

CENTER *for*
REPRODUCTIVE
RIGHTS

PRAWO ABORCYJNE W EUROPIE 2026

POLITYKI, POSTĘPY I WYZWANIA



© **Center for Reproductive Rights, 2026**

Pewne prawa zastrzeżone. Niniejsza publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez Utworów Zależnych 4.0 Międzynarodowa (CC BY-NC-ND 4.0).

Zgodnie z warunkami licencji publikację można kopiować i rozpowszechniać w dowolnym medium lub formie do celów niekomercyjnych, pod warunkiem odpowiedniego wskazania autorstwa w sposób określony poniżej. Bez uprzedniej pisemnej zgody Center for Reproductive Rights publikacji nie można opracowywać, adaptować ani tłumaczyć. Sposób wykorzystania publikacji nie może sugerować, że Center for Reproductive Rights popiera jakąkolwiek konkretną organizację, produkt lub usługę. Wykorzystywanie logo Center for Reproductive Rights jest niedozwolone.

Zastrzeżenie prawne:

Informacje zawarte w niniejszej publikacji służą wyłącznie celom informacyjnym i nie stanowią porady prawnej. Dołożono wszelkich starań, aby zapewnić rzetelność informacji, jednak Center for Reproductive Rights nie może zagwarantować, że wszystkie zawarte w publikacji informacje są aktualne lub kompletne.

Center for Reproductive Rights Europe

16 Rue du Mont-Blanc
1201 Genewa, Szwajcaria
Tel: +41 22 552 16 90

Strona internetowa: reproductiverights.org/europe

E-mail: europe@reprorights.org

Sugerowany sposób cytowania:

Prawo aborcyjne w Europie 2026: polityki, postępy i wyzwania.
Center for Reproductive Rights, 2026.

Zdjęcie na okładce: Jean-Marc Quinet

Spis treści

Przedmowa	4
Streszczenie	5
Metodologia	7
Polityka aborcyjna w Europie: progresywny kierunek zmian	8
Zagrożenia dla dotychczasowych osiągnięć	9
Legalność aborcji w Europie	11
Zakazy aborcji w Europie	12
Drogi prowadzące do reform	13
Aborcja na żądanie: dane i dowody	14
Inne przesłanki legalnej aborcji	15
Kryminalizacja	18
Sankcje	18
Dekryminalizacja kobiet	19
Bariery w dostępie	21
Obowiązkowy okresy oczekiwania	21
Obowiązkowe poradnictwo	22
Stronnicze / ukierunkowane poradnictwo	23
Terminy dopuszczalności aborcji na żądanie	24
Finansowanie i przystępność cenowa	25
Zgoda rodzica lub opiekuna prawnego	25
Inne wymogi dotyczące zgody osób trzecich	25
Aborcja farmakologiczna	26
Prawo aborcyjne w Unii Europejskiej	27
Obecne działania UE w zakresie aborcji	28
Zalecenia dla Unii Europejskiej	30
Standardy zdrowia publicznego i praw człowieka	32
Zalecenia dla decydentów	34
Załącznik	36
Tabela 1: Prawo aborcyjne w Europie	38
Tabela 2: Prawo aborcyjne w Unii Europejskiej	39

Przedmowa

Prawo i polityki dotyczące aborcji w Europie ewoluują w wyraźnie progresywnym kierunku. W szeregu krajów regionu stopniowo uchyla się restrykcyjne przepisy i usuwa bariery utrudniające dostęp do opieki aborcyjnej, dzięki czemu obowiązujące prawo i polityki coraz lepiej odpowiadają międzynarodowym standardom praw człowieka oraz zaleceniom w dziedzinie zdrowia publicznego.

Niniejsza aktualizacja publikacji Prawo aborcyjne w Europie 2026: polityki, postępy i wyzwania z 2026 r. pokazuje, że ten progresywny kierunek zmian utrzymuje się, a miniony rok przyniósł szereg istotnych osiągnięć. Na przykład w Anglii i Walii kobiety nie ponoszą już odpowiedzialności karnej za korzystanie z aborcji poza ramami określonymi przez prawo. Luksemburg stał się drugim państwem w regionie, które wprost zagwarantowało wolność dostępu do aborcji w swojej konstytucji. Na Jersey i Wyspach Owczych zalegalizowano aborcję na żądanie. W chwili publikacji kolejne reformy są rozważane w co najmniej 10 krajach regionu. Zmiany te podkreślają istotną rolę decydentów w zapewnieniu, aby prawo umożliwiało rzeczywisty dostęp do opieki aborcyjnej bez zbędnej zwłoki.

Jednocześnie w wielu częściach regionu nadal obowiązują szkodliwe ograniczenia wynikające z barier prawnych oraz z polityk, które opóźniają, utrudniają lub uniemożliwiają dostęp do dobrej jakości opieki aborcyjnej, dostępnej w odpowiednim czasie i po przystępnej cenie. Nieliczne państwa, w tym Malta i Polska, pozostają całkowicie poza dominującym w regionie kierunkiem zmian i nadal utrzymują niemal całkowity zakaz aborcji. W wielu innych państwach kobiety nadal ponoszą odpowiedzialność karną za przerwanie ciąży poza ramami określonymi przez prawo, co jest sprzeczne z międzynarodowymi standardami praw człowieka oraz zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

Opieka aborcyjna jest niezbędnym świadczeniem zdrowotnym, a przestarzałe bariery prawokarne i proceduralne nie mają miejsca we współczesnych regulacjach dotyczących ochrony zdrowia w Europie. Coraz pilniejsze stają się działania na rzecz przeciwdziałania regresowi oraz ochrony równości płci, zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych. Dlatego niezwykle ważne jest, aby decydenci w całej Europie zapewnili skuteczną ochronę dostępu do opieki aborcyjnej w całym regionie. Niniejsza publikacja ma wspierać te działania, przedstawiając parlamentarzystom, przedstawicielom władz publicznych, osobom prowadzącym działania rzecznicze oraz ekspertom prawnym jasny i oparty na danych obraz obecnego stanu prawa i polityk, postępów oraz obszarów, które nadal wymagają dalszych reform.

Leah Hootor

Wiceprezeska ds. Europy w Center for Reproductive Rights

Streszczenie

W miarę jak w Europie wzmacnia się ochrona praw reprodukcyjnych, niniejsza analiza regionalna przedstawia kompleksowy prawny przegląd dostępu do aborcji w **49 krajach** regionu. Omawia aktualny stan prawa aborcyjnego, wskazuje najnowsze postępy oraz niekorzystne zmiany w przepisach, a także określa, jakie reformy prawne i zmiany w politykach są nadal potrzebne, aby zapewnić powszechny dostęp do dobrej jakości opieki aborcyjnej.

Od kilku dekad w Europie utrzymuje się stały trend w kierunku legalizacji aborcji oraz uchylania restrykcyjnych przepisów i usuwania barier w dostępie do niej. Według stanu na 2026 r. aborcja jest legalna w niemal wszystkich krajach europejskich, a w większości z nich dopuszczalna jest aborcja na żądanie, przynajmniej we wczesnym okresie ciąży. Jedynie 5 krajów regionu nadal utrzymuje przepisy określone jako wysoce restrykcyjne.

Ten progresywny kierunek zmian się utrzymuje. W ostatnich latach kraje regionu podejmowały istotne działania legislacyjne oraz w zakresie polityk, aby poprawić dostęp do opieki aborcyjnej. Obejmowały one między innymi legalizację aborcji na żądanie, wydłużenie terminów jej dopuszczalności, zniesienie szkodliwych wymogów proceduralnych, rozszerzenie dostępu do aborcji farmakologicznej oraz uchylenie sankcji karnych. W 2026 r. trend ten utrzymywał się, przynosząc istotne zmiany, w tym reformy w Anglii i Walii, Luksemburgu oraz na terytoriach Jersey i Wysp Owczych.

Wciąż jednak wiele pozostaje do zrobienia. W wielu krajach ograniczenia prawne i inne bariery nadal utrudniają dostęp do dobrej jakości opieki aborcyjnej. Obowiązkowe okresy oczekiwania, konieczność korzystania ze stronniczego poradnictwa, zbyt krótkie terminy dopuszczalności aborcji, nadal obowiązujące sankcje karne, bariery finansowe oraz wymogi uzyskania zgody lub zatwierdzenia ze strony osób trzecich nadal utrudniają zbyt wielu kobietom uzyskać dostęp do dobrej jakości opieki aborcyjnej bez zbędnej zwłoki. Niektóre kobiety w Europie nadal muszą wyjeżdżać za granicę, aby uzyskać dostęp do aborcji, albo korzystać z aborcji poza przewidzianymi prawem procedurami. Jednocześnie w ciągu ostatniej dekady niewielka liczba państw podejmowała działania zmierzające do ograniczenia istniejących uprawnień w zakresie dostępu do opieki aborcyjnej, między innymi poprzez wprowadzanie nowych barier lub usuwanie przesłanek dopuszczających aborcję.

Niniejsza publikacja dokumentuje postępy i regres w zakresie prawa i polityk, a także utrzymujące się bariery w różnych częściach Europy. Jej celem jest dostarczenie decydentom, osobom działającym na rzecz praw człowieka oraz ekspertom prawnym kompleksowego przeglądu prawa i polityk dotyczących aborcji w Europie oraz jasnych zaleceń dotyczących reform. ■

Zalecenia dla decydentów



Zalegalizować aborcję na żądanie i uchylić wysoce restrykcyjne przepisy aborcyjne



Zdekryminalizować aborcję oraz świadczenia z nią związane



Znieść obowiązkowe okresy oczekiwania i wymogi dotyczące poradnictwa



Zapewnić bezpłatną opiekę aborcyjną lub jej finansowanie w ramach publicznych systemów ubezpieczenia zdrowotnego



Zreformować restrykcyjne przepisy dotyczące terminów, w których aborcja na żądanie jest dopuszczalna



Zagwarantować dostęp do aborcji farmakologicznej zgodnie z wytycznymi WHO



Zapewnić nastolatkom dostęp do opieki aborcyjnej zgodnie ze standardami praw człowieka



Znieść szkodliwe wymogi uzyskania zgody osób trzecich



Zapewnić osobom korzystającym z opieki aborcyjnej oraz osobom jej udzielającym ochronę przed nękaniami i przemocą

Metodologia

Niniejsza analiza opiera się na szczegółowej analizie podstawowych źródeł prawa oraz uzupełniających je regulacji i polityk obowiązujących w **49 krajach europejskich**.¹ W odniesieniu do każdego państwa przeanalizowano krajowe przepisy regulujące aborcję, tak aby przedstawione informacje były możliwie dokładne i aktualne. Analiza uwzględnia również międzynarodowe prawo ochrony praw człowieka oraz wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące zdrowia publicznego.

W kolejnych częściach publikacji omówiono prawa do korzystania z opieki aborcyjnej wynikające z krajowych przepisów, polityk i regulacji. Celem jest przedstawienie w przejrzysty i porównawczy sposób ram prawnych i polityk regulujących dostęp do aborcji w Europie, a nie szczegółowa ocena tego, jak są one stosowane w praktyce.

Ramy prawne i regulacyjne mają bardzo duże znaczenie dla stworzenia warunków sprzyjających dostępowi do opieki aborcyjnej, jednak nie są jedynym czynnikiem, który należy uwzględnić przy ocenie, czy w praktyce zapewniony jest dostęp do dobrej jakości opieki aborcyjnej. ■

Uwaga terminologiczna: w niniejszej publikacji termin „kobieta” ma znaczenie inkluzywne i niewykluczające i obejmuje wszystkie osoby, które mogą zająć w ciąży, w tym kobiety, dziewczęta, osoby niebinarne i transpłciowych mężczyzn.



