wprowadzono 100% refundację i brak ograniczeń wiekowych w dostępie do środków antykoncepcyjnych dla kobiet i mężczyzn. Refundacją objęte zostały przepisane przez lekarza plastry, pierścienie, implanty i zastrzyki antykoncepcyjne, wkładki domaciczne, a także hormonalna antykoncepcja awaryjna (pigułka „dzień po”), sterylizacja i wazektomia. Położna może przepisać tabletki, pierścień lub plaster antykoncepcyjny na pierwsze 6 tygodni po porodzie. Ponadto w nagłych przypadkach nie jest wymagana recepta lekarska, aby uzyskać refundację pigułki „dzień po”. Bezpłatna antykoncepcja nie obejmuje prezerwatyw⁴.

We Francji refundacji podlegają m.in. niektóre rodzaje pigułek antykoncepcyjnych, implanty i zastrzyki antykoncepcyjne, wkładki wewnątrzmaciczne, przepony antykoncepcyjne i niektóre prezerwatywy. Dla uzyskania środków antykoncepcyjnych konieczna jest recepta wystawiona przez lekarza lub położną (z wyjątkiem prezerwatyw). Dla kobiet przed ukończeniem 26. roku życia (również niepełnoletnich⁵) wysokość refundacji wynosi 100%. Dla kobiet, które ukończyły 26. rok życia, środki antykoncepcyjne podlegają refundacji w wysokości 65%. Ośrodki zdrowia seksualnego, które funkcjonują we wszystkich departamentach, mogą bezpłatnie wydawać środki antykoncepcyjne nieletnim dziewczętom, które chcą zachować to w tajemnicy, a także pełnoletnim kobietom, które nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego⁶.

W Irlandii we wrześniu 2022 r. wdrożono program darmowej antykoncepcji (*Free Contraception Scheme*), który początkowo dotyczył kobiet w wieku 17-25 lat. Zakres grupy docelowej programu był stopniowo rozszerzany i od 1 lipca 2024 r. obejmuje on kobiety w wieku do 35 lat. Program bezpłatnej antykoncepcji jest dostępny dla kobiet, dziewcząt i innych osób identyfikujących się jako transpłciowe lub niebinarne, które na stałe mieszkają w Irlandii i które uzyskują od lekarza receptę na środki antykoncepcyjne. Program pokrywa koszty konsultacji z lekarzami pierwszego kontaktu, poradni planowania rodziny, ośrodków zdrowia dla studentów i ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej oraz recept na środki antykoncepcyjne dostępne na liście refundacyjnej irlandzkiej instytucji opieki zdrowotnej *Health Service Executive* (HSE). Środki te obejmują długodziałające środki

⁴ Informacje ze strony internetowej luksemburskiego rządu, https://gouvernement.lu/en/actualites/toutes_actualites/communiqués/2023/03-mars/23-remboursement-contraception.html; szczegóły dotyczące zasad refundacji dostępne na stronie internetowej luksemburskiego publicznego funduszu ubezpieczenia zdrowotnego, <https://cns.public.lu/fr/assure/remboursements/prestations-remboursees/contraception.html>.

⁵ Informacje z francuskiej rządowej strony internetowej poświęconej edukacji seksualnej, <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/ma-contraception-et-moi/mineurs-et-contraception-comment-ca-se-passe>.

⁶ Informacje ze strony internetowej francuskiego publicznego funduszu ubezpieczenia zdrowotnego, https://www.ameli.fr/haute-saone/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/contraception#text_756.

antykonieczne, antykoncepcję awaryjną, pigułki, plastry i pierścienie antykoncepcyjne. Program obejmuje również ciągłość opieki antykoncepcyjnej w przypadku długodziałających środków antykoncepcyjnych założonych w ramach programu, nawet jeśli pacjentka nie mieści się już w kwalifikującym się przedziale wiekowym. Dla kobiet powyżej 35. roku życia środki antykoncepcyjne mogą być w pełni refundowane, jeśli posiadają one kartę medyczną, której dostępność uzależniona jest m.in. od wysokości dochodów⁷. Wówczas dokonywana jest tylko tzw. *prescription charge*, w wysokości 1,5 euro za produkt leczniczy (maksymalnie 15 euro na osobę lub rodzinę miesięcznie)⁸. Kobiety nieposiadające karty medycznej mogą obniżyć koszty wybranych środków antykoncepcyjnych korzystając z Programu Refundacji Leków (*Drug Payment Scheme*)⁹. W ramach programu przewidziano miesięczny limit 80 euro płatności za określone leki na receptę, w tym długodziałające środki antykoncepcyjne, i niektóre urządzenia medyczne¹⁰.

W Danii nie przewidziano refundacji środków antykoncepcyjnych ze środków publicznych dla ogółu ubezpieczonych ani dla kobiet młodych. Zapewnienie finansowania środków antykoncepcyjnych może być przewidziane decyzją rady gminy dla pewnych grup wrażliwych. I tak np. zgodnie z art. 35 ustawy o dzieciach¹¹, rada gminy może podjąć decyzję o udzieleniu osobie sprawującej pieczę nad dzieckiem lub osobą młodocianą wsparcia finansowego na pokrycie wydatków związanych z antykoncepcją¹².

W Austrii nie przewidziano refundacji środków antykoncepcyjnych ze środków publicznych dla ogółu ubezpieczonych ani dla kobiet młodych. Nie przewidziano również finansowania środków antykoncepcyjnych dla grup wrażliwych¹³. W Austrii udostępniana jest rządowa strona internetowa poświęcona antykoncepcji, na której znajdują się informacje o metodach antykoncepcji, ich skuteczności oraz dostępie do poradnictwa w tym zakresie¹⁴.

⁷ Informacje z irlandzkiego portalu informacyjnego dla obywateli, <https://www.citizensinformation.ie/en/health/medical-cards-and-gp-visit-cards/medical-card/>.

⁸ Informacje z irlandzkiego portalu informacyjnego dla obywateli, <https://www.citizensinformation.ie/en/health/drugs-and-medicines/prescription-charges-for-medical-card-holders/>.

⁹ Informacje z irlandzkiego portalu informacyjnego dla obywateli, <https://www.citizensinformation.ie/en/health/drugs-and-medicines/drugs-payment-scheme/>.

¹⁰ Informacje z irlandzkiego portalu informacyjnego dla obywateli, <https://www.citizensinformation.ie/en/health/health-services/reproductive-health/contraception/>.

¹¹ *Bekendtgørelse af barnets lov*, LBK nr 282 af 17/03/2025, tekst w j. duńskim: <https://www.retsinformation.dk/eli/ltta/2025/282>.

¹² Informacje ze strony internetowej Global Contraception Policy Atlas, <https://contraception.srhrpolicyhub.org/country/?region=eu&country=denmark>.

¹³ Informacje ze strony internetowej Global Contraception Policy Atlas, <https://contraception.srhrpolicyhub.org/country/?region=eu&country=austria>.

¹⁴ Austriacka rządowa strona informacyjna, <https://www.gesundheit.gv.at/service/beratungsstellen/gesund-leben/sexualitaet-verhuetung/verhuetung-beratung.html>; <https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung.html>.

V. Skutki prawne projektowanej ustawy

1.

Przedłożone w projekcie rozwiązania powtarzają – z częściową modyfikacją – propozycje zawarte w poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (druk sejmowy nr 244), który wpłynął do Sejmu obecnej kadencji 23 lutego 2024 r. Projekt zawarty w druku sejmowym nr 244 został 14 marca 2024 r. skierowany do I czytania w Komisji Zdrowia¹⁵. Projekt ten był opiniowany przez Biuro Ekspertyz i Oceny Skutków Regulacji Kancelarii Sejmu¹⁶.

W art. 1 pkt 1 projektu (zmieniającym ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) zaproponowano wprowadzenie w Dziale II Rozdziale 3 u.ś.o.z. („Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej”) kategorii świadczeniobiorców uprawnionych do bezpłatnych leków oraz wyrobów medycznych stosowanych w antykoncepcji, czyli kobiet po ukończeniu 18. roku życia, a przed ukończeniem 25. roku życia (art. 43c ust. 1 u.ś.o.z., dodawany w art. 1 pkt 1 projektu). Skutkiem projektu w powyższym zakresie będzie poszerzenie katalogu podmiotów uprawnionych na zasadach szczególnych do świadczeń opieki zdrowotnej o kobiety ze wskazanej grupy wiekowej.

