

Stanowisko Rządu polskiego

I. Uwagi ogólne

W związku z zawartą w paragrafie 8 Konkluzji oceną, że Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych nie może zostać uznany za w pełni wdrożony ponieważ w Polsce nie jest uznawana możliwość dochodzenia realizacji jego postanowień przed sądami, Rząd polski pozwala sobie stwierdzić, że Polska w pełni wykonuje postanowienia Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych.

Konstrukcja norm tego Paktu jest inna od konstrukcji norm Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych. Jeżeli chodzi o Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, to państwa strony zobowiązują się uznawać prawa w nim zawarte i realizować je zgodnie z artykułem 2(1), to jest stopniowo, w ramach maksimum dostępnych środków. Natomiast Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych zawiera prawa bezpośrednio przysługujące każdemu, które państwa strony zobowiązały się przestrzegać i zapewnić. Z Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych nie wynika zatem ogólne zobowiązanie państwa strony do zapewnienia bezpośredniego stosowania go. Wynika z niego zobowiązanie do takiego ukształtowania ustawodawstwa wewnętrznego, aby wszyscy mogli z tych praw korzystać oraz do tego, by państwo stopniowo, w ramach maksimum dostępnych środków dążyło do zaspokojenia tych praw.

Rząd polski pozwala sobie poinformować, że stwierdzanie ewentualnej samowykonalności postanowień Paktu, w konsekwencji możliwości sądowego dochodzenia ich realizacji, należy w Polsce do niezawisłych sądów. Możliwość wywodzenia z postanowień Paktu indywidualnych roszczeń oceniana jest na podstawie szczegółowej analizy artykułów powoływanych jako podstawa skarg. O ile sąd stwierdzi, że stosowanie danego postanowienia Paktu nie jest uzależnione od wydania ustawy, możliwe jest bezpośrednie powoływanie się na nie przez jednostki przed sądami krajowymi.

Minister właściwy w sprawach, których dotyczy umowa, ma wynikający z ustawy z 14 kwietnia 2000 roku o umowach międzynarodowych obowiązek przeprowadzenia analizy treści umowy celem ustalenia sposobu zapewnienia jej wykonywania. Analiza ta doprowadziła do stwierdzenia, że większość postanowień Paktu została sformułowana w taki sposób, że zobowiązuje państwa do podejmowania działań w celu stopniowego zaspokojenia praw. W konsekwencji nie ma możliwości bezpośredniego jego stosowania i by wywodzić z nich prawa podmiotowe. Postanowienia Paktu pozwalają jednostce oczekiwać od państwa podejmowania decyzji politycznych tworzących warunki realizacji praw. Jedynie kilka spośród praw zawartych w Pakcie (prawo do tworzenia związków zawodowych, prawo do edukacji), które zarazem w innych umowach międzynarodowych są zarazem uznawane za prawa obywatelskie i polityczne), są prawami podmiotowymi.

Analiza postanowień Paktu prowadzona była przez Rząd polski przy znajomości stanowiska sądów innych państw, międzynarodowych organów kontrolnych oraz aktualnej doktryny.

Rząd polski pragnie przypomnieć, że brak jest w Pakcie postanowienia, na mocy którego zostałyby przekazane uprawnienie do jego interpretacji Radzie Gospodarczo-Społecznej, wskazanej w Pakcie jako organ uprawniony do kontroli wykonywania jego postanowień przez państwa, ani tym bardziej w rezolucjach Rady Gospodarczo-Społecznej dotyczących Komitetu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych. Uwagi ogólne stanowią bezsprzecznie źródło wiedzy o poglądach Komitetu na treść jego postanowień, nie są jednak źródłem wiążącej jego interpretacji.

II. Mniejszości narodowe i etniczne

Zawarte w paragrafie 13 Konkluzji stwierdzenie Komitetu, że rozróżnienie “mniejszości narodowe” i “mniejszości etniczne” przewidziane w ustawie z 6 stycznia 2005 roku o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz języku regionalnym może prowadzić do dyskryminacji niektórych mniejszości oraz stwierdzenie, że niektóre mniejszości żyjące w Polsce nie mogą zostać objęte postanowieniami ustawy ponieważ nie odpowiadają definicji zawartej w ustawie nie ma podstawy w obowiązującym prawie.