Polityka aborcyjna w Europie: progresywny kierunek zmian

W ostatnich dekadach większość krajów europejskich poczyniła znaczące postępy we wprowadzaniu przepisów i polityk umożliwiających dostęp do dobrej jakości opieki aborcyjnej. Odzwierciedla to dążenie do usuwania szkodliwych barier w dostępie oraz większej zgodności opieki aborcyjnej ze współczesną praktyką kliniczną i gwarancjami praw człowieka. Niemal wszystkie kraje europejskie uchylły już wysoce restrykcyjne przepisy i zakazy aborcji, a wiele z nich podjęło działania na rzecz zniesienia przynajmniej części barier, które nie mają uzasadnienia medycznego, a utrudniają dostęp do opieki.

Tylko w ciągu ostatnich 10 lat **21 krajów regionu** przeprowadziło istotne reformy mające na celu poprawę dostępu do aborcji.

Przykłady obejmują

Legalizację aborcji na żądanie: Cypr, Finlandia, Islandia, Irlandia, Irlandia Północna, San Marino.

Wydłużenie terminów dopuszczalności aborcji na żądanie: Dania, Francja, Macedonia Północna, Norwegia.

Zniesienie części barier proceduralnych: Dania, Estonia, Francja, Finlandia, Niemcy, Luksemburg, Niderlandy, Macedonia Północna, Norwegia, Hiszpania.

Rozszerzenie dostępu do aborcji farmakologicznej: Armenia, Francja, Irlandia, Włochy, Litwa, Mołdawia, Niderlandy, Zjednoczone Królestwo. W chwili publikacji dalsze reformy są rozważane w co najmniej **10 krajach**. Obejmują one propozycje usunięcia barier w dostępie do aborcji, rozszerzenia legalnego dostępu do niej, dekryminalizacji aborcji oraz wprowadzenia wyraźnych gwarancji konstytucyjnych chroniących prawo do aborcji.

21

W ciągu ostatniej dekady 21 krajów w Europie zniosło niektóre ograniczenia dotyczące aborcji

Decydenci mają do odegrania kluczową rolę w zapewnieniu, aby w całym regionie utrzymał się trwały, konsekwentny kierunek progresywnych zmian

Konstytucyjne gwarancje prawa do aborcji

Oprócz reform mających na celu rozszerzenie dostępu do opieki aborcyjnej coraz więcej państw podejmuje działania zmierzające do wyraźnego zagwarantowania prawa do aborcji w konstytucji. W 2026 r. **Luksemburg** zagwarantował w swojej konstytucji wolność dostępu do aborcji, po podobnej reformie przeprowadzonej we **Francji** w 2024 r. Prace nad zmianami konstytucyjnymi w tym zakresie trwają również w **Belgii**, **Szwecji** i **Hiszpanii**.

Zagrożenia dla dotychczasowych osiągnięć

Mimo znacznych osiągnięć w niektórych częściach Europy, nadal poważnym problemem pozostaje ryzyko regresu, ponieważ w ciągu ostatniej dekady niewielka grupa państw podjęła działania zmierzające do ograniczenia dostępu do aborcji. Decydenci, którym zależy na ochronie praw reprodukcyjnych, muszą zachować czujność, aby dostęp do opieki aborcyjnej był chroniony, a nie osłabiany.

Regresywne działania prawne i polityczne są sprzeczne z międzynarodowymi zobowiązaniami państw w zakresie praw człowieka. Zobowiązania te nie pozwalają państwom obniżać poziomu ochrony praw człowieka ani ograniczać już zagwarantowanych praw, również w obszarze ochrony zdrowia. Przepisy, polityki i praktyki wprowadzające nowe ograniczenia w dostępie do opieki aborcyjnej lub tworzące nowe bariery w dostępie do niej rodzą bezpośrednie poważne wątpliwości co do ich zgodności z międzynarodowymi standardami praw człowieka. ■

W ciągu ostatniej dekady w 7 krajach Europy wprowadzono środki prawne i zmiany w politykach, które ograniczyły dostęp do aborcji:



Armenia

wprowadzono obowiązkowe poradnictwo oraz obowiązkowy okres oczekiwania.



Gruzja

rozszerzono obowiązek poradnictwa i okres oczekiwania oraz wprowadzono nowe ograniczenia dotyczące tego, gdzie i w jaki sposób może być świadczona opieka aborcyjna.



Węgry

wprowadzono obowiązek wykonania badania USG przed aborcją i wysłuchania dźwięku z badania płodu.



Włochy

wprowadzono nowe przepisy umożliwiające organizacjom przeciwnym aborcji dostęp do publicznych placówek ochrony zdrowia.



Mołdawia

ograniczono możliwość korzystania z telemedycyny w przypadku aborcji farmakologicznej.



Polska

usunięto jedną z przesłanek legalnej aborcji, wprowadzając niemal całkowity zakaz aborcji.



Rosja

wprowadzono ograniczenia dotyczące miejsca udzielania opieki aborcyjnej oraz dostępności aborcji farmakologicznej.

Reformy prawa aborcyjnego w Europie

W ciągu ostatniej dekady 21 krajów podjęło progresywne działania służące poszerzeniu dostępu do opieki aborcyjnej. Z kolei tylko 7 państw wprowadziło rozwiązania, które stworzyły nowe bariery w dostępie do aborcji. Polska jest jedynym krajem w Europie i jednym z zaledwie 4 na świecie, który w ciągu ostatnich 30 lat usunął z prawa jedną z przesłanek legalnej aborcji.

7

Regres

21

Postęp



Armenia

Gruzja

Węgry

Włochy

Mołdawia

Polska

Rosja



Armenia



Finlandia



Irlandia



Mołdawia



Norwegia



Belgia



Francja



Włochy



Monako



San Marino



Cypr



Niemcy



Litwa



Niderlandy



Szwajcaria



Dania



Islandia



Luksemburg



Macedonia
Północna



Zjednoczone
Królestwo

Legalność aborcji w Europie

Aborcja jest obecnie legalna w różnych okolicznościach w niemal wszystkich krajach Europy.

Dziś w **43 krajach** europejskich aborcja na żądanie jest legalna przynajmniej we wczesnym okresie ciąży. Wszystkie te państwa dopuszczają ją również na późniejszym etapie ciąży w określonych sytuacjach, między innymi wtedy, gdy jest to konieczne dla ochrony zdrowia lub życia ciężarnej.

Pełne zestawienie przesłanek legalnej aborcji w Europie przedstawiono w tabeli na stronie 17.

Czym jest „aborcja na żądanie”?

Aborcja na żądanie oznacza, że decyzja o przerwaniu ciąży należy do ciężarnej, a lekarze nie muszą jej zatwierdzać ani potwierdzać występowania określonych przesłanek, takich jak zagrożenie dla zdrowia czy szczególna sytuacja społeczna. Aborcja na żądanie jest obecnie legalna w niemal całej Europie przynajmniej przez określony czas.

Wymóg wykazania trudnej sytuacji życiowej

W **4 państwach**, które zalegalizowały aborcję na żądanie — **Albanii, Węgrzech, Niderlandach i Szwajcarii** — kobiety chcące przerwać ciążę nadal muszą wyjaśnić, że ubiegają się o aborcję ze względu na swoją sytuację społeczną lub rodzinną albo dlatego, że kontynuowanie ciąży byłoby dla nich źródłem cierpienia. Takie przepisy stygmatyzują aborcję, podważają autonomię w podejmowaniu decyzji i powinny zostać zniesione. W ostatnich latach **Francja i Belgia** przeprowadziły reformy, które zniosły wcześniej obowiązujący wymóg wykazania trudnej sytuacji życiowej. ■

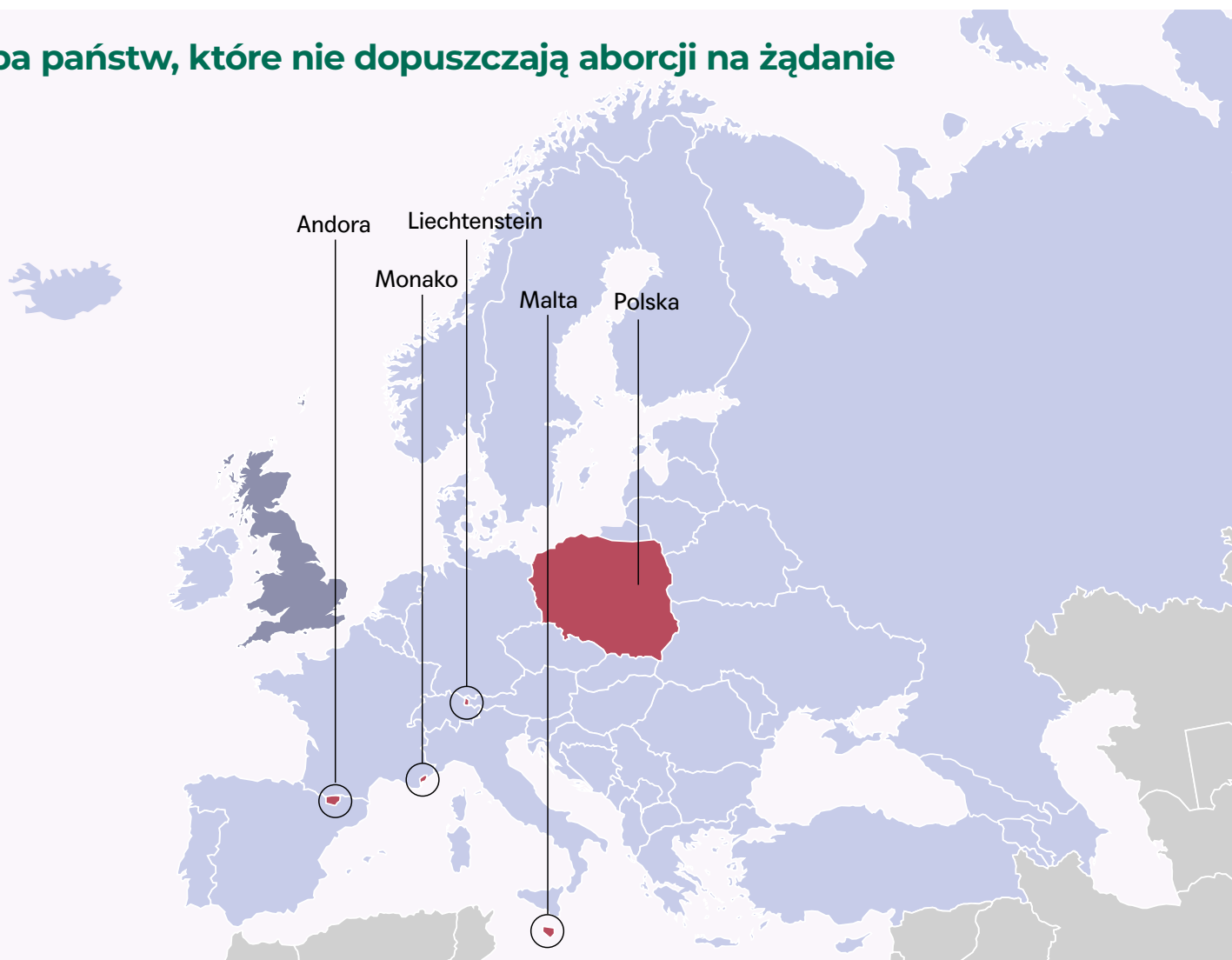


Zakazy aborcji w Europie

Tylko **5 państw** w Europie nadal nie dopuszcza aborcji na żądanie ani z szeroko rozumianych względów społeczno-ekonomicznych. W państwach tych nadal obowiązują bardzo restrykcyjne, niemal całkowite zakazy aborcji. Przepisy te prowadzą do poważnych i systemowych naruszeń praw człowieka oraz powodują ogromny ból i cierpienie kobiet. Kobiety potrzebujące opieki aborcyjnej w tych państwach są niemal zawsze zmuszone do uzyskiwania takiej opieki w ramach kryminalizowanych ścieżek dostępu albo do wyjazdu do innych państw, aby uzyskać ją legalnie.

