



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

Czy UE może finansować aborcję? O bezprawności postulatów inicjatywy „My Voice, My Choice”

- Europejska inicjatywa obywatelska nie jest instrumentem inicjatywy ustawodawczej sensu stricto – Komisja nie jest związana jej treścią i nie ma obowiązku przedstawienia projektu aktu prawnego; może zatem odmówić działań, gdy inicjatywa wykracza poza zakres jej kompetencji.
- Postulowany mechanizm finansowy (finansowanie podróży, zakwaterowania i samej aborcji w innych państwach członkowskich) dotyczy materii zastrzeżonej dla państw członkowskich.
- Kompetencje UE nie pozwalają na harmonizację ani na jakiegokolwiek działania (także finansowe) kształtujące materialny zakres świadczeń medycznych lub wpływające na krajowe decyzje bioetyczne.
- Zasada przyznania kompetencji wyklucza domniemanie kompetencji poprzez rozszerzającą wykładnię funkcjonalno-teleologiczną; ani art. 9 TFUE, art. 8 TFUE, ani Karta praw podstawowych nie stanowią samodzielnej podstawy do tworzenia nowych instrumentów finansowych w obszarze tak wrażliwym aksjologicznie jak aborcja.
- Orzecznictwo TSUE potwierdza prawo państw członkowskich do ograniczania aborcji ze względu na fundamentalne wartości konstytucyjne – Unia nie może pośrednio unifikować standardów moralnych ani podważać krajowych regulacji poprzez instrumenty finansowe.
- Wykorzystanie istniejących programów (EU4Health, ESF+) do realizacji celów inicjatywy wywołałoby efekt regulacyjny, de facto kompensując krajowe ograniczenia konstytucyjne i naruszając autonomię państw członkowskich.

Spis treści

1. Uwagi ogólne na temat europejskiej inicjatywy obywatelskiej	2
2. Europejska inicjatywa obywatelska „My Voice, My Choice” – zakres i postulaty.....	4
2.1 Podstawa prawna postulowanych działań	5
3. Kompetencje Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego	6



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

3.1 Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej	8
3.2 Wykorzystanie instrumentów finansowych Unii Europejskiej	9
4. Odwołania do prawa międzynarodowego	11
Wnioski	13

1. Uwagi ogólne na temat europejskiej inicjatywy obywatelskiej

Europejska inicjatywa obywatelska (EIO) stanowi instrument demokracji partycypacyjnej przewidziany w prawie Unii Europejskiej, umożliwiający obywatelom wystąpienie do Komisji Europejskiej z wnioskiem o przedstawienie projektu aktu prawnego w obszarach objętych kompetencjami legislacyjnymi Unii Europejskiej. Jej podstawę prawną stanowi art. 11 ust. 4 Traktatu o Unii Europejskiej oraz rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/788 z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie europejskiej inicjatywy obywatelskiej¹. Inicjatywa musi dotyczyć sprawy, w odniesieniu do której Komisja posiada kompetencję do przedłożenia wniosku dotyczącego aktu prawnego Unii². Komisja nie jest związana treścią inicjatywy i nie ma obowiązku przedstawienia projektu aktu prawnego. EIO nie stanowi instrumentu inicjatywy ustawodawczej sensu stricto, lecz jedynie mechanizm politycznego wpływu obywateli na agendę instytucji unijnych.

Procedura przebiega następująco:

1) Zgłoszenie wniosku przez minimum 7 obywateli Unii, pochodzących z co najmniej 7 różnych państw członkowskich o rejestrację inicjatywy przez Komisję Europejską³.

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/788 z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie europejskiej inicjatywy obywatelskiej, Dz.U. UE L 130 z 17.05.2019, s. 55; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/pl/ALL/?uri=CELEX:32019R0788>, dostęp: 7.04.2026 r.; zob. także art. 11 ust. 4 Traktatu o Unii Europejskiej, Dz.U. UE C 202 z 7.06.2016, https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9e8d52e1-2c70-11e6-b497-01aa75ed71a1.0018.01/DOC_3&format=PDF.

² Ibidem, Art. 6 ust. 1 lit. b rozporządzenia (UE) 2019/788.

³ Ibidem, Art. 5 ust. 1–3 rozporządzenia (UE) 2019/788.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

2) Wstępna ocena formalna wniosku o rejestrację inicjatywy. Komisja może odmówić rejestracji, jeżeli: inicjatywa wykracza w sposób oczywisty poza zakres kompetencji Komisji⁴, jest oczywiście bezzasadna, poważnie nadużywająca lub sprzeczna z wartościami Unii⁵.