Przewidziane w ustawie o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz języku regionalnym kryteria, na podstawie których daną grupę definiuje się jako mniejszość narodową lub etniczną, są zgodne z postanowieniami Konwencji ramowej Rady Europy o ochronie mniejszości narodowych. Nie ma mniejszości narodowych lub etnicznych żyjących w Polsce, które z jakiegokolwiek powodu byłyby wyłączone spod zakresu działania ustawy. Zgodnie z ustawą narodowe i etniczne korzystają z tych samych praw. Lista mniejszości narodowych i etnicznych ustalona została po przeprowadzeniu konsultacji z mniejszościami narodowymi i etnicznymi.

Polska należy do tych państw członkowskich Unii Europejskiej, których ustawodawstwo przewiduje najdłuższe listy mniejszości narodowych i etnicznych.

Odnosnie do zawartej w paragrafie 14 Konkluzji opinii, że mniejszości romskiej dotyka powszechna dyskryminacja, co prowadzi do ograniczenia wykonywania przysługujących jej praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, należy stwierdzić, że nie ma ono podstaw. Rządowi polskiemu nie są znane jakiegokolwiek badania, których wyniki dowodziłyby dyskryminacji mniejszości romskiej na szeroką skalę. Nie uzyskał on do tej pory wiarygodnych informacji dotyczących aktów dyskryminowania członków mniejszości romskiej w dostępie do powszechnie przysługujących uprawnień. Również w trakcie spotkania z Komitetem delegacji polskiej nie zostały przedstawione takie informacje.

Członkom mniejszości romskiej przysługują takie same prawa jak innym obywatelom polskim, zagwarantowane w Konstytucji i w ustawodawstwie zwykłym. Dostępne są im takie same drogi dochodzenia naruszonych praw.

Ubóstwo i wykluczenie społeczne wśród społeczności polskich Romów mają zasięg większy niż w społeczeństwie polskim w ogóle, w tym również niż wśród innych mniejszości narodowych i etnicznych. Przyczyn tego stanu rzeczy szukać należy, zdaniem Rządu, najpierw w polityce integracji Romów prowadzonej w okresie komunizmu, to jest przed rokiem 1989. Następnie, uwzględnić należy fakt, że skuteczne zapewnienie społeczności cygańskiej edukacji, ochrony zdrowia, zatrudnienia, a także pomocy społecznej oraz zabezpieczenia społecznego, jest dużym wyzwaniem organizacyjnym i finansowym. Rząd stopniowo, w ramach dostępnych środków, stara się temu wyzwaniu sprostać. Do przezwyciężenia wieloletnich zapóźnień cywilizacyjnych, społecznych, socjalnych i, przede wszystkim, edukacyjnych zmierza Program na rzecz społeczności romskiej w Polsce. Na działania na rzecz Romów w latach 2002-2009 przeznaczono z budżetu państwa 11 mln euro. Ponadto, w związku z nową perspektywą finansową Unii Europejskiej na lata 2007-2013 w Priorytecie I Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki uwzględniono „komponent romski”, na realizację którego przewidziano 22 mln euro.

W związku z zawartym w paragrafie 33 konkluzji stwierdzeniem, że Komitet nie uzyskał informacji dotyczących liczby studentów szkół wyższych pochodzenia romskiego, Rząd polski informuje, że nie jest możliwe podanie liczby studentów pochodzenia romskiego studiujących na polskich uczelniach wyższych. Pochodzenie narodowe lub etniczne

studentów nie jest ujmowane w żadnych statystykach ze względu na brak podstawy prawnej ku temu. W Polsce nie można żądać podania informacji na temat pochodzenia narodowego lub etnicznego, udzielanie takich informacji odbywa się wyłącznie na zasadzie dobrowolności.

Rząd pragnie przypomnieć, że w trakcie spotkania z Komitetem 6 listopada 2009 roku delegacja polska (przedstawicielka Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji) podała informacje dotyczące liczby stypendiów, które studenci romscy otrzymują w ramach Programu na rzecz społeczności romskiej (liczba przyznanych stypendiów w roku akademickim 2009/2010 wynosi 63, o stypendia ubiegało się 68 Romów). Mniejszość romska żyjąca w Polsce jest stosunkowo mało liczebna (zgodnie z szacunkami, 2009 rok: liczba Romów żyjących w Polsce - 12-15 tysięcy, liczba ludności w Polsce: 38,1 mln).