W **Andorze** nadal obowiązuje jedyny w Europie całkowity zakaz aborcji. Na **Malcie** aborcja jest dozwolona jedynie w bardzo ograniczonych przypadkach, gdy życie ciężarnej jest poważnie zagrożone wskutek powikłania medycznego, które może doprowadzić do śmierci, lub gdy istnieje bezpośrednie zagrożenie dla jej życia. **Liechtenstein i Polska** dopuszczają aborcję wyłącznie w przypadkach, gdy zagrożone jest życie lub zdrowie kobiety albo gdy ciąża jest wynikiem przemocy seksualnej. W **Monako** aborcja jest legalna, gdy zagrożone jest życie lub zdrowie ciężarnej, w przypadkach przemocy seksualnej lub w razie rozpoznania ciężkiej wady płodu. ■

Mapa państw, które nie dopuszczają aborcji na żądanie



Prawo aborcyjne w Zjednoczonym Królestwie

W większości **Zjednoczonego Królestwa** aborcja na żądanie nadal nie jest legalna. Prawo dopuszcza przerwanie ciąży jedynie z szeroko rozumianych względów społeczno-ekonomicznych i pod warunkiem uzyskania zgody dwóch lekarzy. W 2020 r. aborcję na żądanie zalegalizowano w Irlandii Północnej. Obecnie jest ona tam legalna w pierwszych 12 tygodniach ciąży, a po upływie tego okresu — z szeroko rozumianych względów społeczno-ekonomicznych. Tym samym Irlandia Północna jest jedyną częścią Zjednoczonego Królestwa, w której przepisy dopuszczają aborcję na żądanie. W rezultacie przepisy obowiązujące w większości Zjednoczonego Królestwa odbiegają od rozwiązań przyjętych w większości innych państw europejskich oraz od światowych dobrych praktyk. Jednak ze względu na sposób interpretowania tych przepisów w praktyce większość kobiet w **Anglii, Szkocji i Walii** może uzyskać opiekę aborcyjną wtedy, gdy jej potrzebuje. ■

Drogi prowadzące do reform

Cypr, Finlandia, Islandia, Irlandia, Irlandia Północna i San Marino to przykłady państw, które od 2018 r. zreformowały restrykcyjne przepisy aborcyjne i zalegalizowały aborcję na żądanie. Reformy te przeprowadzono na różne sposoby, w tym w drodze procesów legislacyjnych w parlamentach oraz referendum. ■

Więcej informacji



Aby dowiedzieć się więcej o tym, w jaki sposób doszło do przełomowych zmian w Irlandii, zob. publikację **Pathways to Change: Building Stronger Legal Guarantees for Sexual and Reproductive Health and Rights**, przedstawiającą historie działań, które doprowadziły do postępów w zakresie praw seksualnych i reprodukcyjnych w kilku państwach na świecie.



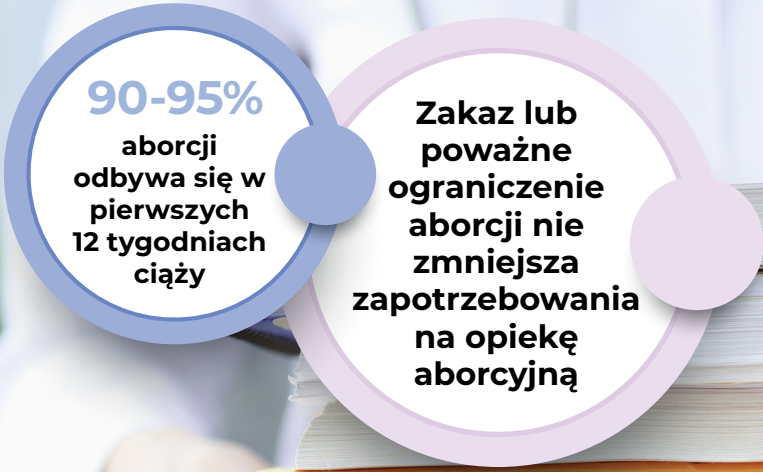
Aborcja na żądanie: dane i dowody

Zapewnienie legalności aborcji na żądanie ma kluczowe znaczenie dla ochrony zdrowia i praw ciężarnych. Jest również istotnym krokiem w kierunku zapewnienia, by przepisy i polityki aborcyjne respektowały autonomię, godność i podmiotowość kobiet oraz uznawały decyzję o przerwaniu ciąży za osobistą decyzję dotyczącą opieki zdrowotnej.

Z danych z całej Europy wyraźnie wynika, że w państwach, w których aborcja na żądanie jest legalna, zdecydowana większość aborcji — co najmniej 90–95% — odbywa się w pierwszych 12 tygodniach ciąży.³

Europejskie dane z zakresu zdrowia publicznego wskazują również, że bardzo restrykcyjne przepisy aborcyjne zakazujące aborcji na żądanie nie zmniejszają zapotrzebowania na opiekę aborcyjną. Powodują jedynie opóźnienia w dostępie do opieki udzielanej we właściwym czasie, przystępnej cenowo i dobrej jakości.⁴ Przepisy te w nieproporcjonalnym stopniu dotyczą niektórych grup kobiet, w tym kobiet zagrożonych trudnościami finansowymi lub przemocą domową, nastolatek, kobiet mieszkających na obszarach wiejskich, samotnych matek, uchodźczyń i kobiet ubiegających się o azyl.⁵

Tam, gdzie aborcja na żądanie nie jest legalna, kobiety mogą być zmuszone do szukania innych sposobów uzyskania opieki aborcyjnej, co może narażać je na poważne naruszenia praw człowieka. Dane z zakresu zdrowia publicznego wskazują, że legalizacja aborcji na żądanie bezpośrednio przyczynia się do zapobiegania powikłaniom zdrowotnym i zgonom związanym z ciążą i porodem.⁶ ■



90-95%
aborcji
odbywa się w
pierwszych
12 tygodniach
cięży

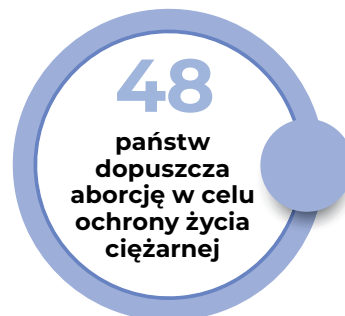
**Zakaz lub
poważne
ograniczenie
aborcji nie
zmniejsza
zapotrzebowania
na opiekę
aborcyjną**

Inne przesłanki legalnej aborcji

Po przekroczeniu terminu, do którego aborcja na żądanie jest dopuszczalna, większość państw europejskich zezwala na aborcję w określonych okolicznościach.

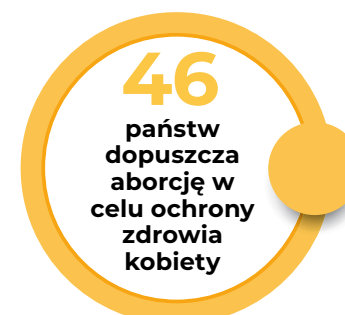
Zagrożenie życia ciężarnej

W Europie wszystkie państwa z wyjątkiem **Andory** dopuszczają obecnie aborcję w celu ochrony życia ciężarnej lub w sytuacji bezpośredniego zagrożenia jej życia. W większości przypadków w takich sytuacjach nie obowiązuje żadne ograniczenie czasowe w dostępie do opieki aborcyjnej.



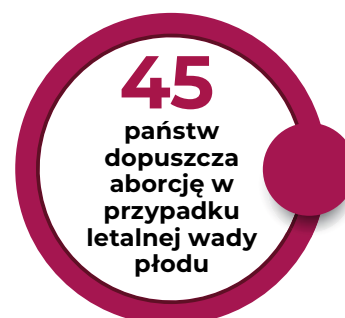
Zagrożenie zdrowia kobiety

W przepisach tych państw pojęcie „zdrowia” jest rozumiane szeroko i obejmuje zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne. Limity czasowe dotyczące aborcji ze względów zdrowotnych różnią się w poszczególnych państwach Europy. W kilku z nich aborcja na podstawie tej przesłanki jest dopuszczalna jedynie do określonego etapu ciąży, jednak w większości państw nie obowiązuje żaden limit czasowy, jeżeli opieka aborcyjna jest konieczna ze względu na poważne zagrożenie zdrowia kobiety. W niemal wszystkich przypadkach dostęp do aborcji wymaga potwierdzenia spełnienia tej przesłanki przez jednego lub kilku lekarzy albo innych specjalistów.



Ciężkie i letalne wady płodu

Andora, Liechtenstein, Malta i Polska są jedynymi państwami w Europie, które nie dopuszczają aborcji z powodu letalnej wady płodu. Niemal wszystkie pozostałe państwa dopuszczają aborcję zarówno w przypadku ciężkich, jak i letalnych wad płodu, przy czym w Irlandii jest ona dozwolona wyłącznie w przypadku rozpoznania wady letalnej. W **Niemczech, Słowenii, Szwecji i Szwajcarii** przepisy nie przewidują wyraźnej przesłanki aborcji z powodu wady płodu, jednak aborcja jest w takich przypadkach dopuszczalna na podstawie przesłanki zdrowotnej.



Przemoc seksualna

W tych **43** państwach europejskich, w których aborcja na żądanie jest legalna przynajmniej przez część ciąży, kobiety, których ciąża jest wynikiem przemocy seksualnej, mogą skorzystać z aborcji na żądanie bez konieczności zgłaszania przemocy ani ujawniania jej jako przyczyny, dla której chcą przerwać ciążę. Z tego względu przepisy wielu z tych państw nie przewidują odrębnej ani wyraźnej przesłanki dopuszczającej aborcję w przypadku przemocy seksualnej. Dostęp do aborcji na żądanie sprawia, że kobiety, które doświadczyły przemocy seksualnej, nie są zmuszane do ujawnienia ani zgłoszenia napaści, aby uzyskać opiekę aborcyjną, jeżeli tego nie chcą.