W tym miejscu należy wyjaśnić, że w projekcie zawartym w druku sejmowym nr 244 również zdefiniowano górną granicę wieku kobiet uprawnionych do bezpłatnej antykoncepcji na poziomie 25 lat i granicy tej nie uzasadniono. W opinii BEOS z 8 kwietnia 2024 r. dotyczącej wymienionego projektu¹⁷ wskazano, że „Ustanowienie na poziomie 25. roku życia górnej granicy wieku kobiety, do którego przewiduje się bezpłatny dostęp do antykoncepcji, nie zostało w projekcie uzasadnione i może budzić wątpliwości” (teza nr 3 opinii). W powyższej opinii podniesiono, iż „Powyższe może budzić wątpliwości w kontekście zasady równego traktowania podmiotów charakteryzujące się daną cechą relewantną [...]. Wydaje się, że cechą relewantną (wyróżniającą kategorię podmiotów, do której zastosowanie miałyby znaleźć projektowana norma) w omawianym przypadku jest bycie kobietą w wieku rozrodczym (wiek, w którym kobieta jest zdolna biologicznie do urodzenia dziecka). W statystyce publicznej wiek ten obejmuje okres od 15 do 49 roku życia kobiety. Zróżnicowanie charakteryzujących się wspomnianą cechą adresatów normy (polegającej na uprawnieniu do bezpłatnego korzystania z dostępu do antykoncepcji hormonalnej) z uwagi na granicę wieku pozbawioną znaczenia z punktu widzenia zapotrzebowania na antykoncepcję, nie wydaje się uzasadnione”.

W projekcie będącym przedmiotem niniejszej oceny uzasadniono górną granicę wieku kobiet uprawnionych do bezpłatnej antykoncepcji w następujący

¹⁵ Zob. projekt ustawy oraz przebieg prac nad projektem: <https://www.sejm.gov.pl/Sejm10.nsf/druk.xsp?documentId=3E920E29BAAA9491C1258AE0004F292E>.

¹⁶ *Opinia prawna do poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (druk sejmowy nr 244)*, opinia BEOS z 8 IV 2024 r., BEOS-WP-738/24.

¹⁷ Ibidem.

sposób: „Kobiety w wieku od 18 do 25 lat należą do grupy szczególnie zagrożonej ograniczeniem dostępu do środków antykoncepcyjnych, co wiąże się z ich statusem ekonomicznym, ponieważ wiele młodych kobiet w tym wieku uczy się w trybie stacjonarnym, nie jest niezależnych finansowo i może nie być w stanie samodzielnie sfinansować antykoncepcji. Kobiety w tym wieku często nie posiadają zasobów pieniężnych na właściwe zabezpieczenia antykoncepcyjne. Wysokie koszty antykoncepcji, jak również ograniczona liczba dostępnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego środków, powoduje szczególnie w tej grupie zagrożenia dla zdrowia. Brak właściwego zabezpieczenia antykoncepcyjnego jest skutkiem niechcianych ciąż, co zwiększa ryzyka liczbę nielegalnych aborcji. Niezbędne jest więc zagwarantowanie tej grupie wiekowej szczególnych warunków dostępu do niezbędnej opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, niezależnie od ich statusu ekonomicznego. Jak wynika z przywołanych już publikacji – Atlasu europejskiej polityki antykoncepcyjnej refundację środków antykoncepcyjnych przewidziano najczęściej dla grupy osób młodych (najczęściej do 25. roku życia) , wprowadzono ją w Europie m.in. w Belgii, Estonii, Finlandii, Francji, Niemczech, Islandii, Irlandii, Litwie, Luksemburgu, Mołdawii, Holandii, Norwegii, Portugalii, Słowenii, Szwecji i Wielkiej Brytanii”.

Powyższe uzasadnienie górnej granicy wieku kobiet uprawnionych do bezpłatnej antykoncepcji może budzić wątpliwości w aspekcie równościowym, ponieważ z jednej strony Wnioskodawcy wskazują na brak „zasobów pieniężnych na właściwe zabezpieczenia antykoncepcyjne” w tej grupie wiekowej kobiet, natomiast z drugiej strony wskazują niezbędną zagwarantowania „tej grupie wiekowej szczególnych warunków dostępu do niezbędnej opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, niezależnie od ich statusu ekonomicznego”.

W art. 1 pkt 1 projektu na osoby uprawnione do wystawiania recept nałożono obowiązek weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych uprawnionym kobietom leków i wyrobów medycznych (projektowany art. 43c ust. 3 u.ś.o.z.). Osoby uprawnione do wystawiania recept uzyskały jednocześnie uprawnienie do dostępu do danych osobowych wskazanej grupy kobiet.

W art. 1 pkt 1 projektu nałożono także na ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązek wskazania w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, nie tylko leków (czyli tabletek antykoncepcyjnych), ale też innych niż leki środków, w szczególności wkładek, plastrów, iniekcji (dodawany art. 43c ust. 4 u.ś.o.z.). Skutkiem projektu w powyższym zakresie będzie także rozszerzenie katalogu przedmiotowego ujętego w wymienionym wykazie o leki lub wyroby medyczne stosowane w antykoncepcji.

Należy jednak dostrzec, że Wnioskodawcy nie nakazują objęcia refundacją konkretnych leków i wyrobów medycznych stosowanych w antykoncepcji – obowiązkiem objęta jest jedynie czynność umieszczenia tego typu produktów w wykazie. Oznacza to, że minister nie został zobowiązany do ujęcia w wykazie oznaczonych produktów, natomiast ciąży na nim obowiązek uwzględnienia w wykazie grupy tego rodzaju produktów.

Wyjaśnienia w tym miejscu wymaga również, że objęcie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego refundacją, następuje co do zasady na wniosek strony (art. 24 ustawy z dnia 12 maja

2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)¹⁸. Tym samym dopiero po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego wszczętego na wniosek podmiotu odpowiedzialnego¹⁹ i zakończonego wydaniem decyzji o objęciu refundacją (rozdział 5 u.r.l. – „Tryb podejmowania decyzji w sprawie refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych”), konkretne leki i wyroby medyczne będą mogły znaleźć się w odnośnym wykazie. Konsekwentnie, minister nie dysponuje uznaniem administracyjnym w zakresie wyboru poszczególnych leków oraz wyrobów medycznych stosowanych w antykoncepcji, które mogą zostać ujęte w wykazie, ponieważ zostało to zdeterminowane wynikiem postępowania refundacyjnego.

Skutkiem prawnym rozwiązania przyjętego w projektowanym art. 43c ust. 4 u.ś.o.z. będzie nałożenie na ministra obowiązku wskazania spośród leków i wyrobów medycznych określonych w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 u.r.l. (tj. wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych), leków i wyrobów medycznych wydawanych z aptek i punktów aptecznych bezpłatnie na opisanych zasadach.

Skutkiem rozwiązania przyjętego w art. 1 pkt 2 projektu będzie natomiast rozszerzenie katalogu zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w odniesieniu do finansowania leków i wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie kobietom od ukończenia 18. a przed ukończeniem 25. roku życia (dodawany pkt 2ea w art. 97 ust. 3 u.ś.o.z.). Należy jednak przypomnieć, iż zgodnie z art. 121 ust. 4 u.ś.o.z. „Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych zatwierdza plan finansowy Funduszu w terminie do dnia 31 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan”. Z kolei na mocy art. 124 ust. 1 u.ś.o.z. „Zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu”. Stosownie do ust. 2 powyższego artykułu, „Zmiany planu finansowego Funduszu zatwierdzonego w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, może dokonać Prezes Funduszu. Przepisy art. 121 ust. 1-4 stosuje się odpowiednio”. Z powyższego wynika zatem, że skutkiem wejścia w życie projektowanych przepisów może być konieczność dokonania zmiany planu finansowego NFZ.

