



PARLAMENT EUROPEJSKI

2009 - 2014

---

*Komisja Praw Kobiet i Równouprawnienia*

---

**2013/2040(INI)**

31.5.2013

## **PROJEKT SPRAWOZDANIA**

w sprawie zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz praw w tej dziedzinie  
(2013/2040(INI))

Komisja Praw Kobiet i Równouprawnienia

Sprawozdawczyni: Edite Estrela

PR\937987PL.doc

PE513.082v01-00

**PL**

*Zjednoczeni w różnorodności*

**PL**

PR\_INI

## SPIS TREŚCI

	<b>Strona</b>
PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO .....	3
UZASADNIENIE .....	10

## PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO

w sprawie zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz praw w tej dziedzinie

(2013/2040(INI))

*Parlament Europejski,*

- uwzględniając Powszechną deklarację praw człowieka przyjętą w 1948 r., zwłaszcza art. 2 i 25,
- uwzględniając art. 2 ust. 2, art. 3 i art. 12 Międzynarodowego paktu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych Organizacji Narodów Zjednoczonych, przyjętego w 1966 r., w rozumieniu komentarza ogólnego nr 14 Komitetu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ,
- uwzględniając art. 2, art. 12 ust. 1 i art. 16 ust. 1 Konwencji ONZ w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (CEDAW) z 1979 r., dotyczącej zdrowia, małżeństwa i życia rodzinnego kobiet, oraz uwzględniając zalecenia ogólne nr 21 (1994 r.) i 24 (1999 r.),
- uwzględniając art. 2, 12 i 24 Konwencji o prawach dziecka przyjętej w 1989 r., dotyczącej niedyskryminacji, prawa dziecka do bycia wysłuchanym, ochrony zdrowia matek, niemowląt i dzieci, a także dostępu do edukacji i usług z zakresu planowania rodziny,
- uwzględniając deklarację i program działań Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju ONZ (Kair, 13 września 1994 r.) oraz rezolucję Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 65/234 w sprawie działań następczych po Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju po 2014 r. (grudzień 2010 r.),
- uwzględniając deklarację pekińską i platformę działania przyjęte w dniu 15 września 1995 r. podczas IV Światowej Konferencji w sprawie Kobiet, a także rezolucje Parlamentu: z dnia 18 maja 2000 r. w sprawie skutków przyjęcia pekińskiej platformy działania, z dnia 10 marca 2005 r. w sprawie wniosków z IV Światowej Konferencji w sprawie Platformy Działania Kobiet (Pekin + 10), a także z 25 lutego 2010 r. w sprawie działań następczych w związku z pekińską platformą działania (Pekin +15),
- uwzględniając milenijne cele rozwoju przyjęte na Szczycie Milenijnym Organizacji Narodów Zjednoczonych we wrześniu 2000 r.,
- uwzględniając parlamentarne oświadczenia o zobowiązaniach dotyczące „wdrożenia programu działania Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju (ICPD)” z Ottawy (2002 r.), Strasburga (2004 r.), Bangkoku (2006 r.), Addis Abeby (2009 r.) i Sztambułu (2012 r.),
- uwzględniając sprawozdanie specjalnego sprawozdawcy Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie „Prawa do edukacji”, A/65/162 (2010 r.),
- uwzględniając globalną strategię Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na rzecz

zdrowia kobiet i dzieci zainicjowaną w 2010 r.,

- uwzględniając ust. 16 sprawozdania okresowego specjalnego sprawozdawcy Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie „Prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego”, A/66/254 (2011 r.),
- uwzględniając sprawozdanie specjalnego sprawozdawcy Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie „Prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego”, A/HRC/17/25 (2011 r.),
- uwzględniając rezolucję Rady Praw Człowieka Organizacji Narodów Zjednoczonych nr 21/6 z dnia 21 września 2012 r. w sprawie „Możliwych do uniknięcia przypadków zgonów i zachorowań matek w okresie okołoporodowym i praw człowieka”,
- uwzględniając sprawozdanie Funduszu Ludnościowego Organizacji Narodów Zjednoczonych pt. „Sytuacja ludnościowa na świecie w 2012 r.: z wyboru, nie z przypadku” z dnia 14 listopada 2012 r.,
- uwzględniając ust. 45–50 sprawozdania specjalnego sprawozdawcy Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie „Stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania”, A/HRC/22/53 (2013 r.),
- uwzględniając Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności oraz orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, w szczególności art. 9 dotyczący prawa do wolności sumienia i wyznania,
- uwzględniając rezolucję Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy nr 1399 z 2004 r. w sprawie europejskiej strategii na rzecz wspierania zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie,
- uwzględniając rezolucję Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy nr 1607 z 2008 r. w sprawie dostępności bezpiecznej i legalnej aborcji w Europie,
- uwzględniając art. 2, 5 i 152 Traktatu WE,
- uwzględniając art. 8, 9 i 19 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej dotyczące zwalczania dyskryminacji ze względu na płeć oraz ochrony zdrowia ludzkiego,
- uwzględniając Kartę praw podstawowych Unii Europejskiej,
- uwzględniając Konsensus europejski w sprawie rozwoju (2005 r.),
- uwzględniając rozporządzenie (WE) nr 1567/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie pomocy w odniesieniu do polityk oraz działań i praw dotyczących zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego w krajach rozwijających się<sup>1</sup>,
- uwzględniając rozporządzenie (WE) nr 1922/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. ustanawiające Europejski Instytut ds. Równości Kobiet

---

<sup>1</sup> Dz.U. L 224 z 6.9.2003, s. 1.