III. Równe prawa kobiet i mężczyzn

Zawarta w paragrafie 15 konkluzji opinia, że w polskim ustawodawstwie brak jest gwarancji równych praw kobiet i mężczyzn, nie ma pokrycia w faktach. Komitet był informowany w V sprawozdaniu z wykonywania postanowień Paktu oraz w trakcie spotkania 6 listopada 2009 roku, że zgodnie z artykułem 33 Konstytucji RP kobieta i mężczyzna mają w Rzeczypospolitej Polskiej równe prawa w życiu rodzinnym, politycznym, społecznym i gospodarczym. Kobieta i mężczyzna mają, w szczególności, równe prawo do kształcenia, zatrudnienia i awansów, do jednakowego wynagrodzenia za pracę jednakowej wartości, do zabezpieczenia społecznego oraz do zajmowania stanowisk, pełnienia funkcji oraz uzyskiwania godności publicznych i odznaczeń. W odniesieniu do prawa do pracy przytoczony został artykuł 11² Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracownicy mają równe prawa z tytułu jednakowego wypełniania takich samych obowiązków, dotyczy to, w szczególności, równego traktowania kobiet i mężczyzn w zatrudnieniu.

W paragrafie 17 konkluzji znalazły się stwierdzenia dotyczące dyskryminacji płacowej kobiet. Tymczasem w V sprawozdaniu oraz w odpowiedzi na pytania dodatkowe z 2009 roku, jak też w trakcie spotkania 6 listopada 2009 roku Komitet został poinformowany, że ustawodawstwo polskie przewiduje obowiązek równego wynagradzania - artykuł 18^{3c} Kodeksu pracy stwierdza w paragrafie 1, że pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę jednakowej wartości. Odpowiednia informacja zawarta została w odpowiedziach na pytania dodatkowe z 2009 roku (punkty 282 i 283). Zalecenie Komitetu, by Polska wprowadziła do swego ustawodawstwa postanowienie dotyczące równego wynagradzania za równą pracę równej wartości jest już realizowane przez ustawodawstwo polskie od 2001 roku, kiedy to nastąpiła odpowiednia nowelizacja Kodeksu pracy.

Różnica wysokości wynagrodzeń kobiet i mężczyzn wprawdzie istnieje, jest ona jednak stosunkowo niewielka na tle różnic występujących w innych państwach. Średnia różnica wynagrodzeń kobiet i mężczyzn wynosi w Polsce od 10 do 12%, gdy tymczasem w Unii Europejskiej od 15 do 17%.

Jeżeli chodzi o uwagę Komitetu dotyczącą różnic wynagrodzeń w sektorze publicznym i wśród osób z wyższym wykształceniem, to Rząd pragnie zwrócić uwagę, że zgodnie z danymi podanymi w punkcie 293 odpowiedzi na pytania dodatkowe, jakie zostały udzielone na piśmie w 2009 roku, wynagrodzenia kobiet i mężczyzn w sektorze publicznym kształtują się następująco:

A - w złotych, B – ogółem = 100,0		Mężczyźni	Kobiety
Ogółem z tego	A	2.903,68	2.385,68
	B	100,0	100,0
Administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i powszechne ubezpieczenia zdrowotne (L)	A	3.772,56	3.153,03
	B	129,9	132,2
Edukacja (M)	A	2.948,86	2.499,30
	B	101,6	104,8
Ochrona zdrowia i pomoc społeczna (N)	A	2.972,81	2.288,07
	B	102,4	95,9
Działalność usługowa komunalna, społeczna i indywidualna, pozostała (O)	A	2.589,14	2.260,04
	B	89,2	94,7

W świetle tych danych stwierdzenie, że różnica wynagrodzeń kobiet i mężczyzn w sektorze publicznym jest znacząca, nie ma podstaw.