Skutkiem wynikającym z art. 1 pkt 3 projektu będzie rozszerzenie katalogu obowiązków sprawozdawczych Prezesa NFZ o obowiązek przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia comiesięcznych zestawień ilości zrefundowanych opakowań jednostkowych leków oraz wyrobów medycznych wraz z podaniem kodu jednoznacznie identyfikującego wyrób medyczny w terminie do 20.

¹⁸ Wyjątek od tej zasady ujęty został w art. 40 u.r.l., dotyczącym decyzji o objęciu refundacją leku niezbędnego dla ratowania zdrowia i życia świadczeniobiorców.

¹⁹ Zgodnie z art. 2 pkt 16 u.r.l., „Użyte w ustawie określenia oznaczają: [...] podmiot odpowiedzialny – podmiot odpowiedzialny w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne”. Stosownie do art. 2 pkt 24 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301, ze zm.), „W rozumieniu ustawy: [...] podmiotem odpowiedzialnym – jest przedsiębiorca w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236, 1222 i 1871 oraz z 2025 r. poz. 222, 621 i 622) lub podmiot prowadzący działalność gospodarczą w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, który wnioskuje lub uzyskał pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego”.

dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy zestawienie (projektowany art. 102 ust. 5 pkt 26c u.ś.o.z.).

Natomiast skutkiem wynikającym z art. 1 pkt 4 projektu (dodawanego punktu 15c w art. 188 ust. 4 u.ś.o.z.) będzie rozszerzenie podstawy prawnej przetwarzania przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz NFZ danych osobowych w postaci informacji o uprawnieniu do zaopatrzenia w bezpłatne środki antykoncepcyjne przysługującym kobietom od ukończenia 18. roku życia do ukończenia 25. roku życia.

Skutkiem prawnym rozwiązania z art. 3 projektu będzie natomiast konkretyzacja terminu realizacji nałożonego na ministra właściwego do spraw zdrowia i opisanego wyżej obowiązku ujęcia w wykazie leków i wyrobów medycznych o zastosowaniu antykoncepcyjnym (4 miesiące od wejścia w życie projektowanej ustawy).

Projekt był przedmiotem analiz BEOS w zakresie zgodności z prawem Unii Europejskiej²⁰. Omawiany projekt był także przedmiotem analizy BEOS w trybie art. 95a ust. 3 regulaminu Sejmu²¹.

2.

Proponowane w projekcie regulacje dotyczą ustalenia zasad bezpłatnego korzystania z leków i wyrobów medycznych stosowanych w antykoncepcji (ich refundacji). Zmiany te nie dotyczą praw i wolności unormowanych w Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (EKPC).

VI. Skutki społeczne projektowanej ustawy

A. Podmioty, na które wpływa projekt

Projekt wpłynie w sposób bezpośredni na:

- kobiety między 18 a 25 r. ż. (w Polsce mieszka 1 410 461 kobiet w tym wieku²²) uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w zakresie w jakim będzie im przysługiwać bezpłatne zaopatrzenie w leki lub wyroby medyczne stosowane w antykoncepcji,

²⁰ *Opinia w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (przedstawiciel wnioskodawców: posłanka Ewa Szymanowska)*, opinia BEOS z 14 X 2025 r., BEOS-WPEiM-2002/25.

²¹ *Opinia w sprawie stwierdzenia, czy poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (przedstawiciel wnioskodawców: posłanka Ewa Szymanowska) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej w rozumieniu art. 95a regulaminu Sejmu*, opinia BEOS z 14 X 2025 r., BEOS-WPEiM-2003/25.

²² GUS, *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2025 r. Stan w dniu 30 czerwca*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-ludnosc-i-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2025-r-stand-w-dniu-30-czerwca,6,39.html> (dane zawarte w pliku xlsx).

- osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego uprawnione do wystawiania recept oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne (osobami takimi są przede wszystkim lekarze i lekarze dentyści²³, pielęgniarki i położne²⁴ oraz farmaceuci²⁵), w tym osoby, które zaprzestały wykonywania zawodu i wystawiają recepty dla siebie albo dla małżonka, albo dla osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, albo dla krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa – w zakresie w jakim:
 - będą mogły wystawiać recepty uprawniające młode kobiety do bezpłatnej antykoncepcji,
 - będą zobowiązane do weryfikowania ilości oraz rodzaju przepisanych młodym kobietom leków oraz wyrobów medycznych stosowanych w antykoncepcji, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania,
- ministra właściwego do spraw zdrowia – w zakresie w jakim będzie on:
 - miał obowiązek wskazać spośród leków i wyrobów medycznych określonych w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, leki i wyroby medyczne stosowane w antykoncepcji, w szczególności wkładki, plastry, iniekcje, które będą wydawane z apteki lub punktu aptecznego bezpłatnie młodym kobietom, mając na względzie dostępność i różnorodność leków stosowanych w antykoncepcji,
 - mógł przetwarzać dane dotyczące informacji o posiadaniu uprawnienia do bezpłatnej antykoncepcji,
- NFZ – w stopniu w jakim zakres jego działań zostanie rozszerzony o finansowanie leków i wyrobów medycznych stosowanych w antykoncepcji przysługujących nieodpłatnie młodym kobietom – w tym na Prezesa NFZ, w stopniu w jakim:
 - zakres jego działań rozszerzony zostanie o: przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia comiesięcznych zestawień ilości zrefundowanych leków oraz wyrobów medycznych stosowanych w antykoncepcji i wydawanych nieodpłatnie na podstawie recepty młodym kobietom,
 - będzie on mógł przetwarzać dane dotyczące informacji o posiadaniu uprawnienia do bezpłatnej antykoncepcji.

Ponadto projekt może w sposób pośredni oddziaływać na:

²³ Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 31.10.2025 r. w Polsce jest 190 721 lekarzy i lekarzy dentyistów (z czego 177 237 wykonuje swój zawód), w tym 8 617 lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii (z czego 8 054 wykonuje swój zawód) – https://nil.org.pl/uploaded_files/1762166493_31102025-zestawienie-nr-4.pdf.

²⁴ Zgodnie z danymi GUS, w 2024 r. liczba pielęgniarek mieszkających w Polsce i posiadających prawo wykonywania zawodu wyniosła 323 572, zaś analogiczna liczba położnych wyniosła 42 918 – <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-2024-r-28,4.html> (dane zawarte w pliku xlsx).

²⁵ Zgodnie z danym GUS, na koniec 2024 r. w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało 26 230 tys. farmaceutów i 29 811 tys. techników farmaceutycznych – <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/apteki-i-punkty-apteczne-w-2024-r-15,9.html>.

- partnerów młodych kobiet²⁶ oraz ich przyszłe/potencjalne potomstwo²⁷,
- organizacje działające na rzecz praw i zdrowia (w tym przede wszystkim praw i zdrowia reprodukcyjnego) kobiet – w zakresie w jakim nowe regulacje wpłyną na działania dotychczas podejmowane przez te organizacje²⁸,
- ogół polskiego społeczeństwa – w zakresie w jakim proponowana regulacja wpłynie na szersze procesy i zjawiska społeczne (patrz poniżej).

B. Wpływ na społeczeństwo

Głównym deklarowanym bezpośrednim skutkiem społecznym projektu jest wyeliminowanie istniejących nierówności społecznych w dostępie do antykoncepcji (zob. DSR). Zdaniem Wnioskodawców, likwidacja owych nierówności doprowadzi jednocześnie do: zapewnienia swobody podejmowania przez kobiety decyzji dotyczących prokreacji, poprawy ich bezpieczeństwa (tak subiektywnego, jak i obiektywnego) w tym obszarze oraz zwiększenia ochrony ich zdrowia, w tym przede wszystkim zdrowia reprodukcyjnego (zob. DSR i uzasadnienie projektu). W oparciu o dostępną literaturę przedmiotu, w tym wyniki przeprowadzonych dotychczas badań, należy stwierdzić, iż każdy z wymienionych skutków może wystąpić jedynie w ograniczonym zakresie. Zastrzeżenie to, co należy podkreślić, nie umniejsza społecznej doniosłości celów możliwych do realizacji za pośrednictwem projektowanych zmian prawnych.