i Mężczyzn<sup>1</sup>,

- uwzględniając rozporządzenie (WE) nr 851/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 21 kwietnia 2004 r. ustanawiające Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób<sup>2</sup>,
  - uwzględniając swoje rezolucje z dnia 29 września 1994 r.<sup>3</sup> w sprawie wyników Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju w Kairze oraz z dnia 4 lipca 1996 r.<sup>4</sup> w sprawie działań następczych po tej Konferencji,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 3 lipca 2002 r.<sup>5</sup> w sprawie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 10 lutego 2004 r.<sup>6</sup> w sprawie wniosku dotyczącego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającego Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 4 września 2008 r. w sprawie poprawy zdrowia matek przed spotkaniem wysokiego szczebla poświęconego milenijnym celom rozwoju w dniu 25 września 2008 r.<sup>7</sup>,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 13 marca 2012 r.<sup>8</sup> w sprawie równości kobiet i mężczyzn w Unii Europejskiej – 2011 r.,
  - uwzględniając art. 48 Regulaminu,
  - uwzględniając sprawozdanie Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia oraz opinię Komisji Rozwoju (A7-0000/2013),
- A. mając na uwadze, że prawa seksualne i reprodukcyjne są prawami człowieka, a ich nieprzestrzeganie stanowi naruszenie praw kobiet i dziewcząt do równego traktowania, niedyskryminacji, godności i zdrowia oraz wolności od nieludzkiego i poniżającego traktowania;
- B. mając na uwadze, że kobiety i mężczyźni powinni mieć prawo do dokonywania świadomych i odpowiedzialnych wyborów dotyczących własnego zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego;
- C. mając na uwadze, że zgodnie ze sprawozdaniem specjalnego sprawozdawcy ONZ z 2010 r. w sprawie „Prawa do edukacji” prawo do kompleksowej edukacji seksualnej jest prawem człowieka;

---

<sup>1</sup> Dz.U. L 403 z 30.12.2006, s.9.

<sup>2</sup> Dz.U. L 142 z 30.4.2004, s. 1.

<sup>3</sup> Dz.U. C 305 z 31.10.1994, s. 80.

<sup>4</sup> Dz.U. C 211 z 22.7.1996, s. 31.

<sup>5</sup> Dz.U. C 271 z 12.11.2003, s. 197.

<sup>6</sup> Dz.U. L 142 z 30.4.2004, s. 1.

<sup>7</sup> Dz.U. C 295 z 4.12.2009.

<sup>8</sup> Teksty przyjęte, P7\_TA(2012)0069.

- D. mając na uwadze, że ze względu na biologiczne uwarunkowania reprodukcyjne człowieka oraz ze względu na uwarunkowany płcią kontekst społeczny, prawny i gospodarczy problemy dotyczące zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w przeważającym stopniu dotyczą kobiet;
- E. mając na uwadze, że między państwami członkowskimi i wewnątrz nich występują rozbieżności w kwestii standardów zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz różnice w zakresie praw seksualnych i reprodukcyjnych przysługującym kobietom;
- F. mając na uwadze, że zarówno w Europie, jak i na całym świecie rośnie sprzeciw wobec zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie, a celem tego sprzeciwu jest pozbawienie kobiet i mężczyzn podstawowych praw seksualnych i reprodukcyjnych, do przestrzegania których państwa członkowskie zobowiązały się w porozumieniach międzynarodowych;
- G. mając na uwadze, że w trzech państwach członkowskich (w Irlandii, Polsce i na Malcie) bezpieczna aborcja jest, poza ściśle określonymi wypadkami, zakazana, a nawet w przypadku gdy jest zgodna z prawem, pozostaje powszechnie niedostępna ze względu na nadużywanie prawa do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem lub z powodu nadmiernie restrykcyjnej interpretacji obowiązujących przepisów;
- H. mając na uwadze, że w niektórych państwach członkowskich umieralność matek nadal stanowi poważny problem;
- I. mając na uwadze, że rozbieżności w zakresie odsetka aborcji dokonywanych w państwach członkowskich i wysoki odsetek osób cierpiących na choroby układu rozrodczego w niektórych regionach UE wskazują na potrzebę wprowadzenia, na niedyskryminujących warunkach, niedrogich, dostępnych i dopuszczalnych usług wysokiej jakości, w tym usług z zakresu planowania rodziny, usług przyjaznych młodym ludziom, jak również kompleksowej edukacji seksualnej;
- J. mając na uwadze, że według badań kompleksowa edukacja seksualna zwiększa prawdopodobieństwo odpowiedzialnego zachowania w momencie rozpoczęcia aktywności seksualnej i w późniejszych kontaktach seksualnych;
- K. mając na uwadze, że w niektórych państwach członkowskich nadal stosuje się praktykę przymusowej lub wymuszonej sterylizacji kobiet romskich lub kobiet niepełnosprawnych;

***W sprawie ogólnej polityki w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE***

1. przypomina, że „zdrowie jest podstawowym prawem człowieka, niezbędnym do korzystania z innych praw człowieka”, a osiągnięcie przez UE najwyższych możliwych standardów w zakresie zdrowia zależy od pełnego uznania i wspierania zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie;
2. przypomina, że zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne stanowią niezbędne elementy ludzkiej godności, które należy rozpatrywać w szerszym kontekście dyskryminacji strukturalnej i różnic w traktowaniu kobiet i mężczyzn; wzywa państwa członkowskie do

ochrony zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie poprzez Agencję Praw Podstawowych Unii Europejskiej;

3. wyraża głębokie ubolewanie w związku z tym, że w nowym programie „Zdrowie na rzecz wzrostu” na lata 2014-2020 nie uwzględniono kwestii zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie<sup>1</sup>;
4. zauważa, że choć odpowiedzialność za opracowywanie i wdrażanie polityki z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie leży po stronie państw członkowskich, UE może wykorzystać swoje kompetencje w zakresie kształtowania polityki dotyczącej zdrowia publicznego i niedyskryminowania, a także wspierać państwa członkowskie w lepszym wdrażaniu praw seksualnych i reprodukcyjnych;
5. wzywa państwa członkowskie do współpracy z Europejskim Instytutem ds. Równości Kobiet i Mężczyzn i społeczeństwem obywatelskim w celu opracowania europejskiej strategii na rzecz propagowania zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie i wspierania przygotowywania i wdrażania kompleksowych krajowych strategii w tym zakresie; proponuje, by upoważnić Europejski Instytut ds. Równości Kobiet i Mężczyzn do gromadzenia i analizowania danych i najlepszych praktyk;
6. podkreśla, że obecnie stosowane środki oszczędnościowe mają negatywny wpływ, zwłaszcza w przypadku kobiet, na dostępność i jakość usług medycznych związanych ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym, na działalność organizacji planowania rodziny i organizacji pozarządowych, a także na niezależność ekonomiczną kobiet;