Zróżnicowanie wynagrodzeń na niekorzyść kobiet występuje przede wszystkim w sektorze prywatnym, Rząd uważa to za problem wymagający rozwiązania i podejmuje działania w tym kierunku. W sytuacji, gdy odpowiednie rozwiązania prawne dotyczące równego wynagradzania już obowiązują, jak wskazano wcześniej, Rząd podejmuje działania na rzecz upowszechniania wśród pracowników i pracodawców wiedzy o tych przepisach i ich prawidłowym wdrażaniu, głównie poprzez organizowanie kampanii w mediach, szkolenie i informowanie pracodawców. O działaniach tych Komitet zostanie poinformowany w następnym sprawozdaniu z wykonywania postanowień Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych.

IV. Ustawodawstwo pracy

W trakcie spotkania 6 listopada 2009 roku udzielone zostały szczegółowe informacje dotyczące wymiaru czasu pracy obowiązującego w Polsce, w szczególności warunków przedłużania czasu pracy ponad wymiar powszechnie obowiązujący, jak też rozwiązań ochronnych stosowanych do pracowników pracujących w systemie przedłużonego czasu pracy. Udzielone zostały także informacje dotyczące rekompensowania pracy w godzinach nadliczbowych w sektorze prywatnym. Wnioski zawarte w paragrafie 18 dotyczące wymiaru czasu pracy oraz rekompensowania pracy w godzinach nadliczbowych nie mają więc podstaw.

V. Przemoc w rodzinie, karanie cielesne oraz gwałt

Rząd polski wyraża poważne zaniepokojenie z powodu zawartego paragrafie 22 konkluzji stwierdzenia, że przemoc w rodzinie, karanie cielesne oraz gwałt w małżeństwie nie są w Polsce karane. Stwierdzenie to nie odpowiada ono prawdzie.

Kwestia karalności przemocy w rodzinie i karania cielesnego wyjaśniona została w V sprawozdaniu z wykonywania Paktu oraz w odpowiedziach na pytania dodatkowe Komitetu, przedłożonych w 2009 roku. W obu tych dokumentach zacytowane zostały *in extenso* odpowiednie przepisy Kodeksu karnego, które jednoznacznie wskazują, że działania takie są zabronione przez prawo polskie, a ich sprawcy podlegają ukaraniu (punkty 361-363 V sprawozdania, punkty 371-372 odpowiedzi na pytania dodatkowe). Ponadto, w punktach 398-401 odpowiedzi na pytania dodatkowe przedstawione zostały dane za lata 2005-2008 dotyczące liczby postępowań dotyczących znęcania się nad członkami rodziny, prawomocnie skazanych osób dorosłych oraz liczby poszkodowanych. Dowodzą one, że przemoc w rodzinie jest w Polsce prawnie zabroniona i obowiązujące przepisy są stosowane.

Celem eliminacji przypadków nadużywania władzy rodzicielskiej i wzmocnienia ochrony dzieci w 2009 roku zmieniony został Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Obecnie jego artykuł 95 przewiduje, że:

„§ 1. Władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka, z poszanowaniem jego godności i praw.

§ 3. Władza rodzicielska powinna być wykonywana tak, jak tego wymaga dobro dziecka i interes społeczny.”

Kwestia braku prawnego zakazu przemocy w rodzinie została podniesiona na spotkaniu 6 listopada 2009 roku, i również wtedy Komitet został szczegółowo poinformowany o obowiązujących przepisach prawnych.

Sprawa karania za gwałt, w tym za gwałt w małżeństwie, nie była natomiast podnoszona przez Komitet w pytaniach dodatkowych ani w trakcie spotkania 6 listopada 2009 roku. Nie jest zatem wiadome Rządowi polskiemu, na jakich podstawach Komitet oparł stwierdzenie, że czyny takie nie są w Polsce zabronione. Należy wyrazić zaniepokojenie, że tak poważny zarzut nie został przedstawiony na spotkaniu 6 listopada 2009 roku, a opinia Komitetu została sformułowana dopiero w konkluzjach, bez umożliwienia rządowi polskiemu uprzedniego zapoznania się i udzielenia stosownych wyjaśnień.