Przywołane przez Wnioskodawców czynniki generujące nierówności społeczne w sferze praw reprodukcyjnych²⁹ – tj. status materialny oraz wiek – nie są jedynymi zmiennymi różnicującymi dostęp Polek do nowoczesnej antykoncepcji. Do czynników takich należy również m.in. miejsce zamieszkania, którego znaczenie związane jest z różnicami w dostępie do lekarzy ginekologów³⁰ oraz różnicami „w możliwościach zakupu środków zapobiegania ciąży zarówno w układzie wieś-miasto, jak i w ujęciu regionalnym”³¹. Ponadto ograniczenia dostępu do antykoncepcji wynikające z wieku dotyczą przede wszystkim małoletnich pacjentek

²⁶ Oddziaływanie projektu na partnerów młodych kobiet podkreślone było w toku konsultacji – zob. np.: ID komentarza: 60761 („Uwolnienie mężczyzn od jakiegokolwiek odpowiedzialności, przerzucenie odpowiedzialności za ‘świadome’ współżycie tylko na kobiety ...”) oraz 77172 („Pozytywny wpływ dotyczy również partnerów, którzy zyskują większe poczucie bezpieczeństwa oraz możliwość odpowiedzialnego planowania rodziny.”).

²⁷ Na możliwość oddziaływania projektu na dzieci młodych kobiet zwrócili uwagę uczestnicy konsultacji – zob. np. ID komentarza: 57353 („Wpłynęło by to najprawdopodobniej na dzieci, z których wiele jest owocami związków ludzi młodych, niedojrzałych, niestabilnych emocjonalnie. (...) Dzieci młodych matek często wychowują się zupełnie bez ojców.”).

²⁸ Możliwość wpływu projektu na tego rodzaju organizacje wskazana została podczas konsultacji – zob. np. ID komentarza: 76835.

²⁹ Prawa reprodukcyjne oznaczają możliwość podejmowania decyzji prokreacyjnych w sposób wolny od dyskryminacji, przemocy i nacisku – J. Helios, W. Jedlecka, *Etyczno-prawne uwarunkowania praw reprodukcyjnych kobiet w Polsce*, Wrocław 2025, s. 8.

³⁰ Według raportu NIK mieszkanki wsi mają znacznie gorszy dostęp do świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych niż mieszkanki dużych miast – NIK, *Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich*, 2018, Nr ewidencyjny: P/17/061, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/061/>.

³¹ K. Dzwonkowska-Godula, *Zjawisko nierówności społecznych w obszarze praw reprodukcyjnych w Polsce – wybrane aspekty*, „Przegląd Socjologiczny” 2019, nr 68(2), <https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-6251775b-ab47-411f-9c80-9560213e2b50>, s. 149.

w wieku od 15 do 18 lat (a nie jak wskazali Wnioskodawcy: młodych kobiet w wieku od 18 do 25 lat) które, mimo iż mogą być aktywne seksualnie, nie mają prawa do samodzielnych wizyt u ginekologa³². Waga owych ograniczeń oraz wynikająca z niej potrzeba rozszerzenia proponowanej regulacji na najmłodszą grupę kobiet podkreślana była przez sporą część popierających projekt uczestników konsultacji³³.

Fakt, iż opiniowany projekt skupia się na wybranych przyczynach zróżnicowania dostępu do antykoncepcji oraz że pomija on grupę, którą konsekwencje owego zróżnicowania dotyczą w sposób szczególny, w pełni uzasadnia stwierdzenie, iż zapewnienie młodym kobietom dostępu do bezpłatnej antykoncepcji wyeliminuje jedynie część istniejących obecnie nierówności w tym obszarze. Jest to szczególnie istotne, ponieważ – jak pokazują badania sondażowe – cena jest bardzo rzadkim powodem rezygnacji młodych Polaków z korzystania z antykoncepcji³⁴. Nie jest ona również głównym czynnikiem brany pod uwagę przez młode Polki i młodych Polaków w procesie podejmowania decyzji o wyborze metody antykoncepcyjnej. Czynnikiem takim jest, zgodnie z deklaracjami młodych ludzi, przede wszystkim skuteczność³⁵.

Relatywnie małe znaczenie ceny w procesie wyboru metody antykoncepcyjnej związane jest m.in. z występowaniem innych niż nierówności społeczne barier w dostępie do antykoncepcji. Barrierami takimi są w Polsce przede wszystkim: niski poziom edukacji seksualnej oraz związany z nim niski poziom wiedzy na temat antykoncepcji³⁶, czynniki kulturowe takie jak przekonania religijne czy społeczna tabuizacja³⁷ seksualności człowieka oraz czynniki systemowo-organizacyjne³⁸.

Niski poziom wiedzy na temat antykoncepcji sprawia, iż większość (60%) młodych ludzi w Polsce korzysta z najprostszej, najbardziej dostępnej i jednocześnie najtańszej metody antykoncepcyjnej – tj. z prezerwatywy³⁹. Posiadane przez członków polskiego społeczeństwa przekonania na temat antykoncepcji przyczyniają się do stygmatyzowania młodych ludzi niepozostających w związkach małżeńskich i korzystających z antykoncepcji, co skutkuje, z jednej strony, utrudnianiem lub odmawianiem dostępu do środków antykoncepcyjnych przez lekarzy i/lub farmaceutów⁴⁰, a z drugiej – ograniczaniem i/lub rezygnowaniem z korzystania z antykoncepcji przez młodych ludzi⁴¹. Wreszcie czynniki systemowo-organizacyjne powodują, iż polski system ochrony zdrowia nie zapewnia powszechnego i swobodnego dostępu do poradnictwa ginekologicznego, w tym

³² Ibidem, s. 147-148.

³³ Zob. np. ID komentarza: 57335, 79826 i 86306.

³⁴ Youth Contraceptive Awareness Study, EPF i Kantar 2024, <https://www.epfweb.org/node/1113>, s. 41.

³⁵ Ibidem, s. 37.

³⁶ Aż 38% Polaków (najwyższy odsetek w Europie) w wieku 18-30 lat uważa, iż młodzi ludzie w Polsce nie mają wiedzy na temat antykoncepcji – Ibidem, s. 38.

³⁷ Aż 23% Polaków (najwyższy odsetek w Europie) w wieku 18-30 lat zgadza się ze stwierdzeniem, iż stosowanie antykoncepcji przez osoby niepozostające w związku małżeńskim jest tematem tabu – Ibidem, s. 38.

³⁸ Stanowisko Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk nr 1/2024 z dnia 6 lutego 2024 r. w sprawie konieczności usunięcia barier prawnych i faktycznych w dostępie do metod i środków antykoncepcji, <https://pan.pl/stanowisko-komitetu-bioetyki-w-sprawie-koniecznosci-usuniecia-barier-prawnych-i-faktycznych-w-dostepie-do-metod-i-srodkow-antykoncepcji/>, s. 7.

³⁹ Youth Contraceptive Awareness Study, op. cit., s. 36.

⁴⁰ K. Dzwonkowska-Godula, op. cit., s. 141-142, Stanowisko Komitetu Bioetyki..., op. cit., s. 8.

⁴¹ P. I. Jabłońska et al., Analiza porównawcza metod antykoncepcyjnych stosowanych przez studentki z dwóch wybranych regionów Polski, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2019, nr 9(4), <https://pzp.umw.edu.pl/pdf/2019/9/4/285.pdf>, s. 290.

dotyczącego środków i metod antykoncepcyjnych. Głównymi ograniczeniami w tym ostatnim zakresie są: „długi czas oczekiwania na wizytę, odległa lokalizacja najbliższej placówki oraz brak infrastruktury odpowiadającej na szczególne potrzeby określonych grup kobiet”⁴².