***W sprawie niepożądanego ciąży: dostęp do środków antykoncepcyjnych i bezpiecznej aborcji***

7. podkreśla, że zgodnie z międzynarodowym prawem dotyczącym praw człowieka poszanowanie prawa kobiet do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania o tym ile, kiedy i w jakich odstępach czasu chcą mieć dzieci jest niezbędne dla ich rozwoju osobistego, społecznego i gospodarczego;
8. wzywa państwa członkowskie do propagowania badań naukowych nad środkami antykoncepcyjnymi dla kobiet i mężczyzn, aby ułatwić zrównoważenie obciążeń w zakresie odpowiedzialności za antykoncepcję;
9. podkreśla, że aborcji w żadnym wypadku nie należy promować jako metody planowania rodziny;
10. zaleca, by zgodnie z prawami człowieka aborcja była legalna, bezpieczna i dostępna dla wszystkich;
11. podkreśla, że nawet w przypadku legalnej aborcji uzyskanie dostępu do usług tego typu jest utrudniane lub opóźniane ze względu na przykład na powszechne korzystanie z prawa do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, medycznie nieuzasadniony czas oczekiwania na zabieg lub nieobiektywne doradztwo w tym zakresie; podkreśla, że państwa członkowskie powinny regulować i monitorować korzystanie z prawa do

---

<sup>1</sup> COM(2011)0709.

odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, aby zagwarantować przestrzeganie prawa jednostki do opieki zdrowotnej w zakresie reprodukcji, a także zapewnić dostęp do legalnych usług świadczonych na odpowiednim poziomie oraz do niedrogiemu systemu wydawania skierowań lekarskich;

12. zaleca, by państwa członkowskie kontynuowały udzielanie informacji i świadczenie usług niezbędnych do utrzymania niskiego odsetka zgonów wśród matek oraz zagwarantowania opieki prenatalnej i poporodowej na odpowiednim poziomie;

#### ***W sprawie kompleksowej edukacji seksualnej i usług przyjaznych młodym ludziom***

13. wzywa państwa członkowskie do zagwarantowania powszechnego dostępu do kompleksowych informacji, edukacji i usług z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie; ponagla państwa członkowskie do zagwarantowania, by te informacje dotyczyły różnych współczesnych metod planowania rodziny i doradztwa w tym zakresie, wykwalifikowanych usług położniczych oraz prawa do dostępu do doraźnej pomocy ginekologicznej i położniczej, a także by informacje o usługach aborcyjnych były przekazywane w sposób obiektywny i naukowy;
14. podkreśla, że potrzeby nastolatków w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego różnią się od potrzeb dorosłych; wzywa państwa członkowskie do zapewnienia dostępu dla nastolatków i szczególnie wrażliwych dorosłych (niepełnosprawnych, osób nieumiejących czytać i pisać, uchodźców itp.) do przyjaznych dla użytkownika usług z poszanowaniem prawa do zachowania poufności i prywatności takich osób;
15. wzywa państwa członkowskie do zapewnienia obowiązkowej, dostosowanej do wieku i płci edukacji seksualnej i edukacji dotyczącej relacji międzyludzkich dla wszystkich dzieci i nastolatków (w szkole i poza nią);
16. podkreśla, że edukacja seksualna musi obejmować zwalczanie stereotypów i uprzedzeń, wyjaśniać zjawisko dyskryminacji ze względu na płeć i orientację seksualną oraz ujawniać bariery strukturalne uniemożliwiające osiągnięcie równości materialnej, a także podkreślać znaczenie wzajemnego szacunku i wspólnego ponoszenia odpowiedzialności;

#### ***W sprawie zapobiegania i leczenia chorób przenoszonych drogą płciową***

17. wzywa państwa członkowskie do zapewnienia natychmiastowego i powszechnego dostępu do leczenia chorób przenoszonych drogą płciową oraz do bezpiecznego i obiektywnego świadczenia usług w tym zakresie;
18. wzywa Komisję i państwa członkowskie do podjęcia działań w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw seksualnych i reprodukcyjnych nosicieli wirusa HIV i osób chorych na AIDS i skoncentrowania wysiłków na potrzebach kobiet, w szczególności poprzez ułatwienie dostępu do badań i leczenia oraz likwidację czynników społeczno-ekonomicznych przyczyniających się do zwiększenia ryzyka zarażenia wirusem HIV i zachorowania na AIDS przez kobiety, takich jak nierówne traktowanie kobiet i mężczyzn oraz dyskryminacja;

#### ***W sprawie przemocy związanej z prawami seksualnymi i reprodukcyjnymi***



19. potępia wszelkiego rodzaju naruszenia nietykalności cielesnej kobiet, a także szkodliwe praktyki mając na celu kontrolowanie seksualności i samostanowienia kobiet w odniesieniu do reprodukcji; podkreśla, że stanowi to poważne naruszenie praw człowieka, którym powinny się niezwłocznie zająć państwa członkowskie;
20. wzywa państwa członkowskie do podjęcia działań mających na celu ochronę kobiet, młodych ludzi, dzieci i mężczyzn przed wszelkiego rodzaju wykorzystywaniem, w tym wykorzystywaniem seksualnym, wyzyskiem, przemycaaniem, handlem ludźmi i przemocą, w tym okaleczaniem narządów płciowych kobiet, w połączeniu z programami edukacyjnymi na szczeblu krajowym i wspólnotowym, a także do skoncentrowania swych wysiłków na takich środkach, które gwarantują surowe kary dla sprawców;

