



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WKP.4821.2.2017.SZ

Druk nr 1253
Warszawa, 25 stycznia 2017 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku.

Przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument:

- Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2015 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

Jednocześnie informuję, że Rada Ministrów upoważniła Ministra Zdrowia do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych.

Z poważaniem

(-) Beata Szydło

**SPRAWOZDANIE RADY MINISTRÓW
Z WYKONYWANIA ORAZ O SKUTKACH STOSOWANIA
W 2015 R.**

**USTAWY Z DNIA 7 STYCZNIA 1993 R. O PLANOWANIU RODZINY,
OCHRONIE PŁODU LUDZKIEGO
I WARUNKACH DOPUSZCZALNOŚCI PRZERYWANIA CIĄŻY
(Dz. U. poz. 78, z późn. zm.)**

WARSZAWA 2017 r.

SPIS TREŚCI:

SPIS TABEL:	3
SPIS WYKRESÓW:	3
WSTĘP	4
ROZDZIAŁ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ INFORMACJE EPIDEMIOLOGICZNE	5
1.1. ROZWÓJ DEMOGRAFICZNY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.....	5
1.2. URODZENIA I DZIETNOŚĆ KOBIEC.....	6
1.3. UMIERALNOŚĆ	7
1.4. INFORMACJE NA TEMAT NOWORODKÓW POZOSTAWIONYCH W SZPITALU ZE WZGLĘDÓW INNYCH NIŻ ZDROWOTNE	8
ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIECĄ W CIĄŻY	9
2.1. OPIEKA REALIZOWANA W RAMACH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	9
2.2. PROGRAMY ZDROWOTNE W ZAKRESIE PLANOWANIA RODZINY, ŚWIADOMEGO MACIERZYŃSTWA ORAZ OPIEKI MEDYCZNEJ NAD KOBIECĄ W CIĄŻY	19
2.3. ZGONY, ZGONY NIEMOWLĄT, PORONIENIA, UMIERALNOŚĆ OKOŁOPORODOWA PŁODÓW I NOWORODKÓW.....	23
2.4. DZIAŁANIA O CHARAKTERZE PROFILAKTYCZNYM KIEROWANE DO KOBIEC W CIĄŻY ORAZ OSÓB W WIEKU PROKREACYJNYM PROMUJĄCE ODPOWIEDZIALNE ZACHOWANIA W CIĄŻY ORAZ W ŻYCIU SEKSUALNYM.....	24
ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIECAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH	36
3.1. ŚWIADCZENIA RODZINNE	37
3.2. INFRASTRUKTURA SPOŁECZNA NA RZECZ DZIECKA I RODZINY	39
3.3. POMOC SPOŁECZNA	41
3.4. SYSTEM WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ.....	45
3.5. PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY W RODZINIE	47
3.6. UPRAWNIENIA PRACOWNIKÓW ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM	48
3.7. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	53
3.8. UPRAWNIENIA BEZROBOTNYCH ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM	57
ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI	61
ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH	64
ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY	67
6.1. POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA UDZIELANA PRZEZ SZKOŁĘ.....	67
6.2. SPEŁNIANIE OBOWIĄZKU SZKOLNEGO LUB OBOWIĄZKU NAUKI POZA SZKOŁĄ	69
6.3. INDYWIDUALNE NAUCZANIE DZIECI I MŁODZIEŻY	70
6.4. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU EGZAMINÓW ZEWNĘTRZNYCH	70
6.5. WSPARCIE UDZIELANE PRZEZ PORADNIE PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE.....	71
ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY	73
7.1. WPROWADZENIE DO PROGRAMÓW NAUCZANIA SZKOLNEGO WIEDZY O ŻYCIU SEKSUALNYM CZŁOWIEKA, O ZASADACH ŚWIADOMEGO I ODPOWIEDZIALNEGO RODZICIELSTWA, O WARTOŚCI RODZINY, ŻYCIA W FAZIE PRENATALNEJ ORAZ METODACH I ŚRODKACH ŚWIADOMEJ PROKREACJI	73
7.2. KWALIFIKACJE NAUCZYCIELI REALIZUJĄCYCH ZAJĘCIA	77
ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY	80
ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY	85
9.1. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ ORGANY ŚCIGANIA I WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI	85
9.2. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA	89
9.3. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ NACZELNY SĄD LEKARSKI I OKRĘGOWE SĄDY LEKARSKIE.....	95

SPIS TABEL:

Tabela nr 1. Urodzenia żywe w latach 2012-2015 według wieku matki	7
Tabela nr 2. Noworodki pozostawione w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne w latach 2005-2015.....	8
Tabela nr 3. Świadczenia udzielone w 2015 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone standardowym trybem	16
Tabela nr 4. Świadczenia udzielone w 2015 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone w oparciu o produkt dedykowany dla rozliczania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej.....	17
Tabela nr 5. Wartość rozliczonych w 2015 r. świadczeń w rodzaju <i>Leczenie szpitalne</i> w zakresie położnictwa i ginekologii na rzecz ciężarnych pacjentek	18
Tabela nr 6. Liczba porodów rozliczonych w 2015 r.....	18
Tabela nr 7. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2015 r.	19
Tabela nr 8. Realizacja w 2015 r. programu badań prenatalnych (w podziale na województwa)	65
Tabela nr 9. Realizacja w 2015 r. programu badań prenatalnych (w podziale na grupy wiekowe)	65
Tabela nr 10. Realizacja w 2015 r. programu badań prenatalnych (w podziale na poszczególne procedury).....	66
Tabela nr 11. Dane liczbowe dotyczące udziału uczniów w zajęciach wychowanie do życia w rodzinie.....	75
Tabela nr 12. Liczba etatów nauczycieli uczących w 2015 r. przedmiotu „wychowania do życia w rodzinie” (stan na 30 września 2015 r.).....	79
Tabela nr 13. Liczba etatów nauczycieli uczących w 2015 r. przedmiotu „wychowania do życia w rodzinie” z podziałem na typy szkół (stan na 30 września 2015 r.).....	79
Tabela nr 14. Zabiegi przerwania ciąży dokonane w latach 2002-2015 (w skali kraju) – według przyczyn	81
Tabela nr 15. Zabiegi przerwania ciąży dokonane w 2015 r. – w podziale na województwa, wiek kobiet i przyczynę.....	81
Tabela nr 16. Zabiegi przerwania ciąży dokonane w 2015 r. w szpitalach nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji – w podziale na wiek kobiet i przyczynę	83
Tabela nr 17. Liczba spraw dotyczących opieki nad kobietami w ciąży, opieki okołoporodowej, badań genetycznych płodu oraz zabiegów przerywania ciąży prowadzonych przez okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski w 2014 r.	95

SPIS WYKRESÓW:

Wykres nr 1. Liczba zarejestrowanych spraw dotyczących ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy	86
Wykres nr 2. Liczba spraw prowadzonych w poszczególnych kategoriach przestępstw w latach 2012-2015	87

WSTĘP

Obowiązek sporządzania Sprawozdania wynika z art. 9 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. poz. 78, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, zgodnie z którym, Rada Ministrów jest zobowiązana do corocznego przedstawiania do dnia 31 lipca Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdania z wykonywania ww. ustawy oraz o skutkach jej stosowania. Sprawozdanie w sposób szczegółowy opisuje działania podejmowane w danym roku przez Radę Ministrów w zakresie realizacji ww. ustawy.

Sprawozdanie Rady Ministrów za 2015 r. przygotowano na podstawie informacji, danych statycznych i opinii uzyskanych od:

- Ministra Edukacji Narodowej,
- Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
- Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi,
- Ministra Sprawiedliwości,
- Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,
- Ministra Zdrowia,
- Prokuratury Krajowej,
- Rzecznika Praw Pacjenta,
- Naczelnego Sądu Lekarskiego,
- Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Głównego Urzędu Statystycznego,
- Krajowego Centrum ds. AIDS,
- Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Sprawozdanie zostało podzielone na rozdziały zawierające informacje na temat realizacji poszczególnych przepisów ustawy. Wyjątek w tym zakresie stanowi rozdział pierwszy, w którym zostały przedstawione podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Rzeczypospolitej Polskiej oraz informacje epidemiologiczne.

ROZDZIAŁ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ INFORMACJE EPIDEMIOLOGICZNE

1.1. Rozwój demograficzny Rzeczypospolitej Polskiej

W końcu 2015 r. ludność Rzeczypospolitej Polskiej liczyła ok. 38 437 tys. osób, tj. o 41 tys. mniej niż przed rokiem. Po obserwowanym w latach 2008-2011 przyroście rzeczywistym, rok 2015 był czwartym z kolei rokiem, w którym odnotowano spadek liczby ludności. Tempo ubytku ludności wyniosło -0,11%, co oznacza, że na każde 10 tysięcy mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej ubyło 11 osób (w 2014 r. było to - 0,04%, tj. ubyły odpowiednio – 4 osoby).

Ogólna liczba ludności kraju jest kształtowana przez ruch naturalny i migracje zagraniczne. Zmniejszenie się w 2015 r. liczby ludności było spowodowane głównie ujemnym ubytkiem naturalnym.

W 2015 r. liczba urodzeń była mniejsza od liczby zgonów o 25,6 tys., współczynnik przyrostu naturalnego (liczony na 1000 ludności) był podobnie jak w 2014 r. ujemny i wyniósł tym razem -0,7‰ (w 2014 r. wyniósł on -0,03‰, na początku bieżącego stulecia był bliski 0‰, natomiast w 1990 r. wynosił ponad 4‰).

Współczynnik przyrostu naturalnego był wyższy na wsi, gdzie w 2015 r. kształtował się na poziomie -0,06‰, podczas gdy w miastach odnotowano ubytek naturalny na poziomie - 1,06‰.

Drugim elementem powodującym spadek liczby ludności jest ujemne (notowane praktycznie w całym okresie powojennym) saldo migracji zagranicznych definitywnych (na pobyt stały. Największe ujemne wartości salda definitywnych zagranicznych migracji notowano w latach 2006-2007 (odpowiednio: - 36 tys. oraz -20,5 tys. a także w 2013 r. – około -20 tys.).

Jak wspomniano wcześniej, w okresie minionych 4 lat (tj. w latach 2012-2015) odnotowano spadek liczebności populacji Rzeczypospolitej Polskiej o ponad 100 tys. osób, w tym największy z notowanych dotychczas ubytek nastąpił właśnie w 2015 r. (liczba ludności zmniejszyła się o 41 tys. osób, a tempo spadku wyniosło -0,11%). Spadek liczby ludności Rzeczypospolitej Polskiej miał miejsce także w latach 1997-2007 (zmniejszyła się ona wówczas o prawie 179 tys. osób) – którego bezpośrednią przyczyną była malejąca liczba

urodzeń przy prawie nieistotnych zmianach w liczbie zgonów oraz ujemnym saldzie migracji zagranicznych na pobyt stały. Notowany w latach 2008-2011 wzrost liczby ludności Rzeczypospolitej Polskiej wiązał się głównie ze zwiększeniem liczby urodzeń oraz zmniejszeniem wartości ujemnego salda definitywnych migracji zagranicznych. Od 2012 r. obserwowany spadek liczby ludności Rzeczypospolitej Polskiej jest spowodowany przede wszystkim wysoką emigracją.

1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

W 2015 r. zarejestrowano 369 308 urodzeń żywych. Po odnotowanym w 2014 r. wzroście liczby urodzeń w 2015 r. nastąpił spadek, tj. urodziło się o prawie 6 tys. dzieci mniej niż w 2014 r. Współczynnik urodzeń wyniósł 9,6‰ i był o 0,1 pkt-u niższy w stosunku do poprzedniego roku, ale także o blisko połowę mniejszy niż w 1983 r. (rok ostatniego „baby boom” w Rzeczypospolitej Polskiej – urodziło się wówczas ponad 723 tys. dzieci).

Obecnie liczba urodzeń jest prawie o połowę niższa w stosunku do wielkości rejestrowanych podczas ostatniego wyżu demograficznego, tj. we wspomnianej wcześniej pierwszej połowie lat 80. XX wieku (wykres nr 2). Po spadkowym okresie, który miał miejsce bezpośrednio po wyżu demograficznym, liczba urodzeń powinna zdecydowanie rosnąć już od połowy lat 90. ubiegłego stulecia. Byłaby to naturalna konsekwencja wchodzenia wówczas w wiek najwyższej płodności licznych roczników kobiet urodzonych w latach 70. oraz w pierwszej połowie lat 80. ubiegłego wieku. Tymczasem obserwowano głęboką depresję urodzeniową, która trwała aż do 2003 r. (urodziło się wówczas 351,1 tys. dzieci - najmniej w całym okresie powojennym). W latach 2004-2009 liczba urodzeń wzrosła do niespełna 418 tys., był to wzrost spowodowany przede wszystkim realizacją urodzeń „odłożonych”, odnotowano także zwiększenie liczby i odsetka urodzeń drugich i kolejnych. W efekcie znacząco zwiększyła się liczba matek w wieku 30-40 lat, przy czym wzrost ten dotyczył głównie rodzin zamieszkałych w miastach. Kolejne cztery lata ponownie przyniosły mniejszą liczbę urodzeń i dopiero w 2014 r. liczba urodzeń była wyższa niż w roku poprzednim. Niestety w 2015 r. – jak wspomniano powyżej – ponownie odnotowano spadek liczby urodzeń.

Niska liczba urodzeń nie gwarantuje – już od 25 lat – prostej zastępowalności pokoleń; od 1989 r. utrzymuje się okres depresji urodzeniowej. W 2015 r. podobnie jak w roku poprzednim, współczynnik dzietności wyniósł 1,29, co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) przypadało 129 urodzonych dzieci (w miastach – 124 na wsi – 135). Od lat 90. XX w. wartość współczynnika dzietności kształtuje się poniżej 2, podczas gdy wielkość

optymalna - określana jako korzystna dla stabilnego rozwoju demograficznego – to 2,10-2,15, tj. gdy na 100 kobiet w wieku 15-49 lat przypada średnio 210-215 urodzonych dzieci.

Zapoczątkowane w latach 90. ubiegłego wieku przemiany demograficzne są przede wszystkim efektem wyborów, jakich dokonywali ludzie młodzi decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem (około 30-ki) na założenie rodziny oraz jej powiększenie.

Obserwowane zmiany spowodowały przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20-24 lata do grupy 25-29 lat, a także znaczący wzrost płodności w grupie wieku 30-34 lata. W konsekwencji nastąpiło podwyższenie (w szczególności w minionych 10 latach) mediany wieku kobiet rodzących dziecko, która w 2015 r. wyniosła 29,7 lat wobec 29,5 lat w 2014 r., 26,1 lat w 2000 r. (w 1990 r. było to niewiele mniej, bo 26 lat). W tym okresie zwiększył się także średni wiek urodzenia pierwszego dziecka z 23,7 do 27,46 lat w 2015 r. (w 1990 r. wynosił 23 lata).

Jednocześnie w 2015 r. po raz kolejny odnotowano o 1 257 mniej niż w roku poprzednim urodzeń żywych u kobiet, których wiek wynosił 19 lat i mniej. W 2015 r. miało miejsce 12 030 takich przypadków, podczas gdy w 2014 r. było ich 13 287, a w 2013 r. – 14 492. Liczbę urodzeń żywych w tej grupie wiekowej obrazuje tabela nr 1.

Tabela nr 1. Urodzenia żywe w latach 2012-2015 według wieku matki

Wiek matki w latach ukończonych	Urodzenia żywe w:			
	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.
15 lat i mniej	342	286	305	280
16	945	886	838	747
17	2469	2271	2099	1813
18	4692	4278	3968	3612
19	7256	6771	6077	5578
RAZEM	15704	14492	13287	12030

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

1.3. Umieralność

Zgodnie z danymi GUS w 2015 r. zmarło 394 921 osób, tj. o 18 454 więcej niż w 2014 r.; współczynnik umieralności wyniósł 10,3‰ (wobec 9,8‰ w 2014 r.). W ogólnej liczbie osób zmarłych 51,8% to mężczyźni.

W latach 1992-1998 obserwowany był systematyczny spadek umieralności; od 2003 r. wystąpił jej powolny wzrost – liczba zgonów wahała się od 365 do 380 tys. rocznie. W ciągu ostatnich kilkunastu lat natężenie zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej nie zmienia się istotnie, tempo wzrostu jest niewielkie i w miarę jednostajne.

1.4. Informacje na temat noworodków pozostawionych w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne

W 2015 r. zarejestrowano 762 przypadków pozostawienia noworodków w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne. Liczba ta zmalała o 10 w stosunku do 2014 r. Brakuje natomiast informacji o przyczynach pozostawiania noworodków przez matki. Należy także zaznaczyć, że brak jest danych, które pozwalałyby stwierdzić, ile noworodków zostało pozostawionych przez rodziców będących obywatelami innych krajów, jak również danych dotyczących liczby noworodków pozostawionych przez matki poza szpitalami. Liczbę noworodków pozostawionych w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne na przestrzeni lat 2005-2015 obrazuje tabela nr 2.

Tabela nr 2. Noworodki pozostawione w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne w latach 2005-2015

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Liczba pozostawionych noworodków	1 013	825	720	775	726	798	758	1021	847	772	762

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIECĄ W CIĄŻY

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. 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 obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży.

Przepis ten jest spójny z art. 68 ust. 3 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. poz. 483, z późn. zm.), który stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

2.1. Opieka realizowana w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W celu realizacji ww. przepisów ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807 i 1860) w art. 2 ust. 1 pkt 4 zapewnia prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie kobietom w okresie ciąży, porodu i porodu, które posiadają obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od tego czy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i porodu regulują:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357),

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1743 i 1825),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. poz. 1462 oraz z 2015 r. poz. 1262),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132).

Głównym celem opieki medycznej nad kobietami w ciąży jest zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, umożliwiająca objęcie pacjentek opieką odpowiadającą ich potrzebom zdrowotnym. Istotnym jest zatem, aby ciąża była od początku nadzorowana przez fachowy personel medyczny. W tym zakresie za podstawowe należy uznać przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Rozporządzenie to było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1259). Aktualnie obowiązujące rozporządzenie, analogicznie jak wcześniejsze regulacje, wyznacza standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Standardy uwzględniają wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), osiągnięcia medycyny opartej na dowodach naukowych oraz doświadczenia polskie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Postanowienia standardów zostały dostosowane do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Rzeczypospolitej Polskiej i prawodawstwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, 823, 960 i 1070).

Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży,

fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (dalej „standardy”) określają poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności. Standardy określają również zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania. Standardy szczegółowo odnoszą się do przebiegu wszystkich trymestrów ciąży, której poszczególne okresy podzielone są wedle tygodni. Schemat prowadzenia kobiety ciężarnej opiera się na relacji określonego przedziału tygodni, świadczeń profilaktycznych wykonywanych przez lekarza lub położną i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania.

Ponadto, w sposób szczegółowy zostały w nich określone następujące zagadnienia:

- 1) identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych;
- 2) plan opieki przedporodowej i plan porodu;
- 3) postępowanie w trakcie porodu;
- 4) strategie uśmierzania bólu podczas porodu;
- 5) rozpoczęcie porodu;
- 6) postępowanie w I okresie porodu;
- 7) postępowanie w II okresie porodu;
- 8) postępowanie w III okresie porodu;
- 9) postępowanie w IV okresie porodu;
- 10) opieka nad noworodkiem;
- 11) podstawy zabiegów resuscytacyjnych u noworodków;
- 12) połóg.

Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej są istotnym elementem opieki sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane

do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności przez opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży. Jakość przepisów w tym zakresie, a więc jakość standardów, ma bezpośredni wpływ na jakość sprawowanej opieki.

W celu zapewnienia odpowiedniej opieki nad kobietą w ciąży oraz noworodkiem, standard przewiduje, że ciężarna lub rodząca powinna być kierowana do podmiotu leczniczego o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu. Wyróżnia się trzy poziomy opieki perinatalnej:

- I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży,
- II poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia,
- III poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad najcięższą patologią ciąży.

Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej nie wyczerpują jednak wszystkich aspektów i sytuacji medycznych, które dotyczą kobiety w okresie ciąży, porodu i położenia oraz noworodka, bowiem podstawowym ich ograniczeniem jest odniesienie się do ciąży i porodu o charakterze fizjologicznym, w którym interwencja medyczna jest przyjęta na zasadzie wyjątku. Ciążą fizjologiczną w rozumieniu przepisów standardów jest ciąża przebiegająca w sposób prawidłowy. Poród fizjologiczny to spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, i po którym matka i noworodek są w dobrym stanie.

Jednakże ciąża, mimo iż jest stanem naturalnym, fizjologicznym, może wiązać się również z wystąpieniem powikłań zagrażających życiu i zdrowiu zarówno matki, jak i jej dziecka. Do zwiększonego ryzyka dochodzi w sytuacjach, gdy u matki już w okresie przedciążowym występują przewlekłe choroby układowe, a jej organizm nie jest przygotowany na dodatkowe „obciążenie“, jakim jest rozwijający się płód. Z drugiej strony zaburzenia w procesie zagnieżdżenia zarodka i tworzenia się łożyska mogą być przyczyną późniejszego niedotlenienia i nieprawidłowego wzrastania płodu, ale również prowadzić do przedwczesnego zakończenia ciąży oraz wystąpienia nadciśnienia tętniczego u ciężarnej. W celu poprawy jakości opieki okołoporodowej w sytuacji, kiedy ciąża lub poród nie mają charakteru fizjologicznego, a powikłany, opracowane zostały i wdrożone mocą

rozporządzenia Ministra Zdrowia¹⁾ standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych.

Standardy obejmują postępowanie w przypadku wystąpienia następujących powikłań

- nadciśnienie tętnicze,
- poród przedwczesny,
- ciąża bliźniacza,
- niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu,
- krwotok porodowy.

Standardy przewidują również postępowanie obejmujące opiekę nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych.

Standardy zaczęły obowiązywać z dniem 2 czerwca 2016 r. Zakłada się, że przyjęcie standardów wpłynie istotnie na obniżenie wskaźników umieralności okołoporodowej matek i ich potomstwa. Wprowadzenie standaryzacji opieki perinatalnej w najczęstszych i najcięższych powikłaniach zmniejszy również częstość występowania powikłań mających konsekwencje zdrowotne zarówno w okresie ciąży jak i w późniejszym życiu kobiety i jej dziecka, w tym także do ograniczenia porodów przedwczesnych.

Ponadto, kierując się dążeniem do poprawy jakości świadczeń opieki zdrowotnej związanych z opieką okołoporodową Minister Zdrowia podjął decyzję o określeniu standardów postępowania medycznego w dziedzinie analgezji porodu w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Przedmiotowe standardy zostały określone mocą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego* (Dz. U. poz. 1997). Skuteczna i dobrze oceniana przez pacjentki analgezja porodu wymaga efektywnego połączenia działań lekarzy położników, położnych i lekarzy prowadzących analgezję regionalną porodu. Wymaga też współpracy ze strony rodzącej i jej bliskich. Dziedzina ta nie była dotychczas uregulowana przepisami prawa powszechnie

¹⁾ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych* (Dz. U. poz. 2007).

obowiązującego, zaś działania pracowników medycznych oparte były wyłącznie na wytycznych towarzystw naukowych, które stosowane były w sposób dowolny. Fakty te przyczyniły się do bagatelizowania przez pracowników medycznych bólu porodowego, co z kolei spowodowało u kobiet skojarzenia porodu z ogromnym bólem. W konsekwencji, wzrosły oczekiwania kobiet co do akceptowanych przez nie metod łagodzenia bólu porodowego, z wykazywaną preferencją metod inwazyjnych. Oczekiwania te przełożyły się na komercjalizację analgezji porodu – sprzeczną z obowiązującym prawem – stawiając w uprzywilejowanej pozycji kobiety lepiej sytuowane.

Określenie w powszechnie obowiązującym akcie prawnym standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego wiąże się z nałożeniem na pracowników medycznych obowiązku podjęcia udokumentowanych działań ukierunkowanych na złagodzenie tego bólu i możliwością wyboru metody jego łagodzenia. Rozwiązanie takie spowoduje, że każda pacjentka będzie miała dostęp do adekwatnych dla jej potrzeb i stanu klinicznego świadczeń w zakresie analgezji porodu. Rozwiązanie takie jest też zaspokojeniem oczekiwań kobiet, wyartykułowanych w licznych publikacjach prasowych oraz na forach internetowych. Podstawową przesłanką takiego podejścia jest fakt, że poród związany jest z odczuwaniem przez kobietę rodzącą bólu. Ból porodowy jest zjawiskiem fizjologicznym o złożonym mechanizmie, a każda z rodzących kobiet reaguje na ten stan w sposób odmienny, nie tylko w sferze somatycznej, ale i psychoemocjonalnej. Efektywne łagodzenie bólu porodowego wiąże się z prawidłowym przygotowaniem kobiety ciężarnej do porodu oraz nawiązaniem prawidłowych relacji pomiędzy osobą prowadzącą poród a pacjentką. W standardach uwzględniono fakt, że prawidłowe przygotowanie kobiety rodzącej obejmuje dostarczenie jej kompletnej i zrozumiałej dla niej informacji na temat metod łagodzenia bólu porodowego, ich skuteczności i działań niepożądanych, na każdym etapie podejmowania decyzji w tym względzie. Zgodnie z dostępną wiedzą medyczną istnieje szereg uznanych i sprawdzonych metod walki z bólem, które mogą być wykorzystywane podczas porodu fizjologicznego oraz porodu powikłanego. Bezspornym pozostaje, że konieczność zastosowania farmakologicznych metod łagodzenia bólu wskazuje na нефizjologiczny przebieg porodu lub ich użycie może spowodować, że w dalszej części poród będzie przebiegał w sposób нефizjologiczny, a kobieta rodząca wymaga szczególnej opieki, której zakres nie był dotychczas uregulowany przepisami prawa. Działania mające na celu łagodzenie bólu powinny być prowadzone zarówno podczas porodu o przebiegu fizjologicznym, jak i porodu o przebiegu нефizjologicznym. Terapia przeciwbólowa

prowadzona przez osobę prowadzącą poród, może być modyfikowana odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i jej potrzeb podczas trwania porodu.

Standardy przedstawiają model opieki analgetycznej podczas porodu, z uwzględnieniem analgezji regionalnej porodu. Są one komplementarne do standardów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w *sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem*. Definiują zalecane metody łagodzenia bólu porodowego, zakres współpracy pracowników medycznych sprawujących opiekę nad rodzącą i ich kwalifikacje, odpowiedzialność za przebieg porodu z zastosowaniem tych metod, zakres i sposób monitorowania rodzącej i płodu. W standardach uwzględniono różnice poziomu nadzoru nad rodzącą poszczególnych pracowników medycznych, przy czym bezpośredni nadzór oznacza stałą obecność przy rodzącej odpowiedniego pracownika, w odróżnieniu od nadzoru niedookreślonego, który nie wiąże się z koniecznością stałej obecności pracownika. Standardy zaczęły obowiązywać z dniem 31 sierpnia 2016 r.

Odnosząc się do realizacji scharakteryzowanych powyżej przepisów należy wskazać, że regulacje zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w *sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem* mają charakter wiążący dla realizatorów umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i położu odbywa się w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Kwestie dotyczące świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa, postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej, a także warunki wymagane od świadczeniodawców regulują zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne, profilaktyczne programy zdrowotne.

Świadczenia udzielane kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mogły być w 2015 r. rozliczane jako standardowe porady polegające na finansowaniu porady

„bazowej”, której wartość jest odpowiednio zwiększana w zależności od zakresu wykonanej diagnostyki – zgodnie z zasadami określonymi zarządzeniem Nr 74/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub w oparciu o produkt dedykowany świadczeniodawcom prowadzącym opiekę nad kobietą w ciąży fizjologicznej „świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej – wykonywane zgodnie z zapisami określonymi w dokumencie: „Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem” stanowiącym załącznik do rozporządzenia o opiece okołoporodowej. Rozliczenie ww. świadczenia jest możliwe po wykazaniu w raporcie statystycznym świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych przypisanych właściwemu terminowi badania wskazanego w rozporządzeniu.

Szczegółowe informacje dotyczące liczby i wartości świadczeń finansowanych ze środków publicznych udzielonych w poradniach specjalistycznych w związku z przedmiotowym problemem zdrowotnym przedstawiają poniższe tabele.

Tabela nr 3. Świadczenia udzielone w 2015 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone standardowym trybem

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	- świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii - świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
		rozpoznanie - ciąża (000-099 oraz Z32-Z36)			
		Wartość wykonanych świadczeń (w zł)	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
1	DOLNOŚLĄSKI	11 133 368	135 971	26 268	209
2	KUJAWSKO-POMORSKI	8 949 097	121 031	21 815	197
3	LUBELSKI	7 857 021	106 886	18 351	101
4	LUBUSKI	3 711 530	52 165	9 516	43
5	ŁÓDZKI	7 218 366	116 283	20 883	178
6	MALOPOLSKI	13217 174	189812	33 522	197
7	MAZOWIECKI	23 130 435	309 570	61 869	297
8	OPOLSKI	4 142 428	42 570	7 527	60
9	PODKARPACKI	7 272 207	107 575	18 187	118
10	PODLASKI	5 598 619	86 058	12810	64
11	POMORSKI	12 149 351	158 033	26 855	131
12	ŚLĄSKI	13 341 196	225 475	36 986	424
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	3 087 041	43 093	8 643	117
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	6 768 127	95 997	15 640	105

15	WIELKOPOLSKI	14 493 311	164 135	28 461	238
16	ZACHODNIOPOMORSKI	7 030 433	100 635	17 569	121
	RAZEM	149 099 704	2 055 289	364 902	2 600

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela nr 4. Świadczenia udzielone w 2015 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone w oparciu o produkt dedykowany dla rozliczania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej 5.05.00.0000081		
		Wartość wykonanych świadczeń	Liczba wykonanych świadczeń	Liczba kobiet objętych opieką
1	DOLNOŚLĄSKI	2 668 525	19 522	6 899
2	KUJAWSKO-POMORSKI	4 159 627	32 659	9 245
3	LUBELSKI	1 297 563	9 239	2 800
4	LUBUSKI	867 129	7 127	2 733
5	ŁÓDZKI	1 396 027	11 007	4 567
6	MAŁOPOLSKI	1 255 831	9211	3 708
7	MAZOWIECKI	8 312 985	61 647	19 489
8	OPOLSKI	2 580 164	18 509	4 938
9	PODKARPACKI	7 523	59	22
10	PODLASKI	167 087	1 267	727
11	POMORSKI	3315211	26 795	8 184
12	ŚLĄSKI	642 848	5 284	1 910
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	1 021 890	7 707	2 798
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 571 813	11 765	3711
15	WIELKOPOLSKI	6 635 541	49 048	14 367
16	ZACHODNIOPOMORSKI	1 826 856	14 424	4 896
	RAZEM	37 726 617	285 270	90 994

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Z kolei w ramach rodzaju świadczeń *Leczenie szpitalne* na rok 2015 w zakresie położnictwa i ginekologii na rzecz ciężarnych pacjentek zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej na łączną kwotę 1 255 402 348 zł. Szczegółowe zestawienie świadczeń finansowanych ze środków publicznych zrealizowanych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ zawiera tabela nr 5.

Tabela nr 5. Wartość rozliczonych w 2015 r. świadczeń w rodzaju Leczenie szpitalne w zakresie położnictwa i ginekologii na rzecz ciężarnych pacjentek

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Wartość zrealizowanych świadczeń
1	DOLNOŚLĄSKI	96 281 420
2	KUJAWSKO-POMORSKI	71 599 510
3	LUBELSKI	77 200 680
4	LUBUSKI	34 516 405
5	ŁÓDZKI	92 593 889
6	MAŁOPOLSKI	103 963 507
7	MAZOWIECKI	191 940 925
8	OPOLSKI	31 536 801
9	PODKARPACKI	63 809 144
10	PODLASKI	34 390 467
11	POMORSKI	69 456 077
12	ŚLĄSKI	121 368 718
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	45 059 682
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	48 070 557
15	WIELKOPOLSKI	125 412 444
16	ZACHODNIOPOMORSKI	48 202 120
	RAZEM:	1 255 402 348

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2015 r. rozliczono 359 100 porodów sześcioma produktami rozliczeniowymi (Jednorodnymi Grupami Pacjentów).

Tabela nr 6. Liczba porodów rozliczonych w 2015 r.

NAZWA ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NFZ	N01 PORÓD	N02 PORÓD MNOGI LUB PRZEDWCZESNY	N03 PATOLOGIA CIAŻY LUB PŁODU Z PORODEM > 5 DNI	N09 CIEŻKA PATOLOGIA CIAŻY Z PORODEM - DIAGNOSTYKA ROZSZERZONA, LECZENIE KOMPLEKSOM > 6 DNI	N11 CIEŻKA PATOLOGIA CIAŻY Z PORODEM - DIAGNOSTYKA ROZSZERZONA, LECZENIE KOMPLEKSOWE > 10 DNI	N13 CIEŻKA PATOLOGIA CIAŻY ZAKOŃCZONA PORODEM ZABIEGOWYM > 3 DNI	RAZEM
DOLNOŚLĄSKI	19 172	384	2 484	1 838	23	1 752	25 653
KUJAWSKO-POMORSKI	15 150	460	1 068	1 524	8	656	18 866
LUBELSKI	12 307	178	3 080	1 320	8	823	17 716
LUBUSKI	7 364	126	391	602	2	632	9 117
ŁÓDZKI	14 721	412	3 598	1 292	52	1 081	21 156
MAŁOPOLSKI	25 530	487	5 957	498	49	1 042	33 563
MAZOWIECKI	45 748	1 048	6 096	2 450	67	2 854	58 263
OPOLSKI	6 022	120	1 049	373	1	597	8 162
PODKARPACKI	16 708	406	1 253	286	1	538	19 192
PODLASKI	9 026	130	511	601	1	338	10 607
POMORSKI	19 484	448	1 657	818	0	775	23 182
ŚLĄSKI	35 411	619	3 214	845	9	308	40 406
ŚWIĘTOKRZYSKI	5 055	77	2 599	792	55	709	9 287

WARMIŃSKO-MAZURSKI	10 817	154	652	769	65	558	13 015
WELKOPOLSKI	27 337	486	4 660	1 034	5	2 360	35 882
ZACHODNIOPOMORSKI	13 541	349	164	517	7	455	15 033
RAZEM	283 393	5 884	38 433	15 559	353	15 478	359 100

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W ramach powyższej liczby porodów 158 149 porodów zakończyło się cięciem cesarskim. Zestawienie liczby cięć cesarskich w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia tabela nr 7.

Tabela nr 7. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2015 r.

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba porodów
1	DOLNOŚLĄSKI	12 298
2	KUJAWSKO-POMORSKI	6 533
2	LUBELSKI	8 113
4	LUBUSKI	3 957
5	ŁÓDZKI	11 112
6	MAŁOPOLSKI	16 342
7	MAZOWIECKI	23 777
8	OPOLSKI	3 792
9	PODKARPACKI	9 871
10	PODLASKI	5 153
11	POMORSKI	7 593
12	ŚLĄSKI	18 112
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	4 884
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	5 687
15	WIELKOPOLSKI	13 689
16	ZACHODNIOPOMORSKI	7 236
RAZEM		158 149

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.2. Programy zdrowotne w zakresie planowania rodziny, świadomego macierzyństwa oraz opieki medycznej nad kobietą w ciąży

Opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży oraz opieka prenatalna nad płodem jest prowadzona również przez programy polityki zdrowotnej realizowane przez Ministra Zdrowia zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W 2015 r. z budżetu państwa, w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, były finansowane następujące programy polityki zdrowotnej państwa, mające istotne znaczenie dla poprawy zdrowia kobiet i noworodków:

1) „Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017”

Program stanowi kontynuację poprzednich edycji realizowanych w latach 2006-2008 a następnie w latach 2009-2013 pn.: „Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków”.

Celem głównym obecnej edycji programu jest kontynuacja idei wewnątrzmacicznej terapii płodu – jako jednolitego, optymalnego modelu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla wykrywania i leczenia wad rozwojowych płodu, jak również poprawa stanu zdrowia płodów i noworodków – przez zastosowanie kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu. Zastosowanie diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej pozwala ograniczyć liczbę powikłań i następstw wad rozwojowych, wpływa na poprawę wewnątrzmacicznego stanu płodu, wydłużenie czasu trwania ciąży oraz na rodzenie się noworodków w lepszym stanie ogólnym. Poprawa stanu zdrowia noworodków – przez zlikwidowanie powikłań okresu noworodkowego – powoduje również skrócenie czasu pobytu noworodków w Oddziałach Intensywnej Terapii Noworodkowej. Głównym założeniem w nowej edycji programu jest realizacja kompleksowej diagnostyki i terapii płodu z wykorzystaniem wszystkich możliwości tak, aby najbardziej istotnym kryterium prawidłowości prowadzonej strategii diagnostyczno-leczniczej i wskaźnikiem jakości terapii było zabranie do domu zdrowego dziecka (*home taken baby* (HBT)).