Występowanie wszystkich wymienionych barier stanowi powód, dla którego, wbrew deklaracjom Wnioskodawców, zapewnienie bezpłatnego dostępu do antykoncepcji nie zagwarantuje kobietom (pełnej) swobody podejmowania decyzji dotyczących prokreacji. Na decyzje takie bowiem w dalszym ciągu będą oddziaływać: posiadany przez młodych ludzi poziom świadomości, występujące w społeczeństwie przekonania oraz funkcjonujący w państwie system ochrony zdrowia. Wprowadzenie możliwości wystawiania recept na bezpłatne leki i/lub wyroby medyczne stosowane w antykoncepcji przez wszystkie osoby uprawnione do wystawiania recept w niewielkim stopniu pomoże w ograniczeniu negatywnego wpływu czynników związanych ze specyfiką funkcjonowania polskiego systemu zdrowia.

Częściowy – w odniesieniu do zadeklarowanego przez Wnioskodawców – poziom eliminacji istniejących nierówności oraz barier w dostępie do antykoncepcji pociągnie za sobą (dalsze) ograniczenia w realizacji pozostałych wskazanych w projekcie skutków społecznych, tj. poprawy ochrony zdrowia i bezpieczeństwa kobiet.

Ogólna poprawa ochrony zdrowia kobiet związana z wprowadzeniem zaproponowanych w projekcie zmian prawnych wynikać miałyby, zdaniem Wnioskodawców, z jednej strony, z bardziej odpowiedniego niż dotychczas sposobu realizowania potrzeb zdrowotnych kobiet w zakresie antykoncepcji, a z drugiej – ze zwiększenia profilaktyki zdrowotnej kobiet na skutek częstszego niż dotychczas odwiedzania przez nie gabinetów ginekologicznych (zob. uzasadnienie projektu). Jak pokazała przeprowadzona już analiza – a konkretnie przywołane bariery i nierówności w dostępie do antykoncepcji – poprawa sposobu realizacji potrzeb zdrowotnych kobiet w obszarze antykoncepcji i wynikające z niej ogólne polepszenie ochrony zdrowia reprodukcyjnego⁴³ nie jest możliwe do osiągnięcia jedynie w oparciu o zapewnienie dostępu do bezpłatnej antykoncepcji. Nie inaczej wygląda sytuacja z możliwością zwiększenia profilaktyki zdrowia kobiet. Przyjęte przez Wnioskodawców założenie, iż (wszyscy) ginekolodzy stosują się do rekomendacji i zaleceń dotyczących badań, jakie powinno się przeprowadzać przed wystawianiem recept na środki antykoncepcyjne, nie znajduje bowiem uzasadnienia – brak jest obecnie badań i/lub analiz, które wskazywałyby na poziom realizacji tego rodzaju rekomendacji. Ponadto, z uwagi na fakt, iż spory odsetek młodych kobiet korzysta z prywatnych porad ginekologicznych⁴⁴, przyjąć należy, iż przynajmniej część z nich będzie rezygnować z tych dodatkowo płatnych badań.

⁴² *Stanowisko Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk ...*, op. cit., s. 7-8.

⁴³ Zdrowie reprodukcyjne jest fizycznym, psychicznym i społecznym dobrostanem we wszystkich sprawach związanych z systemem reprodukcji – zdrowy reprodukcyjnie człowiek jest w stanie prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne, płodzić dzieci oraz w sposób swobodny decydować, czy, kiedy i ile ich posiadać – J. Helios, W. Jedlecka, op. cit., s. 8.

⁴⁴ Zob. np. *Raport Polka u ginekologa 2024. Ogólnopolski raport o zdrowiu ginekologicznym Polek*, https://medkurier.pl/wp-content/uploads/2024/10/Kliniki.pl_Raport_Polka_u_ginekologa_2024-1.pdf, s. 30-32.

Z kolei jeśli chodzi o możliwy do osiągnięcia (za pomocą proponowanych zmian prawnych) wzrost poziomu bezpieczeństwa kobiet w zakresie podejmowanych przez nie decyzji prokreacyjnych, to głównymi blokującymi go czynnikami będą: negatywne konsekwencje innych niż status materialny barier w dostępie do antykoncepcji oraz złożony charakter przywołanej przez Wnioskodawców zależności między wzrostem korzystania z antykoncepcji a spadkiem liczby nielegalnych aborcji (zob. uzasadnienie projektu). Fakt, iż doświadczanie przez młode kobiety odmowy dostępu do antykoncepcji ze strony lekarzy bądź farmaceutów ma negatywny wpływ na ich zdrowie psychiczne⁴⁵, przyczyniać będzie się do nieuchronnego spadku posiadanego przez nie poczucia bezpieczeństwa – niezależnie od możliwości jego wzrostu dzięki zapewnieniu bezpłatnego dostępu do środków antykoncepcyjnych. Natomiast brak jednoznacznej zależności między powszechnością antykoncepcji a liczbą dokonywanych (zarówno legalnie jak i nielegalnie⁴⁶) aborcji powodować będzie, iż zagwarantowanie bezpłatnego dostępu do tej pierwszej nie będzie automatycznie prowadzić do ograniczenia skali tej ostatniej. Jak pokazują wyniki analiz międzynarodowych, zmniejszenie skali aborcji (a tym samym jej negatywnych skutków stanowiących obiektywne zagrożenie dla poddających się jej kobiet⁴⁷) w reakcji na zwiększenie dostępności antykoncepcji uzależnione jest od różnego rodzaju czynników pośredniczących takich jak poziom dzietności czy ogólny stosunek do aborcji⁴⁸. Ponieważ w ostatnim czasie Polska doświadcza zarówno spadku dzietności⁴⁹, jak i wzrostu społecznej akceptacji dla aborcji⁵⁰ można zakładać, iż powszechna dostępność bezpłatnej antykoncepcji wśród młodych ludzi jedynie w nieznacznym stopniu wpłynie na spadek nielegalnych (i często niebezpiecznych dla zdrowia kobiet) zabiegów przerwania ciąży. Podobnie będzie w przypadku wpływu zwiększonej dostępności antykoncepcji na spadek aborcji dokonywanych za granicą lub samodzielnie w domu przez kobiety – na możliwość zmniejszenia liczebności tych ostatnich zwracana była uwaga podczas konsultacji społecznych dotyczących projektu.

Wreszcie, w nawiązaniu do licznych krytycznych komentarzy dotyczących projektu udzielonych przez uczestników konsultacji (zob. pkt C poniżej), w tym

⁴⁵ M. Jade, *Experience of Contraceptive Denial, Perceived Ease of Future Access to Contraception, and Adverse Mental Health Outcomes in Polish Women*, „International Journal of Women's Health” 2025, nr. 17, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39802923/>.

⁴⁶ Wyniki badań pokazują, iż status prawny aborcji nie ma większego wpływu na częstotliwość jej dokonywania. Z tym jednak, że delegalizacja aborcji przyczynia do zwiększenia częstotliwości tzw. niebezpiecznych aborcji – J. Bearak et al., *Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019*, „the Lancet Global Health” 2020, Vol. 8, Iss. 9, [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext).

⁴⁷ Chodzi tutaj przede wszystkim o skutki tzw. niebezpiecznych aborcji, definiowanych przez WHO jako „procedury zakończenia niechcianej ciąży przeprowadzane przez osoby, które nie posiadają niezbędnych umiejętności lub w środowisku, które nie zapewnia minimalnych standardów medycznych, lub obydwu z powyższych.” – zob. np. <https://www.amnesty.org.pl/aborcja-najwazniejsze-fakty/>.

⁴⁸ C. Marston, J. Cleland, *Relationships Between Contraception and Zbortion: A Review of the Evidence*, „International Family Planning Perspectives” 2003, vol. 29, iss. 1, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2900603.pdf; J. Cleland, *The complex relationship between contraception and abortion*, „Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology” 2020, vol. 62.

⁴⁹ GUS, *Sytuacja demograficzna Polski do 2024 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2024-r-40.5.html>, s. 15 i 17.