***W sprawie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie oraz oficjalnej pomocy rozwojowej (ODA)***

21. przypomina państwom członkowskim, że inwestycje w zdrowie reprodukcyjne i planowanie rodziny należą do najbardziej opłacalnych i najbardziej efektywnych metod promowania zrównoważonego rozwoju kraju;
22. popiera zalecenie nr 1903 (2010 r.) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy dotyczące przeznaczenia 0,7% dochodu narodowego brutto na ODA; wzywa UE do wypełnienia tego zobowiązania poprzez finansowanie i wdrażanie europejskich instrumentów działań zewnętrznych na lata 2014–2020 i Europejskiego Funduszu Rozwoju;
23. ponagla Komisję do przyjęcia w ramach europejskiej współpracy na rzecz rozwoju podejścia opartego na prawach człowieka, które byłoby wyraźnie skoncentrowane na zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym oraz prawach w tej dziedzinie oraz wyznaczało konkretne cele w tym zakresie;
24. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie i Komisji.

## UZASADNIENIE

Każdego roku Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju opracowuje ranking krajów pod względem poziomu nierówności w traktowaniu kobiet i mężczyzn. Wskaźnik nierówności płci mierzy się, porównując sytuację kobiet i mężczyzn w trzech aspektach życia: zdrowia reprodukcyjnego, przysługujących uprawnień i funkcjonowania na rynku pracy<sup>1</sup>. Niniejsze sprawozdanie koncentruje się na pierwszym z trzech elementów i związanymi z nim prawami, nie tylko w odniesieniu do praw człowieka, ale także do sposobów osiągnięcia równouprawnienia kobiet i mężczyzn.

Państwa członkowskie, należące do najlepiej rozwiniętych krajów na świecie, znajdują się w czołówce globalnego rankingu krajów pod względem stanu zdrowia reprodukcyjnego ich mieszkańców<sup>2</sup>. Jednakże z danych udostępnionych przez państwa członkowskie wynika, że w Europie występuje znaczna rozbieżność pod względem zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego kobiet.

Parlament Europejski (PE) wielokrotnie wyrażał już swoje wsparcie dla inwestowania w zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne. Przyjęcie przez UE zdecydowanego stanowiska w sprawie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie jest możliwe tylko przy silnym wsparciu ze strony tej instytucji.

Niniejsze sprawozdanie pojawiło się w bardzo ważnym momencie. Bieżąca sytuacja polityczna i gospodarcza stanowi zagrożenie dla poszanowania zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie. Z powodu obecnego kryzysu finansowego i gospodarczego oraz powiązanych z nim cięć wydatków publicznych, w państwach członkowskich panuje tendencja do przyspieszania prywatyzacji służby zdrowia i ograniczania dostępu do publicznej służby zdrowia oraz obniżania jej jakości<sup>3</sup>. Ponadto w całej Europie zanotowano wzrost popularności konserwatywnego stanowiska w sprawie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie. Sprzeciw wobec stanowiska proaborcyjnego jest coraz bardziej wyraźny i słyszalny w krajach takich jak Hiszpania i Węgry oraz na forach regionalnych, takich jak Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy, Europejskiego Komitetu Praw Socjalnych, a nawet w PE. Biorąc pod uwagę powyższe, PE tym bardziej powinien opowiedzieć się za ochroną praw seksualnych i reprodukcyjnych jako praw człowieka, a także opracować podsumowanie bieżącej sytuacji w tym zakresie na szczeblu europejskim.

### **Zdrowie seksualne i reprodukcyjne**

Według Światowej Organizacji Zdrowia „zdrowie reprodukcyjne dotyczy systemu, procesów

---

<sup>1</sup> Fundusz Rozwoju ONZ (2011 r.). Sprawozdanie o rozwoju ludzkim (2011 r.). „Trwałość i sprawiedliwość: lepsza przyszłość dla wszystkich”, uwaga techniczna 3.

<sup>2</sup> Zgodnie ze danymi wykorzystywanymi do obliczenia wskaźnika nierówności płci. UNDF (2011 r.). Sprawozdanie o rozwoju ludzkim (2011 r.). „Trwałość i sprawiedliwość: lepsza przyszłość dla wszystkich”. Załącznik statystyczny, tabela 4.

<sup>3</sup> Rezolucja PE z dnia 12 marca 2013 r. w sprawie wpływu kryzysu gospodarczego na równouprawnienie kobiet i mężczyzn oraz na prawa kobiet.

i funkcji reprodukcyjnych na wszystkich etapach życia. Oznacza to zatem, że ludzie mają możliwość prowadzenia odpowiedzialnego, satysfakcjonującego i bezpiecznego życia seksualnego oraz możliwość reprodukcji, w tym swobodę decydowania o tym czy, kiedy i w jakich odstępach czasu mieć potomstwo. Kobiety i mężczyźni mają bezwarunkowe prawo do otrzymywania informacji dotyczących bezpiecznych, skutecznych, niedrogich i dopuszczalnych metod kontrolowania płodności zgodnie z własnym wyborem, prawo do dostępu do takich metod oraz prawo do dostępu do takiej opieki zdrowotnej, która umożliwi kobietom bezpieczne przejście przez okres ciąży i poród oraz maksymalnie zwiększa szanse na to, by dzieci rodziły się zdrowe”<sup>1</sup>.

Zdrowie seksualne zdefiniowano jako „stan pomyślności fizycznej, emocjonalnej, umysłowej i społecznej związanej z seksualnością; nie oznacza jedynie braku chorób, zaburzeń czy ułomności. Zdrowie seksualne wymaga pozytywnego, opartego na szacunku podejścia do seksualności i relacji seksualnych, a także możliwości czerpania przyjemności z bezpiecznych doświadczeń seksualnych pozbawionych przymusu, dyskryminacji i przemocy. Zdrowie seksualne wymaga poszanowania, ochrony i wykonywania praw seksualnych wszystkich ludzi”<sup>2</sup>.