Realizacja w 2015 r. III edycji programu obejmującej lata 2014-2017 była związana z konsekwentną kontynuacją wykonywania celów głównych programu tj.:

- zastosowania diagnostyki i wewnątrzmacicznej terapii płodu, która stwarza nowy system opieki nad ciężarną i płodem,
- poprawy stanu zdrowia noworodków przez zlikwidowanie powikłań okresu noworodkowego.

W założeniach programu realizowanych w 2015 r. należy zwrócić uwagę na realizowaną:

- poprawę dostępności do leczenia wewnątrzmacicznego,
- możliwość wykonania zabiegów wewnątrzmacicznych u kobiet ciężarnych z rozpoznanymi wadami rozwojowymi i chorobami płodu,
- optymalizację opieki przedporodowej, porodowej i poporodowej.

Ponadto, w 2015 r. przewidziano, m.in. zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej w patologiach, nierealizowanych w poprzednich edycjach i wykonanie nowych zabiegów, których większość realizowano dotychczas za granicą. Przewidziano również koordynację zabiegów w krajowych ośrodkach. Wszystkie elementy realizacji programu wpływają na optymalizację opieki przedporodowej, porodowej i poporodowej. Modyfikacja techniki zabiegów wewnątrzmacicznych obejmuje czynności diagnostyczne, ustalanie antybiotykoterapii i terapii tokolitycznej u ciężarnej, przygotowanie strategii terapeutycznej. Z uwagi na fakt, iż przebieg każdego zabiegu nie jest identyczny, podczas wykonywania zabiegu podejmowane są przez operatorów nowe rozwiązania praktyczne, wzbogacające spektrum procedur i czynności. Dzięki danym uzyskanym na podstawie wykonywanych zabiegów możliwe jest przygotowanie prac, materiałów dydaktycznych na szkolenia, kongresy związane z problematyką terapii płodu.

Wdrożenie terapii wewnątrzmacicznej płodu daje możliwość zapewnienia nowego systemu opieki nad ciężarną i płodem, a także możliwość korekcji wewnątrzmacicznej i zmniejszenie destrukcyjnych następstw danej wady i choroby płodu. Dzięki temu możliwa jest poprawa wewnątrzmacicznego stanu płodu, wydłużenie czasu trwania ciąży oraz rodzenie noworodka w lepszym stanie ogólnym. Wszystkie zaplanowane w programie zadania mogą być realizowane dzięki stworzeniu określonego schematu postępowania w niektórych grupach patologii, gdzie można połączyć techniki pełnej, kompleksowej diagnostyki prenatalnej z możliwością wewnątrzmacicznego leczenia płodu.

W 2015 r. w ramach tego programu zostało wykonanych łącznie 286 zabiegów, które realizowane były w 3 ośrodkach krajowych (koordynowanych w ramach programu). Całkowita wartość zrealizowanej umowy w 2015 r. wyniosła 1 426 002,34 zł.

2) Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012–2016 – w zakresie zadań na 2015 r.

Programem leczenia antyretrowirusowego są objęte wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne, których możliwość objęcia programem nie pozostaje

w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym kobiety ciężarne zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami.

Celem programu jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS przez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego, wraz z monitorowaniem jego skuteczności, u pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS, powodujące zmniejszenie zapadalności i śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV oraz zmniejszenie ich zakaźności dla populacji osób zdrowych w Rzeczypospolitej Polskiej.

Leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także leczenie noworodków i niemowląt urodzonych przez matki zakażone HIV (profilaktyka zakażenia wertykalnego u noworodka) jest prowadzone według wskazań klinicznych, bez ograniczeń. W ramach realizacji programu w 2015 r. (analogicznie jak w latach poprzednich) przedmiotem finansowania przez Ministra Zdrowia był zakup leków antyretrowirusowych, testów i szczepionek.

Poza lekami antyretrowirusowymi wszystkie dzieci (w wieku 0-18 lat) urodzone przez matki zakażone HIV otrzymują bezpłatnie szczepionki według specjalnego kalendarza szczepień opracowanego indywidualnie dla każdego z dzieci przez ośrodek referencyjny leczenia dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS (zalecenia zostały umieszczone w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS; rozdział Program szczepień ochronnych), znajdujący się przy Klinice Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Kalendarz szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV(+) jest stale modyfikowany, zgodnie z postępami wiedzy medycznej i zmianami sytuacji epidemiologicznej. Terminy szczepień są ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego dane dziecko. W kalendarzu tym uwzględniono konieczność zastosowania zabitych (atenuowanych) szczepionek, które nie niosą ryzyka dodatkowych powikłań u osób z immunosupresją (zarówno dzieci jak i ich opiekunów zakażonych HIV).

W związku z realizacją programu wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. leczeniem ARV objęto 113 dzieci (0-18 lat) zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Ponadto, w 2015 r. leczeniem ARV zostało objętych 55 kobiet w ciąży zakażonych HIV (miało miejsce 38 porodów i 4 poronienia, natomiast pozostałe ciąży nie zakończyły się wraz z końcem 2015 r.). Leki antyretrowirusowe otrzymało 38 noworodków. U kobiet, które były leczone antyretrowirusowo przed zajściem w ciążę, leczenie to było kontynuowane,

z ewentualnymi zmianami na mniej toksyczne dla dziecka. Dzięki zastosowaniu profilaktyki antyretrowirusowej, odsetek zakażeń HIV w grupie noworodków zmniejszył się z 23% przed rokiem 1989 do < 1,0 % zakażeń obecnie.

W 2015 r. na realizację programu wykorzystano środki finansowe w wysokości 289 785 060,90 zł.

3) Program Wieloletni na lata 2011-2020 pn.: „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”

W ramach Programu jest realizowane zadanie dotyczące finansowania pozyskiwania i przechowywania komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej dla celów publicznych. Metoda przeszczepiania allogenicznych (niespokrewnionych) komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej jest bardzo istotną metodą leczenia w niektórych schorzeniach hematologicznych, w tym białaczek, pod warunkiem zwiększenia ilości pobranych i zbankowanych porcji krwi pępowinowej. Krew pępowinowa jest jedynym źródłem komórek krwiotwórczych do przeszczepienia ok ¼ chorych wymagających takiego zabiegu. Krew pępowinowa jest pobierana podczas prostego, krótko trwającego zabiegu nie powodującego żadnego zagrożenia ani dla noworodka, ani dla jego matki.

2.3. Zgony, zgony niemowląt, poronienia, umieralność okołoporodowa płodów i noworodków

Ogólnie uznany wskaźnik jakości opieki w czasie ciąży i porodu oraz wczesnego okresu poporodowego stanowi umieralność okołoporodowa płodów i noworodków. W tym okresie stan zdrowia dziecka jest w największym stopniu zależny od przebiegu ciąży oraz porodu.

Pozytywnym zjawiskiem jest obserwowany nieprzerwanie stały spadek **umieralności niemowląt**. W 2015 r. zarejestrowano **1 476 zgonów dzieci w wieku poniżej 1 roku życia** (o ponad 100 mniej niż przed rokiem). Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 4‰ (w porównaniu do wartości 4,2‰ w 2014 r.) Był on również prawie o 4 pkt mniejszy niż na początku tego wieku oraz o ok. 15 pkt mniejszy niż notowany na początku lat 90. ub. wieku.

Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt **około 70% umiera przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia (w okresie noworodkowym)**, w tym ponad połowa w okresie pierwszego tygodnia życia. W 2015 r. odnotowano 1 067 zgonów noworodków (tj. niemowląt w wieku 0-27 dni).

Ponadto, w 2015 r. odnotowano 41 946 poronień samoistnych.

2.4. Działania o charakterze profilaktycznym kierowane do kobiet w ciąży oraz osób w wieku prokreacyjnym promujące odpowiedzialne zachowania w ciąży oraz w życiu seksualnym

2.4.1. Opieka nad kobietą ciężarną i dzieckiem zakażonym wirusem HIV i chorymi na AIDS

Wraz z pierwszym opisem przypadku AIDS u dziecka w 1982 r. stało się jasne, że zakażenie HIV może być przenoszone z matki na dziecko. Z uwagi na fakt, że wszystkie matki, które urodziły dzieci zakażone HIV były HIV-dodatnie, utrwaliło się przekonanie, że zakażenie HIV u matki zawsze powoduje zakażenie HIV u jej dziecka.

Od połowy lat 90-tych obserwujemy stały wzrost liczby kobiet zakażonych HIV, które zachodzą w ciążę i decydują się na urodzenie dziecka.

Ryzyko transmisji wertykalnej (odmatczynej) HIV w grupie kobiet niepoddających się profilaktyce na terenie Europy wynosi 15–30%. Jest ono większe w przypadku matek z wysoką wiremią (tj. ilością wirusa zawartą w mililitrze krwi), podczas porodu drogami natury, u dzieci karmionych piersią i kobiet, które nie były pod specjalistyczną opieką podczas ciąży i porodu oraz nie otrzymywały profilaktycznie leków antyretrowirusowych.

W ponad 90% przypadków do zakażenia HIV u dzieci dochodzi w trakcie ciąży, porodu i karmienia piersią, z czego do ok. 70% zakażeń wertykalnych HIV dochodzi podczas porodu. Poznanie czynników ryzyka przeniesienia zakażenia HIV od matki do dziecka pozwoliło na opracowanie programów profilaktyki wertykalnych zakażeń HIV.

Profilaktyka zakażeń wertykalnych jest stosowana w Rzeczypospolitej Polskiej od 1994 r. Wraz z rozwojem wiedzy na temat metod tej terapii, wdrażano leczenie zapobiegawcze u ciężarnych. Począwszy od czasu opracowania w 1996 r. standardów w tym zakresie, profilaktyka jest prowadzona według międzynarodowych standardów zapobiegania zakażeniom wertykalnym HIV z matki na dziecko i jest to rutynowe postępowanie u każdej ciężarnej z wirusem HIV.

Dzięki zastosowaniu profilaktyki antyretrowirusowej odsetek zakażeń HIV w grupie noworodków zmniejszył się z 23% przed rokiem 1989 do < 1,0 % zakażeń obecnie.

W 2015 r., podobnie jak w latach wcześniejszych, leczenie antyretrowirusowe było finansowane z budżetu państwa w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w ramach realizacji scharakteryzowanego we wcześniejszej części niniejszego

Sprawozdania programu polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012– 2016”.

Dla profilaktyki zakażeń wertykalnych istotne znaczenie mają również przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem*, które wyraźnie wskazują na konieczność wykonania badania w kierunku HIV. Badanie powinno zostać przeprowadzone do 10. tygodnia ciąży oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży. Jest to zgodne również z rekomendacjami grupy ekspertów powołanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w zakresie perinatalnej transmisji HIV, w ramach których zaleca się, aby wszystkim kobietom ciężarnym proponować badanie w kierunku HIV podczas pierwszej wizyty u lekarza ginekologa-położnika.

Realizacja zadań z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS została powierzona Krajowemu Centrum ds. AIDS, będącemu jednostką podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Działania Krajowego Centrum do Spraw AIDS w ww. obszarze mają na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV, poprawę jakości życia w sferze psychospołecznej osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich przez:

- 1) profilaktykę zakażeń HIV i zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS;
- 2) poprawę jakości życia w sferze psychospołecznej osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich;
- 3) zapewnienie szerokiego dostępu do diagnostyki oraz leczenia ARV;
- 4) poprawę jakości i dostępu do diagnostyki i opieki medycznej nad ludźmi żyjącymi z HIV/AIDS oraz osobami narażonymi na zakażenie HIV;
- 5) ograniczenie zakażeń HIV wśród dzieci.

Działalność prowadzona przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS jest wpisana w całokształt zagadnień z zakresu zdrowia prokreacyjnego. Profilaktyka HIV/AIDS obejmuje szeroką informację, m.in. na temat zachowań ryzykownych i w tym zakresie wypełnia ona ogólne cele ustawy. Działania Krajowego Centrum do Spraw AIDS obejmują swoim spektrum m.in. profilaktykę zakażeń wertykalnych.

Dodatkowo, w 2015 r. Krajowemu Centrum ds. AIDS zostało powierzone podjęcie działań profilaktyczno-edukacyjnych również w zakresie zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP).

Podstawą prawną działań realizowanych przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS jest m. in. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie *Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS* (Dz. U. poz. 227). Zadania były realizowane zgodnie z „Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanym na lata 2012-2016”.

Jednym z zadań Krajowego Centrum do Spraw AIDS jest zapewnienie dostępu do informacji w zakresie profilaktyki HIV/AIDS. W celu jego realizacji, w trosce o rzetelną i łatwo dostępną wiedzę z zakresu HIV/AIDS Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi działalność profilaktyczną również przez Internet, przez portal www.aids.gov.pl, na którym są zamieszczone materiały dotyczące HIV/AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Działalność informacyjno-edukacyjna jest także realizowana przez Internetową Poradnię HIV/AIDS. Wejście na stronę Poradni możliwe jest bezpośrednio ze strony Centrum www.aids.gov.pl.

W Krajowym Centrum ds. AIDS działa także Telefon Informacyjny (22 331 77 66) – czynny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Centrum. Umożliwia on uzyskanie informacji z zakresu HIV/AIDS osobom kontaktującym się z Centrum. Poza Telefonem Informacyjnym Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadzi również Program Telefon Zaufania AIDS, który jest profilaktycznym programem ogólnopolskim, skierowanym do populacji ogólnej, adresowanym do wszystkich osób zainteresowanych problematyką HIV/AIDS.

Zespół Krajowego Centrum do Spraw AIDS aktywnie uczestniczy również w konferencjach (stoiska, sesje, wykłady) dotyczących szeroko pojętej tematyki zdrowia, profilaktyki, edukacji, udzielając w ten sposób informacji bezpośrednio.

Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadzi również szereg kampanii informacyjnych. Jedną z nich była bezpośrednio związana z wykonywaniem badań w kierunku HIV u kobiet w ciąży. Była to ogólnopolska społeczna kampania informacyjna pt. „Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™”. Kampania została zainicjowana w listopadzie 2014 r., a jej przekaz był kierowany do kobiet w wieku prokreacyjnym, a także

do lekarzy ginekologów. Kampania przypominała, że lekarz ma obowiązek zaproponować pacjentce będącej w ciąży badanie w kierunku HIV (test powinien zostać wykonany przed 10. tygodniem ciąży oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży). Celem kampanii było zmniejszenie liczby zakażeń HIV wśród nowo narodzonych dzieci oraz zwiększenie świadomości dotyczącej testowania w kierunku HIV wśród osób dorosłych – także wśród przyszłych ojców, którzy mogą wykonać test anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych.

Poza scharakteryzowanymi powyżej działaniami Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadziło także inne kampanie o charakterze informacyjnym, mające na celu zachęcenie do niepodejmowania zachowań ryzykownych mogących prowadzić do zakażenia HIV, w tym w obszarze zdrowia prokreacyjnego. Jedną z takich kampanii była kontynuacja społecznej akcji profilaktycznej z okazji walentynek pn.: „Mój Walenty jest the best, idzie ze mną zrobić test”, w ramach której wykorzystano walentynkowe kartki pocztowe oraz podkładki pod kubek propagujące ideę wykonania testu w kierunku HIV. Krajowe Centrum do Spraw AIDS podjęło działania mające na celu zachęcenie osób, które podejmowały ryzykowne zachowania seksualne do wykonania testu w kierunku HIV. Główne przesłanie tej akcji profilaktycznej brzmiało: wykonanie testu w kierunku HIV należy traktować jako wyraz troski o zdrowie – zarówno swoje własne, jak i naszego Walentego lub Walentynki.

Z kolei z okazji Światowego Dnia AIDS Krajowe Centrum do Spraw AIDS zainauguowało kampanię edukacyjną pod hasłem „Coś Was łączy? Zrób test na HIV”, która zachęcała do poznania swojego statusu serologicznego oraz upowszechnia informacje na temat HIV/AIDS i sposobów zmniejszania ryzyka zakażenia. Kampania była poprzedzona zorganizowaną w 2014 r. outdoorową akcją profilaktyczną przebiegającą pod tym samym hasłem.

W ramach kampanii została uruchomiona strona internetowa zawierająca informacje o HIV i AIDS: www.aids.gov.pl/kampanie/CWL. W realizację kampanii włączyło się szereg organizacji pozarządowych i portali ogólnopolskich, które w Światowym Dniu AIDS (1 grudnia) zamieściły na swoich stronach internetowych Czerwoną Kokardkę – międzynarodowy symbol solidarności z osobami żyjącymi z HIV/AIDS.

Kampania „Coś was łączy? Zrób test na HIV” i inaugurowany w zbliżonym czasie Europejski Tydzień Testowania w kierunku HIV miały na celu umożliwienie bezpłatnego

i anonimowego wykonania testu diagnostycznego w kierunku HIV jak największej liczbie osób. Przekaz kampanii oraz Europejskiego Tygodnia Testowania wskazywał, że lepiej jest wykonać test i poznać swój status serologiczny, niż żyć z HIV nie wiedząc o tym. Dzięki regularnie przyjmowanym lekom osoby zakażone mogą mieć dobrą jakość życia i mieć zdrowe dzieci. Osoba, która wie, że jest zakażona HIV, ma szansę zadbać o zdrowie swoje i swoich bliskich.

W realizacji Europejskiego Tygodnia Testowania (w którą włączyło się również Krajowe Centrum do Spraw AIDS) ważnym było połączenie działań ekspertów z całej Europy zajmujących się na co dzień tematyką HIV i AIDS, aby wspólnie zachęcali ludzi do wykonania testu w kierunku HIV i propagowali wczesną diagnostykę zakażeń.

Cele Europejskiego Tygodnia Testowania to, m.in.:

- zachęcenie osób z populacji szczególnie narażonych na zakażenie do wykonania testu w kierunku HIV,
- zachęcenie pracowników systemu ochrony zdrowia do rozważenia zlecenia pacjentowi testu w kierunku HIV w przypadku każdej choroby przebiegającej nietypowo, niepoddającej się leczeniu lub nawracającej,
- zjednoczenie organizacji społecznych i zachęcenie ich do współdziałania i wymiany doświadczeń,
- zwrócenie uwagi decydentów i polityków na kwestię testowania w kierunku HIV oraz zapoznanie ich z korzyściami płynącymi z wczesnej diagnostyki zakażeń.