Celem wyjaśnienia tej kwestii Rząd przedstawia Komitetowi przepisy Kodeksu karnego dotyczące przestępstw zgwałcenia:

„Art. 197. § 1. Kto przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do obcowania płciowego, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

§ 2. Jeżeli sprawca, w sposób określony w § 1, doprowadza inną osobę do poddania się innej czynności seksualnej albo wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 3. Jeżeli sprawca dopuszcza się zgwałcenia wspólnie z inną osobą, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.

§ 4. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1-3 działa ze szczególnym okrucieństwem, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 5.

Art. 198. Kto, wykorzystując bezradność innej osoby lub wynikający z upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej brak zdolności tej osoby do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, doprowadza ją do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Art. 199. § 1. Kto, przez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystanie krytycznego położenia, doprowadza inną osobę do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 został popełniony na szkodę małoletniego, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 3. Karze określonej w § 2 podlega, kto doprowadza małoletniego do obcowania płciowego lub poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, nadużywając zaufania lub udzielając mu korzyści majątkowej lub osobistej, albo jej obietnicy.”

Dane statystyczne dotyczące prawomocnych skazań osób dorosłych potwierdzają, że obowiązują przepisy penalizujące gwałt i przepisy te są stosowane.

Rodzaje przestępstw	2005	2006	2007	2008
Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, ogółem	2,315	2,032	1,851	2,259
W tym:				
Art.197 §1 kk	731	558	509	573
Art.197 §1 kk (pokrzywdzony małoletni)	6			
Art. 197 § 2 kk	141	144	159	154

Art.197 §2 kk (pokrzywdzony małoletni)	-	-	-	-
Art.197 §3 kk	182	152	147	143
Art.197 §3 kk w zw. z §1	47	2	-	1
Art.197 §3 kk w zw. z §2	18	-	-	-
Art.197 §4 kk	-	-	-	8
Art.198 kk	57	63	61	72
Art.198 kk (pokrzywdzony małoletni)	2		2	
Art.199 kk	15	7	3	1
Art.199 §1 kk	1	12	3	7
Art.199 §2 kk	-	-	-	6
Art.199 §3 kk	-	-	-	3

VI. Zdrowie seksualne i prokreacyjne

Rząd polski przekazał Komitetowi obszerne informacje dotyczące usług w obszarze zdrowia seksualnego i prokreacyjnego, dostępu do środków antykoncepcyjnych i usług związanych z planowaniem rodziny w V sprawozdaniu oraz w trakcie spotkania 6 listopada 2009 roku. Zawarte w konkluzjach stwierdzenia dotyczące tych zagadnień nie mają podstaw w przedstawionych wyjaśnieniach.

Zawarta w paragrafie 27 konkluzji Komitetu opinia, że w Polsce nie ma zagwarantowanych podstawowych usług w obszarze zdrowia seksualnego i prokreacyjnego, a środki antykoncepcyjne i usługi związane z planowaniem rodziny nie są zapewnione w ramach świadczeń gwarantowanych, nie jest prawdziwa. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje procedury związane z opieką nad kobietą w ciąży, w tym w ramach leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz profilaktycznych programów zdrowotnych. Realizowane są programy polityki zdrowotnej państwa w zakresie planowania rodziny i świadomego macierzyństwa. Bardzo wiele uwagi poświęca się zagadnieniom związanym z zapobieganiem zakażeniom HIV/AIDS oraz opiece nad kobietą ciężarną i dzieckiem zakażonymi wirusem HIV i chorymi na AIDS.

U kobiet o podwyższonym ryzyku wystąpienia choroby lub wady, wykonywane są badania prenatalne, zgodnie z obowiązującymi w genetyce klinicznej wskazaniem. Ich zakres został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których badania te są przeprowadzane. Narodowy Fundusz Zdrowia od 2005 roku finansuje program badań prenatalnych kobiet, u których stwierdzono co najmniej jedno z następujących kryteriów: wiek matki powyżej 35 lat, wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowych płodu lub dziecka, stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka, stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową, stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Zgodnie z artykułem 2 ustawy z 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są zobowiązane zapewnić obywatelom swobodny dostęp do metod i środków służących dla świadomej prokreacji. Zgodnie z rekomendacjami w sprawie antykoncepcji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dostępne są następujące sposoby regulacji płodności: metody okresowej abstynencji seksualnej (metody naturalne), środki prenikobójcze, prezerwatywy, wkładki wewnątrzmaciczne, w tym wkładki uwalniające

wewnątrzmacicznie progesteron, jedno lub dwuskładnikowe preparaty hormonalne w postaci tabletek doustnych, plastrów przezskórnych, wstrzyknięć.