⁵⁰ CBOS, *Stosunek Polaków do aborcji i pigułki „dzień po”*, Komunikat z badań nr 20/2024, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2024/K_020_24.PDF, s. 3-5.

w szczególności tych wyrażających zdecydowany sprzeciw wobec samej idei finansowania antykoncepcji ze środków publicznych⁵¹, warto zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia skutków w obszarze społecznych postaw wobec współczesnych metod przeciwdziałania ciąży. Skutki te, co należy podkreślić, mogą mieć zarówno charakter pozytywny, jak i negatywny. W pierwszym przypadku zapewnienie bezpłatnego dostępu do leków i wyrobów medycznych stosowanych w antykoncepcji mogłyby w dłuższej perspektywie osłabić zarówno negatywne (i niejednokrotnie stereotypowe) postrzeganie antykoncepcji, jak i liczne towarzyszące tym przekonaniom obawy społeczne dotyczące m.in. zagrożeń, jakie dla zdrowia kobiety może mieć stosowanie antykoncepcji hormonalnej. Alternatywnym scenariuszem jest zaostrzenie społecznego podziału między przedstawicielami tradycyjnego i feministycznego podejścia do antykoncepcji⁵² oraz pokrywającego się z nim podziału na przeciwników i zwolenników praw reprodukcyjnych. Zaostrzeniu takiemu mogłaby, aczkolwiek nie musiałaby, towarzyszyć radykalizacja krytycznych postaw wobec współczesnych metod przeciwdziałania ciąży oraz tych, którzy owe metody stosują.

C. Konsultacje społeczne

W konsultacjach społecznych poświęconych projektowi wzięło udział 608 osób. 502 osoby w sposób zdecydowany zgodziły się ze stwierdzeniem, że przyjęcie ustawy jest potrzebne, zaś 403 wyraziły zdecydowaną akceptację dla regulacji zawartych w projekcie⁵³. Jednocześnie przeważająca większość (ok. 3/4) spośród 229 osób, które udzieliły komentarzy do projektu wyraziła dla niego poparcie, a jedynie 50 osób dokonało jego jednoznacznej krytyki. Spora część (ok. 1/4) wypowiedzi zwolenników projektu inspirowana była akcją w mediach społecznościowych⁵⁴ zorganizowaną przez Fundację na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (FEDERA)⁵⁵. Fundacja ta, niezależnie od podejmowanych przez siebie działań zachęcających do wzięcia udziału w konsultacjach, sama również zabrała w nich głos⁵⁶.

Zwolennicy projektu największą wagę przywiązywali do stwarzanych przez projektowane zmiany prawne możliwości przeciwdziałania „niechcianym ciążom”. Cięża takie, zdaniem sporej części popierających projekt, prowadzą zarówno do problemów społecznych – w tym do wzrostu „szarej strefy aborcyjnej”⁵⁷

⁵¹ Zob. np. ID komentarza: 63841 („Jako podatnik nie zgadzam się na marnotrawienie moich podatków na indywidualne wybory innych obywateli odnośnie ich rezygnacji z macierzyństwa. Skoro jak twierdzą w swoich demonstracjach to "ich brzuchy i ich wybór" to czemu nagle inni pozostali podatnicy mają to finansować.”).

⁵² J. Helios, W. Jedlecka, op. cit., s. 57.

⁵³ Zob. wyniki konsultacji zamieszczone na stronie: https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/agent.xsp?symbol=KONSULTACJE_WYNIKI&NrProjektu=RPW/31894/2025.

⁵⁴ Akcja prowadzona była na Instagramie (<https://www.instagram.com/p/DQCBfu1AM8d/>) i na Facebooku (<https://www.facebook.com/federapl/posts/pfbid02S7yXbbJfLqPcdZRDCW5ahLdVVRp8cCmEN6DrRinY15dvTJoHFezrpIsB9VqZBQQil?rldid=99ISJlrE0ccpwRGa#>).

⁵⁵ Oficjalna strona fundacji: <https://federa.org.pl/o-fundacji/>.

⁵⁶ ID komentarza: 76835.

⁵⁷ ID komentarza: 56328.

i zwiększania częstotliwości wykonywania aborcji za granicą⁵⁸ – jak i tragedii o charakterze osobistym⁵⁹. Zapewnienie zaś dostępu do bezpłatnej antykoncepcji młodym kobietom – dla których konsekwencje nieplanowanej prokreacji są szczególnie dotkliwe⁶⁰ – prowadzić może nie tylko do zmniejszenia liczby niechcianych ciąż, ale również do promowania świadomego macierzyństwa i planowania rodziny⁶¹. Drugim w kolejności istotnym dla popierających projekt pozytywnym skutkiem społecznym projektowanych zmian byłaby „równość ekonomiczna”⁶² w zakresie dostępu do antykoncepcji, której istota – zdaniem uczestników konsultacji – sprowadza się do zapewnienia kobietom „możliwości decydowania o swoim życiu i planach rodzinnych niezależnie od sytuacji materialnej”⁶³. Ponadto zwolennicy projektu podkreślali, iż wejście w życie proponowanej regulacji stanowić będzie przykład równania do standardów europejskich⁶⁴. Zwracali oni również uwagę na fakt, że zapewnienie młodym Polkom dostępu do bezpłatnej antykoncepcji będzie mieć pozytywny wpływ tak na ich zdrowie⁶⁵, jak i bezpieczeństwo⁶⁶. Główną modyfikacją projektu postulowaną przez osoby go popierające było objęcie wprowadzanym uprawnieniem szerszej grupy kobiet⁶⁷.

Z kolei jeśli chodzi o przeciwników projektu, to zdecydowana większość z nich koncentrowała się na sprzeczności projektowanych zmian z interesem państwa polskiego. W szczególności zwracali oni uwagę na to, iż łatwiejszy dostęp do antykoncepcji może przyczynić się do pogłębienia katastrofy demograficznej⁶⁸. Podkreślali oni także brak odpowiednich środków – zarówno w budżecie państwa⁶⁹, jak i w NFZ⁷⁰ – na realizację zmian prawnych wprowadzanych opiniowanym projektem.

VII. Skutki gospodarcze projektowanej ustawy

W DSR Wnioskodawcy stwierdzili, że projekt nie będzie powodował skutków gospodarczych. I choć faktycznie nie będzie on generował istotnych skutków

⁵⁸ ID komentarza: 60724.

⁵⁹ Zob. np. ID komentarza: 64887 („Niechciana ciąża, jeśli zostaje donoszona, często jest tragedią – dla kobiety, która zostaje pozbawiona wyboru, i dla dziecka, które przychodzi na świat nie z miłości, lecz z przymusu i lęku.”).

⁶⁰ Zob. np. ID komentarza: 57353 („Młode kobiety zachodzące w nieplanowaną ciążę często zmuszone są zrezygnować z dalszej edukacji i rozwoju kariery.”).

⁶¹ Zob. np. ID komentarza: 55968, 58857, 64665.

⁶² ID komentarza: 58158.

⁶³ ID komentarza: 58857.

⁶⁴ Zob. np. ID komentarza: 66323, 86006.

⁶⁵ Zob. np. ID komentarza: 55822, 61327.

⁶⁶ Zob. np. ID komentarza: 56966, 84601.

⁶⁷ Zob. np. ID komentarza: 77223 („Myślę, że rozszerzenie o kobiety w wieku od 35 lat byłoby dobrym rozwiązaniem.”), 85289 („Konieczność refundacji powinna obejmować kobiety w każdym wieku”), 85846 („Wiek beneficjentek i beneficjentów należy rozszerzyć do 15-26 lat, zgodnie z wiekiem zgody na współżycie i okresem osiągania samodzielności finansowej (ulgi podatkowe obejmują osoby do 26. roku życia).”).

⁶⁸ Zob. np. ID komentarza: 75100 („Subsydiowanie antykoncepcji w wieku 18–25 lat wysyła sygnał kulturowy, że tłumienie płodności w młodym wieku jest pożądane. Tymczasem to właśnie ten okres jest biologicznie najkorzystniejszy dla rodzicielstwa. Polityka publiczna powinna wspierać realizację aspiracji prokreacyjnych obywateli, a nie je hamować.”)

⁶⁹ Zob. np. ID komentarza: 86090.

⁷⁰ Zob. np. ID komentarza: 87967.

gospodarczych w skali makro, jednak nie oznacza to całkowitego braku oddziaływania na sferę gospodarczą. Można przynajmniej jakościowo wskazać kanały wpływu regulacji.