Działalność profilaktyczna związana z zapobieganiem zakażeniom HIV i zapewnieniem odpowiedniego dostępu do informacji w tym zakresie jest prowadzona przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS również przez dystrybucję publikacji tematycznych, takich jak:

- „Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz”, tj. broszury skierowanej do ogółu społeczeństwa zawierającej podstawowe informacje na temat HIV/AIDS i obalającej mity związane z zakażeniem,
- „Informacja o HIV/AIDS. Zrób test na HIV” oraz „To warto wiedzieć o HIV i AIDS”, tj. ulotek edukacyjnych zachęcających do zapobiegania wystąpieniu ryzyka zakażenia oraz do wykonania testu w kierunku HIV, w której zawarto podstawowe informacje na temat HIV i AIDS, w tym m.in. dróg zakażenia HIV, a także ogólne informacje o tym, gdzie można szukać pomocy,

- „HIV/AIDS?! O co kaman?!”, tj. broszury przeznaczonej dla młodzieży, skonstruowanej w konwencji pytań i odpowiedzi wyjaśniających podstawowe pojęcia dotyczące HIV/AIDS, w tym dróg zakażenia (broszura była efektem dialogu między Krajowym Centrum ds. AIDS a uczniami gimnazjów),
- „Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie”, tj. broszury skierowanej do ogółu społeczeństwa, przekazującej podstawowe informacje na temat najczęściej występujących zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym HIV (dzięki zwartej formie i atrakcyjnej grafice broszura jest szczególnie polecana do wykorzystania podczas działań edukacyjno-informacyjnych prowadzonych wśród młodych odbiorców);
- „Choroby przenoszone drogą płciową”, tj. broszury skierowanej do środowiska medycznego, zawierającej przydatne informacje na temat najpopularniejszych chorób przenoszonych drogą płciową przedstawionych w sposób użyteczny w codziennej praktyce lekarskiej,
- „HIV/AIDS”, tj. książki, której publikacja ma na celu dostarczenie wsparcia lekarzom różnych specjalności w rozpoznaniu objawów, które powinny skłaniać do zalecenia badania diagnostycznego w kierunku HIV,
- „Kiedy powinno się proponować test na HIV?” oraz „HIV/AIDS dla lekarzy rodzinnych”, tj. publikacji, które po raz pierwszy zostały opublikowane w ramach realizowanej w latach 2013-2014 kampanii pt.: „Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV” (w związku z dużym zainteresowaniem ww. publikacjami przedstawicieli środowisk lekarskich oraz zgłaszanym przez nich zapotrzebowaniem, przygotowano i zrealizowano aktualizację, korektę, druk i dystrybucję tychże wydawnictw).

Działalność o charakterze profilaktycznym i edukacyjnym Krajowego Centrum do Spraw AIDS obejmuje także działania szkoleniowe.

W 2015 r. Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadziło szkolenia dla pracowników medycznych, osób prowadzących działania edukacyjne w kontekście problematyki HIV/AIDS oraz osób realizujących zadania wskazane w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS.

Szkolenia dla pracowników medycznych oraz osób prowadzących działania edukacyjne w kontekście problematyki HIV/AIDS, tj. nauczycieli, pedagogów oraz innych grup zawodowych miały zasięg ogólnopolski. Szkolenia dla pracowników medycznych skierowane były do pracowników publicznych i niepublicznych placówek ochrony zdrowia. Szkolenia dla osób prowadzących działania edukacyjne w zakresie podstawowej wiedzy na temat HIV

i AIDS adresowane były do pracowników kuratoriów oświaty, placówek szkolno-wychowawczych, działów oświaty zdrowotnej wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, struktur jednostek samorządowych i wojewódzkich. Szkolenie osób realizujących zadania wskazane w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS aktualizowało wiedzę uczestników na temat HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Uczestnicy szkoleń dla pracowników medycznych otrzymali komplet publikacji na temat HIV, AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową, które umożliwiają podnoszenie poziomu ich wiedzy oraz służą do realizacji działań edukacyjno-informacyjnych (np. broszury „HIV/AIDS dla lekarzy rodzinnych”, „HIV/AIDS dla ginekologów”, „HIV/AIDS dla pielęgniarek i położnych” oraz publikację na płycie CD w formie flipbooka, pt.: „Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową. Edukacja młodzieży szkolnej”).

Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadziło także szkolenia certyfikacyjne na doradców uprawniające do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS. Osoby, które pomyślnie ukończyły szkolenie otrzymały certyfikat poświadczający zdobycie wiedzy i umiejętności niezbędnych do pracy w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), gdzie można anonimowo i nieodpłatnie wykonać test w kierunku HIV oraz otrzymać poradnictwo przed wykonaniem badania i po nim.

O certyfikat doradcy mogą ubiegać się wyłącznie :

- 1) osoby z wyższym wykształceniem wykonujące zawód medyczny (lekarz, magister pielęgniarstwa, diagnosta laboratoryjny lub pokrewne);
- 2) osoby z tytułem zawodowym magistra w dziedzinie o profilu społecznym ze specjalnością w zakresie zdrowia publicznego, pedagogiki, poradnictwa i pracy w kontakcie indywidualnym z klientem;
- 3) osoby z tytułem zawodowym magistra, które ukończyły studia podyplomowe w dziedzinie o profilu społecznym ze specjalnością w zakresie zdrowia publicznego, poradnictwa i pracy w kontakcie indywidualnym z klientem.

W 2015 r., podobnie jak we wcześniejszych latach, Krajowe Centrum ds. AIDS kontynuowało działalność szkoleniową prowadzoną z wykorzystaniem portalu edukacyjnego www.hiv-aids.edu.pl. Portal oferuje kursy na temat wiedzy o HIV i AIDS lekarzom

podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologom, pielęgniarkom i położnym oraz doradcom pracującym w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), gdzie nieodpłatnie i anonimowo są przeprowadzane testy w kierunku HIV.

W 2015 r. na portalu www.hiv-aids.edu.pl prowadzonym przez Krajowe Centrum ds. AIDS były oferowane szkolenia dla lekarzy, które otrzymały akredytację Naczelnej Izby Lekarskiej. Dzięki temu uczestnicy kursu otrzymali 10 punktów edukacyjnych za wzięcie udziału w szkoleniu. Kurs składa się z szeregu videocastów, wykładów, prezentacji i artykułów opracowanych przez specjalistów zajmujących się HIV/AIDS od wielu lat. Szkolenie zawiera test sprawdzający wiedzę. Wiedza nabyta w trakcie szkolenia jest potwierdzona certyfikatem. Każdy uczestnik programu ma własne konto edukacyjne, na którym znajdują się informacje dotyczące przebiegu szkolenia.

Ponadto, warto zaznaczyć jest również działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo i bezpłatnie badanie w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. W 2015 r. funkcjonowało 30 takich punktów.

Podstawowym zadaniem realizowanym w punktach jest wykonywanie bezpłatnie i anonimowo testów na obecność HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzone jest także poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane są porady w zakresie bezpieczniejszych zachowań seksualnych i inne wynikające z sytuacji pacjenta. Dzięki poradnictwu możliwe jest uzyskanie niezbędnych informacji dotyczących statusu serologicznego, a także adresów instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Informacje gromadzone w punktach anonimowego testowania pozwalają uzyskać niezbędne dane statystyczne i epidemiologiczne, dotyczące m.in. dróg zakażenia oraz trendów ryzykownych zachowań. Pozwala to na podejmowanie działań profilaktycznych i właściwą alokację środków na tę działalność.

Każdy test jest poprzedzany rozmową z doradcą. Podczas rozmowy szacuje się ryzyko zakażenia HIV w odniesieniu do indywidualnych zachowań pacjenta. Jeżeli wynik testu okazuje się ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłości nie zakazić się wirusem. Natomiast, jeśli wynik jest dodatni, doradca rozmawia o możliwościach leczenia i pomocy.

2.4.2. Działania w zakresie zdrowia kobiet w ciąży oraz matek z dziećmi, w tym działania w obszarze zapobiegania, diagnostyki i leczenia FAS/FASD

Działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w kontekście zdrowia kobiet w ciąży i matek z dziećmi są realizowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), jednostkę podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W 2015 r. PARPA podjęła w rozważanym obszarze szereg działań, wśród których szczególne znaczenie mają przedsięwzięcia o charakterze informacyjno-edukacyjnym podejmowane w kwestii FAS/FASD.

Nie ulega wątpliwości, że alkohol spożywany przez kobiety w ciąży wywiera negatywny wpływ na rozwój dziecka, może spowodować mniejszą wagę urodzeniową, zaburzenia wzrostu, mniej lub bardziej poważne uszkodzenia mózgu czy wady w budowie organów (np. wady serca), zmniejszenie odporności na choroby i wiele innych czasem trudnych do rozpoznania uszkodzeń. Najpoważniejszym uszkodzeniem płodu związanym ze spożywaniem alkoholu przez ciężarną matkę jest płodowy zespół alkoholowy (FAS). Osoby z FAS w związku z uszkodzeniami m.in. mózgu mają obniżony poziom sprawności intelektualnej, problemy z pamięcią, trudności w uczeniu się, problemy z koordynacją ruchów, jak również zaburzenia emocjonalne (są najczęściej nadpobudliwe). Nawet sporadyczne wypicie niewielkich ilości alkoholu może wywołać określony rodzaj uszkodzeń u rozwijającego się płodu. Płodowy zespół alkoholowy jest rzadko rozpoznawany z uwagi na brak odpowiedniego przygotowania diagnostycznego grup zawodowych, które zajmują się opieką nad matką i dzieckiem. Szacuje się, że w Rzeczypospolitej Polskiej rodzi się co roku ok. 900 dzieci z pełnoobjawowym zespołem FAS i kilka razy więcej z innymi uszkodzeniami związanymi z piciem alkoholu przez kobietę w ciąży. Oprócz FAS specjaliści wyróżniają również inne uszkodzenia związane z działaniem alkoholu na płód (np. FAE – *Fetal Alcohol Effect*, FASD – *Fetal Alcohol Syndrom Disorders*) – są one mniej jednak widoczne ze względu na mniejszy stopień nasilenia, a częstotliwość ich występowania jest prawdopodobnie ok. 10-krotnie wyższa niż FAS. Należy podkreślić, że nie jest znana bezpieczna dawka alkoholu, która może być wypijana przez ciężarne kobiety.

Terapia FAS została objęta katalogiem świadczeń gwarantowanych, stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*. Przedmiotowe świadczenie jest identyfikowane rozpoznaniem *Q86.0 Płodowy zespół alkoholowy (dymorficzny)*.

Rehabilitacja dzieci dotkniętych FAS może być prowadzona w ramach świadczenia „rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego”, realizowanego w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, o którym mowa w lp. 3 lit. b załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522). Zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia:

- 1) skierowanie na rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego może być wystawiane przez lekarza następujących oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych:
 - neonatologicznej,
 - rehabilitacyjnej,
 - ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
 - neurologicznej,
 - reumatologicznej,
 - chirurgii dziecięcej,
 - endokrynologii dziecięcej,
 - diabetologii dziecięcej lub
 - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) rehabilitacja jest przeznaczona dla dzieci w wieku:
 - do 7. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - od 8. do 18. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego, a po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dotyczących upośledzonych w stopniu głębokim) do ukończenia 25. roku życia.

Działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w kontekście zdrowia kobiet w ciąży i matek z dziećmi realizowane przez Państwową Agencję

Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2015 r. obejmowały kontynuowanie realizacji projektu Alicja „Populacyjne badanie rozpowszechnienia FASD w Polsce oraz walidacji różnych metod badań przesiewowych dzieci w wieku 7-9 lat”. W ramach działań podejmowanych w tym roku zawarto m.in. umowę ze Specjalistycznym Szpitalem Dziecięcym im. Św. Ludwika w Krakowie, gdzie przyjmowane były dzieci, którym w ramach projektu postawiono wstępną diagnozę FASD. W szpitalu wykonywany był, m.in. rezonans magnetyczny, test CANTAB, badanie czynności okoruchowej oraz stawiano dzieciom ostateczne diagnozy. Wyniki projektu badawczego Alicja zostały zaprezentowane, m.in. podczas VI międzynarodowej konferencji FASD w Vancouver oraz konferencji w Gdańsku pn.: „Tworzenie interdyscyplinarnego systemu pomocy dziecku z FASD i jego rodzinie”. Ponadto, we współpracy z Wydziałem Mechatroniki Politechniki Warszawskiej zaprojektowano i wykonano System Pomiarowy Alicja, w postaci nowoczesnego urządzenia do pomiaru 3D dysmorfii twarzy u dzieci z FASD.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych kontynuowała także działania zmierzające do opracowania i wdrożenia systemu pomocy osobom z FASD. Zorganizowano dwa szkolenia dla psychologów oraz podsumowujące cykl szkoleniowy spotkanie dla psychologów i lekarzy. Zakończono tym samym I edycję szkolenia z zakresu diagnozy FASD, którego uczestnikami byli reprezentanci organizacji, fundacji i instytucji zajmujących się problematyką FASD w Rzeczypospolitej Polskiej.

W 2015 r. opracowany został również materiał dydaktyczny w formie filmów edukacyjnych prezentujących wykład prof. Miguela Del Campo – specjalisty w zakresie dysmorfologii, dotyczący diagnozowania dzieci z FASD oraz budowania systemu pomocy dla rodzin, w których wychowują się dzieci z FASD. W filmach został przedstawiony także materiał z warsztatów z udziałem dzieci, zawierający konkretne studia przypadku. Filmy będą wykorzystywane podczas kolejnych szkoleń zespołów diagnostycznych, prowadzonych na terenie kraju.

Rozpowszechnianiu wiedzy dotyczącej szkód zdrowotnych u dzieci wynikających z picia alkoholu przez matki w okresie ciąży oraz działań mających na celu niesienie pomocy osobom dotkniętym FASD służyła również współorganizacja I Międzynarodowej Konferencji „FASD – problem kliniczny i społeczny”, która odbyła się w Krakowie. Konferencja była pierwszym tego typu wydarzeniem w Rzeczypospolitej Polskiej, w trakcie którego w jednym miejscu i czasie spotkali się światowej sławy eksperci z kraju i z zagranicy, lekarze, specjaliści, pedagodzy, wychowawcy, a także rodzice i opiekunowie, którzy działają na rzecz

lub mają kontakt z dziećmi z FASD oraz osoby chcące zdobyć wiedzę na temat Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, dopiero bowiem wspólne spotkania przedstawicieli wymienionych wyżej środowisk mogą dać pełen obraz problemu, który ma charakter nie tylko indywidualny, ale i społeczny. Jednym z celów wydarzenia było stworzenie forum, na którym wszyscy – prelegenci i uczestnicy – mogli uczyć się od siebie nawzajem. Wygłoszone w trakcie konferencji wykłady, a także informacje przekazane w trakcie zorganizowanych w jej ramach sesji (pediatryczno-neonatologicznej, psychologiczno-terapeutycznej, psychiatryczno-neurologicznej oraz opiekuńczo-rodzicielskiej) pozwoliły zdobyć wiedzę na temat FASD lub w sposób istotny ją poszerzyć. Obecność gości zagranicznych stworzyła możliwość przybliżenia rozwiązań w zakresie terapii dzieci z FASD stosowanych w innych krajach oraz ich porównania z polskimi praktykami.

W 2015 r., podobnie jak w roku ubiegłym, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z Mazowieckim Urzędem Wojewódzkim zorganizowała szkolenia dla lekarzy, pielęgniarek, pedagogów, pracowników społecznych i przedstawicieli innych służb, dotyczące spektrum zaburzeń wywołanych spożywaniem alkoholu przez kobiety w ciąży. W szkoleniu wzięło udział ok. 60 osób.

Przedstawiciel Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych uczestniczył również w konferencji zorganizowanej przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Warszawie, skierowanej do instruktorów szkół rodzenia, dotyczącej szkód zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych w ciąży, w trakcie której wygłosił wykład: „Szkodliwość picia alkoholu w trakcie ciąży – negatywne skutki dla rozwoju dziecka związane z wystąpieniem FASD”. Uczestnicy konferencji otrzymali też materiały edukacyjne związane z tą problematyką.

Prowadzono edukacyjną stronę internetową dotyczącą ryzyka szkód związanych ze spożywaniem alkoholu przez kobiety w ciąży www.ciazabezalkoholu.pl. Dystrybuowano również materiały edukacyjne takie jak: ulotki, plakaty, broszury, scenariusz programu profilaktycznego dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych „Biorę odpowiedzialność”.

ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIECIE W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez pomoc materialną i opiekę nad kobietami w ciąży, znajdującymi się w trudnych warunkach materialnych oraz poprzez dostęp do szczegółowych informacji na temat uprawnień, zasiłków i świadczeń przysługujących kobietom w ciąży, matkom, ojcom oraz ich dzieciom oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i społecznych, a także zajmujących się sprawami przysposobienia.

Działalność dotycząca szeroko rozumianej pomocy kobiecie w ciąży i rodzinie z małym dzieckiem realizowana jest przez szereg aktów prawnych pozostających w kompetencji Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, z których najważniejszymi są:

- ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 963, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa* (Dz. U. z 2016 r. poz. 372, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1518, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 930, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* (Dz. U. z 2015 r. poz. 1390),
- ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3* (Dz. U. z 2016 r. poz. 157),
- ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 575, z późn. zm.).

3.1. Świadczenia rodzinne

W ramach wsparcia materialnego rodzin poprzez system świadczeń rodzinnych, określony ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* funkcjonują – finansowane ze środków budżetu państwa – świadczenia ściśle związane z urodzeniem lub wychowywaniem małego dziecka. Są nimi:

- 1) zasiłek rodzinny - świadczenie podstawowe, którego wysokość od 1 listopada 2015 r. wynosiła 89 zł miesięcznie na dziecko do ukończenia 5. roku życia; podstawowym warunkiem nabycia prawa do zasiłku rodzinnego jest spełnianie kryterium dochodowego, które od 1 listopada 2014 r. do 31 października 2015 r. wynosiło 574 zł netto na osobę w rodzinie lub 664 zł netto na osobę w rodzinie, jeżeli członkiem rodziny jest niepełnosprawne dziecko, zaś od 1 listopada 2015 r. kwoty kryterium dochodowego wynosiły odpowiednio: 674 zł i 764 zł;
- 2) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka, przysługujący w kwocie 1 000 zł jednorazowo;
- 3) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, przysługujący w kwocie 400 zł miesięcznie;
- 4) jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. „becikowe”) w kwocie 1 000 zł jednorazowo (od 1 stycznia 2013 r. warunkiem nabycia prawa do tego świadczenia jest spełnianie kryterium dochodowego, które wynosi 1 922 zł netto na osobę w rodzinie).