### **Prawa seksualne i reprodukcyjne**

Prawa seksualne i reprodukcyjne chronią zdrowie seksualne i reprodukcyjne. Zgodnie z art. 96 pekińskiej platformy działania (1995 r.) prawa te wynikają z prawa człowieka do równego traktowania i godności.

Prawa seksualne i reprodukcyjne, w tym prawo do opieki zdrowotnej dla matek i prawo do planowania rodziny, obejmują zarówno swobody, jak i uprawnienia związane z wieloma już obowiązującymi prawami obywatelskimi, politycznymi, gospodarczymi, socjalnymi i kulturalnymi. Choć nie można ich stosować zamiennie, prawa reprodukcyjne stanowią jeden z aspektów praw seksualnych, tak jak prawa seksualne są częścią praw reprodukcyjnych<sup>3</sup>.

### **Umieralność matek**

Choć w większości państw członkowskich w dalszym ciągu utrzymuje się niski współczynnik umieralności matek (dwa do dziesięciu zgonów na 100 tys. żywych urodzeń)<sup>4</sup>, w niektórych państwach członkowskich współczynnik ten jest znacznie wyższy (34 na Łotwie, 27 w Rumunii, 21 na Węgrzech i 20 w Luksemburgu). W niektórych z państw członkowskich można zanotować pozytywną tendencję, np. od 1990 do 2010 r. współczynnik umieralności matek w Rumunii spadł ze 170 do 27, na Łotwie z 54 do 34, w Bułgarii z 24 do 11, na Litwie

<sup>1</sup> Komitet ds. polityki globalnej WHO (1994 r.). Dokument przedstawiający stanowisko w sprawie zdrowia, ludności i rozwoju na Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju, Kair, 5–13 września 1994 r., str. 24 ust. 89.

<sup>2</sup> WHO (2006 r.). Definicja zdrowia seksualnego: sprawozdanie w sprawie konsultacji technicznych w zakresie zdrowia seksualnego; 28–31 stycznia 2002 r., Genewa.

<sup>3</sup> Yamin, A. E. (Red.), 2005 r., Learning to dance: Advancing women’s reproductive health and well-being from the perspectives of public health and human rights (Nauka tańca: postępy w propagowaniu zdrowia reprodukcyjnego i dobrostanu kobiet z perspektywy zdrowia publicznego i praw człowieka), Cambridge, Harvard University Press.

<sup>4</sup> Przyjmuje się, że „państwa, w których występuje 1–10 zgonów na 100 tys. porodów funkcjonują zasadniczo na tym samym poziomie, a różnice występują rzadko”, zob. przypis 1.

z 34 do 8. Niestety jednocześnie w innych państwach członkowskich występują bardziej niepokojące tendencje; w przypadku Luksemburga odsetek ten wzrósł z 6 w 1990 r. do 20 w 2010 r., natomiast na Węgrzech udało się go obniżyć z 23 w latach 90. XX wieku do 10 na początku XXI wieku, jednak wzrósł on ponownie w 2010 r. do 21<sup>1</sup>. W swojej rezolucji z dnia 13 grudnia 2012 r. w sprawie rocznego sprawozdania dotyczącego praw człowieka i demokracji na świecie za rok 2011 oraz polityki Unii Europejskiej w tym zakresie Parlament Europejski przypomniał, że zapobieganie przypadkom zgonów i zachorowań matek w okresie okołoporodowym wymaga efektywnego promowania i skutecznej ochrony praw człowieka kobiet i dziewcząt, w szczególności ich prawa do życia, edukacji, informacji i zdrowia. PE podkreślił, że UE musi zatem odgrywać istotną rolę w dążeniach do ograniczenia komplikacji występujących przed, podczas i w następstwie ciąży i porodu, którym można zapobiec.

## **Gromadzenie danych**

Wiele państw członkowskich nie gromadzi danych potrzebnych do przeprowadzenia pełnego pomiaru zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Na przykład ponad dwie trzecie państw członkowskich nie dysponuje informacjami dotyczącymi odsetka kobiet w ciąży, które odbyły co najmniej jedną wizytę u specjalisty przed porodem, a ponad jedna czwarta państw członkowskich nie posiada danych dotyczących odsetka porodów, w których uczestniczył wykwalifikowany pracownik służby zdrowia<sup>2</sup>. Gromadzenie takich danych może być uważane za zbędne w krajach wysoko rozwiniętych, jednak wskaźniki tego rodzaju umożliwiają stałe monitorowanie standardów zdrowia reprodukcyjnego. Państwa członkowskie powinny w bardziej kompleksowy sposób gromadzić i monitorować informacje oraz dane statystyczne dotyczące wskaźników zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego (odsetka chorób przenoszonych drogą płciową, aborcji i stosowanych środków antykoncepcyjnych, niespełnionego zapotrzebowania na środki antykoncepcyjne, ciąży nastolatek...), z podziałem przynajmniej ze względu na płeć i wiek. Aby uzyskać lepszy ogólny obraz sytuacji w całej Unii, Europejski Instytut ds. Równości Kobiet i Mężczyzn powinien zostać upoważniony do gromadzenia i analizowania danych i najlepszych praktyk.

## **Edukacja seksualna**

Zgodnie z prawem w większości państw członkowskich edukacja seksualna jest obowiązkowa, jednak występują różnice programowe i jakościowe. Według ostatnich badań najlepszymi praktykami w zakresie edukacji seksualnej mogą się pochwalić kraje Beneluksu, kraje nordyckie, Francja i Niemcy. Programy edukacji seksualnej w państwach członkowskich Europy Wschodniej i Południowej są często bardzo ograniczone lub w ogóle niedostępne<sup>3</sup>.