Ponieważ jednak terminy dopuszczalności aborcji na żądanie są krótkie w większości państw europejskich, niektóre kobiety, które doświadczyły przemocy seksualnej, mogą nie być w stanie uzyskać potrzebnej opieki z powodu takich barier jak stygmatyzacja, opóźnienia w dostępie do opieki czy koszty. Dlatego w **ponad 20 z tych państw** przepisy dopuszczają aborcję w przypadku przemocy seksualnej również po upływie terminu dopuszczalności aborcji na żądanie, dając kobietom, które doświadczyły przemocy, dodatkowy czas na uzyskanie opieki, jeśli jej potrzebują. ■



Legalna aborcja w Europie

● Tak

✗ Nie

Państwo	Aborcja na żądanie	Życie	Zdrowie	Przemoc seksualna	Wady płodu	Względy społeczno-ekonomiczne
Albania	●	●	●	●	●	●
Andora	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Armenia	●	●	●	●	●	●
Austria	●	●	●	✗	●	✗
Azerbejdżan	●	●	●	●	●	●
Białoruś	●	●	●	●	●	●
Belgia	●	●	●	✗	●	✗
Bośnia i Hercegowina – Federacja Bośni i Hercegowiny i Dystrykt Brčko	●	●	●	●	●	✗
Bośnia i Hercegowina – Republika Serbskaa	●	●	●	●	●	●
Bułgaria	●	●	●	●	●	✗
Chorwacja	●	●	●	●	●	✗
Cypr	●	●	●	●	●	✗
Czechy	●	●	●	✗	●	✗
Dania	●	●	●	●	●	●
Estonia	●	●	●	✗	●	●
Finlandia	●	●	●	●	●	●
Francja	●	●	●	✗	●	✗
Gruzja	●	●	●	●	●	●
Niemcy	●	●	●	●	●	✗
Grecja	●	●	●	●	●	✗
Węgry	●	●	●	●	●	✗
Islandia	●	●	✗	✗	●	✗
Irlandia	●	●	●	✗	●	✗
Włochy	●	●	●	✗	●	✗
Kosowo	●	●	●	●	●	✗
Łotwa	●	●	●	●	●	✗
Liechtenstein	✗	●	●	●	✗	✗
Litwa	●	●	●	●	●	✗
Luksemburg	●	●	●	✗	●	✗
Malta	✗	●	✗	✗	✗	✗
Mołdawia	●	●	●	●	●	●
Monako	✗	●	●	●	●	✗
Czarnogóra	●	●	●	●	●	●
Niderlandy	●	●	●	✗	●	✗
Macedonia Północna	●	●	●	●	●	●
Norwegia	●	●	●	●	●	●
Polska	✗	●	●	●	✗	✗
Portugalia	●	●	●	●	●	✗
Rumunia	●	●	●	✗	●	✗
Rosja	●	●	●	●	●	✗
San Marino	●	●	●	●	●	✗
Serbia	●	●	●	●	●	✗
Słowacja	●	●	●	✗	●	✗
Słowenia	●	●	●	✗	●	✗
Hiszpania	●	●	●	✗	●	●
Szwecja	●	●	●	✗	●	●
Szwajcaria	●	●	●	✗	●	✗
Turcja	●	●	●	●	●	✗
Ukraina	●	●	●	●	●	✗
Zjednoczone Królestwo (Anglia i Walia)	✗	●	●	✗	●	●
Zjednoczone Królestwo (Irlandia Północna)	●	●	●	✗	●	●

Tabela przedstawia przesłanki prawne dopuszczalności aborcji w Europie. Przesłanki te mogą być wprost przewidziane w przepisach albo wynikać z nich pośrednio. Przykładowo dostęp do aborcji w przypadku zagrożenia życia ciężarnej może wynikać pośrednio z przesłanki dopuszczającej aborcję w przypadku zagrożenia jej zdrowia. Ponadto w poszczególnych państwach stosuje się różne określenia tych przesłanek; na przykład przepisy niektórych państw posługują się określeniem „względy medyczne” zamiast pojęcia „zdrowie”.

Kryminalizacja

Chociaż niemal wszystkie państwa europejskie zalegalizowały już aborcję na żądanie oraz dopuściły ją na podstawie szeregu dodatkowych przesłanek, ich prawo nadal penalizuje aborcję przeprowadzoną poza przypadkami przewidzianymi prawem. W istocie każde państwo europejskie nadal przewiduje pewną formę sankcji karnych wobec personelu medycznego, który zapewnia opiekę aborcyjną po upływie określonych prawem terminów jej dopuszczalności lub z naruszeniem obowiązujących procedur.

Choć do ścigania na podstawie tych przepisów dochodzi rzadko, samo istnienie tych przestarzałych sankcji karnych nadal wywołuje szkodliwe skutki. Przepisy te traktują opiekę aborcyjną inaczej niż wszystkie pozostałe formy opieki zdrowotnej i stygmatyzują świadczenia zdrowotne, których potrzebują wyłącznie kobiety. W niektórych państwach przepisy te zniechęcają personel medyczny do zapewniania opieki zgodnej z prawem, a także mogą odstraszać osoby jej potrzebujące od korzystania z legalnej opieki we właściwym czasie. Światowa Organizacja Zdrowia oraz międzynarodowe organy ochrony praw człowieka podkreślają, że kryminalizacja aborcji narusza prawa człowieka, utrwała dyskryminację ze względu na płeć i ogranicza dostęp do bezpiecznej opieki zdrowotnej udzielanej we właściwym czasie.

Sankcje

Chociaż sankcje karne nadal stanowią element regulacji aborcyjnych w całej Europie, ich surowość znacznie się różni. W większości przypadków kary są stosunkowo łagodne, jednak w niektórych państwach nadal przewidziane są szczególnie dotkliwe sankcje za przestępstwa związane z aborcją, w tym kary pozbawienia wolności. Kary te odbiegają od standardów obowiązujących w regionie. ■

Irlandia Północna

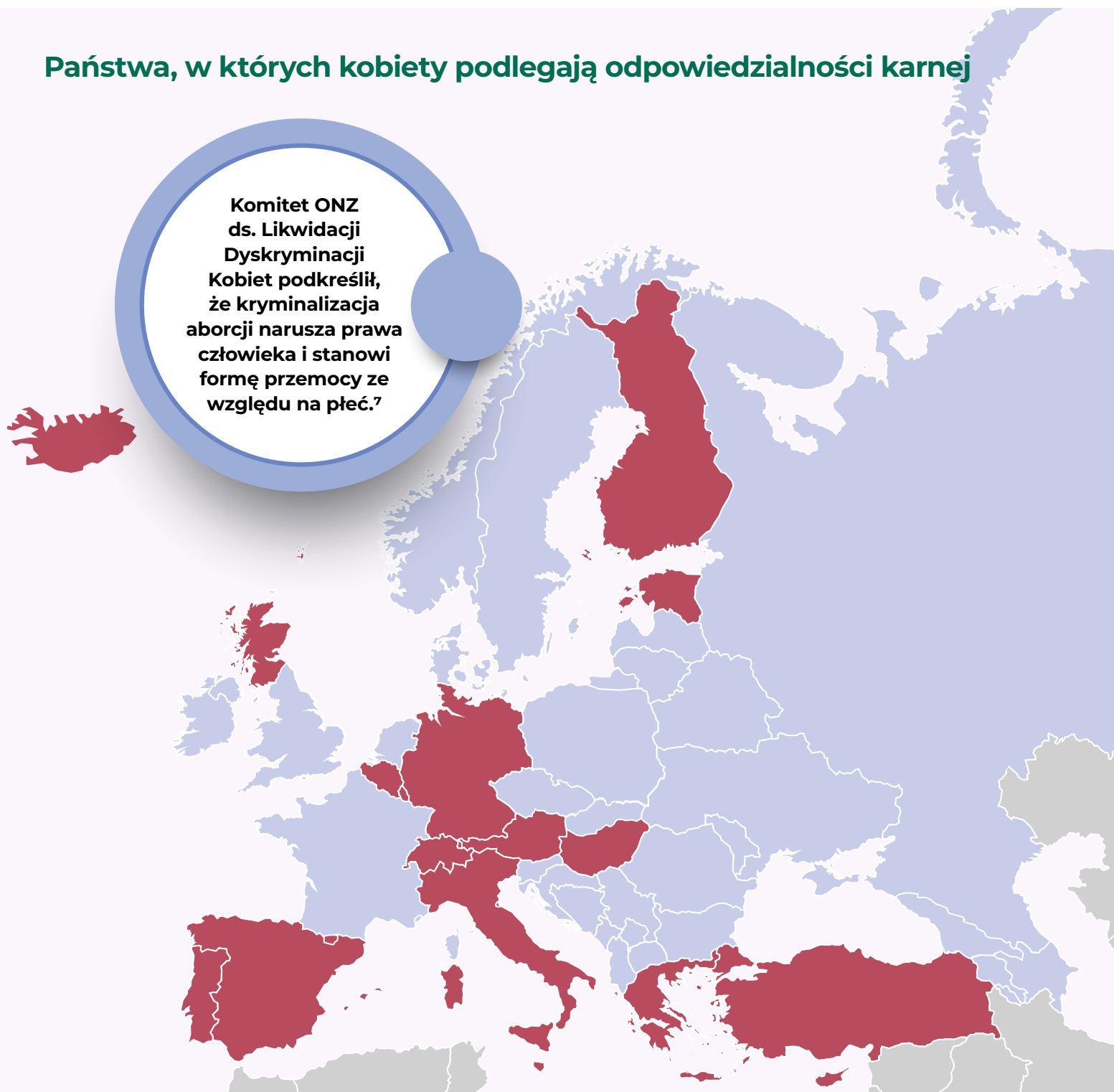
Jak dotąd Irlandia Północna dokonała najbardziej znaczącego w Europie odejścia od kryminalizacji aborcji w kierunku jej niemal pełnej dekryminalizacji. Po uchyleniu w 2019 r. niemal całkowitego zakazu aborcji i wprowadzeniu nowych przepisów w 2020 r., aborcja na żądanie jest obecnie legalna do 12. tygodnia ciąży, a po tym terminie — na podstawie szeregu dodatkowych przesłanek. W Irlandii Północnej zniesiono wszystkie sankcje karne wobec kobiet, które poddają się aborcji poza ramami przewidzianymi przez prawo, a personelowi medycznemu zapewniającemu opiekę aborcyjną poza systemem określonym w przepisach grozi jedynie niewielka grzywna.

Dekryminalizacja kobiet

W **29 państwach europejskich** kobiety, które przerywają ciążę poza ramami określonymi przez prawo, nie podlegają już odpowiedzialności karnej, a coraz wyraźniejsza jest tendencja do całkowitego znoszenia sankcji karnych wobec kobiet w związku z przerywaniem własnej ciąży. Jednak w **20 państwach europejskich** prawo nadal przewiduje różne sankcje karne wobec kobiet, które przerywają ciążę poza ramami określonymi przez prawo — od grzywnien po kary pozbawienia wolności. ■

Państwa, w których kobiety podlegają odpowiedzialności karnej

Komitet ONZ ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet podkreślił, że kryminalizacja aborcji narusza prawa człowieka i stanowi formę przemocy ze względu na płeć.⁷





Bariery w dostępie

Chociaż aborcja jest legalna w większości państw europejskich, w części z nich dostęp do niej nadal jest uzależniony od spełnienia szeregu wymogów proceduralnych. Wymogi te są niezgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, międzynarodowymi standardami praw człowieka oraz współczesną praktyką kliniczną.