Ponadto, w 2015 r. została uchwalona i opublikowana nowelizacja ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych*, tj. ustawa z dnia 24 lipca 2015 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 1217, z późn. zm.), wprowadzająca nowe świadczenie rodzinne w postaci świadczenia rodzicielskiego. Wprowadzenie ww. świadczenia miało na celu zagwarantowanie wszystkim rodzicom, bez względu na formę zatrudnienia, w pierwszym roku życia dziecka przynajmniej minimum bezpieczeństwa socjalnego. Świadczenie rodzicielskie w wysokości 1 000 zł netto miesięcznie przysługuje osobom, które urodziły dziecko, a które nie otrzymują zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia macierzyńskiego (np.: bezrobotni, studenci, osoby pracujące na podstawie umów cywilnoprawnych). Świadczenie rodzicielskie przysługuje przez rok (52 tygodnie) po urodzeniu dziecka, a w przypadku urodzenia wieloraczków ten okres może być

wydłużony – w zależności od liczby dzieci urodzonych przy jednym porodzie – nawet do 71 tygodni.

Świadczenie rodzicielskie jest przyznawane od dnia 1 stycznia 2016 r.

W przypadku ubiegania się o przyznanie dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka warunkiem dodatkowym ich otrzymania jest dołączenie do wniosku zaświadczenia o pozostawaniu kobiety w ciąży pod opieką medyczną (zaświadczenie lekarskie potwierdzające co najmniej jedno badanie kobiety przez lekarza ginekologa lub położną w okresie ciąży) nie później niż od 10. tygodnia ciąży. Celem rozwiązania uzależniającego prawo do świadczeń związanych z urodzeniem dziecka od podjęcia przez kobietę jak najwcześniejszej profilaktyki jest m.in. zwiększenie świadomości zdrowotnej kobiety w ciąży.

Przepisy ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* dają również gminom możliwość przyznawania i wypłaty – finansowanych ze środków własnych gminy – zapomogi z tytułu urodzenia dziecka oraz podwyższenia ustawowej wysokości kwot dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka oraz z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego (kwoty te zależne są od uchwały rady gminy). Ponadto, od dnia 5 września 2015 r. gminy mają możliwość przyznawania dodatkowych świadczeń finansowanych ze środków własnych gminy. Gmina, biorąc pod uwagę lokalne potrzeby swoich mieszkańców w zakresie świadczeń na rzecz rodziny, może w drodze uchwały podjętej przez radę gminy, ustanowić świadczenia na rzecz rodziny. Decyzja o tym czy oraz w jakiej wysokości wprowadzić takie dodatkowe świadczenie, należy do wyłącznej właściwości rady gminy.

W ramach systemu świadczeń rodzinnych do zasiłku rodzinnego przysługują również dodatki z tytułu: wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej, samotnego wychowywania dziecka, kształcenia i rehabilitacji niepełnosprawnego dziecka, rozpoczęcia roku szkolnego, podjęcia nauki poza miejscem zamieszkania, a także świadczenia opiekuńcze (zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne oraz specjalny zasiłek opiekuńczy).

Na uwagę zasługuje również zmiana wprowadzona mocą uchwalonej i ogłoszonej w 2015 r. nowelizacji ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa* zmiana w zakresie ustalania minimalnej wysokości zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia macierzyńskiego. Zgodnie z wprowadzonym do art. 31 ww. ustawy – mocą ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. *o zmianie*

ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw – ust. 3a minimalna wysokość netto zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia macierzyńskiego nie może być niższa niż wysokość świadczenia rodzicielskiego, tj. 1 000 zł miesięcznie. Zmiana ta weszła w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

W celu zwiększenia dostępności do świadczeń rodzinnych w 2015 r. mocą ustawy z dnia 15 maja 2015 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. poz. 995) wprowadzony został mechanizm „złotówka za złotówkę”, dzięki któremu przekroczenie progu dochodowego uprawniającego do świadczeń rodzinnych przez rodzinę ubiegającą się o zasiłek rodzinny wraz z dodatkami nie oznacza wykluczenia jej z systemu świadczeń rodzinnych, ale taka rodzina będzie mogła otrzymać świadczenia, o które się ubiega, pomniejszone o kwotę przekroczenia kryterium dochodowego. Mechanizm zaczął obowiązywać od 1 stycznia 2016 r.

W 2015 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- przeciętnie miesięcznie 509,7 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5. r.ż. na kwotę ogółem w skali roku 482,3 mln zł,
- 117,5 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 117,5 mln zł,
- przeciętnie miesięcznie 42,2 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzy stania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 196,6 mln zł,
- 279,2 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 279,2 mln zł.

Ponadto gminy wypłaciły ze środków własnych 8,9 tys. zapomóg z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 7,5 mln zł oraz 1,6 tys. podwyższeń ustawowej kwoty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 0,8 mln zł.

3.2. Infrastruktura społeczna na rzecz dziecka i rodziny

Od 2011 r. kwestie dotyczące organizacji i funkcjonowania instytucjonalnych form opieki nad małym dzieckiem reguluje ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3*. Celem ustawy jest m.in. tworzenie i rozwój zróżnicowanych form opieki nad małymi dziećmi (żłobek, klub dziecięcy, dzienny opiekun, niania), poprawa standardów funkcjonowania placówek, umożliwienie rodzicom i opiekunom dzieci podjęcia aktywności

zawodowej (m.in. szybszy powrót matek na rynek pracy) oraz promocja równości rodzinnej i zawodowej między kobietą i mężczyzną. Istotnym celem powyższej ustawy jest również wsparcie rodziców w procesie edukacji i wychowania dzieci. W przypadku żłobka, dziennego opiekuna oraz niani opieka jest sprawowana nad dziećmi w wieku od ukończenia 20. tygodnia życia, zaś w klubie dziecięcym od 1. roku życia. Do zadań żłobka, klubu dziecięcego i dziennego opiekuna należy w szczególności: zapewnienie dziecku opieki w warunkach bytowych zbliżonych do warunków domowych, zagwarantowanie dziecku właściwej opieki pielęgnacyjnej oraz edukacyjnej przez prowadzenie zajęć zabawowych z elementami edukacji i z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb dziecka, a także prowadzenie zajęć opiekuńczo-wychowawczych i edukacyjnych, uwzględniających rozwój psychomotoryczny dziecka, właściwych do wieku dziecka.

Jak wynika z gromadzonych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej sprawozdań z wykonywania zadań z zakresu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r., w objętych rejestrem 1 967 żłobkach i 453 klubach dziecięcych funkcjonowało łącznie 83,1 tys. miejsc opieki nad małymi dziećmi, z tego 75,7 tys. w żłobkach i 7,4 tys. w klubach dziecięcych. Opieką w żłobkach i klubach dziecięcych objętych było łącznie 59,7 tys. dzieci. Do żłobków uczęszczało 57,4 tys. dzieci, spośród których 1,9 tys. stanowiły dzieci w wieku poniżej 1. roku życia. Ponadto, zatrudnionych było 570 dziennych opiekunów, pod opieką których znajdowało się 815 dzieci, w tym 9 w wieku poniżej 1. r. ż.

W 2015 r. łączne wydatki budżetu państwa i samorządu terytorialnego na funkcjonowanie i rozwój systemu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 wyniosły 802,5 mln zł.

Na mocy art. 62 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej a następnie Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej realizuje od 2011 r. *Resortowy program rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 „Maluch”*. Przewiduje on dofinansowanie ze środków budżetu państwa – w drodze otwartego konkursu ofert – inicjatyw dotyczących tworzenia przez różne podmioty (publiczne i niepubliczne) nowych i utrzymania już istniejących miejsc w różnych instytucjach opieki nad małymi dziećmi (żłobek, klub dziecięcy i dzienny opiekun).

W 2015 r. zrealizowano Resortowy program rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 „Maluch” - edycja 2015 r. Dotyczy on dofinansowania ze środków budżetu państwa – przez konkurs ofert – inicjatyw dotyczących tworzenia przez różne podmioty (publicznie

i niepubliczne) nowych lub utrzymania już istniejących miejsc w różnych formach instytucji opieki nad małymi dziećmi (żłobek, klub dziecięcy i dzienny opiekun).

W związku z realizacją w 2015 r. Programu „Maluch” uruchomiono z budżetu państwa 151 mln zł. Do dofinansowania zakwalifikowano 32,1 tys. miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 w różnych instytucjach, z tego 3,8 tys. miejsc nowoutworzonych oraz 28,3 tys. miejsc już istniejących.

Ponadto, Zakład Ubezpieczeń Społecznych opłaca z budżetu państwa składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, wypadkowe i ubezpieczenie zdrowotne za nianie zatrudnione przez rodziców na podstawie umowy uaktywniającej od podstawy stanowiącej kwotę nie wyższą niż wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego zgodnie z przepisami o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (od nadwyżki nad kwotę minimalnego wynagrodzenia ww. składki opłaca rodzic).

W 2015 r. średnia miesięczna liczba osób sprawujących opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (niań) podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu wyniosła 8,6 tys. osób. Kwota przypisanej składki na ubezpieczenie zdrowotne za nianie, których składka na to ubezpieczenie jest finansowana z budżetu państwa wyniosła 10 354,7 tys. zł.

Kwota przypisanej składki na ubezpieczenia społeczne (z wyłączeniem ubezpieczenia chorobowego) za nianie, których składki na te ubezpieczenia finansowane są z budżetu państwa wyniosła 36 137 tys. zł.

Podane kwoty składek dotyczą okresu grudzień 2014 r. – listopad 2015 r.

Prowadzona jest również strona internetowa: www.zlobki.mpips.gov.pl, skąd zainteresowane osoby mogą czerpać – podaną w prosty i przystępny sposób – wiedzę na temat systemu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3.

3.3. Pomoc społeczna

Kobiety w ciąży i matki samotnie wychowujące dzieci, zwłaszcza znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej, podobnie jak inne osoby mogą ubiegać się o przyznanie pomocy w ramach systemu pomocy społecznej. Pomoc ta jest świadczona w formie finansowej, rzeczowej i usługowej:

1) świadczenia finansowe z pomocy społecznej

Kobiety w ciąży, których dochód nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego²⁾, mogą ubiegać się o przyznanie zasiłku okresowego, zasiłku celowego, specjalnego zasiłku celowego, w szczególności na zakup żywności, leków, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu. Ponadto, jeśli osoby te są pozbawione schronienia, posiłku i ubrania, mogą wystąpić o ich przyznanie do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ośrodka pomocy społecznej. Jedną z możliwych przesłanek przyznania wyżej wymienionych form pomocy dla kobiet w ciąży i matek samotnie wychowujących dzieci jest bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (dotyczy to zwłaszcza rodzin niepełnych lub wielodzietnych). Świadczenia te są finansowane ze środków własnych gminy, z tym że w przypadku zasiłku okresowego istnieje gwarantowany poziom dofinansowania z budżetu państwa na poziomie minimalnej wysokości tego świadczenia (tj. 50% różnicy między kryterium dochodowym dla osoby samotnie gospodarującej, a dochodem tej osoby albo 50% różnicy między kryterium dochodowym rodziny - liczba osób w rodzinie pomnożona odpowiednio przez 456 zł (kryterium dochodowe dla osoby w rodzinie obowiązujące do dnia 30 września 2015 r.) lub 514 zł (kryterium dochodowe dla osoby w rodzinie obowiązujące od dnia 1 października 2015 r.) a dochodem tej rodziny, przy czym w obydwu przypadkach nie mniej niż 20 zł).

Ogółem, w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2015 r. z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa udzielono pomocy 127 015 rodzinom, w tym 76 112 rodzinom ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy rodzin 81 103 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na wielodzietność (55 470 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2015 r. 213 209 rodzin, w tym 92 793 rodziny ze środowisk wiejskich.

²⁾ Ustawowe kryterium dochodowe do dnia 30 września 2015 r., zgodnie z § 1 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. poz. 823), dla osoby samotnie gospodarującej wynosiło 542 zł, a dla osoby w rodzinie 456 zł. Od dnia 1 października 2015 r., zgodnie z § 1 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. poz. 1058) kryterium to wynosiło 634 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 514 zł dla osoby w rodzinie.

2) instytucjonalne formy pomocy społecznej

Jedną z form instytucjonalnej pomocy kobietom w ciąży są domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Domy te od dnia 1 maja 2004 r. zyskały status ośrodków wsparcia prowadzonych przez samorząd powiatowy. Standardy podstawowych usług świadczonych przez te placówki zostały określone przepisami rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (Dz. U. poz. 418). Gwarantują one nie tylko godne warunki bytowe dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, ale także zadbanie o ich potrzeby psychiczne i duchowe. Schronienia w takim domu może szukać kobieta w ciąży, kobieta lub mężczyzna z małoletnimi dziećmi, którzy doznali przemocy lub znajdują się w sytuacji kryzysowej. Możliwe jest ich przyjęcie bez skierowania w razie zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa, ale o ich dalszym pobycie decyduje starosta na podstawie rodzinnego wywiadu środowiskowego oraz opinii ośrodka pomocy społecznej uzasadniającej pobyt w domu.

W 2015 r. w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonowały 3 domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży o zasięgu ponadgminnym prowadzone przez samorząd powiatowy, które dysponowały 36 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 48 osób. Funkcjonowało również 11 domów prowadzonych na zlecenie powiatu przez inne podmioty (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia kościelne i inne) z 367 miejscami, z których skorzystało w ciągu roku 621 osób. Jednocześnie, funkcjonowały 4 domy o zasięgu lokalnym, prowadzone przez gminę, w których z 88 miejsc skorzystało 110 osób oraz 4 prowadzone przez inny powiat, które dysponowały 74 miejscami, a skorzystało z nich 88 osób.

Pomoc społeczna podejmuje również działania interwencyjne na rzecz osób i rodzin, w tym dotkniętych przemocą, w celu zapobiegania pogłębianiu się występujących dysfunkcji. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej „interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu”. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. W ramach interwencji kryzysowej, bez względu na posiadany dochód, udziela się poradnictwa specjalistycznego oraz schronienia dostępnego całą dobę.

W 2015 r. działały 193 ośrodki interwencji kryzysowej. Prowadzenie ośrodka interwencji kryzysowej jest zadaniem własnym powiatu, jednakże zadanie to realizowane jest również

przez gminy. W 2015 r. powiaty prowadziły 129 ośrodków, w których pomoc uzyskało 39 051 osób, natomiast podmioty niepubliczne prowadziły 33 takie ośrodki, udzielając pomocy 6 529 osobom. Jednocześnie gminy prowadziły 21 ośrodków tego typu, w których pomoc uzyskało 6 338 osób, podmioty niepubliczne prowadziły 10 ośrodków, z których pomocy skorzystało 1 726 osób.

3) poradnictwo

Poradnictwo specjalistyczne w ramach pomocy społecznej to w szczególności poradnictwo prawne, psychologiczne i rodzinne. Jest ono świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych. W ramach poradnictwa prawnego udziela się informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów. Poradnictwo psychologiczne w pomocy społecznej to proces diagnozowania, profilaktyki i terapii. Natomiast poradnictwo rodzinne obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemy związane z opieką nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną. Rozpoznanie potrzeb w zakresie poradnictwa rodzinnego dokonuje przede wszystkim pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej przez wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osób i rodzin. Jeśli zajdzie taka potrzeba, rodzinom oferuje się przede wszystkim pomoc pedagoga, psychologa, często prawnika. W niektórych ośrodkach pomocy społecznej funkcjonują zespoły konsultantów, które przejmują pieczę nad rodziną wskazaną przez pracownika socjalnego. Jest to także współpraca z pedagogami szkolnymi, kuratorami społecznymi, lokalnymi organizacjami pozarządowymi zajmującymi się działalnością na rzecz rodzin i dzieci. W powiatach organizowane i prowadzone jest m.in. specjalistyczne poradnictwo rodzinne dla rodzin naturalnych i zastępczych, a także terapia rodzinna.

W 2015 r. z porad specjalistycznych skorzystało 35 359 osób w 56 ośrodkach specjalistycznego poradnictwa rodzinnego prowadzonych przez gminy oraz 5 419 osób w 11 ośrodkach prowadzonych przez podmioty niepubliczne. W powiatach funkcjonowało 79 jednostek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego o zasięgu ponadgminnym, prowadzonych przez powiat oraz 12 poradni prowadzonych w powiecie przez podmioty niepubliczne. Z usług powiatowych jednostek skorzystało odpowiednio 26 177 osób oraz 6 417 osób w poradniach prowadzonych przez podmioty niepubliczne.

Świadczenia z pomocy społecznej są udzielane kobietom w ciąży w oparciu o zasady ogólne. Z wyjątkiem pobytu w domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży brak jest szczególnych form pomocy kierowanych do tej grupy osób. Niezależnie od powyższego, zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej*, udzielanie informacji o prawach i uprawnieniach należy do zadań własnych powiatu. Dodatkowo informacje o świadczeniach przysługujących z systemu pomocy społecznej dostępne są na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, na stronach internetowych powiatowych centrów pomocy rodzinie oraz ośrodków pomocy społecznej. Wiele gmin i powiatów przygotowuje informatory o dostępnych świadczeniach z pomocy społecznej.

3.4. System wspierania rodziny i pieczy zastępczej

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* reguluje kwestie organizacji systemu opieki nad dzieckiem i rodziną je wychowującą, jeżeli ma ona trudności w prawidłowym wypełnianiu swoich funkcji, głównie natury opiekuńczo-wychowawczej. Działania podejmowane w ramach tego systemu mają zapewnić rodzinie taką pomoc, aby w jej efekcie wyeliminowane zostało zagrożenie zabrania dziecka z rodziny lub zapewniony został szybki powrót do rodziny dziecka, które z uwagi na jego dobro okresowo musiało zostać umieszczone poza rodziną. Istotna jest w tym rola asystenta rodziny, do którego zadań należy pomoc w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych rodziny, a także rola instytucji rodziny wspierającej, której zadaniem jest pomoc rodzinie przeżywającej trudności m.in. w zakresie opieki i wychowania dziecka. Zadania na rzecz wsparcia rodziny (praca z rodziną) realizowane są przede wszystkim przez gminy. Działaniom profilaktycznym, mającym na celu stworzenie dziecku odpowiednich warunków życia w jego środowisku rodzinnym, towarzyszą działania na rzecz doskonalenia i rozwoju różnych form pieczy zastępczej nad dzieckiem. Niemniej jednak pobyt dziecka w pieczy zastępczej powinien mieć – o ile to możliwe – charakter okresowy i zmierzać do integracji dziecka z jego rodziną. Wśród instytucji sprawujących pieczę zastępczą nad dzieckiem szczególnie uprzywilejowane miejsce zajmują rodzinne formy pieczy zastępczej. Zmianom w rodzinnej pieczy zastępczej towarzyszą także działania na rzecz ograniczania roli instytucjonalnych form pieczy zastępczej.

Umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej następuje – poza szczególnymi przypadkami – na podstawie orzeczenia sądu, który decyduje o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej lub rodzinnym domu dziecka albo w placówce opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej

placówce opiekuńczo-terapeutycznej, interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym. Organem odpowiedzialnym za organizację pieczy zastępczej na szczeblu lokalnym jest powiat (bezpośrednio zadanie to jest realizowane przez organizatora rodzinnej pieczy zastępczej). Zgodnie z intencją ustawy, w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej są umieszczane dzieci z terenu województwa wymagające szczególnej opieki, które ze względu na stan zdrowia wymagający stosowania specjalistycznej opieki i rehabilitacji nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Natomiast w interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym umieszczane mogą być dzieci, które wymagają specjalistycznej opieki medycznej i które w okresie oczekiwania na przysposobienie nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej ze względu na stan zdrowia, przy czym pobyt dziecka w tej placówce nie może trwać dłużej niż do ukończenia przez dziecko pierwszego roku życia.

Z kolei do wyłącznej kompetencji ośrodków adopcyjnych należy m.in. prowadzenie procedur związanych z przysposobieniem dzieci oraz przygotowanie osób zgłaszających gotowość do przysposobienia dzieci, a także zapewnienie pomocy psychologicznej kobietom w ciąży oraz pacjentkom oddziałów ginekologiczno-położniczych, które sygnalizują zamiar pozostawienia dziecka bezpośrednio po urodzeniu.

Zgodnie z art. 119¹ ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz. U. z 2015 r. poz. 2082, z późn. zm.) rodzice mogą przed sądem opiekuńczym wyrazić zgodę na przysposobienie swego dziecka w przyszłości bez wskazania osoby przysposabiającego. Rodzicom, którzy wyrazili taką zgodę, władza rodzicielska i prawo do kontaktów z dzieckiem nie przysługują. Przepisy o przysposobieniu za zgodą rodziców bez wskazania osoby przysposabiającego stosuje się także, jeżeli jedno z rodziców wyraziło taką zgodę, a zgoda drugiego nie jest do przysposobienia potrzebna oraz w sytuacji, gdy rodzice przysposobianego są nieznani albo nie żyją, jeżeli sąd opiekuńczy w orzeczeniu o przysposobieniu tak postanowi. Ponadto, zgoda rodziców na przysposobienie dziecka nie może być wyrażona wcześniej niż po upływie sześciu tygodni od urodzenia się dziecka.

Jak wynika z gromadzonych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej danych, wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r., w pieczy zastępczej przebywało łącznie 76 278 dzieci, z tego:

- w rodzinach zastępczych spokrewnionych 31 951 dzieci, w tym 182 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,

- w rodzinach zastępczych niezawodowych 15 486 dzieci, w tym 140 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w rodzinach zastępczych zawodowych 6 371 dzieci, w tym 496 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w rodzinnych domach dziecka 3 178 dzieci, w tym 61 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w placówkach opiekuńczo-wychowawczych 19 292 dzieci, w tym 248 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia.

W różnych formach pieczy zastępczej przebywało łącznie 288 małoletnich matek.

W funkcjonujących w Polsce 6 regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych oraz 2 interwencyjnych ośrodkach preadpocyjnych przebywało, wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r., łącznie 225 dzieci, z tego 182 w regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych i 43 w interwencyjnych ośrodkach preadpocyjnych, w tym dzieci w wieku poniżej 1. roku życia odpowiednio: 2 i 43 dzieci.

W 2015 r., przysposobiono łącznie 3 410 dzieci (zarówno w przysposobieniu krajowym, jak i międzynarodowym), w tym 656 dzieci w- wieku poniżej 1. roku życia.

3.5. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Kobiety ciężarne i wychowujące dzieci, będące ofiarami przemocy w rodzinie, mogą korzystać z pomocy w ramach ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*. Ustawa określa działania wobec różnych grup dotkniętych przemocą w rodzinie, do których należą: kobiety, mężczyźni, dzieci, osoby niepełnosprawne i osoby starsze.

Zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie realizowane są w oparciu o wskazaną powyżej ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* oraz w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie i mają na celu głównie skuteczną ochronę różnych kategorii ofiar przemocy w rodzinie w szczególności kobiet i dzieci.

W roku 2015 w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie zostały zrealizowane następujące zadania odnoszące się do ww. grup osób:

- 1) utrzymanie 35 specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie;
- 2) realizacja programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących

przemoc w rodzinie;

- 3) dofinansowanie szkoleń osób realizujących zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie;
- 4) zorganizowanie ogólnopolskiej konferencji pn. „10 lat ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie - historia, doświadczenia, wyzwania”.

Jednym z zadań związanych z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie jest tworzenie i prowadzenie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie. Standard usług świadczonych przez te jednostki oraz szczegółowe kierunki prowadzenia oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec sprawców przemocy określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 lutego 2011 r. w sprawie standardu podstawowych usług świadczonych przez specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, kwalifikacji osób zatrudnionych w tych ośrodkach, szczegółowych kierunków prowadzenia oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc w rodzinie oraz kwalifikacji osób prowadzących oddziaływania korekcyjno-edukacyjne (Dz. U. poz. 259). W specjalistycznych ośrodkach wsparcia, obok zapewnienia podstawowych potrzeb, ofiary przemocy w rodzinie otrzymują profesjonalne wsparcie medyczne, socjalne, psychologiczne i prawne. W ramach działań wynikających z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie realizowane są również programy oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla sprawców przemocy w rodzinie.

3.6. Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

Zagadnienia związane z ochroną rodzicielstwa pracowników zamieszczone są w dziale ósmym ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, zwanej dalej „Kodeksem pracy”, pt.: „Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem”. Uprawnienia te obejmują:

- 1) urlop macierzyński (art. 180-182 Kodeksu pracy) i urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego (art. 183 Kodeksu pracy)**

Pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze 20 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie (taki sam jest wymiar urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w przypadku przyjęcia jednego dziecka) oraz w wymiarze od 31 do 37 tygodni w przypadku jednoczesnego urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie (taki sam jest wymiar urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego przy jednoczesnym przyjęciu na wychowanie większej liczby dzieci).

Nie więcej niż 6 tygodni urlopu macierzyńskiego może przypadać przed przewidywaną datą porodu.

W razie urodzenia martwego dziecka lub zgonu dziecka przed upływem 8 tygodni życia, pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze 8 tygodni po porodzie, nie krócej jednak niż przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka. Pracownicy, która urodziła więcej niż jedno dziecko przy jednym porodzie, przysługuje w takim przypadku urlop macierzyński w wymiarze stosownym do liczby dzieci pozostałych przy życiu. Natomiast w razie zgonu dziecka po upływie 8 tygodni życia, pracownica zachowuje prawo do urlopu macierzyńskiego przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka.

2) dodatkowy urlop macierzyński (art. 182¹ § 1 Kodeksu pracy) i dodatkowy urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego (art. 183 § 3 Kodeksu pracy)

Dodatkowy urlop macierzyński (także dodatkowy urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego) jest urlopem fakultatywnym i można z niego skorzystać bezpośrednio po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego, w wymiarze:

- do 6 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- do 8 tygodni – w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

Dodatkowy urlop macierzyński może być wykorzystany jednorazowo albo w dwóch częściach przypadających bezpośrednio jedna po drugiej – w wymiarze tygodnia lub jego wielokrotności.

W zależności od decyzji pracownika może on łączyć korzystanie z dodatkowego urlopu macierzyńskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu w wymiarze nie wyższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy; w takim przypadku dodatkowego urlopu macierzyńskiego udziela się na pozostałą część wymiaru czasu pracy.

Natomiast, bezpośrednio po urlopie na warunkach urlopu macierzyńskiego pracownik ma prawo do dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w wymiarze:

- do 6 tygodni – w przypadku przyjęcia na wychowanie jednego dziecka,
- do 8 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia na wychowanie więcej niż jednego dziecka,
- do 3 tygodni – w przypadku przyjęcia na wychowanie starszego dziecka, tj. w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, do 10 roku życia.

Zasady korzystania z tego urlopu oraz łączenia wykonywania pracy z dodatkowym urlopem na warunkach urlopu macierzyńskiego są analogiczne jak przy dodatkowym urlopie macierzyńskim.

3) urlop rodzicielski (art. 182^{1a} Kodeksu pracy)

Bezpośrednio po wykorzystaniu dodatkowego urlopu macierzyńskiego w pełnym wymiarze (do 6 lub do 8 tygodni) pracownik ma prawo do urlopu rodzicielskiego w wymiarze do 26 tygodni – niezależnie od liczby dzieci urodzonych przy jednym porodzie lub przyjętych jednocześnie na wychowanie.

Urlop rodzicielski jest udzielany jednorazowo albo nie więcej niż w trzech częściach, z których żadna nie może być krótsza niż 8 tygodni, przypadających bezpośrednio jedna po drugiej – w wymiarze wielokrotności tygodnia.

Z urlopu rodzicielskiego mogą jednocześnie korzystać oboje rodzice dziecka. W takim przypadku łączny wymiar urlopu nie może przekraczać wymiaru 26 tygodni.

Urlop rodzicielski można łączyć z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu na takich samych zasadach, jak w przypadku łączenia wykonywania pracy z dodatkowym urlopem macierzyńskim.

Urlop rodzicielski przysługuje także pracownikowi bezpośrednio po zakończeniu dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego.

Ponadto pracownica, nie później niż 14 dni po porodzie, może złożyć pisemny wniosek o udzielenie jej, bezpośrednio po urlopie macierzyńskim, dodatkowego urlopu macierzyńskiego w pełnym wymiarze 6 lub 8 tygodni, a bezpośrednio po takim urlopie – urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze 26 tygodni; pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownicy. Miesięczny zasiłek macierzyński w tym przypadku wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku za cały okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego.

Natomiast w przypadku składania odrębnych wniosków o udzielenie dodatkowego urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego - w terminie 14 dni przed rozpoczęciem korzystania z poszczególnych urlopów – zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego i dodatkowego urlopu macierzyńskiego przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku, a za okres urlopu rodzicielskiego – 60% podstawy wymiaru zasiłku.

Wnioski o udzielenie któregokolwiek z wyżej wymienionych urlopów są wiążące dla pracodawcy.

4) urlop ojcowski (art. 182³ Kodeksu pracy)

Pracownik-ojciec wychowujący dziecko ma prawo do urlopu ojcowskiego w wymiarze 2 tygodni, nie dłużej jednak niż:

- do ukończenia przez dziecko 12 miesiąca życia albo
- do upływu 12 miesięcy od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie i nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, nie dłużej niż do ukończenia przez nie 10 roku życia.

Prawo pracownika-ojca dziecka do urlopu ojcowskiego jest niezależne od pozostawania matki dziecka w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy. Urlop ten jest prawem przysługującym wyłącznie pracownikowi – ojcu dziecka, którego nie może przenieść na inną osobę.

Za okres urlopu ojcowskiego przysługuje zasiłek macierzyński w wysokości 100 % podstawy zasiłku macierzyńskiego.

5) urlop wychowawczy (art. 186 -186⁵ Kodeksu pracy).

Pracownik zatrudniony co najmniej 6 miesięcy ma prawo do urlopu wychowawczego w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Wymiar urlopu wychowawczego wynosi do 36 miesięcy. Urlop jest udzielany na okres nie dłuższy niż do ukończenia przez dziecko 5 roku życia.

W przypadku pracowników rodziców wychowujących dziecko z potwierdzonym orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności dziecka, które z powodu stanu zdrowia wymaga osobistej opieki pracownika, niezależnie od „podstawowego” urlopu wychowawczego może być dodatkowo udzielony urlop wychowawczy (kolejny) w wymiarze do 36 miesięcy, jednak na okres nie dłuższy niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia. Urlop ten jest udzielany na takich samych zasadach jak urlop „podstawowy”.

Każdemu z rodziców lub opiekunów dziecka przysługuje wyłączne prawo do jednego miesiąca urlopu wychowawczego z wymiaru urlopu do 36 miesięcy. Prawa tego nie można przenieść na drugiego z rodziców lub opiekunów dziecka (tzw. nieprzenoszalna część urlopu).

Urlop wychowawczy nie musi, ale może być wykorzystywany bezpośrednio po skorzystaniu z urlopu rodzicielskiego najwyżej w 5 częściach. Rodzice lub opiekunowie dziecka mogą jednocześnie korzystać z urlopu wychowawczego przez okres nieprzekraczający 4 miesięcy.

Urlopu wychowawczego udziela się na wniosek pracownika, który jest wiążący dla pracodawcy.

6) ochrona stosunku pracy

Co do zasady pracodawca nie może wypowiedzieć ani rozwiązać umowy o pracę z pracownicą w okresie ciąży, a także z pracownikiem w okresie urlopu macierzyńskiego i urlopu wychowawczego (art. 177 i art. 186¹ Kodeksu pracy). Ochrona ta obejmuje także pracowników w okresie korzystania z dodatkowego urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego.

Pracownik ma prawo być dopuszczonym – po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego, urlopu ojcowskiego oraz urlopu wychowawczego – do pracy na dotychczasowym stanowisku, a jeżeli nie jest to możliwe, na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu lub na innym odpowiadającym jego kwalifikacjom zawodowym.

7) inne uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

Kobiet w ciąży nie wolno zatrudniać przy pracach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia (art. 176 Kodeksu pracy). Pracownicy w ciąży nie wolno również zatrudniać w godzinach nadliczbowych ani w porze nocnej, delegować poza stałe miejsce pracy ani zatrudniać w systemie przerywanego czasu pracy (art. 178 § 1 Kodeksu pracy).

Pracownika opiekującego się dzieckiem do ukończenia przez nie 4. roku życia nie wolno bez jego zgody zatrudniać w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w systemie przerywanego czasu pracy, jak również delegować poza stałe miejsce pracy (art. 178 § 2 Kodeksu pracy).

Pracownica w ciąży ma prawo do zwolnień od pracy na zalecone przez lekarza badania lekarskie przeprowadzane w związku z ciążą, jeżeli badania te nie mogą być przeprowadzone poza godzinami pracy; za czas nieobecności w pracy z tego powodu pracownica zachowuje prawo do wynagrodzenia (art. 185 § 2 Kodeksu pracy).

Pracownikowi wychowującemu przynajmniej jedno dziecko w wieku do 14 lat przysługuje w ciągu roku kalendarzowego zwolnienie od pracy na 2 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia (art. 188 Kodeksu pracy).

Pracownik uprawniony do urlopu wychowawczego może złożyć pracodawcy pisemny wniosek o obniżenie jego wymiaru czasu pracy do wymiaru nie niższego niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy w okresie, w którym mógłby korzystać z takiego urlopu; pracodawca jest obowiązany uwzględnić ten wniosek (art. 186⁷ Kodeksu pracy).

Pracownica karmiąca dziecko piersią ma prawo do przerw w pracy wliczanych do czasu pracy (art. 187 Kodeksu pracy), których liczba i wymiar są zależne od liczby karmionych dzieci i dobowego wymiaru czasu pracy.

W Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest stale prowadzony dyżur telefoniczny, w ramach którego każda zainteresowana osoba może uzyskać informacje dotyczące uprawnień pracowniczych kobiet w ciąży oraz uprawnień pracowniczych związanych z rodzicielstwem. Funkcjonuje również, prowadzona przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, strona internetowa: www.rodzicielski.gov.pl, skąd zainteresowane osoby mogą czerpać – podaną w prosty i przystępny sposób – wiedzę na temat uprawnień rodzicielskich pracowników.

Jednocześnie należy wskazać, że uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem uległy zasadniczym zmianom od dnia 2 stycznia 2016 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. *o zmianie ustawy - Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 1268, z późn. zm.). Rozwiązania te zostaną omówione w Sprawozdaniu za rok 2016.

3.7. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych

Ubezpieczony ma prawo do zwolnienia od pracy w razie zaistnienia okoliczności uzasadniających konieczność sprawowania przez niego osobistej opieki nad zdrowym dzieckiem do lat 8 z powodu nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w razie choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3* lub dziennego opiekuna dziecka. Za okres tego zwolnienia ubezpieczonemu przysługuje zasiłek opiekuńczy (zgodnie z § 3 pkt 3 i 3a rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 maja 1996 r. *w sprawie*

sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy – Dz. U. z 2014 r. poz. 1632 oraz art. 32 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa).

Do zasiłku opiekuńczego ma również prawo ubezpieczony zwolniony od pracy w razie zaistnienia okoliczności uzasadniających konieczność sprawowania osobistej opieki nad zdrowym dzieckiem do lat 8 z powodu: porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi sprawowanie opieki.

Zgodnie z ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zasiłek macierzyński przysługuje za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego (okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, okres dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego), a także okres urlopu ojcowskiego i urlopu rodzicielskiego. Zasiłek macierzyński wypłacany jest z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a zasady ustalania jego wysokości zostały już opisane powyżej.

Zasiłek macierzyński przysługuje również w razie urodzenia dziecka po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało w okresie ciąży wskutek ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy albo z naruszeniem przepisów prawa, stwierdzonym prawomocnym orzeczeniem sądu. W tym przypadku zasiłek macierzyński przysługuje za okres odpowiadający części urlopu macierzyńskiego, która przypada po porodzie. Ponadto, ubezpieczonej pracownicy, z którą rozwiązano stosunek pracy w okresie ciąży z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy i której nie zapewniono innego zatrudnienia, do dnia porodu przysługuje zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego, zaś ubezpieczonej będącej pracownicą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy, z którą umowa o pracę została przedłużona do dnia porodu, prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje po ustaniu ubezpieczenia.

Obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu podlegają osoby przebywające na urloпах wychowawczych lub pobierające zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalnie i rentowe za osoby przebywające na urlopie wychowawczym stanowi kwota 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, przy czym nie może być ona wyższa niż

przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających urlop wychowawczy i niższa niż 75% kwoty minimalnego wynagrodzenia. W przypadku osób pobierających zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego podstawę wymiaru składek stanowi kwota tego zasiłku.

Obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu podlegają także sprawujące opiekę nad dzieckiem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

- osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą przez co najmniej 6 miesięcy,
- zleceniobiorcy wykonujący przez co najmniej 6 miesięcy pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy, do której stosuje się zgodnie z Kodeksem cywilnym przepisy dotyczące zlecenia,
- osoby współpracujące przez co najmniej 6 miesięcy z ww. osobami,
- osoby duchowne podlegające ubezpieczeniom społecznym przez co najmniej 6 miesięcy, które zaprzestały prowadzenia działalności, wykonywania pracy lub współpracy albo zawiesiły wykonywanie działalności na okres do 3 lat (jednorazowo lub nie więcej niż w czterech częściach) w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, jednakże nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 5. roku życia, a w przypadku dziecka, które wymaga osobistej opieki ze względu na niepełnosprawność – na okres do 6 lat, nie dłużej niż do ukończenia przez nie 18. roku życia.

Obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym objęte są też osoby, nieprowadzące żadnej działalności ani niepodlegające ubezpieczeniom społecznym z jakiegokolwiek tytułu, a przebywające na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i sprawujące opiekę nad dzieckiem w wieku do lat 5 (składki opłacane są do 3 lat) albo nad dzieckiem, które z uwagi na niepełnosprawność wymaga osobistej opieki i nie przekroczyło 18. roku życia (składki opłacane są do 6 lat).

Objęcie ubezpieczeniem społecznym z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem następuje po złożeniu w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych przez osobę zainteresowaną stosowanego oświadczenia o zamiarze podlegania ww. ubezpieczeniu z tego tytułu.

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem stanowi kwota 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego (w przypadku zleceniobiorcy – nie więcej jednak niż przeciętna miesięczna kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek w okresie 6 miesięcy kalendarzowych poprzedzających okres sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem i nie mniej niż 75%

kwoty minimalnego wynagrodzenia). W przypadku osób nieprowadzących żadnej działalności ani niepodlegających ubezpieczeniom społecznym w okresie poprzedzającym okres sprawowania opieki, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne stanowi 75% kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z ubezpieczenia społecznego za osoby przebywające na urloпах wychowawczych, osoby sprawujące osobistą opiekę na dzieckiem oraz osoby pobierające zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego finansowane są ze środków budżetu państwa, a opłacane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Należy również wskazać na świadczenia przysługujące z tytułu macierzyństwa i opieki nad małym dzieckiem przewidziane w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników* (Dz. U. z 2016 r. poz. 277). Świadczenia te to:

- **zasiłek macierzyński** przysługujący ubezpieczonemu z tytułu urodzenia dziecka,
- **finansowanie składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolników** z budżetu państwa w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem przez okres 3 lat do ukończenia przez dziecko 5. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego przez okres 6 lat do ukończenia przez dziecko 18. roku życia.

Do 31 grudnia 2015 r. zasiłek macierzyński z ubezpieczenia społecznego rolników był świadczeniem jednorazowym w wysokości 4. krotnej najniższej emerytury przysługującym ubezpieczonemu z tytułu:

- urodzenia dziecka,
- przyjęcia dziecka w wieku do 7. roku życia na wychowanie, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10. roku życia, jeżeli w tym czasie został złożony wniosek o przysposobienie,
- przyjęcia dziecka w wieku do 7. roku życia na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10. roku życia.

W 2015 r. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) wypłaciła 29 255 zasiłków macierzyńskich na łączną kwotę 101 424 000 zł.

Począwszy od 1 stycznia 2016 r. zmieniły się zasady ustalania prawa i wysokości zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia społecznego rolników. Zasiłek ten obecnie przyznawany jest jako świadczenie okresowe przez okres 56-71 tygodni w zależności od liczby dzieci

urodzonych przy jednym porodzie, przysposobionych, bądź przyjętych na wychowanie, podobnie jak zasiłek macierzyński w systemie powszechnym. Zasiłek macierzyński obecnie wypłacany jest w kwocie równej świadczeniu rodzicielskiemu przyznawanemu na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (1 000 zł miesięcznie).

Jak wskazano powyżej, przepisy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników w ramach pomocy rodzinie rolniczej wychowującej dziecko przewidują również finansowanie składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolników z budżetu państwa w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem przez okres 3 lat do ukończenia przez dziecko 5. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego przez okres 6 lat do ukończenia przez dziecko 18. roku życia.

W 2015 r. 82 986 osobom ubezpieczonym w KRUS finansowano z budżetu państwa składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolników w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Wydatkowano na ten cel 84 334 298,00 zł.

3.8. Uprawnienia bezrobotnych związane z rodzicielstwem

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy określa działania mające na celu zapewnienie właściwej pomocy bezrobotnym i poszukującym pracy. Urzędy pracy mogą w elastyczny sposób stosować usługi i instrumenty rynku pracy i w związku z tym zapewnić ich lepsze dostosowanie do potrzeb poszczególnych bezrobotnych, w tym m.in. bezrobotnych posiadających dzieci, celem optymalizacji formy pomocy oferowanej konkretnej osobie. Wsparcie realizowane jest przez:

1) możliwość zachowania statusu bezrobotnego pomimo braku gotowości do pracy

Starosta nie może pozbawić statusu bezrobotnego kobiety w ciąży z powodu niezdolności do pracy związanej z ciążą trwającej przez nieprzerwany okres 90 dni, z wyłączeniem przypadku złożenia wniosku o pozbawienie tego statusu przez samą bezrobotną.

2) możliwość zgłoszenia braku gotowości do pracy spowodowany opieką nad dzieckiem

Starosta nie może pozbawić statusu bezrobotnego kobiety po urodzeniu dziecka, a także bezrobotnego po przyjęciu dziecka na wychowanie i wystąpieniu do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub po przyjęciu dziecka na wychowanie jako rodzina zastępcza (z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej) – z uwagi na brak zdolności i gotowości do podjęcia zatrudnienia spowodowany opieką nad

tym dzieckiem przez okres, przez który przysługiwałby im, zgodnie z odrębnymi przepisami, zasiłek macierzyński w okresie urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego, z wyłączeniem przypadku złożenia wniosku o pozbawienie tego statusu przez samego bezrobotnego.

3) pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w programach specjalnych

Bezrobotni posiadający co najmniej jedno dziecko do 6. roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18. roku życia są zaliczani do bezrobotnych będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy i przysługuje im pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w programach specjalnych.

4) dłuższy okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych – 365 dni

Dla bezrobotnych, którzy mają na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat, a małżonek bezrobotnego jest także bezrobotny i utracił prawo do zasiłku z powodu upływu okresu jego pobierania po dniu nabycia prawa do zasiłku przez tego bezrobotnego oraz dla bezrobotnych samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat okres pobierania zasiłku wynosi 365 dni.

5) wydłużenie okresu pobierania zasiłku dla bezrobotnych

W razie urodzenia dziecka przez kobietę w okresie pobierania zasiłku dla bezrobotnych lub w ciągu miesiąca po jego zakończeniu, okres ten ulega przedłużeniu o czas, przez który zgodnie z odrębnymi przepisami, przysługiwałby jej zasiłek macierzyński.

6) możliwość refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7

Starosta może, po udokumentowaniu poniesionych kosztów, refundować bezrobotnym posiadającym co najmniej jedno dziecko do 6. roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18. roku życia, koszty opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7, w wysokości uzgodnionej, nie wyższej jednak niż połowa zasiłku dla bezrobotnych na każde dziecko, na opiekę którego poniesiono koszty, jeżeli bezrobotny podejmie zatrudnienie lub inną pracę zarobkową lub zostanie skierowany na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych lub szkolenie oraz pod warunkiem osiągnięcia z tego tytułu miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia za pracę. Refundacja przysługuje na okres do 6 miesięcy, zaś w przypadku skierowania na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych lub

szkolenie refundacja kosztów opieki następuje na okres odbywania stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub szkolenia.

7) instrumenty dla bezrobotnych powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowywaniem dziecka, tj. grant na telepracę i świadczenie aktywizacyjne

Grant na telepracę – na podstawie umowy starosta może przyznać pracodawcy lub przedsiębiorcy środki Funduszu Pracy w wysokości do 6-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na utworzenie stanowiska pracy w formie telepracy dla skierowanego bezrobotnego rodzica powracającego na rynek pracy, posiadającego co najmniej jedno dziecko w wieku do 6 lat, który w okresie 3 lat przed rejestracją w urzędzie pracy jako bezrobotny zrezygnował z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowywania dziecka.

Pracodawca jest zobowiązany zatrudnić skierowanego bezrobotnego przez okres 12 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy lub przez okres 18 miesięcy w wymiarze 1/2 etatu.

Świadczenie aktywizacyjne – na podstawie umowy starosta może przyznać pracodawcy świadczenie za zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy bezrobotnego rodzica powracającego na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka, który w okresie 3 lat przed rejestracją w urzędzie pracy jako bezrobotny zrezygnował z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowywania dziecka.

Świadczenie przysługuje przez okres 12 miesięcy (w wysokości 1/2 minimalnego wynagrodzenia za pracę) lub 18 miesięcy (w wysokości 1/3 minimalnego wynagrodzenia za pracę).

Pracodawca musi zagwarantować dalsze zatrudnienie skierowanego bezrobotnego po okresie przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego, przez kolejne 6 lub 9 miesięcy.

8) zwolnienie z obowiązku opłacania składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych

Pracodawcy oraz inne jednostki organizacyjne nie opłacają składek na Fundusz Pracy za zatrudnionych pracowników powracających z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego w okresie 36 miesięcy począwszy od pierwszego miesiąca po powrocie z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego

urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego.

Analogiczne przepisy zostały wprowadzone również w zakresie zwolnienia z obowiązku opłacania składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Informacje na temat uprawnień do określonych form wsparcia przysługującym kobietom w ciąży, matkom, ojcom i dzieciom prezentowane są w sposób zwyczajowo przyjęty danej instytucji (np. tablica informacyjna, strony internetowe, informacje udzielane przez pracowników instytucji).

ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI

Ustawa już w preambule wskazuje, że uznaje prawo do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz nakłada na państwo obowiązek umożliwienia podejmowania decyzji w tym zakresie.

Zgodnie z art. 2 ust. 2 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.

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zapewniają kobietom opiekę zdrowotną obejmującą specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i położnictwa – są to dwa rodzaje świadczeń: porada położniczo-ginekologiczna i porada ginekologiczna dla dziewcząt. W ramach tych porad jest zapewniana w szczególności opieka w zakresie zdrowia prokreacyjnego.

W Rzeczypospolitej Polskiej są zarejestrowane obecnie i dostępne środki antykoncepcyjne będące produktami leczniczymi bądź wyrobami medycznymi oraz leki i wyroby medyczne stosowane w okresie ciąży i niezbędne do opieki nad płodem, opieki medycznej nad kobietą w ciąży.

W sprawozdawanym okresie nie były przeprowadzane badania, które oceniałyby dostępność do metod i środków służących świadomej prokreacji. W 2003 r. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało rekomendacje w sprawie antykoncepcji, zgodnie z ich treścią w Rzeczypospolitej Polskiej dostępne są następujące sposoby regulacji płodności:

- metody okresowej abstynencji seksualnej (metody naturalne),
- środki plemnikobójcze,
- prezerwatywy,
- wkładki wewnątrzmaciczne, w tym wkładki uwalniające wewnątrzmacicznie progestagen,
- jedno lub dwuskładnikowe preparaty hormonalne stosowane w postaci tabletek doustnych, plastrów przezskórnych lub wstrzyknięć.

Do oceny metod antykoncepcji stosuje się następujące kryteria medyczne:

- skuteczność,
- odwracalność,

- bezpieczeństwo,
- akceptacja, tolerancja,
- korzyści poza-antykonceptyjne.

Zgodnie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 i 1579) Minister Zdrowia ogłasza w drodze obwieszczenia wykazy leków refundowanych w stosunku, do których wydano ostateczne decyzje administracyjne o objęciu refundacją. Obwieszczenia te są wydawane raz na dwa miesiące.

Na podstawie obwieszczeń wydanych w 2015 r. w okresie sprawozdawczym refundacją objęte były 4 leki, mające działanie antykonceptyjne.

W ramach wspomnianego powyżej wykazu refundacją objętych było również 5 leków, zawierających w swoim składzie substancje hormonalnie czynne i mogących wykazywać działanie antykonceptyjne.

Wszystkie ww. leki dostępne były przy poziomie odpłatności 30%, we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji. Produkty były dostępne dla pacjenta w cenie od 2,47 zł do 23,47 zł.

W 2015 r. ww. produkty lecznicze zostały wydane w ilości ponad 1 mln sztuk opakowań i zrefundowane za kwotę prawie 9 mln zł. Biorąc pod uwagę różnorodne wskazania do stosowania tych produktów leczniczych objętych refundacją, a w przypadku niektórych leków brak jednoznacznych wskazań antykonceptyjnych, określenie ilości leku i wartości refundacji przypisanej stosowaniu leku w celach antykonceptyjnych jest utrudnione i obciążone ryzykiem błędu, stąd też nie wykonuje się takich szacunków.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że na polskim rynku jest dostępny, obok preparatów refundowanych, również szeroki wachlarz hormonalnych środków antykonceptyjnych w postaci tabletek doustnych o różnym składzie i zawartości hormonów, w tym również systemy transdermalne, które nie są objęte refundacją. W związku z powyższym ceny tych środków różnią się między poszczególnymi podmiotami na rynku sprzedaży detalicznej.

Ponadto, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje również wprowadzenie oraz usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykonceptyjnej (bez kosztu wkładki, który ponosi pacjentka).

Dodatkowo bez recepty są dostępne, m.in. środki plemnikobójcze w postaci globulek dopochwowych oraz prezerwatywy. Ostatnie z wymienionych powyżej środków, tj. prezerwatywy, są jednocześnie podstawową metodą antykoncepcji dla mężczyzn.

Jako metoda antykoncepcji nie może być natomiast traktowana sterylizacja chirurgiczna, polega ona bowiem na nieodwracalnej utracie zdolności do zapłodnienia. Najczęściej stosowanym typem zabiegu podczas sterylizacji chirurgicznej jest podwiązanie jajowodów. Celem tego zabiegu jest zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości jajowodów. Inną metodą jest założenie klipsa zaciskającego. Zabiegi wykonuje się za pomocą laparoskopii. Wykonanie zabiegu w celu utracenia zdolności zapłodnienia jest możliwe wyłącznie w przypadku stwierdzenia przez lekarza wyraźnych wskazań zdrowotnych (tj. gdy kolejna ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety). Stwierdzenie wyraźnych wskazań zdrowotnych do przeprowadzenia takiego zabiegu, a także określenie jego rodzaju należy do wyłącznej właściwości lekarza. Lekarz orzeka o stanie zdrowia danej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, postępując zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, a także zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Jednocześnie należy wskazać, że procedury medyczne takie jak: obustronne podwiązanie i zmiążdżenie jajowodów, obustronne endoskopowe zamknięcie światła jajowodów czy też wycięcie obu jajowodów należą do świadczeń gwarantowanych określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Dodatkowo zaznaczenia wymaga również fakt, że sterylizacja bez wyraźnych wskazań medycznych jest w prawie polskim zabroniona i podlega karze zgodnie z art. 156 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 i 862). W świetle przedmiotowego przepisu spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci m.in. pozbawienia człowieka zdolności płodzenia jest zagrożone karą pozbawienia wolności od roku do lat 10.

ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH

Zgodnie z art. 2 ust. 2a ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są zobowiązane zapewnić swobodny dostęp do informacji i badań prenatalnych, szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu.

Dostęp do badań prenatalnych jest uregulowany między innymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, poprzedzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. W załączniku do wyżej wymienionego rozporządzenia w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz warunków ich realizacji jest zawarty program badań prenatalnych. Program zawiera dokładny zakres procedur realizowanych w ramach świadczenia gwarantowanego, kryteria kwalifikacji do programu dla świadczeniobiorcy oraz kryteria kwalifikacji dla świadczeniodawcy. Jeśli chodzi o kryteria kwalifikacji do programu dla świadczeniobiorcy, to kobieta w ciąży musi spełnić co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- 1) wiek powyżej 35 lat (badanie przysługuje kobiecie począwszy od roku kalendarzowego, w którym kończy 35 lat);
- 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
- 3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- 4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową;
- 5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

W celu włączenia do programu wymagane jest skierowanie od lekarza prowadzącego ciążę, zawierające informacje o wskazaniach do objęcia programem wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu.

W ramach programu wykonywane są następujące procedury: badanie USG płodu wykonane zgodnie ze standardami Sekcji Ultrasonograficznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego;

badania biochemiczne (oznaczenia w surowicy krwi PAPP-A – osoczowe białko ciężowe A, (3-hCG – wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta), AFP – alfa fetoproteina, Estriol – wolny estriol), komputerowa ocena ryzyka choroby płodu; porada genetyczna, w przypadku wskazań medycznych badania inwazyjne – pobranie materiału do badań genetycznych w drodze amniopunkcji lub biopsji trofoblastu lub kordocentezy i badanie genetyczne materiału płodowego.

W tabelach poniżej przedstawiono dane dotyczące realizacji przedmiotowych świadczeń w 2015 r.