Wprowadzenie pełnej refundacji środków antykoncepcyjnych będzie skutkowało transferem finansowym do wąsko zdefiniowanej grupy społecznej, kobiet w wieku 18-25 lat oraz ich gospodarstw domowych. Ustawa w praktyce stanowi transfer redystrybucyjny w formie bezpośredniego pokrycia kosztów wybranych produktów medycznych. Bezpośrednie korzyści mogą również odnieść producenci i dystrybutorzy środków antykoncepcyjnych objętych refundacją. Choć ceny tych produktów zostaną ograniczone przez limity cen w ramach systemu refundacji, stabilny wolumen sprzedaży oraz przewidywalny popyt wpłyną pozytywnie na ich sytuację finansową i planowanie produkcji.

Dla adekwatnego zidentyfikowania skali skutków gospodarczych analizowanego projektu konieczne jest uwzględnienie aktualnej sytuacji ekonomicznej kobiet w Polsce. Wskaźnik aktywności zawodowej kobiet w wieku produkcyjnym (18-59 lata) jest wysoki i wynosi 78,1%⁷¹. Kobiety w 2024 r. stanowiły także 58,2% ogółu studentów (ok. 711 tys. osób) i aż 70,3% ogólnej liczby uczestników studiów podyplomowych, co wskazuje na świadome planowanie swojej drogi zawodowej.⁷² Wysoki wskaźnik zatrudnienia i aktywności edukacyjnej można uzupełnić o kolejny miernik istotny z punktu widzenia analizowanej ustawy, tj. wskaźnik dzietności (TFR). W 2024 r. kształtował się on na bardzo niskim poziomie (ok. 1,1) a średni wiek kobiet w chwili urodzenia pierwszego dziecka był równy 29,1. Oznacza to wzrost z poziomu 22,7 w 1990 r.⁷³ W warunkach wysokiej aktywności zawodowej kobiet, przeważającej liczby kobiet na uczelniach i niskiej dzietności oraz rozbudowanego systemu urlopów rodzicielskich, projekt nie powinien istotnie wpływać na rynek pracy kobiet – ani na poziom zatrudnienia, ani na wynagrodzenia, ani na ogólną podaż pracy. Nie wydaje się, żeby wprowadzenie powszechnej refundacji dla kobiet do 25. roku życia mogło poprawić ww. wskaźniki. Potencjalne zmiany mogą dotyczyć jedynie pojedynczych przypadków indywidualnych, np. ułatwienia kontynuacji edukacji lub ograniczenia ryzyka przerwania studiów w wyniku nieplanowanej ciąży.

Z tego względu należy uznać, że efekty gospodarcze obserwowane w innych państwach (np. USA czy Europie Zachodniej, gdzie wysoki TFR łączył się z niską aktywnością zawodową kobiet)⁷⁴ nie są w prosty sposób aplikowalne w polskich realiach społeczno-gospodarczych w 2025 r. Różnice w strukturze demograficznej, w poziomie zatrudnienia oraz w systemie świadczeń rodzinnych powodują, że skala potencjalnych skutków ekonomicznych będzie nieporównanie mniejsza.

⁷¹ Aktywność ekonomiczna ludności Polski – 2 kwartał 2024 r., https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5475/4/55/1/aktywnosc_ekonomiczna_polski_za_2_kw_2024.pdf.

⁷² *Szkolnictwo wyższe i jego finanse w 2024 r.*, GUS, Warszawa, Gdańsk 2025.

⁷³ *Polska w liczbach 2025*, GUS, Warszawa 2025.

⁷⁴ C. Goldin, L. F. Katz, *The Power of the Pill: Oral Contraceptives and Women's Career and Marriage Decisions*, "Journal of Political Economy", 2002, tom 110, nr 4, s. 730-770; *The Economic Effects of Contraceptive Access: A Review of the Evidence* The IWPR Fact sheet, 2019, https://iwpr.org/wp-content/uploads/2020/07/Contraception-fact-sheet_final.pdf#:~:text=Key%20Findings%20from%20the%20Literature, M. J. Bailey, *More Power to the Pill: The Impact of Contraceptive Freedom on Women's Life Cycle Labor Supply*, "The Quarterly Journal of Economics" 2006, tom 121, nr 1, s. 289-320.

Zmienić się za to mogą wzorce konsumpcji środków antykoncepcyjnych. Można oczekiwać wzrostu popytu na produkty objęte refundacją oraz przesunięcie struktury sprzedaży w stronę długo działających metod (LARC), których wysoka dotąd cena mogła stanowić barierę. Możliwy jest spadek sprzedaży produktów tańszych i krótkotrwałych (np. prezerwatyw, tabletek OTC)⁷⁵. To z kolei poprawi dostępność środków antykoncepcyjnych dla kobiet o niskich dochodach oraz będzie skutkowało przesunięciem wydatków w gospodarstwach domowych na inne dobra i usługi.

Podsumowując, projekt ustawy będzie miał ograniczone skutki gospodarcze:

- bezpośrednio: redystrybucja środków do kobiet w wieku 18-25 lat i ich gospodarstw domowych oraz stabilizacja popytu na środki refundowane;
- pośrednio: zmiany struktury popytu w kierunku metod długodziałających, zwiększenie przewidywalności sprzedaży.

Z uwagi na aktualne warunki makroekonomiczne (wysoką aktywność zawodową kobiet, niską dzietność i wysoki wskaźnik skolaryzacji) skala oddziaływania projektu na gospodarkę pozostanie niewielka.

W ramach konsultacji społecznych nie przedstawiono uwag dotyczących gospodarczych skutków projektowanej regulacji.

VIII. Skutki projektowanej ustawy dla sektora finansów publicznych

W zakresie wpływu projektowanej regulacji na finanse publiczne należy się spodziewać obciążeń po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia oraz budżetu państwa. W szczególności NFZ poniesie dodatkowe wydatki związane z refundacją leków i wyrobów medycznych stosowanych w antykoncepcji. Wprowadzenie regulacji może wymagać korekty planu finansowego NFZ oraz stworzenia nowych procedur sprawozdawczych. Regulacja może przynieść efekt dla NFZ w postaci częściowego ograniczenia kosztów opieki zdrowotnej związanych z nieplanowanymi ciążami. W odniesieniu do Ministerstwa Zdrowia należy się spodziewać obciążenia dodatkowymi zadaniami analitycznymi i decyzyjnymi związanymi z wykazem refundacyjnym, jednak skutki te należy uznać za marginalne. W efekcie przyjęcia proponowanej regulacji budżet państwa może zostać obciążony zwiększoną dotacją do NFZ, częściowo kompensowaną przez niewielkie dodatkowe dochody podatkowe wynikające z poszerzonego rynku antykoncepcji refundowanej.

W ocenie Wnioskodawców proponowana regulacja wywoła skutki finansowe w NFZ na kwotę ok. 500 mln zł. Projektodawcy nie przedstawili jednak, na jakich założeniach oparty jest ten szacunek. Wydaje się, że dokonanie szacunku kosztów wymaga wzięcia pod uwagę m.in. liczby osób, które będą korzystały z uprawnienia oraz kosztów jednostkowych refundacji preparatów.

Przyjmując powszechność ubezpieczenia zdrowotnego, populację kobiet potencjalnie uprawnioną do korzystania z programu można oszacować na ok. 1,41 mln osób (por. pkt VI.A opinii). Na podstawie danych dotyczących zachowań

⁷⁵ L. Schummers i in., *Effect of universal no-cost coverage on use of long-acting reversible contraception and all prescription contraception: population based, controlled, interrupted time series analysis*, "BMJ" 2025, 390:e083874.

seksualnych i korzystania z antykoncepcji w Polsce, można przyjąć, że odsetek kobiet w wieku 18-25 aktywnych seksualnie wynosi 75%, z kolei odsetek kobiet aktywnych seksualnie korzystających z antykoncepcji wymagającej recepty wynosi ok 40%⁷⁶⁷⁷. W efekcie liczbę kobiet, które już obecnie korzystają z antykoncepcji wymagającej recepty i które potencjalnie mogłyby korzystać z uprawnienia do pełnej refundacji można oszacować na ok. 420 tys. Przyjmując, że po przyjęciu regulacji częstość korzystania z antykoncepcji na receptę wzrośnie, to liczbę kobiet będących bezpośrednimi beneficjentkami rozwiązania można oszacować na 500 tys. Z kolei przyjmując mieszany koszyk metod antykoncepcyjnych średni roczny koszt antykoncepcji wymagającej recepty można oszacować na ok. 450 zł na kobietę⁷⁸.