3) Po rejestracji inicjatywy jej organizatorzy mają 12 miesięcy na zebranie co najmniej 1 mln podpisów obywateli Unii, przy czym podpisy te muszą pochodzić z co najmniej ¼ państw członkowskich⁶.

4) Po spełnieniu wymogów formalnych, obejmujących w szczególności zebranie co najmniej miliona deklaracji poparcia od obywateli Unii pochodzących z państw członkowskich, a następnie ich weryfikację i poświadczenie przez właściwe organy krajowe, zgodnie z procedurą określoną w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/788 z dnia 17 kwietnia 2019 r., inicjatywa obywatelska jest przedkładana Komisji Europejskiej, która podejmuje decyzję co do dalszych działań⁷.

5) Organizatorzy mają prawo do przedstawienia inicjatywy podczas spotkania z Komisją oraz do udziału w publicznym wysłuchaniu w Parlamencie Europejskim⁸.

6) Decyzja Komisji: po przedłożeniu inicjatywy obywatelskiej Komisji Europejskiej, instytucja ta dokonuje jej analizy pod względem prawnym i politycznym, w tym oceny zgodności z prawem Unii oraz zakresu swoich kompetencji. Na tym etapie organizowane jest również spotkanie z organizatorami inicjatywy oraz wysłuchanie publiczne w Parlamencie Europejskim. Następnie, w terminie określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/788 z dnia 17 kwietnia 2019 r., Komisja przyjmuje komunikat, w którym przedstawia swoje stanowisko, wskazując, czy zamierza podjąć działania, w szczególności poprzez przedstawienie wniosku legislacyjnego, czy też odmawia podjęcia takich działań, uzasadniając swoją decyzję⁹.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami Komisja Europejska analizuje inicjatywę i przedstawia swoje stanowisko w formie komunikatu, wskazując ewentualne działania, jakie zamierza podjąć¹⁰.

⁴ Ibidem, Art. 6 ust. 3 lit. c rozporządzenia (UE) 2019/788.

⁵ Ibidem, Art. 6 ust. 3 lit. d–e rozporządzenia (UE) 2019/788.

⁶ Ibidem, Art. 8 ust. 1 oraz art. 9 ust. 1 rozporządzenia (UE) 2019/788.

⁷ Ibidem, Art. 12 rozporządzenia (UE) 2019/788.

⁸ Ibidem, Art. 14 rozporządzenia (UE) 2019/788.

⁹ Ibidem, Art. 15 rozporządzenia (UE) 2019/788.

¹⁰ Ibidem, Art. 15 ust. 2–3 rozporządzenia (UE) 2019/788.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

2. Europejska inicjatywa obywatelska „My Voice, My Choice” – zakres i postulaty

Europejska inicjatywa obywatelska „My Voice, My Choice: For Safe and Accessible Abortion” została zarejestrowana przez Komisję Europejską w 2024 r., a następnie – po zebraniu wymaganej liczby miliona podpisów, w tym przypadku ponad 1,1 mln (dokładnie 1 124 513 zweryfikowanych deklaracji poparcia) – przedłożona Komisji do rozpatrzenia¹¹.

Organizatorzy inicjatywy postulowali: „(...) Domagamy się, aby UE uchwaliła przepisy, które stworzyłyby mechanizm finansowy pomagający państwom członkowskim dobrowolnie przystępującym do tej inicjatywy w zapewnieniu bezpiecznej opieki aborcyjnej wszystkim osobom, które nie mają do niej dostępu¹².” Zgodnie z założeniami inicjatywy mechanizm ten miałby: finansować koszty podróży i zakwaterowania osób udających się do innych państw członkowskich w celu przeprowadzenia zabiegu aborcyjnego, pokrywać koszty samej aborcji oraz funkcjonować w ramach istniejących instrumentów finansowych Unii lub jako nowy fundusz celowy¹³. Proponowane rozwiązanie miałoby zatem charakter transgraniczny i prowadziło do faktycznego umożliwienia korzystania z „usług” aborcyjnych poza państwem miejsca zamieszkania.

Jednocześnie inicjatywa nie przesądzała jednoznacznie formy prawnej, w jakiej postulowany mechanizm miałby zostać ustanowiony. Z jej założeń wynikało jednak, że jego realizacja wymagałaby przyjęcia aktu prawa pochodnego Unii Europejskiej ustanawiającego instrument finansowy, najprawdopodobniej w ramach środków wspierających w dziedzinie zdrowia publicznego, o których mowa w art. 168 TFUE.

Inicjatywa nie określa również wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację zakładanego celu. Wskazuje natomiast, że mechanizm mógłby funkcjonować w ramach istniejących instrumentów Unii, takich jak programy w obszarze zdrowia publicznego (np. EU4Health), lub przybrać formę nowego instrumentu finansowego.