Wyższy odsetek porodów, aborcji i chorób przenoszonych drogą płciową wśród nastolatków często tłumaczy się brakiem dostępu do edukacji seksualnej na odpowiednim poziomie

---

<sup>1</sup> Grupa Międzyagencyjna ONZ ds. Obliczania Współczynnika Umieralności Matek (2012 r.). Tendencje w zakresie umieralności matek w latach 1990–2010: szacunki WHO, UNICEF, UNFPA oraz Banku Światowego.

<sup>2</sup> UNDF (2011 r.). Sprawozdanie o rozwoju ludzkim (2011 r.). „Trwałość i sprawiedliwość: lepsza przyszłość dla wszystkich”. Załącznik statystyczny, tabela 4.

<sup>3</sup> Beaumont, K. Maguire, M; Schulze, E; Parlament Europejski (2013 r.). Polityka na rzecz edukacji seksualnej w Unii Europejskiej, dostępne na stronie internetowej: <http://www.europarl.europa.eu/committees/en/femm>.

i o właściwym zakresie. Bieżące dane UE potwierdzają to założenie: najwyższy odsetek ciąży i aborcji wśród nastolatek odnotowuje się w państwach członkowskich Europy Wschodniej<sup>1</sup>.

Choć zgodnie z ogólną tendencją programy edukacji seksualnej ulegają powolnej poprawie, wymiana wspólnych celów i najlepszych praktyk między państwami UE ułatwiłaby zbliżenie standardów w zakresie edukacji seksualnej i przyczyniłaby się do wyrównania wskaźników dotyczących zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego młodych ludzi w całej Europie.

### **Odsetek porodów i niepożądanych ciąży wśród nastolatek**

Między poszczególnymi państwami członkowskimi występują znaczne różnice w odniesieniu do odsetka porodów wśród nastolatek<sup>2</sup>. Najniższym odsetkiem porodów wśród nastolatek (5–9 porodów rocznie) mogą się pochwalić takie kraje, jak Holandia, Słowenia, Dania, Szwecja, Cypr, Włochy, Luksemburg i Finlandia. Nieco wyższy odsetek porodów wśród nastolatek (10–20 porodów rocznie) odnotowano w większości państw członkowskich: w Niemczech, Austrii, Francji, Belgii, Grecji, Hiszpanii, Republice Czeskiej, na Łotwie, w Polsce, Portugalii, Irlandii, na Litwie, Węgrzech i Malcie. Najwyższy odsetek porodów wśród nastolatek odnotowuje się na Słowacji (22), w Estonii (24), Zjednoczonym Królestwie (26), Rumunii (40) i Bułgarii (44).

Mimo pozytywnej tendencji zaobserwowanej w niektórych państwach członkowskich, uderzająca rozbieżność między odsetkiem porodów wśród nastolatek w Holandii (5), a odsetkiem w Zjednoczonym Królestwie (26) i Bułgarii (44) oznacza, że większość młodych ludzi w UE nie dysponuje umiejętnościami i wiedzą konieczną, by podejmować odpowiedzialne decyzje dotyczące życia seksualnego i reprodukcyjnego.

Ciąże wśród nastolatek są zazwyczaj nieplanowane, a młode dziewczęta nieprzygotowane do bycia matkami, a ponadto konsekwencje rodzenia dzieci w tak młodym wieku są długotrwałe. W przypadku ciąż nastolatek częściej niż w przypadku dorosłych dochodzi do komplikacji zdrowotnych (np. poronienia, śmierci płodu). Wyniki badań wskazują również na większe prawdopodobieństwo nieukończenia szkoły średniej przez nastoletnie matki i życia w ubóstwie. Ponadto dzieci nastoletnich rodziców rodzą się często z niedowagą i występują u nich problemy zdrowotne i zaburzenia rozwojowe<sup>3</sup>.

Dorośle kobiety również zmagają się z problemem niepożądanych ciąży, a wśród przyczyn takiej sytuacji można wymienić: niezadziałanie środków antykoncepcyjnych, nieprawidłowe lub niekonsekwentne stosowanie antykoncepcji, partnerzy seksualni sprzeciwiający się stosowaniu antykoncepcji, wymuszony stosunek seksualny lub gwałt, przyczyny zdrowotne. WHO zaznacza, że „zmiana okoliczności może sprawić, że nawet planowana ciąża może być niepożądana”<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (czerwiec 2012 r.). Choroby przenoszone drogą płciową w Europie w latach 1990–2010.

<sup>2</sup> Liczba porodów wśród nastolatek w wieku od 15 do 19 lat na 1000 dziewcząt z tej grupy wiekowej rocznie.

<sup>3</sup> Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (czerwiec 2012 r.). Choroby przenoszone drogą płciową w Europie w latach 1990–2010.

<sup>4</sup> WHO (2012 r.). Zdrowie seksualne i reprodukcyjne: fakty i liczby dotyczące aborcji w Europie.

## Aborcja

Aborcja na życzenie jest dozwolona w dwudziestu państwach członkowskich. Z siedmiu pozostałych trzy państwa członkowskie (Wielka Brytania, Finlandia i Cypr) zezwalają na szeroką interpretację warunków dopuszczalności przerywania ciąży, natomiast w trzech pozostałych państwach członkowskich (w Irlandii, Polsce i Luksemburgu) ze względu na surową interpretację przepisów, połączoną z powszechną niechęcią wobec aborcji lub strachem przed jej wykonywaniem, liczba (zgłaszanych) legalnych aborcji jest niska lub bliska zeru. Malta jest jedynym państwem członkowskim, w którym aborcja jest prawnie zakazana bez żadnych wyjątków<sup>1</sup>. Wśród możliwych warunków dopuszczalności przerywania ciąży można wymienić zagrożenie dla życia lub zdrowia fizycznego i/lub psychicznego matki, uszkodzenie płodu, ciążę w wyniku gwałtu lub przyczyny społeczno-ekonomiczne lub medyczne. W większości państw członkowskich nie można przeprowadzać aborcji po 12 tygodniu od zapłodnienia. Opłaty za aborcję są różne w poszczególnych państwach członkowskich; w państwach, w których narodowy fundusz zdrowia pokrywa koszty wykonania zabiegu, zazwyczaj dotyczy to jedynie zabiegów przeprowadzanych z przyczyn medycznych. W niektórych państwach członkowskich obowiązuje przymusowy okres oczekiwania na zabieg, a w przypadku osób niepełnoletnich wymagana jest zgoda rodziców<sup>2</sup>.