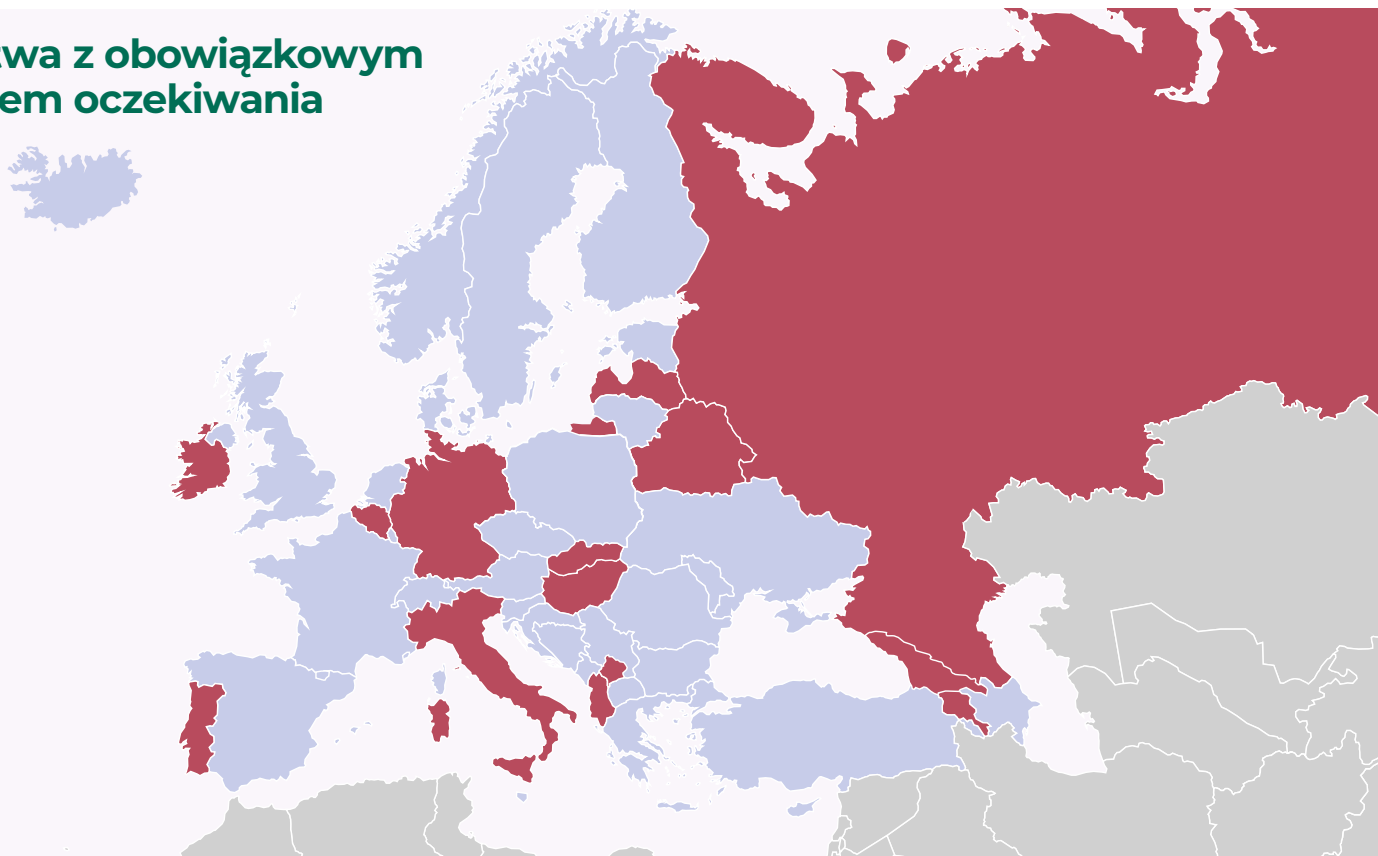
Obowiązkowe okresy oczekiwania

Obowiązkowy okres oczekiwania to czas, który musi upłynąć między wystąpieniem o aborcję a udzieleniem opieki aborcyjnej. Wymóg ten dotyczy zazwyczaj aborcji na żądanie, a nie aborcji przeprowadzanej w określonych okolicznościach.

Większość państw europejskich nie przewiduje obowiązkowego okresu oczekiwania w dostępie do opieki aborcyjnej, a w ostatnich latach **6 państw** usunęło taki wymóg ze swoich przepisów. Spośród tych **43** państw europejskich, w których aborcja na żądanie jest legalna, w 29 nie obowiązuje żaden obowiązkowy okres oczekiwania.

W **14 państwach** nadal obowiązują okresy oczekiwania trwające od 48 godzin do 7 dni, przy czym w większości z nich przed udzieleniem opieki aborcyjnej muszą upłynąć 3 dni. ■

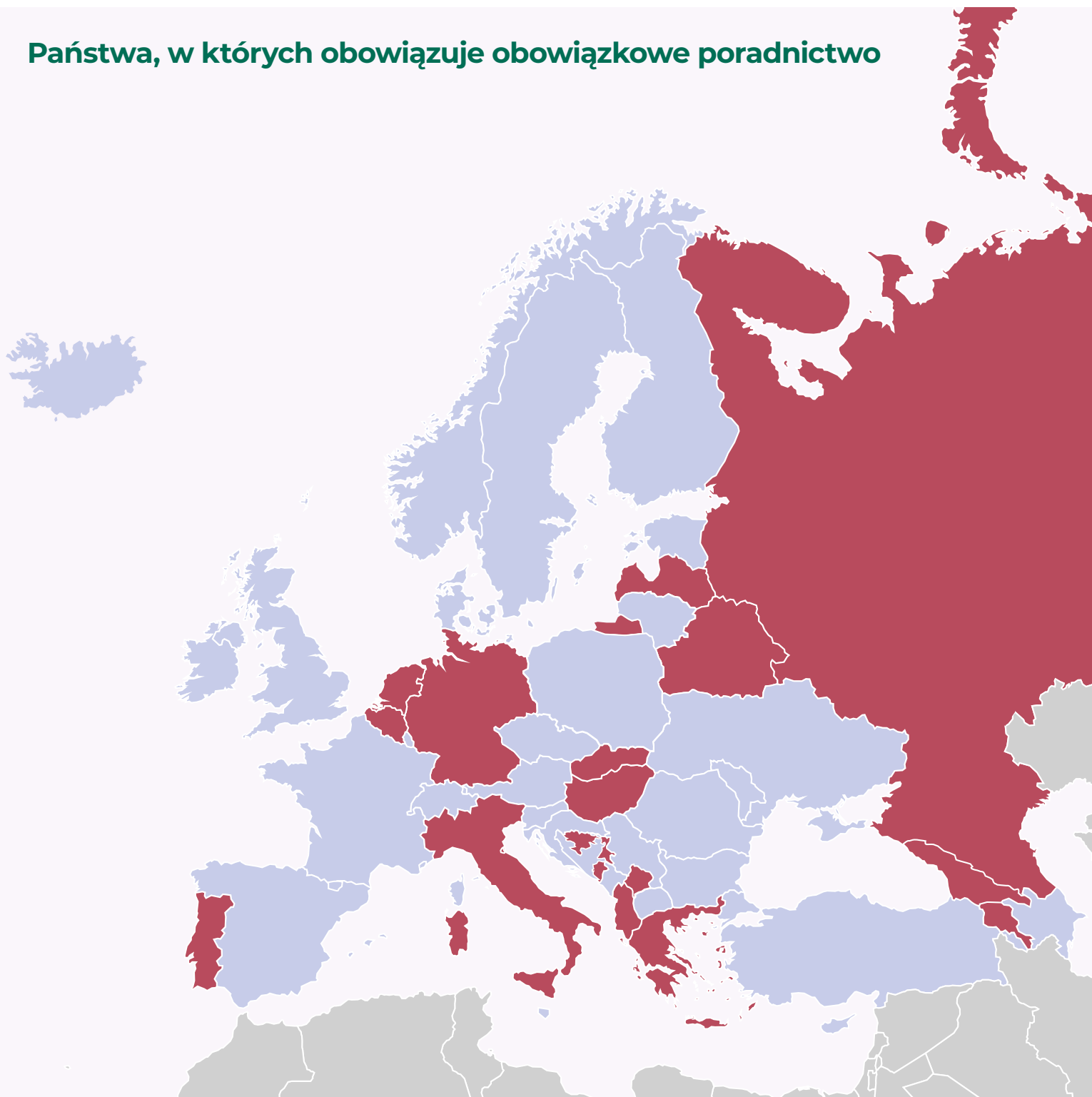
Państwa z obowiązkowym okresem oczekiwania



Obowiązkowe poradnictwo

W Europie poradnictwo przed aborcją z reguły nie jest obowiązkowe. Choć wiele państw oferuje poradnictwo na zasadzie dobrowolności, tylko **16** państw wymaga go jako powszechnego warunku dla wszystkich osób ubiegających się o aborcję. W tym kontekście pojęcie „obowiązkowego poradnictwa” obejmuje zarówno sformalizowane sesje poradnictwa, jak i obowiązek przekazania przez lekarza przed aborcją określonych informacji o charakterze niemedyceznym. ■

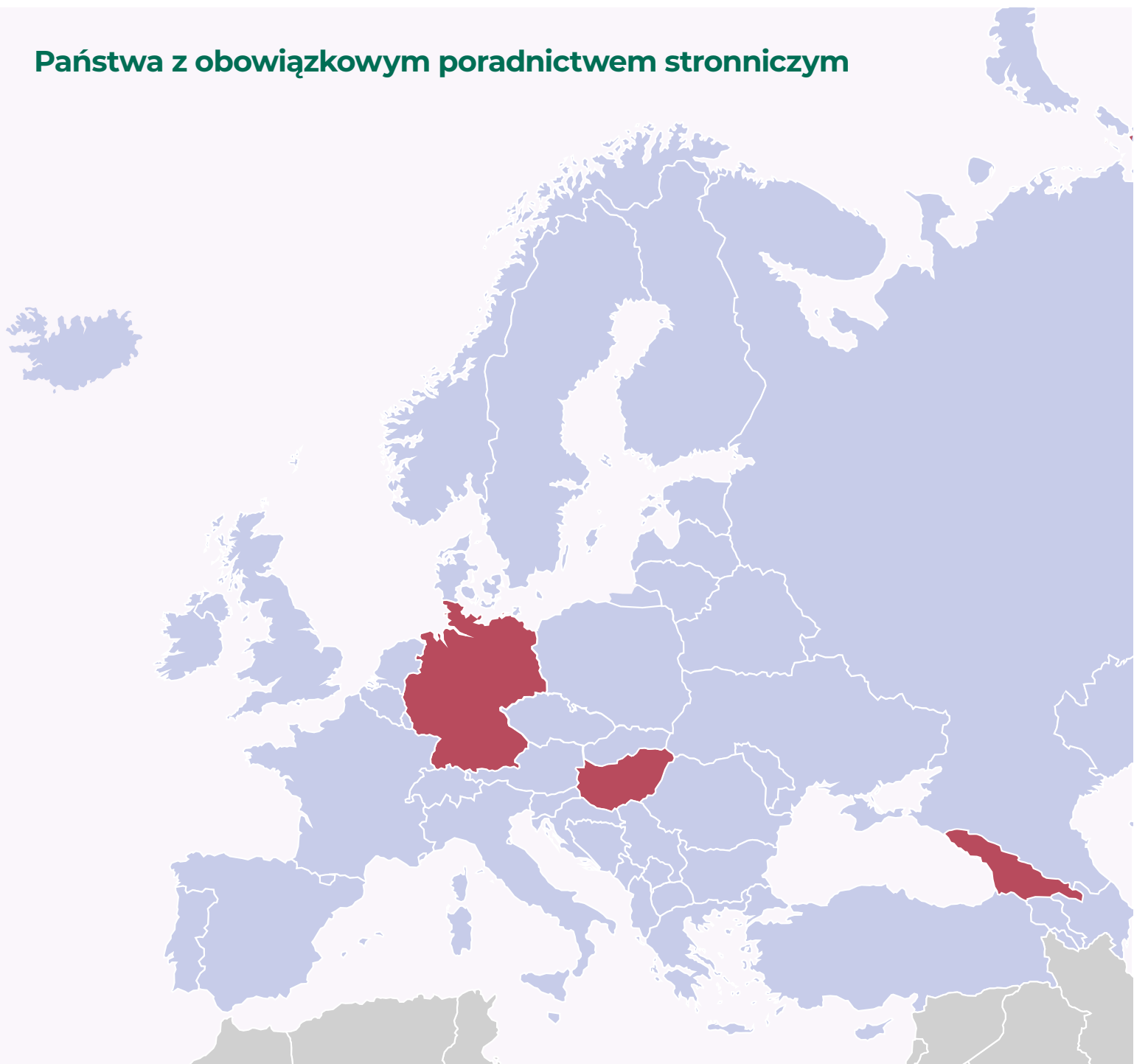
Państwa, w których obowiązuje obowiązkowe poradnictwo



Stronnicze / ukierunkowane poradnictwo

Określenia „stronnicze” i „ukierunkowane” poradnictwo odnoszą się do poradnictwa prowadzonego w sposób, którego celem jest zniechęcenie kobiet do przerwania ciąży. W większości państw europejskich, w których obowiązuje obowiązkowe poradnictwo, nie ma wymogu, by miało ono taki charakter. W **niektórych państwach** — na przykład w **Niemczech**, Gruzji i **na Węgrzech** — taki szkodliwy wymóg nadal jednak obowiązuje. Przepisy tych państw wymagają, aby kobiety poddawały się ukierunkowanemu lub stronniczemu poradnictwu, którego wyraźnym celem jest zniechęcenie ich do aborcji. ■

Państwa z obowiązkowym poradnictwem stronniczym



Terminy dopuszczalności aborcji na żądanie

W większości państw europejskich aborcja na żądanie jest dopuszczalna we wczesnym okresie ciąży, zazwyczaj do 10.–14. tygodnia. W niektórych państwach termin ten liczy się od ostatniej miesiączki, natomiast w innych — od zapłodnienia.