¹¹ Komisja Europejska, Komunikat Komisji w sprawie europejskiej inicjatywy obywatelskiej (EIC) „My Voice, My Choice: za bezpieczną i dostępną aborcją”, (C/2026/1383), <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:52026XC01383>, dostęp: 7.04.2026 r.

¹² „My Voice, My Choice”, (b.d.). *Our demands*. <https://www.myvoice-mychoice.org/our-demands>, dostęp: 7 kwietnia 2026 r.

¹³ Europejski Parlament, Służba Badań Parlamentarnych (EPRS). (2025, grudzień). *Europejska inicjatywa obywatelska „My Voice, My Choice: Za bezpieczną i dostępną aborcją”* (PE 779.248). [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2025/779248/EPRS_ATA\(2025\)779248_PL.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2025/779248/EPRS_ATA(2025)779248_PL.pdf), dostęp: 7 kwietnia 2026 r.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

Z przedstawionych założeń wynikało ponadto, że udział państw członkowskich w mechanizmie miałyby charakter dobrowolny („opt-in”, tj. obejmowałyby wyłącznie państwa członkowskie, które zdecydowałyby się do niego przystąpić), co ma zapewnić poszanowanie ich kompetencji w zakresie organizacji systemów ochrony zdrowia. Nie można jednak wykluczyć, że w przypadku finansowania z budżetu ogólnego Unii koszty tego mechanizmu byłyby pośrednio współponoszone przez wszystkie państwa członkowskie¹⁴.

2.1 Podstawa prawna postulowanych działań

Organizatorzy inicjatywy wskazują, że działania takie mogłyby zostać oparte na kompetencjach Unii w zakresie zdrowia publicznego (art. 9 TFUE, art. 168 ust. 1 i 5 TFUE, art. 3 ust. 1 i 3 TUE, art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej) oraz polityki społecznej (art. 2, art. 3 ust. 3 TUE, art. 8 TFUE), przy uwzględnieniu horyzontalnego obowiązku zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia we wszystkich politykach i działaniach Unii (art. 9 TFUE), a także zasady równości kobiet i mężczyzn oraz eliminacji nierówności (art. 8 TFUE)¹⁵. Wskazują również na możliwość wykorzystania istniejących instrumentów finansowych, takich jak program EU4Health oraz Europejski Fundusz Społeczny Plus¹⁶.

Komisja Europejska w swoim komunikacie przyjmuje częściowo zbieżne stanowisko, uznając, że choć regulacja dostępu do aborcji jako takiego pozostaje poza kompetencjami Unii, to **możliwe jest podejmowanie działań wspierających** w ramach istniejących programów finansowych UE oraz kierunków polityki, podkreślając jednocześnie: „(...) W tym kontekście należy zauważyć, że decyzja państwa członkowskiego o tym, czy zalegalizować aborcję i na jakich warunkach, w pełni wchodzi w zakres jego swobody w zakresie organizacji opieki zdrowotnej, a tym samym w zakres obszarów, które pozostają w gestii państw członkowskich, jak określono w art. 168 ust. 7 TFUE. Dlatego też działania UE, które miałyby wpływ na decyzję państwa członkowskiego o tym, czy i na jakich warunkach zezwolić na aborcję, są w związku z tym wykluczone (...)”¹⁷.

¹⁴ European Citizens’ Initiative, „Details of initiative 2024/000004”, https://citizens-initiative.europa.eu/initiatives/details/2024/000004_en, (dostęp: 10.04.2026).

¹⁵ Ibidem, *Legal Addendum*. „Legal basis”.

¹⁶ Komisja Europejska *Decyzja wykonawcza Komisji (UE) 2024/1158 z dnia 10 kwietnia 2024 r. dotycząca wniosku o rejestrację europejskiej inicjatywy obywatelskiej pt. „My Voice, My Choice”* (32024D1158). EUR-Lex. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:32024D1158>, dostęp: 7 kwietnia 2026 r.

¹⁷ Komisja Europejska, Komunikat Komisji w sprawie europejskiej inicjatywy obywatelskiej (EIC) „My Voice, My Choice: za bezpieczną i dostępną aborcją”, (C/2026/1383), pkt. Komunikatu: 2.2. Unijne ramy prawne i kontekst



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

W konsekwencji, ze względu na brak kompetencji, Komisja nie zaproponowała nowego aktu prawnego ani instrumentu ukierunkowanego na realizację celu inicjatywy, lecz ograniczyła się do wskazania możliwości wykorzystania istniejących programów finansowych w sposób neutralny, tj. teoretycznie bez ingerencji w krajowe wybory bioetyczne i bez tworzenia mechanizmu realizującego jednolity cel materialny na poziomie unijnym.