Odnosząc się do paragrafu 28 konkluzji, w którym stwierdzono, że kobiety często („alarmująca liczba”) uciekają się do nielegalnych, wykonywanych skrycie aborcji z powodu odmowy wykonania legalnego zabiegu przez lekarza ginekologa, który powołuje się na „klauzulę sumienia”, należy wyjaśnić, że praktycznie nie istnieje możliwość zaistnienia takiej sytuacji. Zgodnie z artykułem 39, w związku z artykułem 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 1996 roku lekarz ma prawo powołać się na „klauzulę sumienia” z wyjątkiem sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. W razie skorzystania z klauzuli sumienia lekarz ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Nie można zgodzić się z zawartą w paragrafie 31 konkluzji informacją, jakoby w Polsce nie istniał program edukacyjny skierowany do młodzieży szkolnej i dotyczący tematyki zdrowia seksualnego i prokreacyjnego. Stosownie do artykułu 4 ustęp 1 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, minister właściwy do spraw oświaty i wychowania zapewnił warunki przekazywania w szkołach wiedzy o życiu seksualnym człowieka, zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji.

Realizacja zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” jest obowiązkowym zadaniem wszystkich typów szkół. Sposób nauczania szkolnego w tym zakresie reguluje rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 12 sierpnia 1999 roku w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego.

Program zajęć „Wychowanie do życia w rodzinie” zostały określony w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 26 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. Program uwzględnia wytyczne i zobowiązania wynikające z Konwencji o prawach dziecka, Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS. W 2008 roku została opracowana nowa podstawa programowa wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego, której realizację zaplanowano w klasie I szkoły podstawowej oraz w klasie I gimnazjum od roku szkolnego 2009/2010, a od roku szkolnego 2012/2013 w klasach IV szkoły podstawowej oraz w szkołach ponadgimnazjalnych (rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół).

Przekazywana wiedza o życiu seksualnym, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji pozwolą uczniom poznać i zrozumieć złożoność problematyki w aspekcie naukowym, społecznym, kulturowym i etycznym. Nauczanie w tym zakresie odbywa się również w przedmiotach: przyroda, biologia, wychowanie fizyczne i etyka. Duży nacisk został położony na edukację prozdrowotną.

Zawarte w paragrafie 29 konkluzji stwierdzenie, że spadek nakładów na opiekę zdrowotną ma charakter stały i negatywnie odbija się na realizacji prawa do zdrowia należy stwierdzić, że stwierdzenie nie ma pokrycia w dostępnych danych statystycznych. W latach 1998-2009 nakłady publiczne na ochronę zdrowia wzrosły ponad dwu i półkrotnie.

	Nakłady łącznie, w mln zł	%	Wydatki na 1 osobę	%
1998	23.203,8	100	600,09	100
1999	26.183,2	112,84	677,38	112,88
2000	28.567,97	123,12	739,26	123,19
2001	32.075,97	138,23	830,27	138,36
2002	33.298,02	143,5	870,99	145,14
2003	33.224,2	143,18	869,93	144,97
2004	36.158,8	155,83	947,55	157,9
2005	39.286,38	169,31	1.030,51	171,72
2006	42.974,21	185,2	1.128,38	188,03
2007	49.954,8	215,29	1.310,61	218,4
2008	59.439,8	256,16	1.559,8	259,93
2009	63.233,3	272,51	1.659,64	276,56

Twierdzenie, że postępująca komercjalizacja na rynku usług medycznych negatywnie wpływa na dostępność usług medycznych jest nieuzasadnione, ponieważ zdecydowana większość niepublicznych placówek świadczy usługi bezpłatnie, w ramach kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wzrost konkurencji na rynku usług medycznych zmusza kierowników publicznych placówek opieki zdrowotnej do poprawy ich zarządzania, w efekcie na poprawę ich funkcjonowania, sytuacji finansowej, jakości i dostępności świadczeń medycznych.