Coraz wyraźniejsza jest tendencja do wydłużania tego okresu. Obecnie dłuższe terminy obowiązują w **Danii**, **Norwegii** i **Szwecji** (18 tygodni), w **Islandii** (22 tygodnie), i w **Niderlandach** (22–24 tygodnie). W **Albanii** i **Belgii** rozpatrywane są obecnie propozycje wydłużenia tego okresu. ■

Terminy dopuszczalności aborcji na żądanie



10-14 tygodni



18+ tygodni



Islandia

Niderlandy

Dania

Norwegia

Szwecja

Finansowanie i przystępność cenowa

W Europie bariery finansowe nadal stanowią istotną przeszkodę dla wielu kobiet potrzebujących dostępu do opieki aborcyjnej. W wielu państwach kobiety wciąż muszą pokrywać koszty opieki aborcyjnej z własnych środków, a koszty te mogą być bardzo wysokie w stosunku do przeciętnego miesięcznego dochodu. Tylko **21 państw europejskich** zapewnia bezpłatną opiekę aborcyjną we wszystkich przypadkach albo pokrywa jej koszty w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W niektórych państwach, w których finansowanie opieki jest powiązane z podstawowym publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym, niektóre kobiety — na przykład migrantki o nieuregulowanym statusie pobytowym — nadal ponoszą bardzo wysokie koszty, ponieważ mogą nie być objęte takim ubezpieczeniem.

W niektórych innych państwach krajowe systemy ubezpieczenia zdrowotnego obejmują aborcję w określonych sytuacjach, na przykład, gdy jest ona konieczna dla ochrony zdrowia kobiety. Nie poprawia to jednak sytuacji większości kobiet potrzebujących opieki aborcyjnej, ponieważ koszty aborcji na żądanie nadal muszą być pokrywane z własnych środków i nie podlegają refundacji. ■

Zgoda rodzica lub opiekuna prawnego

W większości państw europejskich nastolatki nadal muszą poinformować swojego opiekuna prawnego i uzyskać jego zgodę, zanim będą mogły skorzystać z opieki aborcyjnej. Granice wiekowe, do których stosuje się te wymogi, różnią się w poszczególnych państwach. W większości z nich dotyczą osób poniżej 16. lub 18. roku życia, natomiast w niektórych ograniczono je do osób poniżej 14. roku życia.

Co najmniej **10 państw europejskich** odeszło od tego rodzaju ograniczeń na rzecz rozwiązań zgodnych z dobrymi praktykami i międzynarodowymi standardami praw człowieka. Przepisy tych państw przewidują rozwiązania alternatywne, takie jak możliwość, aby nastolatce towarzyszyła wybrana przez nią zaufana osoba dorosła, jeżeli uzyskanie zgody rodzica lub opiekuna prawnego nie jest możliwe, a także inne rozwiązania pozwalające zachować poufność, gdy nastolatka nie chce, aby jej opiekun prawny został poinformowany. Do państw tych należą **Belgia, Finlandia, Francja, Islandia, Luksemburg, Mołdawia, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja i Zjednoczone Królestwo**. ■

Inne wymogi dotyczące zgody osób trzecich

Poza wymogami uzyskania zgody wynikającymi z wieku obowiązek uzyskania zgody osoby trzeciej może dotyczyć także innych grup, w szczególności kobiet z niepełnosprawnościami, które często napotykają dodatkowe bariery prawne lub proceduralne w dostępie do opieki aborcyjnej z powodu dyskryminujących przepisów ograniczających ich zdolność do czynności prawnych.

Ponadto, gdy aborcja jest przeprowadzana na podstawie określonych przesłanek, zazwyczaj wymagana jest zgoda osób trzecich, na przykład dodatkowych lekarzy lub specjalnych komisji złożonych z lekarzy i innych specjalistów. Światowa Organizacja Zdrowia uznaje uciążliwe wymogi uzyskania zgody osób trzecich za bariery w dostępie do opieki, ponieważ nie mają one oparcia w dowodach naukowych i mogą prowadzić do szkodliwych opóźnień. ■

Aborcja farmakologiczna

W większości krajów europejskich, w których aborcja jest legalna, dostępne są zarówno metody farmakologiczne, jak i chirurgiczne.

Aborcja farmakologiczna, zalecana przez Światową Organizację Zdrowia jako bezpieczna i skuteczna metoda, stała się w znacznej części Europy standardem opieki przy przerywaniu ciąży na jej wczesnym etapie. **Co najmniej 2 państwa** europejskie, które zalegalizowały aborcję na żądanie — **Węgry i Słowacja** — nadal nie zapewniają dostępu do aborcji farmakologicznej.

Zapewnienie dostępności zarówno aborcji farmakologicznej, jak i chirurgicznej pozwala każdej osobie wybrać metodę najlepiej odpowiadającą jej potrzebom.

Choć aborcja farmakologiczna jest szeroko dostępna w Europie, warunki, pod jakimi można z niej skorzystać, znacznie się różnią. W niektórych państwach jest ona dostępna do 9. lub 10. tygodnia ciąży, a w innych — do 12. tygodnia lub później.

W coraz większej liczbie państw europejskich kobiety mogą również samodzielnie przeprowadzać przynajmniej niektóre etapy aborcji farmakologicznej.

- **Co najmniej 7 państw** umożliwia pełne samodzielne przeprowadzenie aborcji farmakologicznej, przynajmniej na wczesnym etapie ciąży. Oznacza to, że kobiety w **Finlandii, Francji, Irlandii, Litwie, Słowenii, Ukrainie** oraz w **części Zjednoczonego Królestwa** mogą na wczesnym etapie ciąży przyjmować oba leki poza placówką medyczną. Większość tych państw umożliwia również korzystanie z opieki aborcyjnej za pośrednictwem telemedycyny.
- Choć szereg innych państw zezwala na przyjmowanie części leków w domu, nadal wymaga, aby pierwszy lek był przyjmowany w placówce medycznej.

Samodzielne przeprowadzenie aborcji farmakologicznej na wczesnym etapie ciąży jest uznawane przez WHO za bezpieczne i skuteczne, jeżeli towarzyszą mu rzetelne informacje oraz dostęp do opieki medycznej w razie potrzeby. Tam, gdzie jest ono dozwolone, może mieć istotne znaczenie dla wielu kobiet, zwłaszcza tych, które mieszkają daleko od placówek medycznych lub których obowiązki opiekuńcze bądź inne bariery logistyczne i finansowe utrudniają wielokrotne wizyty w placówkach medycznych. Umożliwienie samodzielnego przeprowadzenia aborcji farmakologicznej zgodnie z dobrą praktyką kliniczną i wytycznymi w zakresie zdrowia publicznego pozwala wybrać metodę najlepiej dostosowaną do indywidualnej sytuacji, a jednocześnie sprawia, że kobiety nie muszą wielokrotnie brać wolnego w pracy, pokonywać znacznych odległości, organizować opieki nad dziećmi ani ponosić dodatkowych kosztów. ■

Prawo aborcyjne w Unii Europejskiej

Regulacje dotyczące aborcji w państwach członkowskich UE

25 z 27

państw członkowskich
UE dopuszcza
aborcję na żądanie

Polska i Malta

są obecnie jedynymi państwami
członkowskimi, które nadal
utrzymują wysoce restrykcyjne
przepisy aborcyjne

W obu państwach aborcja jest jednak wciąż
legalna w ściśle określonych przypadkach

**Wszystkie państwa
członkowskie z
wyjątkiem Malty**

dopuszczają aborcję w przypadku
zagrożenia dla zdrowia kobiety

**Wszystkie państwa
członkowskie z wyjątkiem
Malty i Polski**

dopuszczają aborcję w przypadku
letalnej wady płodu

8

państw
członkowskich

utrzymuje
obowiązkowy
okres
oczekiwania

**Jedynie
Niemcy i
Węgry**

nakładają
obowiązek
skorzystania z
poradnictwa
o charakterze
dyrektywnym,
mającego na
celu wpłynięcie
na decyzję
kobiety

15

państw
członkowskich
zapewnia aborcję
bezpłatnie
lub w pełni
finansowaną
przez publiczny
system ochrony
zdrowia

W pozostałych 12
państwach koszty
są pokrywane
częściowo

13

państw
członkowskich
nadal
przewiduje
sankcje karne
wobec kobiet,
które poddają
się aborcji
poza ramami
przewidzianymi
prawem

Obecne działania UE w zakresie aborcji

Unia Europejska (UE) może wspierać działania zapewniające dostęp do aborcji w państwach członkowskich UE zgodnie z międzynarodowymi zobowiązaniami w zakresie praw człowieka, dobrą praktyką kliniczną oraz wytycznymi w zakresie zdrowia publicznego. W ramach swoich obecnych kompetencji w zakresie promowania zdrowia publicznego, zapewniania równości i przeciwdziałania dyskryminacji UE ma do odegrania istotną rolę w opracowywaniu wytycznych, regulowaniu dostępu do leków w oparciu o dowody naukowe, finansowaniu poprawy jakości opieki zdrowotnej, wspieraniu transgranicznego dostępu do opieki aborcyjnej w całej UE, rekomendowaniu dobrych praktyk służących kształtowaniu krajowych polityk i praktyk oraz zdecydowanym reagowaniu na próby ograniczania praw aborcyjnych.

Strategia UE na rzecz równouprawnienia płci 2026–2030

Przyjęta w marcu 2026 r. strategia Komisji Europejskiej na rzecz równouprawnienia płci na lata 2026–2030 uznaje utrzymujące się wyzwania związane z zapewnieniem zdrowia oraz praw seksualnych i reprodukcyjnych w całej UE. Należą do nich w szczególności ograniczenia w dostępie do świadczeń z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz niedostateczne uwzględnianie potrzeb zdrowotnych kobiet. Strategia uznaje zapewnienie najwyższych standardów ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego za kluczowy priorytet oraz proponuje nowe inicjatywy służące poprawie jakości i dostępności świadczeń z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Europejska inicjatywa obywatelska „My Voice, My Choice”

W lutym 2026 r. Komisja Europejska przedstawiła odpowiedź na europejską inicjatywę obywatelską „My Voice, My Choice”, popartą przez ponad milion obywateli UE, która wzywała Unię Europejską do stworzenia mechanizmu finansowania transgranicznego dostępu do aborcji w państwach członkowskich. Komisja po raz pierwszy wyjaśniła, że państwa członkowskie mogą wykorzystywać istniejące fundusze UE do usuwania barier w dostępie do świadczeń aborcyjnych oraz zwiększania równego dostępu do legalnych i przystępnych cenowo świadczeń aborcyjnych. W strategii na rzecz równouprawnienia płci na lata 2026–2030 wdrożenie odpowiedzi Komisji wskazano jako kluczowy priorytet.