3. Kompetencje Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego

Kluczowe znaczenie dla oceny propozycji zawartych w komunikacie Komisji Europejskiej ma zakres kompetencji Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego. Zakres ten wyznacza bowiem granice dopuszczalnej ingerencji instytucji unijnych w materię związane z organizacją systemów ochrony zdrowia oraz regulacją procedur medycznych w państwach członkowskich.

Organizatorzy inicjatywy odwołują się w tym zakresie do szeregu przepisów prawa pierwotnego, wskazując w szczególności na art. 9 TFUE, ustanawiający horyzontalny obowiązek uwzględniania ochrony zdrowia przy definiowaniu i realizacji wszystkich polityk i działań Unii, oraz na art. 168 TFUE, który nakłada na Unię obowiązek zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia oraz przewiduje działania o charakterze wspierającym, koordynującym i uzupełniającym, w tym możliwość przyjmowania tzw. środków zachęcających (*incentive measures*) w zakresie ochrony i poprawy zdrowia publicznego. W argumentacji inicjatorów istotne znaczenie przypisuje się również art. 8 TFUE, statuującemu zasadę eliminacji nierówności oraz promowania równości kobiet i mężczyzn we wszystkich działaniach Unii, a także przepisom Karty praw podstawowych UE, w szczególności art. 1 (godność człowieka), art. 3 (prawo do integralności fizycznej i psychicznej) oraz art. 21 (zakaz dyskryminacji), które mają uzasadniać tezę o konieczności zapewnienia rzeczywistego dostępu do świadczeń w zakresie tzw. zdrowia reprodukcyjnego, które w zamyśle inicjatorów miałyby obejmować również możliwość dokonania aborcji, jako elementu realizacji praw podstawowych.

Taka konstrukcja argumentacyjna ma jednak charakter przede wszystkim funkcjonalno-teleologiczny i **nie przesądza o istnieniu kompetencji Unii do finansowania lub organizowania**

polityczny, *Ramy prawne*, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:52026XC01383>, dostęp: 7.04.2026 r.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

dostępu do określonych procedur medycznych w państwach członkowskich. Zgodnie z art. 168 ust. 7 TFUE zasadnicza odpowiedzialność za określanie polityki zdrowotnej oraz organizację i finansowanie systemów ochrony zdrowia pozostaje w kompetencji państw członkowskich, co oznacza, że kompetencje Unii w tym obszarze mają charakter uzupełniający i nie mogą prowadzić do harmonizacji krajowych regulacji dotyczących świadczeń medycznych. Również art. 9 TFUE oraz art. 8 TFUE mają charakter klauzul przekrojowych, które wzmacniają wymóg uwzględniania kwestii zdrowotnych i równościowych w politykach unijnych, nie stanowią jednak samoistnej podstawy kompetencyjnej do tworzenia nowych obowiązków finansowych w zakresie świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji, choć powoływany przez organizatorów zestaw norm traktatowych i praw podstawowych może wspierać argumentację aksjologiczną na rzecz zwiększenia dostępności świadczeń zdrowotnych, do których zaliczają także aborcję, **to nie znosi on ograniczeń wynikających z wyraźnego podziału kompetencji pomiędzy Unię a państwa członkowskie w obszarze ochrony zdrowia.**

Ponadto, w doktrynie podkreśla się, że art. 168 TFUE stanowi wyraz kompromisu pomiędzy państwami członkowskimi, które sprzeciwiały się przekazaniu Unii szerokich kompetencji w dziedzinie zdrowia, a tymi, które opowiadały się za ich rozszerzeniem. W efekcie przyjęto model ograniczonej kompetencji, skoncentrowanej na zdrowiu publicznym w znaczeniu zbiorowym (*public health*), a nie na świadczeniu usług zdrowotnych na poziomie indywidualnym¹⁸. Oznacza to, że kompetencje Unii dotyczą przede wszystkim takich obszarów jak zapobieganie chorobom, promocja zdrowia, badania naukowe, wymiana informacji czy przeciwdziałanie zagrożeniom epidemiologicznym, natomiast nie obejmują organizacji systemów opieki zdrowotnej ani określania zakresu świadczeń medycznych dostępnych dla obywateli¹⁹.

Kluczowe znaczenie ma w tym kontekście art. 168 ust. 7 TFUE, który jednoznacznie stanowi, że **odpowiedzialność za określanie polityki zdrowotnej oraz organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej spoczywa na państwach członkowskich.** Obejmuje to również zarządzanie systemami opieki zdrowotnej oraz alokację środków finansowych przeznaczonych na te cele²⁰.