Należy zwrócić uwagę, że coraz częściej nawet w krajach zezwalających na aborcję wprowadzane są pewne ograniczenia. Źródłem ograniczeń są zazwyczaj niepodlegające regulacjom prawnym korzystanie z prawa do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem ze strony przedstawicieli służby zdrowia, obowiązkowe okresy oczekiwania na zabieg lub nieobiektywne doradztwo<sup>3</sup>. Korzystanie z prawa do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem dla wielu kobiet oznacza odmowę dostępu do usług w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego, takich jak udzielanie informacji o antykoncepcji, dostęp do środków antykoncepcyjnych i ich sprzedaży, badań prenatalnych i legalnego przerywania ciąży. Na Słowacji, Węgrzech, w Rumunii, Polsce, Irlandii i we Włoszech odnotowano przypadki, w których prawie 70% wszystkich ginekologów i 40% wszystkich anestezjologów skorzystało z prawa do odmowy przeprowadzenia aborcji ze względu na sprzeczność takiego działania z własnym sumieniem. Ograniczenia tego typu stanowią oczywiste naruszenie praw człowieka i międzynarodowych standardów medycznych<sup>4</sup>.

Kobiety żyjące w krajach z surową polityką aborcyjną nierzadko podróżują w celu wykonania zabiegu do innych państw członkowskich. Taka praktyka stanowi jednak spore obciążenie finansowe dla określonych grup, a także grozi wszczęciem postępowania karnego wobec takich kobiet w kraju zamieszkania. Utrudnia to również gromadzenie wiarygodnych danych dotyczących aborcji. W przypadku kobiet z obszarów wiejskich podróżowanie w celu dokonania legalnego zabiegu bywa też często konieczne wewnątrz niektórych państw

<sup>1</sup> Zob. przegląd ICPD ONZ po 2014 r. (lipiec 2012 r.), Krajowe profile wdrażania; Międzynarodowa Federacja Planowanego Rodzicielstwa (maj 2012 r.), Ustawodawstwo w zakresie aborcji w Europie.

<sup>2</sup> IPPF (maj 2012 r.). Ustawodawstwo w zakresie aborcji w Europie.

<sup>3</sup> Sprawozdanie Christine McCafferty z Rady Europy, Dostęp kobiet do legalnej opieki medycznej: problem niepodlegającego regulacjom korzystania z prawa do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, 20.7.2010 r., i rezolucja nr 1763 (2010 r.) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy.

<sup>4</sup>WHO (drugie wydanie, 2012 r.), Bezpieczna aborcja: wytyczne techniczne i polityczne dla systemów ochrony zdrowia.

członkowskich<sup>1</sup>. W praktyce zakaz aborcyjny dotyka w większym stopniu tych kobiet, które już żyją na marginesie społecznym – kobiet o ograniczonych możliwościach podróżowania do innych państw UE w celu dokonania aborcji, np. znajdujących się w trudnej sytuacji finansowej, ubiegających się o azyl, kobiet korzystających z pomocy społecznej itp. – co przyczynia się w dalszym stopniu do pogłębiania się różnic w sytuacji zdrowotnej w Unii.

Do grupy państw członkowskich o najniższej liczbie zgłaszanych aborcji<sup>2</sup> należą Niemcy, Grecja, Dania i Portugalia (od 7 do 9 przeprowadzanych legalnie aborcji na 1000 kobiet w wieku 15–44 lat), natomiast w grupie państw członkowskich z najwyższą liczbą zgłaszanych aborcji znajdują się Estonia, Rumunia, Bułgaria, Łotwa, Węgry i Szwecja (od 35 do 21 aborcji), a także Zjednoczone Królestwo (17) i Francja (18)<sup>3</sup>.

Ze względu na potencjalny wpływ zakazu aborcji na zdrowie publiczne jest dość oczywiste, że zakaz aborcji nie prowadzi do zmniejszenia odsetka dokonywanych aborcji; w związku z tym należałoby się zatem skoncentrować na zapobieganiu niepożądanym ciążom<sup>4</sup>. Nie wykryto praktycznie żadnego związku między legalnością aborcji a liczbą wykonywanych zabiegów, natomiast legalność aborcji w dużym stopniu przyczynia się do zwiększenia bezpieczeństwa zabiegów. Ponadto zdaniem WHO „koszt przeprowadzenia bezpiecznej aborcji jest równy (...) jednej dziesiątej kosztów leczenia skutków aborcji bez zachowania odpowiednich środków bezpieczeństwa”<sup>5</sup>.

Należy również zauważyć, że obecnie obowiązująca ze względu na kryzys demograficzny polityka prorodzinna ma również pośredni i bezpośredni wpływ na decyzje polityczne podejmowane w odniesieniu do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie. Panuje przekonanie, że zakaz aborcji zwiększy liczbę narodzin, a jej legalizacja doprowadziłaby do pogłębienia się kryzysu demograficznego. Na potwierdzenie tej teorii nie ma żadnych dowodów, a naszym zdaniem przyrost naturalny można wspierać bardziej efektywnie poprzez zwiększenie możliwości łączenia życia prywatnego i zawodowego matek i ojców.

### **Choroby przenoszone drogą płciową**

W UE przeprowadza się regularny przegląd sytuacji w zakresie niektórych chorób przenoszonych drogą płciową: HIV, kiły, kiły wrodzonej, rzeżączki, chlamydii i ziarnicy wenerycznej. Zgodnie z decyzją nr 2119/98/WE państwa członkowskie mają obowiązek udostępniania danych dotyczących wszystkich wymaganych zmiennych; jednakże w praktyce nie zawsze tak jest, a niektóre z krajowych systemów nadzoru chorób przenoszonych drogą płciową nie przeprowadzają kompleksowych badań. W związku z tym tendencje są porównywane i identyfikowane w oparciu o niedostateczne lub niedostępne dane.