Unijne gwarancje prawne dla osób, które doświadczyły przemocy seksualnej

Niedawno przyjęte przepisy UE wzmocniły gwarancje prawne dostępu osób, które doświadczyły przemocy seksualnej, do usług opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Dyrektywa z 2024 r. w sprawie zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej zobowiązuje państwa członkowskie, z wyjątkiem Danii, do zapewnienia takim osobom dostępu do usług opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, zgodnie z prawem krajowym. Znowelizowana dyrektywa o prawach ofiar przestępstw dodatkowo potwierdza, że osoby, które doświadczyły przemocy seksualnej, muszą mieć dostęp do podstawowych świadczeń zdrowotnych, w tym do bezpiecznej aborcji, antykoncepcji awaryjnej, profilaktyki poekspozycyjnej oraz badań w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Sprawozdanie Parlamentu Europejskiego w sprawie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE

W tym **przełomowym sprawozdaniu z czerwca 2021 r.** Parlament Europejski uznał, że restrykcyjne przepisy aborcyjne stanowią naruszenie praw człowieka i formę przemocy ze względu na płeć. Parlament Europejski jednoznacznie wezwał do zapewnienia powszechnego dostępu do bezpiecznej i legalnej aborcji we wszystkich państwach członkowskich UE, zgodnie z wytycznymi WHO. ■

Zalecenia dla Unii Europejskiej

UE ma do odegrania ważną rolę we wspieraniu działań podejmowanych w państwach członkowskich na rzecz zapewnienia wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w tym opieki aborcyjnej. W ramach swoich kompetencji UE może wykorzystywać szereg instrumentów prawnych, politycznych, finansowych i programowych, a także swój głos polityczny, aby:

1

Zapewnić dostęp do opieki aborcyjnej osobom, które doświadczyły przemocy seksualnej

Na mocy prawa UE każde państwo członkowskie, z wyjątkiem Malty i Danii, jest obecnie zobowiązane do zapewnienia, aby osoby, które doświadczyły przemocy seksualnej, miały w praktyce dostęp do wysokiej jakości opieki aborcyjnej w ramach opieki medycznej zapewnianej w przypadku gwałtu.

2

Zapewnić dostępność i możliwość uzyskania podstawowych leków stosowanych w opiece aborcyjnej

Instytucje UE i państwa członkowskie powinny współpracować w celu zapewnienia, aby kluczowe leki stosowane w opiece aborcyjnej były przez cały czas powszechnie dostępne i możliwe do uzyskania oraz przystępne cenowo we wszystkich państwach członkowskich, również w sytuacjach kryzysowych.

3

Wydać wytyczne zgodne ze standardami praw człowieka i zdrowia publicznego

Komisja Europejska powinna wydać państwom członkowskim zalecenia dotyczące działań niezbędnych do zagwarantowania dostępu do opieki aborcyjnej w całej UE zgodnie z międzynarodowymi standardami zdrowia publicznego i praw człowieka.

4

Zapewnić możliwość wykorzystania unijnych instrumentów finansowania na potrzeby opieki aborcyjnej

Komisja Europejska powinna wydać państwom członkowskim jasne wytyczne dotyczące korzystania z unijnych instrumentów finansowania, w tym Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w celu wspierania dostępu do legalnej, przystępnej cenowo i bezpiecznej opieki aborcyjnej.

5

Monitorować próby ograniczania praw w państwach członkowskich i reagować na nie

Instytucje UE powinny aktywnie monitorować inicjatywy polityczne dotyczące aborcji w państwach członkowskich UE, aby móc szybko reagować na zagrożenia regresem.

6

Wspierać organizacje społeczeństwa obywatelskiego działające na rzecz prawa do aborcji

Instytucje UE powinny zapewnić odpowiednie i stabilne finansowanie organizacjom społeczeństwa obywatelskiego działającym w państwach członkowskich na rzecz poprawy regulacji dotyczących aborcji oraz zapewnienia powszechnego dostępu do opieki aborcyjnej w praktyce.

7

Dokonać reformy traktatów w celu zagwarantowania prawa do aborcji jako prawa człowieka

Państwa członkowskie powinny podjąć działania na rzecz zmiany Traktatów UE, tak aby prawo do aborcji zostało objęte ochroną Karty praw podstawowych Unii Europejskiej, a powszechny dostęp do zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych stał się dziedziną kompetencji dzielonych między Unię a państwa członkowskie.

8

Promować stosowanie standardów praw człowieka i zdrowia publicznego na arenie międzynarodowej

UE i państwa członkowskie powinny konsekwentnie opowiadać się za przestrzeganiem międzynarodowych standardów praw człowieka i zdrowia publicznego w zakresie aborcji w ramach swoich działań dwustronnych i wielostronnych. ■



Standardy zdrowia publicznego i praw człowieka

Międzynarodowe standardy zdrowia publicznego i praw człowieka dotyczące aborcji zawierają szczegółowe wskazówki dla państw i systemów ochrony zdrowia, jak kształtować przepisy aborcyjne, aby były one zgodne z aktualną wiedzą kliniczną oraz międzynarodowymi zobowiązaniami traktatowymi państw w dziedzinie praw człowieka.

Standardy praw człowieka jednoznacznie wskazują, że zapewnienie kobietom dostępu do dobrej jakości opieki aborcyjnej wtedy, gdy jej potrzebują, jest niezbędne do zagwarantowania szeregu praw człowieka, w tym prawa do zdrowia, życia i równości, wolności od tortur i innych form złego traktowania oraz prawa do prywatności i autonomii cielesnej. Międzynarodowe organy ochrony praw człowieka wielokrotnie wzywały państwa europejskie do dekryminalizacji i legalizacji aborcji, uchylenia restrykcyjnych przepisów aborcyjnych oraz zapewnienia rzeczywistego dostępu do opieki aborcyjnej.

W tym celu wskazano, że państwa powinny:

- zalegalizować aborcję, uchylić wysoce restrykcyjne przepisy aborcyjne oraz całkowicie ją zdekriminalizować;
- usunąć bariery w dostępie do aborcji, takie jak obowiązkowy okres oczekiwania, obowiązkowe poradnictwo oraz wymogi uzyskania zgody osób trzecich, a także zapewnić opiekę aborcyjną opartą na dowodach naukowych i dobrej jakości;
- zagwarantować powszechny i równy dostęp do opieki, w tym poprzez zapewnienie przystępności finansowej opieki aborcyjnej oraz wystarczającej liczby należycie przeszkolonych pracowników medycznych, którzy mogą jej udzielać;
- nie wprowadzać nowych barier w dostępie do opieki aborcyjnej oraz zapobiegać ograniczaniu istniejących uprawnień, zgodnie z obowiązkiem niedokonywania regresu.



W 2022 r. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała wytyczne **Abortion Care Guideline** (Wytyczne dotyczące opieki aborcyjnej), których drugie wydanie ukazało się w 2025 r. WHO zaleca w nich, aby państwa tworzyły warunki umożliwiające zapewnienie kompleksowej opieki aborcyjnej.

Zalecenia WHO:

- całkowitą dekryminalizację aborcji;
- legalizację aborcji na żądanie oraz zniesienie wymogów uzyskania zgody osób trzecich;
- usunięcie barier wynikających z przepisów, takich jak obowiązkowe okresy oczekiwania, obowiązkowe poradnictwo oraz restrykcyjne ograniczenia dotyczące dopuszczalnego czasu przeprowadzenia aborcji, a także uchylenie przepisów ograniczających aborcję ze względu na określone przesłanki lub limity czasowe;
- zagwarantowanie dostępu do aborcji farmakologicznej, w tym możliwości samodzielnego przeprowadzenia aborcji farmakologicznej na wczesnym etapie ciąży oraz dostępu do niej za pośrednictwem telemedycyny;
- zniesienie ograniczeń dotyczących tego, kto może świadczyć opiekę aborcyjną, jeżeli ograniczenia te są niezgodne z zaleceniami WHO dotyczącymi świadczenia tej opieki;
- zapewnienie ochrony przed nieudzieleniem opieki wskutek odmowy świadczeniodawców utrudniającej dostęp do opieki.

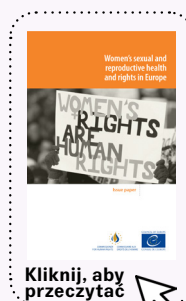
Wytyczne zawierają ponadto szczegółowe zalecenia dotyczące organizacji systemów ochrony zdrowia w sposób zapewniający dobrą jakość opieki aborcyjnej, dostęp do rzetelnych informacji oraz odpowiednie wsparcie ze strony systemu ochrony zdrowia. ■

Więcej informacji

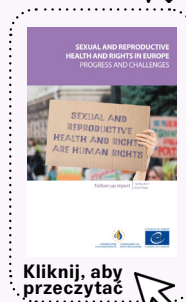


Więcej informacji na temat międzynarodowych standardów praw człowieka dotyczących zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego kobiet oraz związanych z nim praw można znaleźć w dokumencie tematycznym Rady Europy **Women's Sexual and Reproductive Health and Rights in Europe** (Zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne kobiet w Europie) oraz w raporcie będącym jego kontynuacją **Sexual and Reproductive Health and Rights in Europe: Progress and Challenges** (Zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne w Europie: postępy i wyzwania).

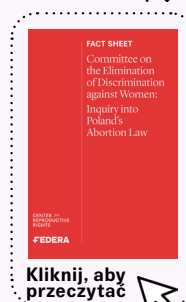
Więcej informacji na temat międzynarodowych standardów praw człowieka dotyczących aborcji można znaleźć na przykład we wspólnym materiale informacyjnym **Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Inquiry into Poland's Abortion Law** (Komitet do spraw Likwidacji Dyskryminacji Kobiet: dochodzenie w sprawie polskiego prawa aborcyjnego), który podsumowuje ustalenia i zalecenia Komitetu CEDAW sformułowane w następstwie dochodzenia w sprawie wysoce restrykcyjnego prawa aborcyjnego w Polsce.



Kliknij, aby przeczytać



Kliknij, aby przeczytać



Kliknij, aby przeczytać

Zalecenia dla decydentów

Europejscy decydenci powinni podjąć kroki w celu zreformowania przepisów i polityk dotyczących aborcji, tak aby były one zgodne z międzynarodowymi standardami praw człowieka, wytycznymi w dziedzinie zdrowia publicznego, aktualną wiedzą kliniczną oraz dobrymi praktykami stosowanymi w innych państwach. Powinni co najmniej:

1

Zalegalizować aborcję na żądanie i uchylić wysoce restrykcyjne przepisy aborcyjne

Aborcja na żądanie powinna być legalna co najmniej przez określony okres ciąży, tak aby kobiety mogły uzyskać dostęp do opieki bez konieczności uzasadniania swojej decyzji ani uzyskiwania zgody osoby trzeciej.

2

Zdekryminalizować aborcję i związaną z nią opiekę

Aborcja powinna być traktowana jako niezbędne świadczenie zdrowotne, a przepisy przewidujące odpowiedzialność karną kobiet korzystających z aborcji, świadczeniodawców oraz osób udzielających wsparcia powinny zostać uchylone.

3

Znieść obowiązkowe okresy oczekiwania i wymogi dotyczące poradnictwa

Należy znieść obowiązkowe okresy oczekiwania oraz wymogi dotyczące poradnictwa. Środki te nie mają uzasadnienia medycznego, są sprzeczne z międzynarodowymi standardami praw człowieka i tworzą szkodliwe bariery w dostępie do opieki. Decydenci powinni zapewnić, aby poradnictwo i przekazywane informacje były bezstronne i nie miały charakteru dyrektywnego.

4

Zapewnić bezpłatną opiekę aborcyjną lub jej finansowanie w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego

Aborcja powinna być dostępna bezpłatnie albo w pełni finansowana w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, również w przypadku aborcji na żądanie. Należy zapewnić, aby migrantki, osoby ubiegające się o azyl oraz uchodźczynie nie napotykały barier finansowych w dostępie do opieki aborcyjnej.

5

Zreformować restrykcyjne limity czasowe dotyczące aborcji na żądanie

Należy znieść arbitralne i nadmiernie restrykcyjne limity czasowe dotyczące aborcji na żądanie. Przepisy regulujące dostęp do aborcji powinny uwzględniać potrzeby i decyzje kobiet w ciąży oraz opierać się na dobrej praktyce klinicznej.