W literaturze wskazuje się, że przepis ten pełni funkcję gwarancyjną, zabezpieczając autonomię państw członkowskich w obszarach szczególnie wrażliwych z punktu widzenia aksjologicznego,

¹⁸ T. Hervey, J. McHale, *Health law and the European Union*, Cambridge University Press 2004, s. 74–75.

¹⁹ R. Geiger, D.-E. Khan, M. Kotzur (red.), *TEU and TFEU. Commentary*, München 2015, komentarz do art. 168 TFUE, nb. III-IV, s. 680-681.

²⁰ *Ibidem*, s.677.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

społecznego i konstytucyjnego. Dotyczy to w szczególności zagadnień związanych z początkiem i końcem życia ludzkiego, w tym regulacji dotyczących dopuszczalności aborcji²¹.

3.1 Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej

Istotne znaczenie dla oceny zakresu kompetencji Unii ma również orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, w szczególności wyrok w sprawie *Grogan* (C-159/90). W sprawie tej Trybunał potwierdził, że „świadczona przez państwa aborcja” mogą stanowić „usługę” w rozumieniu prawa unijnego, jednak jednocześnie **nie podważył prawa państw członkowskich do ograniczania takich „usług” ze względu na fundamentalne wartości konstytucyjne**²². Stanowi to wyraźne potwierdzenie, że prawo Unii nie jest instrumentem służącym unifikacji rozstrzygnięć moralnych w tak wrażliwych obszarach jak regulacja aborcji.

Co szczególnie istotne, w literaturze przedmiotu podkreśla się, że Trybunał w tej sprawie **odmówił zastąpienia własną oceną moralną oceny przyjętej przez państwo członkowskie**, uznając tym samym, że kwestie o charakterze etycznym pozostają w gestii państw narodowych²³. Jak wskazują S. O’Leary oraz S. Iglesias Sánchez²⁴, w sprawie *Grogan* Trybunał nie dokonał własnej oceny dopuszczalności aborcji, lecz ograniczył się do uznania, że w określonych warunkach może ona stanowić usługę w rozumieniu prawa Unii, jednocześnie wyraźnie oddzielając tę kwalifikację od jakiegokolwiek ingerencji w krajową ocenę etyczną tej procedury.

Kluczowe znaczenie ma przy tym fakt, że Trybunał nie podjął próby harmonizacji ani pośredniego ujednoczenia standardu moralnego w zakresie dopuszczalności aborcji, lecz zaakceptował istnienie trwałych różnic aksjologicznych pomiędzy państwami członkowskimi.

W konsekwencji rozstrzygnięcie to jest w literaturze interpretowane jako **potwierdzenie, że kwestie o charakterze etycznym (zwłaszcza należące do obszaru bioetyki i ochrony życia),**

²¹ Por. szerzej: T. Herbey, J. McHale, *Health law...*, s. 150 i n.

²² Wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 4 października 1991 r. w sprawie C-159/90 *Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd v Grogan* [1991] ECR I-4685, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:61990CJ0159>, dostęp: 7.04.2026 r.

²³ S. O’Leary, S. Iglesias Sánchez, w: P. Craig, G. de Búrca (red.), *The Evolution of EU Law*, Oxford 2021, s. 534-535.

²⁴ *Ibidem*, str. 534.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

pozostają w zasadniczym zakresie w gestii państw członkowskich, które zachowują kompetencję do ich regulowania zgodnie z własnymi tradycjami konstytucyjnymi i społecznymi.

Orzecznictwo to wpisuje się w szerszy kontekst sporów kompetencyjnych pomiędzy Unią a państwami członkowskimi w dziedzinie zdrowia, które – jak wskazuje doktryna – często przybierają postać napięcia pomiędzy zasadami jednolitego rynku a krajowymi regulacjami opartymi na wartościach konstytucyjnych²⁵.

3.2 Wykorzystanie instrumentów finansowych Unii Europejskiej

Komisja Europejska w analizowanym komunikacie przyznaje, że Unia nie posiada kompetencji do harmonizacji przepisów dotyczących aborcji. Jednocześnie wskazuje jednak na możliwość wykorzystania instrumentów finansowych Unii – takich jak programy zdrowotne czy fundusze strukturalne – w celu wspierania dostępu do „usług” w zakresie tzw. zdrowia reprodukcyjnego²⁶. Komisja odwołuje się w szczególności do takich instrumentów jak Europejski Fundusz Społeczny Plus (ESF+) oraz program EU4Health, podkreślając, że środki te mogą być wykorzystywane do poprawy dostępu do usług zdrowotnych oraz wspierania polityki zdrowotnej państw członkowskich²⁷.