<sup>1</sup> IPPF (maj 2012 r.), Ustawodawstwo w zakresie aborcji w Europie.

<sup>2</sup> Z wyłączeniem państw członkowskich o najbardziej surowej polityce aborcyjnej (Irlandia, Polska, Luksemburg, Malta).

<sup>3</sup> Dane dotyczące liczby aborcji przeprowadzanych w Austrii, na Cyprze, w Luksemburgu i na Malcie nie były dostępne. Departament Spraw Gospodarczych i Społecznych ONZ: Wydział ds. Ludności (marzec 2011 r.), Światowa polityka aborcyjna 2011.

<sup>4</sup> IPPF (maj 2012 r.), Ustawodawstwo w zakresie aborcji w Europie.

<sup>5</sup> WHO (2012 r.). Zdrowie seksualne i reprodukcyjne: fakty i liczby dotyczące aborcji w Europie.

Średni odsetek nowych przypadków HIV na rok w państwach członkowskich wynosi 5,7 na 100 tys. mieszkańców, z czego najniższy odsetek odnotowano na Słowacji (0,5) i w Rumunii (0,7), a najwyższy w Estonii (27,8), na Łotwie (12,2), w Belgii (11) i Zjednoczonym Królestwie (10,7). W przypadku danych podzielonych ze względu na wiek 11% nowych przypadków HIV odnotowano wśród młodych ludzi w wieku od 15 do 24 lat<sup>1</sup>.

W ramach holistycznego podejścia do zwalczania epidemii Komisja Europejska oraz państwa członkowskie powinny zająć się kwestią szczególnej sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie, a także potrzeb kobiet będących nosicielami HIV. W tym celu można rozszerzyć dostęp do programów opieki zdrowotnej dotyczącej zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego poprzez zintegrowane podejście obejmujące dostęp do badań na HIV/AIDS i leczenia, wsparcie otoczenia, doradztwo i działania zapobiegawcze oraz poprzez zlikwidowanie czynników społeczno-ekonomicznych leżących u podstaw zagrożenia zakażeniem wirusem HIV i zachorowaniem na AIDS wśród kobiet, takich jak nierówne traktowanie kobiet i mężczyzn, dyskryminacja i brak ochrony praw człowieka.

### **Przemoc związana z prawami seksualnymi i reprodukcyjnymi**

Według szacunków siedem kobiet na dziesięć doświadcza w ciągu życia przemocy fizycznej i/lub seksualnej. Przemoc na tle płciowym stanowi rodzaj dyskryminacji, która w poważny sposób ogranicza możliwość kobiet do korzystania z praw i swobód na równi z mężczyznami. Skutki przemocy seksualnej są odczuwalne przez całe życie, wpływają na zdrowie psychiczne i fizyczne oraz na dobrostan ofiar takiej przemocy. Poszanowanie i promowanie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz ochrona praw reprodukcyjnych i korzystanie z nich to warunki niezbędne do osiągnięcia równouprawnienia kobiet i mężczyzn i wzmocnienia pozycji kobiet, by umożliwić im korzystanie ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz by zapobiegać przemocy wobec kobiet i łagodzić jej skutki.

Należy zwrócić szczególną uwagę na szkodliwe praktyki tradycyjne, takie jak okaleczanie narządów płciowych kobiet/obrzezanie kobiet czy wczesne i przymusowe małżeństwa, mające potencjalnie destrukcyjny wpływ nie tylko na dobrostan, relacje seksualne, ciążę i porody kobiet, ale także na społeczność.

### **Zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne a oficjalna pomoc rozwojowa**

Zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne to podstawowe elementy godności ludzkiej i rozwoju ludzkiego, które stanowią podstawę postępu społecznego i gospodarczego. Niedawno zgromadzone dane pokazują, jak wiele jeszcze jest do zrobienia w kwestii zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego na całym świecie, a zwłaszcza w krajach rozwijających się.

Ważne są nie tylko zobowiązania polityczne UE w tym zakresie, ale także podjęcie przez UE roli podmiotu politycznego w walce o zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne. UE pełni też ważną rolę w promowaniu, wykonywaniu i obronie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie na szczeblu międzynarodowym, z uwzględnieniem ram rozwojowych po 2015 r., aby zapewnić priorytetowość kwestii

---

<sup>1</sup> Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób / Biuro regionalne WHO na Europę, badania dotyczące HIV/AIDS w Europie w 2011 r.



dotyczących ludności, zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w kształtowaniu globalnych ram rozwojowych po 2015 r. i działań następczych po konferencji Rio+20.

Państwa członkowskie powinny dołożyć starań, by zwiększyć postępy w osiągnięciu milenijnego celu rozwoju nr 5 poprzez podejście w sposób kompleksowy do zdrowia reprodukcyjnego, zdrowia matek, noworodków i dzieci. Może to obejmować świadczenie usług z zakresu planowania rodziny, opiekę prenatalną, uczestnictwo wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia przy porodzie, doraźną opiekę położniczą dla matek i noworodków, opiekę poporodową i metody zapobiegania chorobom i zakażeniom przenoszonym drogą płciową takim jak HIV i metody ich leczenia. Państwa członkowskie powinny również promować takie systemy, które zapewniają równy dostęp do niedrogich i sprawiedliwych usług opieki zdrowotnej wysokiej jakości, w tym do opieki prewencyjnej i klinicznej na szczeblu lokalnym.

Komisja Europejska może odegrać ważną rolę, zapewniając przyjęcie przez europejską współpracę na rzecz rozwoju podejścia opartego na prawach człowieka, koncentrującego się w szczególności na zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym oraz prawach w tej dziedzinie oraz wyznaczającego konkretne cele w tym zakresie.