6

Zapewnić dostęp do aborcji farmakologicznej zgodnie z wytycznymi WHO

Aborcja farmakologiczna powinna być w pełni dostępna i włączona do krajowych systemów ochrony zdrowia jako standardowy element opieki aborcyjnej. Przepisy prawne i regulacje powinny dopuszczać samodzielne przeprowadzenie aborcji farmakologicznej oraz takie sposoby organizacji opieki, które umożliwiają zdalne konsultacje na wczesnym etapie ciąży, zgodnie z wytycznymi WHO.

7

Zapewnić nastolatkom dostęp do opieki aborcyjnej zgodnie ze standardami praw człowieka

Nastolatki powinny mieć dostęp do opieki aborcyjnej bez konieczności uzyskania zgody rodziców. Przepisy i polityki powinny gwarantować im poufność oraz zapewniać odpowiednie formy wsparcia, tak aby mogły bez przeszkód korzystać z niezbędnych usług w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.

8

Znieść szkodliwe wymogi uzyskania zgody osób trzecich

Wymogi uzyskania zgody kilku lekarzy, komisji lekarskiej, organu sądowego lub członków rodziny ograniczają możliwość samodzielnego podejmowania decyzji i opóźniają dostęp do opieki. Wymogi te należy zastąpić modelami opieki skoncentrowanymi na pacjentce, uwzględniającymi indywidualną sytuację każdej kobiety.

9

Zapewnić ochronę osobom ubiegającym się o aborcję oraz świadczeniodawcom opieki aborcyjnej przed nękaniami i przemocą

Decydenci powinni zapewnić ustanowienie i egzekwowanie stref bezpieczeństwa wokół klinik i innych placówek świadczących opiekę aborcyjną. Prawo powinno chronić osoby ubiegające się o aborcję, świadczeniodawców opieki zdrowotnej oraz osoby im towarzyszące przed nękaniami, zastraszaniem i przemocą. ■

Niniejsza tabela oraz tabela 2 przedstawiają przesłanki prawne dopuszczalności aborcji w Europie oraz w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Przesłanki te mogą być wprost przewidziane w przepisach albo wynikać z nich pośrednio. Przykładowo możliwość przerwania ciąży w przypadku zagrożenia życia kobiety może wynikać z przesłanki dopuszczającej aborcję w przypadku zagrożenia jej zdrowia. Ponadto w poszczególnych państwach stosuje się różne określenia tych przesłanek. Przykładowo przepisy niektórych państw posługują się określeniem „względy medyczne” zamiast pojęcia „zdrowie”. Tabele wskazują państwa, w których aborcja jest dopuszczalna w przypadku ciężkich lub letalnych wad płodu. Należy jednak zauważyć, że w Niemczech, Słowenii, Szwecji i Szwajcarii przepisy nie przewidują odrębnej przesłanki w takich przypadkach, lecz aborcja jest dopuszczalna na podstawie przesłanki zdrowotnej. W Irlandii aborcja z powodu wady płodu jest dopuszczalna wyłącznie w przypadku rozpoznania wady letalnej.

Tabela 1: Prawo aborcyjne w Europie

Państwo	Aborcja na żądanie	Życie	Zdrowie	Przemoc seksualna	Wady płodu	Względy społeczno-ekonomiczne	Obowiązkowy okres oczekiwania	Obowiązkowe poradnictwo	Kryminalizacja kobiet
Albania	●	●	●	●	●	●	●	●	✕
Andora	✕	✕	✕	✕	✕	✕	✕	✕	●
Armenia	●	●	●	●	●	●	●	●	✕
Austria	●	●	●	✕	●	✕	✕	✕	●
Azerbejdżan	●	●	●	●	●	●	✕	✕	✕
Białoruś	●	●	●	●	●	●	●	●	✕
Belgia	●	●	●	✕	●	✕	●	●	●
Bośnia i Hercegowina – Federacja Bośni i Hercegowiny i Dystrykt Brčko	●	●	●	●	●	✕	✕	✕	✕
Bośnia i Hercegowina – Republika Serbska	●	●	●	●	●	●	✕	●	✕
Bułgaria	●	●	●	●	●	✕	✕	✕	✕
Chorwacja	●	●	●	●	●	✕	✕	✕	✕
Cypr	●	●	●	●	●	✕	✕	✕	●
Czechy	●	●	●	✕	●	✕	✕	✕	✕
Dania	●	●	●	●	●	●	✕	✕	✕
Estonia	●	●	●	✕	●	●	✕	✕	●
Finlandia	●	●	●	●	●	●	✕	✕	●
Francja	●	●	●	✕	●	✕	✕	✕	✕
Gruzja	●	●	●	●	●	●	●	●	✕
Niemcy	●	●	●	●	●	✕	●	●	●
Grecja	●	●	●	●	●	✕	✕	●	●
Węgry	●	●	●	●	●	✕	●	●	●
Islandia	●	●	✕	✕	●	✕	✕	✕	●
Irlandia	●	●	●	✕	●	✕	●	✕	✕
Włochy	●	●	●	✕	●	✕	●	●	●
Kosowo	●	●	●	●	●	✕	●	●	✕
Łotwa	●	●	●	●	●	✕	●	●	✕

Załącznik

Tabela 1: Prawo aborcyjne w Europie

Państwo	Aborcja na żądanie	Życie	Zdrowie	Przemoc seksualna	Wady płodu	Względy społeczno-ekonomiczne	Obowiązkowy okres oczekiwania	Obowiązkowe poradnictwo	Kryminalizacja kobiet
Liechtenstein	×	●	●	●	×	×	×	×	●
Litwa	●	●	●	●	●	×	×	×	×
Luksemburg	●	●	●	×	●	×	×	×	●
Malta	×	●	×	×	×	×	×	×	●
Mołdawia	●	●	●	●	●	●	×	×	×
Monako	×	●	●	●	●	×	×	×	×
Czarnogóra	●	●	●	●	●	●	×	×	×
Niderlandy	●	●	●	×	●	×	×	●	×
Macedonia Północna	●	●	●	●	●	●	×	×	×
Norwegia	●	●	●	●	●	●	×	×	×
Polska	×	●	●	●	×	×	×	×	×
Portugalia	●	●	●	●	●	×	●	●	●
Rumunia	●	●	●	×	●	×	×	×	×
Rosja	●	●	●	●	●	×	●	●	×
San Marino	●	●	●	●	●	×	×	×	●
Serbia	●	●	●	●	●	×	×	×	×
Słowacja	●	●	●	×	●	×	●	●	×
Słowenia	●	●	●	×	●	×	×	×	×
Hiszpania	●	●	●	×	●	●	×	×	●
Szwecja	●	●	●	×	●	●	×	×	×
Szwajcaria	●	●	●	×	●	×	×	×	●
Turcja	●	●	●	●	●	×	×	×	●
Ukraina	●	●	●	●	●	×	×	×	×
Zjednoczone Królestwo (Anglia i Walia)	×	●	●	×	●	●	×	×	×
Zjednoczone Królestwo (Irlandia Północna)	●	●	●	×	●	●	×	×	×
Zjednoczone Królestwo (Szkocja)	×	●	●	×	●	●	×	×	●

Tabela 2: Prawo aborcyjne w Unii Europejskiej

Państwo	Aborcja na żądanie	Życie	Zdrowie	Przemoc seksualna	Wady płodu	Względy społeczno-ekonomiczne	Obowiązkowy okres oczekiwania	Obowiązkowe poradnictwo	Kryminalizacja kobiet
Austria	●	●	●	✗	●	✗	✗	✗	●
Belgia	●	●	●	✗	●	✗	●	●	●
Bułgaria	●	●	●	●	●	✗	✗	✗	✗
Chorwacja	●	●	●	●	●	✗	✗	✗	✗
Cypr	●	●	●	●	●	✗	✗	✗	●
Czechy	●	●	●	✗	●	✗	✗	✗	✗
Dania	●	●	●	●	●	●	✗	✗	✗
Estonia	●	●	●	✗	●	●	✗	✗	●
Finlandia	●	●	●	●	●	●	✗	✗	●
Francja	●	●	●	✗	●	✗	✗	✗	✗
Gruzja	●	●	●	●	●	✗	●	●	●
Grecja	●	●	●	●	●	✗	✗	●	●
Węgry	●	●	●	●	●	✗	●	●	●
Irlandia	●	●	●	✗	●	✗	●	✗	✗
Włochy	●	●	●	✗	●	✗	●	●	●
Latvia	●	●	●	●	●	✗	●	●	✗
Litwa	●	●	●	●	●	✗	✗	✗	✗
Luksemburg	●	●	●	✗	●	✗	✗	✗	●
Malta	✗	●	✗	✗	✗	✗	✗	✗	●
Niderlandy	●	●	●	✗	●	✗	✗	●	✗
Polska	✗	●	●	●	✗	✗	✗	✗	✗
Portugalia	●	●	●	●	●	✗	●	●	●
Rumunia	●	●	●	✗	●	✗	✗	✗	✗
Słowacja	●	●	●	✗	●	✗	●	●	✗
Słowenia	●	●	●	✗	●	✗	✗	✗	✗
Hiszpania	●	●	●	✗	●	●	✗	✗	●
Szwecja	●	●	●	✗	●	●	✗	✗	✗

Przypisy końcowe

- ¹ Niniejszy raport obejmuje państwa członkowskie Rady Europy, a także Białoruś, Kosowo i Rosję.
- ² W 2020 r. Mołdawia wprowadziła możliwość korzystania z aborcji farmakologicznej za pośrednictwem telemedycyny, w 2025 r. zniósła tę formę dostępu, a w 2026 r. częściowo ją przywróciła w sytuacjach kryzysowych i wyjątkowych.
- ³ Potwierdzają to oficjalne statystyki krajowe z większości państw europejskich. Zob. także: Anna Popinchalk i Gilda Sedgh, **Trends in the method and gestational age of abortion in high-income countries**, „BMJ Sexual & Reproductive Health” 45 (2019), s. 95–103; Gilda Sedgh, Evidence on Abortion Worldwide, prezentacja Guttmacher Institute dla Oireachtas Joint Committee on the Eighth Amendment of the Constitution, 8 listopada 2017 r.
- ⁴ WHO, Wytyczne dotyczące opieki aborcyjnej (Abortion care guideline), wyd. 2 (2025), s. xx; Bezpieczna aborcja – wytyczne techniczne i polityczne dla systemów ochrony zdrowia (Safe abortion: technical and policy guidance for health systems), wyd. 2 (2012), s. 90.
- ⁵ Więcej informacji na temat wpływu restrykcyjnych przepisów aborcyjnych w Polsce na uchodźczynię z Ukrainy można znaleźć w publikacji Kryzys w opiece zdrowotnej: Bariery w dostępie do usług z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego dla uchodźczyń z Ukrainy w Polsce, Rumunii, Słowacji i na Węgrzech (**Care in Crisis: Failures to guarantee the sexual and reproductive health and rights of refugees from Ukraine in Hungary, Poland, Romania and Slovakia**).
- ⁶ WHO, Wytyczne dotyczące opieki aborcyjnej (Abortion care guideline) (2022).
- ⁷ Komitet do spraw Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, Zalecenie ogólne nr 35 w sprawie przemocy wobec kobiet ze względu na płeć, aktualizujące zalecenie ogólne nr 19 (General recommendation No. 35 on gender-based violence against women, updating general recommendation No. 19), dokument ONZ CEDAW/C/GC/35, 26 lipca 2017 r., pkt 18.



Roin
Department of

CENTER *for* REPRODUCTIVE RIGHTS

16 Rue du Mont-Blanc
1201 Genewa, Szwajcaria

Tel: +41 22 552 16 90

Strona internetowa: www.reproductiverights.org

E-mail: europe@reprorights.org