Taka interpretacja budzi poważne wątpliwości z punktu widzenia zasady kompetencji powierzonych (art. 5 ust. 1 – 2 TUE). Zgodnie z tą zasadą Unia Europejska może działać wyłącznie w granicach kompetencji wyraźnie przyznanych jej przez państwa członkowskie w traktatach, natomiast wszelkie kompetencje nieprzyznane pozostają przy państwach członkowskich. Oznacza to, że zarówno istnienie kompetencji UE, jak i ich zakres muszą wynikać wprost z postanowień traktatowych, a nie z ich rozszerzającej lub celowościowej wykładni prowadzącej do tworzenia nowych obszarów działania Unii w sposób dorozumiany.

²⁵ T. Hervey, J. McHale *Health law...*, s. 153.

²⁶ Komisja Europejska, Komunikat Komisji w sprawie europejskiej inicjatywy obywatelskiej (EIC) „My Voice, My Choice: za bezpieczną i dostępną aborcją”, (C/2026/1383), pkt. Komunikatu: 2.2. Unijne ramy prawne i kontekst polityczny, *Ramy prawne*, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:52026XC01383>, dostęp: 7.04.2026 r.

²⁷ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (ESF+), Dz.U. UE L 231 z 30.06.2021, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/ALL/?uri=CELEX%3A32021R1057>; Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. ustanawiające program działań Unii w dziedzinie zdrowia (EU4Health), Dz.U. UE L 107 z 26.03.2021, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/ALL/?uri=CELEX:32021R0522>.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

W doktrynie podkreśla się, że **zasada przyznania pełni funkcję „negatywnej granicy” integracji, wykluczając możliwość domniemywania kompetencji w obszarach, które nie zostały wyraźnie objęte traktatami**, nawet jeśli takie działania mogłyby realizować ogólne cele UE²⁸.

W konsekwencji zasada ta stanowi istotne ograniczenie dla prób wywodzenia kompetencji Unii do finansowania określonych świadczeń medycznych, w tym aborcji, z ogólnych postanowień traktatowych dotyczących np. ochrony zdrowia publicznego, równości czy praw podstawowych. Tym samym nie jest dopuszczalne takie odczytanie prawa pierwotnego, które prowadziłyby do obejścia ograniczeń kompetencyjnych poprzez uznanie, że finansowanie procedur o silnym wymiarze etycznym mieści się w ramach ogólnych celów Unii.

Jednocześnie należy podkreślić, że przyjęcie odmiennego stanowiska rodziłoby istotny problem systemowy: brak jasnych granic między kompetencjami Unii a kompetencjami państw członkowskich. W praktyce oznaczałoby to możliwość stopniowego rozszerzania zakresu działania UE w drodze wykładni funkcjonalnej, co osłabiałoby gwarancyjny charakter zasady przyznania. Co szczególnie istotne, prowadziłyby to do sytuacji, w której te same normy traktatowe mogłyby być interpretowane jako podstawa zarówno dla działania Unii (np. finansowania określonych procedur medycznych), jak i dla jego zakwestionowania przez państwa członkowskie, które zachowują kompetencje w zakresie kształtowania standardów etycznych i organizacji systemów zdrowia. Taka niejednoznaczność rodziłaby ryzyko napięć kompetencyjnych oraz podważenia pewności prawa.

Jak wskazuje się w literaturze, rozwój praw i polityki UE w obszarze zdrowia, prowadzony „z różnymi stopniami widoczności”, może mieć konsekwencje dla praw podstawowych i – w związku z tym – **stawiać pod znakiem zapytania legitymizację czy nawet konstytucyjność roli Unii**²⁹.

W szczególności należy zwrócić uwagę, że finansowanie określonych procedur medycznych przez Unię może prowadzić do faktycznej ingerencji w krajowe systemy ochrony zdrowia, a tym samym naruszać kompetencje zastrzeżone dla państw członkowskich. W sytuacji, gdy państwo decyduje się ograniczyć dostęp do określonych świadczeń z przyczyn konstytucyjnych lub aksjologicznych, ich finansowanie ze środków unijnych może prowadzić do podważenia skuteczności tych regulacji.

²⁸ P. Craig “Competence and Member State Autonomy: Causality, Consequence and Legitimacy”, *Yearbook of European Law* 2011, Vol. 30(1), s. 9-14.