Przy założeniu, że bezpośrednimi beneficjentkami projektu będzie 500 tys. kobiet i zakładając koszt 450 zł na osobę na rok, czyli bez uwzględnienia potencjalnego wpływu negocjacji cenowych z producentami preparatów, to koszt dla NFZ wyniósłby ok. 225 mln zł. W relacji do planowanych w 2025 r. wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej stanowiłoby to ok. 0,1% rocznego budżetu NFZ⁷⁹⁸⁰. Należy jednak podkreślić, że ostateczne wydatki NFZ na preparaty antykoncepcyjne, które będą objęte refundacją mogą być znacząco niższe niż obecne ceny rynkowe tych preparatów. W efekcie ostateczny koszt dla NFZ może być istotnie niższy niż wskazane 225 mln zł. Biorąc pod uwagę, że obecnie wpływy NFZ z tytułu składek nie pokrywają wydatków i w efekcie deficyt NFZ jest pokrywany ze środków budżetu państwa, to można się spodziewać, że koszty przyjęcia proponowanej regulacji byłoby finalnie sfinansowane z budżetu państwa.

Choć projektowana ustawa nie wprowadza nowych świadczeń gwarantowanych i nie nakłada obowiązku przeprowadzenia wizyty lekarskiej, badań ginekologicznych ani wizyty stacjonarnej jako warunku uzyskania recepty, to nie jest wykluczone, że część kobiet, dotychczas korzystających z wizyt prywatnych, może skorzystać z konsultacji finansowanych ze środków publicznych. Nie stanowi to jednak kosztu wynikającego z regulacji, lecz mieści się w kategorii ryzyka zwiększonej konsumpcji świadczeń.

IX. Inne skutki projektowanej ustawy

Nie zidentyfikowano innych skutków wejścia w życie projektowanej ustawy.

X. Zmiana obciążeń administracyjnych

Minister właściwy do spraw zdrowia będzie zobowiązany do umieszczania stosowanych w antykoncepcji leków i wyrobów medycznych w wykazie

⁷⁶ K. Firsiuk, et al. *The sexual behaviors of young Polish women and their knowledge about contraception*. Polish Journal of Public Health, 2024, 134: 81-88.

⁷⁷ M. Zgliczyńska et al. *Contraceptive Behaviors in Polish Women Aged 18-35-a Cross-Sectional Study*. Int J Environ Res Public Health. 2019 Jul 30;16(15):2723.

⁷⁸ <https://www.erecept.pl/article/artku/918-cena-antykoncepcji-2025>.

⁷⁹ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/pieniadze-na-zdrowie-w-2025-r-nfz-przygotowal-projekt-planu-finansowego.8634.html>.

⁸⁰ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nfz-zmienia-budzet-o-prawie-3-5-mld-zl-rosnie-dotacja-z-budzetu-panstwa.8844.html>.

refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Prezes NFZ zostanie obciążony obowiązkiem sprawozdawczym dotyczącym comiesięcznych zestawień ilości zrefundowanych opakowań jednostkowych leków oraz wyrobów medycznych. Może również nastąpić konieczność dokonania przez Prezesa NFZ zmiany planu finansowego NFZ.

XI. Konkluzje

1. Skutki prawne: Projektowana regulacja wywołuje następujące skutki prawne:

- a) Rozszerzenie katalogu podmiotów uprawnionych na zasadach szczególnych do świadczeń opieki zdrowotnej o kobiety z grupy wiekowej 18-25 lat.
- b) Rozszerzenie katalogu przedmiotowego ujętego w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych o leki lub wyroby medyczne stosowane w antykoncepcji (jednocześnie – nałożenie na ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązku ujęcia tej grupy produktów w wykazie).
- c) Rozszerzenie katalogu zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w odniesieniu do finansowania leków i wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie kobietom od ukończenia 18. a przed ukończeniem 25. roku życia.

Projekt ustawy nie nasuwa wątpliwości co do zgodności z EKPC.

2. Skutki społeczne: Projektowane zmiany prawne mogą prowadzić do wystąpienia wszystkich zadeklarowanych przez Wnioskodawców pozytywnych skutków społecznych, jednakże zakres tych skutków – głównie z uwagi na istnienie również innych niż wskazanych w projekcie nierówności i barier w realizacji praw reprodukcyjnych – będzie mieć charakter ograniczony. W rezultacie proponowana regulacja wyeliminuje tylko niektóre z istniejących nierówności w dostępie do antykoncepcji, przyczyni się jedynie do ograniczonego zwiększenia swobody podejmowania decyzji dotyczących prokreacji, doprowadzi wyłącznie do częściowej poprawy bezpieczeństwa w tym obszarze oraz spowoduje tylko ograniczone zwiększenie ochrony zdrowia kobiet, w tym przede wszystkim ochrony zdrowia reprodukcyjnego. Ponadto skutkiem projektu mogą być zarówno pozytywne, jak i negatywne zmiany społecznych postaw wobec współczesnych metod przeciwdziałania ciąży.

3. Skutki gospodarcze: Projekt nie będzie wywoływał istotnych skutków gospodarczych. Oddziaływanie regulacji ogranicza się do redystrybucji środków publicznych w obrębie sektora ochrony zdrowia oraz do zmian w strukturze popytu na rynku farmaceutycznym. Z punktu widzenia gospodarki krajowej skutki projektu należy ocenić jako marginalne i krótkookresowe. Regulacja nie wpłynie istotnie na zatrudnienie, płace, ceny, inwestycje ani konkurencyjność przedsiębiorstw.

4. Skutki finansowe: Projektowana ustawa będzie wiązała się z istotnymi, choć ograniczonymi w skali budżetu NFZ, dodatkowymi wydatkami publicznymi. Szacuje się, że koszt realizacji programu wyniesie ok. 225 mln zł rocznie, przy relatywnie

niewielkich dodatkowych dochodach podatkowych. W dłuższej perspektywie wdrożenie programu może jednak częściowo ograniczać koszty opieki zdrowotnej związane z nieplanowanymi ciążami. Ogólny wpływ projektu na sektor finansów publicznych należy uznać za umiarkowany. Trzeba podkreślić, że zmiana będzie związana z koniecznością dostosowania planu finansowego NFZ.

5. Rozwiązania zagraniczne: W państwach członkowskich OECD/UE występują zróżnicowane modele w zakresie dostępu do antykoncepcji dla młodych kobiet. W niektórych państwach OECD/UE – np. Francja, Hiszpania, Luksemburg, Portugalia, Wielka Brytania – środki antykoncepcyjne są częściowo lub w całości refundowane z środków publicznych dla każdego ubezpieczonego. W części państw refundacja jest w szczególności ukierunkowana na młode osoby lub młode kobiety, m.in. w Finlandii, Irlandii, Niemczech, Norwegii, Szwecji. Wśród państw, w których brak szerokiej, ogólnokrajowej refundacji środków antykoncepcyjnych, z wyjątkiem pewnych grup wrażliwych, znajdują się m.in. Austria, Czechy, Dania, Grecja, Rumunia, Słowacja, Węgry.

Autorzy:

dr hab. Justyna Łacny, ekspert ds. legislacji (pkt I-III)

dr Danuta Adamiec, specjalistka w Wydziale Oceny Skutków Regulacji (pkt IV, XI.5)

dr Beata Bińkowska, ekspert ds. legislacji (pkt V.1, X, XI.1.1)

prof. Cezary Mik, ekspert ds. legislacji (pkt V.2, XI.1.2)

dr Ewa Radomska, specjalistka ds. społecznych (pkt. VI, X, XI.2)

dr Radosław Zyzik, specjalista ds. systemu gospodarczego (pkt. VII, X, XI.3)

dr hab. Wojciech Zgliczyński, specjalista ds. społecznych (pkt. VIII, X, XI.4)

Akceptował:

Wicedyrektor Biura Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Ziemowit Cieślik

/podpisano elektronicznie/