Odnosnie paragrafu 30 należy stwierdzić, że nie odpowiada prawdzie stwierdzenie, że osoby żyjące z HIV/AIDS mają ograniczony dostęp do leczenia antyretrowirusowego i opieki medycznej. Programem leczenia ARV objęte są wszystkie osoby HIV/AIDS spełniające kryteria medyczne. Leczeniem antyretrowirusowym objętych jest ponad 4.300 pacjentów, w tym 135 dzieci. Zgodnie z badaniem przeprowadzonym przez Światową Organizację Zdrowia w roku 2006 stanowi to jeden z wyższych wskaźników europejskich. Polska była jednym z pierwszych krajów, które wprowadziły leczenie antyretrowirusowe dla pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS niezwłocznie po udowodnieniu jego skuteczności (1996). Bezpłatne leczenie ARV jest prowadzone nieprzerwanie od 2001 roku, w ramach programu polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”. Zakończyła się realizacja programu na lata 2007-2009, przygotowany został program na lata 2010-2011. Program jest zgodny z zaleceniami i zobowiązaniami międzynarodowymi (podjętymi na szczeblu globalnym, regionalnym, w tym Deklaracją Milenijną, Deklaracją Zobowiązań, protokołami Światowej Organizacji Zdrowia, zaleceniami Rady Europy, prawem wspólnotowym UE, zasadą „Trzech Jedności”).

Niekwestionowanym osiągnięciem polskiego systemu opieki zdrowotnej nad osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS jest zapewnienie bezpłatnego leczenia ARV osobom osadzonym w zakładach penitencjarnych. W wielu krajach europejskich, często o znacznie wyższych wskaźnikach ekonomicznych niż Polska, problem leczenia ARV osób przebywających w zakładach penitencjarnych nie został rozwiązany. Dlatego tym bardziej należy podkreślić, że stwierdzenie o bardzo ograniczonym dostępie więźniów do leczenia ARV jest dalece krzywdzące.

Programem leczenia antyretrowirusowego objęte są kobiety ciężarne zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV. Dzięki zastosowaniu profilaktyki antyretrowirusowej, odsetek zakażeń HIV w grupie noworodków zmniejszył się z 23% przed rokiem 1989 do 1% obecnie.

oraz leczeniem ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, program obejmuje postępowanie poekspozycyjne po narażeniu na zakażenie HIV w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych i po ekspozycjach pozazawodowych wypadkowych. Dzięki zastosowaniu leków ARV w celach profilaktycznych dotychczas nie zarejestrowano żadnego przypadku zakażenia HIV po zawodowym lub pozazawodowym wypadkowym narażeniu na zakażenie.

W związku z zawartymi w paragrafie 24 stwierdzeniami dotyczącymi wzrostu zapadalności na choroby psychiczne oraz dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej należy stwierdzić, że dostępne dane wskazują, że wzrost liczby pacjentek pierwszorazowych ze wsi wynika przede wszystkim ze zmiany świadomości u chorych oraz z większej dostępności świadczeń. Szczególnie duży wzrost przyjęć, zwłaszcza kobiet mieszkających na wsi, zaobserwowano po wprowadzeniu nowego systemu finansowania ochrony zdrowia w roku 1999. Zmiany te spowodowały zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń między kobietami ze wsi i z miasta. Od roku 2003 liczba kobiet objętych stacjonarnym leczeniem psychiatrycznym jest już względnie stabilna (około 75 tysięcy), liczba pacjentek ze wsi waha się w granicach 22 – 23 tysiące, a zapadalność rejestrowana wśród kobiet mieszkających na wsi utrzymuje się na tym samym poziomie (nieco ponad 8 tysięcy). Zapadalność rejestrowana wśród kobiet ze wsi jest o 25% mniejsza w porównaniu z kobietami z miasta.

Od lat dziewięćdziesiątych dostępność świadczeń ambulatoryjnych istotnie wzrosła. Liczba poradni zdrowia psychicznego zwiększyła się z 683 w roku 1995 do 1.218 w roku 2007. Postępuje restrukturyzacja opieki - maleje liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych, rośnie zaś w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, co „przybliża” świadczenia do pacjenta i ogranicza stygmatyzację. W latach 1995-2007 liczba placówek stacjonarnych zwiększyła się 159 do 279.