²⁹ A. de Ruijter, *EU Health Law & Policy: The Expansion of EU Power in Public Health and Health Care*, Oxford University Press, 2016, s. 9–10.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

Kompetencja Unii w obszarze zdrowia publicznego ma charakter przede wszystkim wspierający, koordynacyjny i uzupełniający, co oznacza brak uprawnienia do harmonizacji regulacji krajowych oraz do kształtowania materialnego zakresu świadczeń zdrowotnych. Mechanizmy finansowe mogą jednak wywoływać efekt faktycznego oddziaływania regulacyjnego (*regulatory effect*), polegający na stymulowaniu wykonywania określonych procedur medycznych niezależnie od krajowych ograniczeń wynikających z uwarunkowań konstytucyjnych, etycznych lub aksjologicznych.

Dochodzi wówczas do napięcia pomiędzy formalnym zachowaniem kompetencji państw w zakresie organizacji systemu ochrony zdrowia a rzeczywistym wpływem instrumentów unijnych na dostępność świadczeń medycznych. W takim układzie można mówić o swoistej kompensacji regulacyjnej, w ramach której krajowe ograniczenia tracą część swojej efektywności poprzez zapewnienie alternatywnego źródła finansowania na poziomie UE.

W konsekwencji należy uznać, że choć Unia Europejska może podejmować działania wspierające w dziedzinie zdrowia publicznego, to nie jest uprawniona do kształtowania – **ani bezpośrednio, ani pośrednio** – polityki państw członkowskich w zakresie dopuszczalności określonych procedur medycznych, w tym aborcji. Próby wykorzystania instrumentów finansowych w tym celu należy ocenić jako wykraczające poza zakres kompetencji przyznanych Unii w traktatach.

4. Odwołania do prawa międzynarodowego

W swoim komunikacie Komisja Europejska odwołuje się do szeregu dokumentów prawa międzynarodowego dotyczących praw kobiet oraz tzw. zdrowia reprodukcyjnego, wskazując je jako punkt odniesienia dla działań Unii w tym obszarze³⁰.

W szczególności przywoływane są: Deklaracja Pekińska i Platforma Działania z 1995 r. oraz Program działania Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju (ICPD) z 1994 r., które podkreślają znaczenie dostępu do opieki zdrowotnej oraz poprawy tzw. zdrowia

³⁰ Komisja Europejska, Komunikat Komisji w sprawie europejskiej inicjatywy obywatelskiej (EIC) „My Voice, My Choice: za bezpieczną i dostępną aborcją”, (C/2026/1383), pkt. Komunikatu: 2. KONTEKST, 2.1. Kontekst międzynarodowy, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:52026XC01383>, dostęp: 7.04.2026 r.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

reprodukcyjnego³¹. Komisja pomija jednak istotny fakt, że **dokumenty te nie ustanawiają międzynarodowego prawa do aborcji**. Przeciwnie, w Programie działania ICPD wyraźnie wskazano, że „**aborcja w żadnym przypadku nie powinna być promowana jako metoda planowania rodziny**”³².

Ponadto w tym samym dokumencie podkreślono, że „wszelkie środki lub zmiany odnoszące się do aborcji w ramach systemu opieki zdrowotnej mogą być określane **wyłącznie na poziomie krajowym lub lokalnym** zgodnie z krajowym procesem legislacyjnym³³”, co jednoznacznie potwierdza pozostawienie tej kwestii w kompetencji państw.

Również Deklaracja Pekińska i Platforma Działania w żadnym razie nie kreują prawa do aborcji, lecz wskazują na **potrzebę ograniczania liczby aborcji** poprzez poprawę dostępu do edukacji, opieki zdrowotnej i wsparcia społecznego³⁴.

Komisja nie odnosi się także do faktu, że wiążące traktaty międzynarodowe – takie jak Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (CEDAW) czy Konwencja o prawach osób z niepełnosprawnościami (CRPD) – nie ustanawiają obowiązku legalizacji aborcji. Postanowienia tychże konwencji koncentrują się na zapewnieniu równego dostępu do opieki zdrowotnej, nie przesądzając o dopuszczalności konkretnych procedur medycznych³⁵. Co istotne, żaden z tych dokumentów nawet nie zawiera takich terminów jak „aborcja”, „prawa reprodukcyjne”, „prawa seksualne” czy pokrewne.

³¹ Organizacja Narodów Zjednoczonych *Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD)*, Kair, 5–13 września 1994 r., A/CONF.171/13. https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf; Organizacja Narodów Zjednoczonych *Beijing Declaration and Platform for Action*, IV Światowa Konferencja w sprawie Kobiet, Pekin, 4–15 września 1995 r., A/CONF.177/20. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>.

³² Organizacja Narodów Zjednoczonych, *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Cairo 1994, pkt 8.25: „In no case should abortion be promoted as a method of family planning [...]”; „Any measures or changes related to abortion within the health system can only be determined at the national or local level according to the national legislative process”, https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf.

³³ Organizacja Narodów Zjednoczonych, *Beijing Declaration and Platform for Action*, 1995, pkt 106(k): wskazanie na konieczność redukcji liczby aborcji poprzez polityki społeczne i zdrowotne oraz wsparcie dla kobiet, <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Organizacja Narodów Zjednoczonych *Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji wobec kobiet (CEDAW)*, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ rezolucją 34/180 z dnia 18 grudnia 1979 r., art. 12. Dz.U. z 1982 r. Nr 4, poz. 24. <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>; Organizacja Narodów Zjednoczonych *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (CRPD)*, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ rezolucją 61/106 z dnia 13 grudnia 2006 r., art. 25. Dz.U. z 2012 r. poz. 1169. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

W konsekwencji powoływanie się przez Komisję na wskazane dokumenty jako podstawę dla działań zmierzających do zwiększenia dostępu do aborcji należy uznać za ich interpretację rozszerzającą, wykraczającą poza uzgodniony przez społeczność międzynarodową zakres zobowiązań państw.

Wnioski

Europejska inicjatywa obywatelska „My Voice, My Choice: For Safe and Accessible Abortion” stanowi ważny przypadek testujący granice mechanizmu demokracji partycypacyjnej w Unii Europejskiej oraz rzeczywisty zakres kompetencji instytucji unijnych w obszarze zdrowia publicznego i bioetyki. Mimo zebrania ponad 1,1 mln zweryfikowanych deklaracji poparcia, postulaty inicjatywy – zmierzające do utworzenia unijnego mechanizmu finansowego wspierającego transgraniczny dostęp do aborcji (finansowanie podróży, zakwaterowania oraz samego zabiegu) – napotykają na fundamentalne bariery kompetencyjne wynikające z traktatów unijnych. Komisja Europejska, zgodnie z art. 11 ust. 4 TUE i rozporządzeniem (UE) 2019/788, nie jest związana treścią EIO i nie ma obowiązku przedstawienia projektu aktu prawnego. W związku z tym, powinna odmówić podjęcia działań ze względu na brak kompetencji.

Kluczowe znaczenie ma art. 168 ust. 7 TFUE, który *expressis verbis* zastrzega dla państw członkowskich odpowiedzialność za określanie polityki zdrowotnej, organizację i finansowanie systemów ochrony zdrowia oraz świadczenie usług medycznych. Kompetencje Unii w tym obszarze mają wyłącznie charakter wspierający, koordynujący i uzupełniający – nie pozwalają na jakiegokolwiek działania (również finansowe), które de facto wpływałyby na materialny zakres świadczeń zdrowotnych lub podważałyby krajowe wybory aksjologiczne. Próba wykorzystania istniejących instrumentów (EU4Health, ESF+) do realizacji celów inicjatywy wywoła efekt regulacyjny sprzeczny z zasadą przyznania kompetencji (art. 5 ust. 1–2 TUE).

Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości UE, w szczególności wyrok w sprawie Grogan (C-159/90), potwierdza, że choć aborcja może być kwalifikowana jako „usługa” w rozumieniu prawa unijnego, państwa członkowskie zachowują pełne prawo do jej ograniczania ze względu na fundamentalne wartości konstytucyjne i moralne. Trybunał świadomie powstrzymał się od unifikacji standardów etycznych, pozostawiając ocenę moralną w gestii państw.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

Odwołania Komisji do dokumentów międzynarodowych (Program działania ICPD z 1994 r. oraz Deklaracja Pekkańska z 1995 r.) mają charakter selektywny i rozszerzający. Oba dokumenty wyraźnie stwierdzają, że aborcja nie powinna być promowana jako metoda planowania rodziny, a wszelkie decyzje w tym zakresie pozostają na poziomie krajowym. Źaden wiążący traktat międzynarodowy (w tym CEDAW czy CRPD) nie ustanawia prawa do aborcji ani nie zobowiązuje państw do jej legalizacji lub finansowania.

Komisja Europejska, dopuszczając finansowanie usług aborcji z funduszy unijnych postąpiła wbrew regulacjom traktatowym.

Poszanowanie wyraźnego podziału kompetencji między Unią a państwami członkowskimi jest warunkiem zachowania równowagi ustrojowej UE, pewności prawa oraz zaufania obywateli do instytucji unijnych. Pamiętać należy, że mechanizm demokracji partycypacyjnej, choć cenny, nie uprawnia do pomijania traktatowych granic integracji. Tylko rygorystyczne przestrzeganie zasady przyznania kompetencji gwarantuje spójność i legitymację porządku prawnego Unii Europejskiej w obliczu głębokich różnic aksjologicznych między państwami członkowskimi.

Julia Książek – analityk Centrum Prawa Międzynarodowego Ordo Iuris