Tabela nr 8. Realizacja w 2015 r. programu badań prenatalnych (w podziale na województwa)

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Wartość zakontraktowanych świadczeń (w zł)	Wartość wykonanych świadczeń (w zł)	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
1	DOLNOŚLĄSKI	3 643 560	3 597 864	6
2	KUJAWSKO-POMORSKI	4 225 289	4 214 189	5
3	LUBELSKI	1 069 394	1 068 962	3
4	LUBUSKI	2 157 311	1 457 190	5
5	ŁÓDZKI	3 489 512	3 383 879	11
6	MAŁOPOLSKI	3 903 388	3 788 133	6
7	MAZOWIECKI	5 849 435	5 725 982	8
8	OPOLSKI	1 479 755	1 490 748	2
9	PODKARPACKI	1 622 760	1 374 170	2
10	PODLASKI	1 344 015	1 343 696	2
11	POMORSKI	2 551 101	2 582 121	5
12	ŚLĄSKI	13 726 883	13 346 143	31
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	1 392 080	1 392 080	2
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 299 564	1 299 501	2
15	WIELKOPOLSKI	4 636 772	4 588 102	10
16	ZACHODNIOPOMORSKI	1 969 058	1 969 039	2
	RAZEM	54 359 877	52 621 799	102

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela nr 9. Realizacja w 2015 r. programu badań prenatalnych (w podziale na grupy wiekowe)

L.p.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentów		
		ROK 2015		
		do 35 lat	35. r.ż. i powyżej	razem
1	DOLNOŚLĄSKI	2 378	3 628	6 006
2	KUJAWSKO-POMORSKI	3 859	2 148	6 007
3	LUBELSKI	399	1 437	1 836
4	LUBUSKI	2 517	1 012	3 529
5	ŁÓDZKI	1 893	3 239	5 132
6	MAŁOPOLSKI	2 643	3 292	5 935
7	MAZOWIECKI	2 478	4 858	7 336

8	OPOLSKI	1 173	983	2 156
9	PODKARPACKI	1 308	1 673	2 981
10	PODLASKI	713	1 343	2 056
11	POMORSKI	1 609	2 627	4 236
12	ŚLĄSKI	18819	7 468	26 287
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	1 107	1 112	2219
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 069	1 411	2 480
15	WIELKOPOLSKI	6 188	3 148	9 336
16	ZACHODNIOPOMORSKI	920	2 243	3 163
	RAZEM	49 073	41 622	90 695

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela nr 10. Realizacja w 2015 r. programu badań prenatalnych (w podziale na poszczególne procedury)

Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba zrealizowanych produktów
AMNIOPUNKCJA	5 889
BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP	5 571
BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG	59 800
BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL	1 078
BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A	59 733
BADANIA GENTYCZNE OBEJMUJĄCE MOLEKULARNĄ I BIOCHEMICZNĄ OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO	5 643
BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE I TRYMESTRU	62 081
BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE II TRYMESTRU	54 049
BIOPSJA TROFOBLASTU	375
KORDOCENTEZA	105
RAZEM	254 324

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY

Zgodnie z art. 2 ust. 3 ustawy szkoła ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połóg powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła zobowiązana jest do wyznaczenia dodatkowego terminu egzaminu dogodnego dla kobiety, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy.

Uczennice w ciąży i młodociane matki są obejmowane różnorodnymi formami wsparcia zgodnie z obowiązującymi przepisami określonymi w poniżej wymienionych aktach prawnych:

- ustawie z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.),
- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. *w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* (Dz. U. poz. 532),
- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. *w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych* (Dz. U. poz. 199) – regulują zasady i formy organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej,
- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. *w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych* (Dz. U. poz. 1072) – stanowi podstawę prawną do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania dla dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły,
- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2014 r. *w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży* (Dz. U. poz. 1157) – stanowi podstawę prawną organizacji w szkołach i placówkach indywidualnego nauczania.

6.1. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana przez szkołę

Zasady i formy organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej regulują przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. *w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach,*

szkołach i placówkach oraz rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. *w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych.*

System oświaty zapewnia każdemu uczniowi wsparcie w rozwoju i pomoc psychologiczno-pedagogiczną, stosownie do jego potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana jest także rodzicom uczniów oraz nauczycielom, w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń³⁾.

Organizacja i zapewnienie uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, adekwatnie do rozpoznanych potrzeb w tym zakresie⁴⁾ należy do kompetencji dyrektora szkoły. Dyrektor szkoły organizując pomoc psychologiczno-pedagogiczną współpracuje w tym zakresie z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi (w tym poradniami specjalistycznymi), rodzicami uczniów, placówkami doskonalenia nauczycieli, innymi przedszkolami, szkołami i placówkami, a także organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży. W szkole pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz w formie zajęć dydaktyczno-wyrównawczych oraz zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, socjoterapeutycznych oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym.

Korzystanie z pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznej szkole i placówce jest dobrowolne i nieodpłatne.

Z danych zawartych w Systemie Informacji Oświatowej (wg stanu na 30 września 2015 r.) wynika, że poszczególnymi zajęciami z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej objętych jest 1 485 387 uczniów uczęszczających do szkół różnych typów.

Ponadto różnymi formami pomocy bezpośredniej w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w roku szkolnym 2014/2015 objętych było 1 410 713. uczniów szkół różnych typów (wg stanu na 30 września 2015 r.).

Wśród zajęć terapeutycznych realizowanych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych są także zajęcia adresowane do uczniów w sytuacji kryzysowej – w tym mogą się także znajdować zajęcia adresowane do uczennic w ciąży lub mających dziecko. Pomoc dla tych uczennic może być także udzielana w ramach form pomocy indywidualnej, terapii

³⁾ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. *w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* (Dz. U. poz. 532).

⁴⁾ Jak wyżej.

psychologicznej, w tym psychoterapii, grup wsparcia, interwencji kryzysowej, zajęć terapeutycznych oraz porad bez badań.

W Systemie Informacji Oświatowej nie są gromadzone dane pozwalające określić, jaki procent uczniów korzystających z ww. form pomocy, stanowią uczennice w ciąży i młodościane matki.

6.2. Spełnianie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą

Uczennica w ciąży lub po porożu może skorzystać z możliwości stworzonej w przepisach art. 16 ust. 8 i ust. 10-13 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o *systemie oświaty*, zgodnie z którymi na wniosek rodziców lub pełnoletniej uczennicy dyrektor szkoły podstawowej lub gimnazjum, w obwodzie w którym mieszka, lub dyrektor szkoły ponadgimnazjalnej, do której uczennica uczęszcza, może zezwolić, w drodze decyzji, na spełnianie przez nią odpowiednio obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą oraz określa warunki jego spełniania. Zezwolenie może być wydane przed rozpoczęciem roku szkolnego albo w trakcie roku szkolnego.

Roczna i końcowa klasyfikacja ucznia spełniającego obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą do 31 sierpnia 2015 r. odbywała się zgodnie z przepisami zawartymi w rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w *sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych* (Dz. U. poz. 562, z późn. zm.). Od 1 września 2015 r. odbywa się to według przepisów zawartych w rozdziale 3a „*Ocenianie, klasyfikowanie i promowanie uczniów w szkołach publicznych*” ustawy z dnia 7 września 1991 r. o *systemie oświaty*.

Uczennica spełniająca obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą ma prawo uczestniczyć w szkole w dodatkowych zajęciach edukacyjnych⁵⁾, zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia oraz w zajęciach prowadzonych w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej (uczennica korzystając z możliwości kontynuowania nauki szkolnej poza szkołą ma pełne prawo do korzystania z różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej).

⁵⁾ Zgodnie z art. 64 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o *systemie oświaty* do dodatkowych zajęć edukacyjnych zalicza się: zajęcia z języka obcego nowożytnego innego niż język obcy nowożytny nauczany w ramach obowiązkowych zajęć edukacyjnych, zajęcia, dla których nie została ustalona podstawa programowa, lecz program nauczania tych zajęć został włączony do szkolnego zestawu programów nauczania.

6.3. Indywidualne nauczanie dzieci i młodzieży

W zależności od potrzeb, uczniowie, którym stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, obejmowani są indywidualnym nauczaniem⁶⁾. Podstawę do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania stanowi wniosek złożony przez rodziców (prawnych opiekunów) lub pełnoletniego ucznia do zespołu orzekającego działającego w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (znajdującej się w rejonie szkoły, do której uczęszcza uczeń), do którego dołączono zaświadczenie o stanie zdrowia wskazujące, że stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.

Stosownie do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2014 r. w sprawie *indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży*, dyrektor szkoły ustala – w uzgodnieniu z organem prowadzącym szkołę – zakres, miejsce i czas prowadzenia zajęć indywidualnego nauczania. Zajęcia indywidualnego nauczania prowadzi się w miejscu pobytu ucznia.

Dzieciom i młodzieży objętym indywidualnym nauczaniem, których stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, w celu ich integracji ze środowiskiem i zapewnienia im pełnego osobowego rozwoju, dyrektor, w miarę posiadanych możliwości, z uwzględnieniem zaleceń zawartych w orzeczeniu oraz aktualnego stanu zdrowia dziecka lub ucznia, organizuje różne formy uczestniczenia dziecka lub ucznia w życiu szkoły. Dyrektor w szczególności umożliwia udział w zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia, uroczystościach i imprezach szkolnych.

Dzieci i młodzież objęte indywidualnym nauczaniem uczestniczą również w zajęciach rewalidacyjnych lub w formach pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

6.4. Wsparcie w ramach systemu egzaminów zewnętrznych

Zgodnie z obowiązującymi przepisami⁷⁾, uczeń lub absolwent, który w roku szkolnym, w którym przystępuje do odpowiednio sprawdzianu, egzaminu gimnazjalnego lub egzaminu maturalnego,

⁶⁾ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2014 r. w sprawie *indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży* (Dz. U. poz. 1157).

⁷⁾ Do 31 sierpnia 2015 r. na podstawie § 37 ust. 1 oraz § 59 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie *warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych*, a od 1 września 2015 r. na podstawie art. 44zr ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

posiada orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania, może przystąpić do odpowiednio sprawdzianu lub danego egzaminu w warunkach dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb edukacyjnych i możliwości psychofizycznych wynikających z jego stanu zdrowia, na podstawie tego orzeczenia. Również uczeń lub absolwent, który był objęty pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole ze względu na np. sytuację kryzysową lub traumatyczną, może przystąpić do odpowiednio sprawdzianu lub danego egzaminu w warunkach dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb edukacyjnych i możliwości psychofizycznych, na podstawie pozytywnej opinii rady pedagogicznej⁸⁾.

Opisane wyżej formy wsparcia uczennicy w ciąży stanowią wypełnienie zobowiązania szkoły do udzielenia jej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, wynikającego z przepisu art. 2 ust. 3 ustawy, zgodnie z którym szkoła ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połóg powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła zobowiązana jest do wyznaczenia dodatkowego terminu egzaminu dogodnego dla kobiety, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy.

W Systemie Informacji Oświatowej nie są gromadzone dane pozwalające określić, jaki procent uczniów, korzystających z ww. form pomocy, stanowią uczennice w ciąży i młodościane matki.

6.5. Wsparcie udzielane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne

Profesjonalne wsparcie w rozwiązywaniu problemów edukacyjno-wychowawczych przez prowadzenie, m. in. działań diagnostycznych, terapeutycznych, a także realizację działań profilaktycznych, zapewniają poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Odbiorcy usług poradni to zarówno dzieci i młodzież, rodzice, jak i nauczyciele.

Do zadań poradni należy: diagnozowanie dzieci i młodzieży, udzielanie pomocy bezpośredniej uczniom oraz rodzicom, realizacja zadań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję szkoły, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktyczno-wychowawczych oraz wspomaganie szkół.

⁸⁾ Do 31 sierpnia 2015 r. wydanej zgodnie z trybem określonym w § 37 ust 4 i 5 (dla sprawdzianu i egzaminu gimnazjalnego) oraz w § 59 ust. 4 i 5 (dla egzaminu maturalnego) rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych. Od 1 września 2015 r. na podstawie art. 44zzr ust. 6 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

Pomoc bezpośrednia udzielana przez poradnie polega w szczególności na prowadzeniu terapii oraz udzielaniu pomocy rodzicom w rozpoznawaniu potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dzieci oraz w rozwiązywaniu problemów edukacyjnych i wychowawczych.

Należy podkreślić, że poradnie realizują także działania z zakresu profilaktyki oraz wspierają wychowawczą i edukacyjną funkcję szkoły. Działania te polegają, m.in. na:

- 1) udzielaniu nauczycielom, wychowawcom grup wychowawczych lub specjalistom pomocy w rozpoznawaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży;
- 2) udzielaniu nauczycielom, wychowawcom grup wychowawczych lub specjalistom pomocy w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych;
- 3) podejmowaniu działań z zakresu profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży;
- 4) prowadzeniu edukacji dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży, rodziców i nauczycieli;
- 5) udzielaniu, we współpracy z placówkami doskonalenia nauczycieli i bibliotekami pedagogicznymi, wsparcia merytorycznego nauczycielom, wychowawcom grup wychowawczych i specjalistom pracującym z dzieckiem.

ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy do programów nauczania szkolnego wprowadza się wiedzę o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji.

Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania został w tym zakresie zobowiązany do ustalenia, w drodze rozporządzenia, sposobu nauczania szkolnego i zakres treści, o których mowa w ust. 1, zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego oraz wprowadzi do systemu doksztalcania i doskonalenia nauczycieli tematykę określoną w ust. 1.

7.1. Wprowadzenie do programów nauczania szkolnego wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji

Zgodnie z powyższymi przepisami do podstawy programowej kształcenia ogólnego, określonej rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. poz. 977, z późn.zm.), wprowadzone zostały treści dotyczące wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz o metodach i środkach świadomej prokreacji.

Treści te realizowane są m.in. w ramach zajęć „wychowania do życia w rodzinie”, w klasach V i VI szkół podstawowych, w gimnazjach, zasadniczych szkołach zawodowych, liceach ogólnokształcących i w klasach I-III techników, w tym specjalnych, dla dzieci i młodzieży, publicznych i niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych. Zagadnienia z zakresu edukacji seksualnej zawarte są ponadto w podstawie programowej „przyrody”, „biologii”, „wychowania fizycznego”, natomiast aspekty etyczne, społeczne i prawne zostały uwzględnione w podstawie programowej „wiedzy o społeczeństwie” oraz „etyki”. Podstawa programowa edukacji wczesnoszkolnej, uwzględniając wiek, potrzeby edukacyjne, wrażliwość uczniów, zawiera zagadnienia dotyczące przynależności do rodziny oraz relacji między najbliższymi i powinności wobec nich.

Sposób realizacji zajęć „wychowania do życia w rodzinie” określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 12 sierpnia 1999 r., 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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 395).

Podstawa programowa ujmuje cele oraz treści nauczania przedmiotu „*wychowanie do życia w rodzinie*” w sposób uwzględniający wiek, potrzeby edukacyjne, możliwości poznawcze oraz wrażliwość uczniów na danym etapie edukacyjnym. Realizacja treści programowych zajęć, zgodnie z ww. rozporządzeniem, powinna stanowić spójną całość z pozostałymi działaniami wychowawczymi i profilaktycznymi szkoły, a w szczególności wspierać wychowawczą rolę rodziny, promować integralne ujęcie ludzkiej seksualności, kształtować postawy prorodzinne, prozdrowotne i prospołeczne.

W każdym roku szkolnym przed przystąpieniem do realizacji zajęć „*wychowania do życia w rodzinie*” nauczyciel je prowadzący, wraz z wychowawcą klasy, przeprowadza co najmniej jedno spotkanie informacyjne z rodzicami uczniów niepełnoletnich oraz z uczniami pełnoletnimi. Nauczyciel jest obowiązany przedstawić pełną informację o celach i treściach realizowanego programu nauczania, podręcznikach szkolnych oraz środkach dydaktycznych. Za przeprowadzenie spotkań odpowiedzialny jest dyrektor szkoły.

Nauczyciel lub zespół nauczycieli przedstawia dyrektorowi szkoły program nauczania do zajęć edukacyjnych „*wychowanie do życia w rodzinie*”. Może on obejmować treści nauczania wykraczające poza zakres treści nauczania ustalonych dla ww. zajęć edukacyjnych w podstawie programowej kształcenia ogólnego. Wspomniany program powinien być dostosowany do potrzeb i możliwości uczniów, dla których jest przeznaczony⁹⁾. Dyrektor szkoły, po zasięgnięciu opinii rady pedagogicznej, dopuszcza do użytku w danej szkole przedstawiony program nauczania.

Dopuszczone do użytku w danej szkole programy nauczania, w tym program do zajęć „*wychowanie do życia w rodzinie*” stanowią szkolny zestaw programów nauczania. Dyrektor szkoły jest odpowiedzialny za uwzględnienie w szkolnym zestawie programów nauczania całości podstawy programowej kształcenia ogólnego ustalonej dla danego etapu edukacyjnego.

Nauczyciel może zdecydować o realizacji programu nauczania zajęć „*wychowania do życia w rodzinie*” z zastosowaniem podręcznika, materiału edukacyjnego lub materiału ćwiczeniowego lub bez zastosowania podręcznika albo wspomnianych materiałów¹⁰⁾.

⁹⁾ Zgodnie z art. 22a ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

¹⁰⁾ Zgodnie z art. 22aa ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

Uczniowie mają obowiązek uczęszczania na zajęcia „wychowania do życia w rodzinie”, jeżeli ich rodzice, prawni opiekunowie, bądź sami pełnoletni uczniowie nie zgłoszą dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnacji z udziału w zajęciach. Pisemnie sformułowana rezygnacja z udziału w zajęciach „wychowania do życia w rodzinie” sprzyja podejmowaniu przez rodziców lub prawnych opiekunów uczniów przemyślanych decyzji w tej sprawie. Zajęcia nie podlegają ocenie i nie mają wpływu na promocję ucznia do klasy programowo wyższej ani na ukończenie szkoły przez ucznia.

Na realizację zajęć w szkołach publicznych przeznaczono w szkolnym planie nauczania, w każdym roku szkolnym, dla uczniów poszczególnych klas, po 14 godzin, w tym 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców. Zajęcia są organizowane w oddziałach albo też w liczących nie więcej niż 28 uczniów grupach międzyoddziałowych. W szkołach niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych, na te zajęcia przeznacza się liczbę godzin nie mniejszą niż liczba godzin przewidziana dla szkół publicznych.

Poniższa tabela obrazuje udział uczniów w zajęciach „wychowanie do życia w rodzinie” w poszczególnych typach szkół.

Tabela nr 11. Dane liczbowe dotyczące udziału uczniów w zajęciach wychowanie do życia w rodzinie

Typ szkoły	Klasa	Liczba uczniów uczęszczających na zajęcia edukacyjne „wychowanie do życia w rodzinie”	w tym dziewczęta	Liczba uczniów ogółem	w tym dziewczęta	Wskaźnik procentowy ogółem	Wskaźnik procentowy dziewcząt
Szkoła podstawowa	V	265 662	130 901	371 981	183 158	71,42%	71,47%
	VI	260 762	127 836	347 778	170 607	74,98%	74,93%
<i>razem</i>		526 424	258 737	719 759	353 765	73,14%	73,14%
Gimnazjum	I	273 733	131 911	357 148	172 061	76,64%	76,67%
	II	260 849	125 945	354 927	171 282	73,49%	73,53%
	III	242 055	117 276	355 801	172 861	68,03%	67,84%
<i>razem</i>		776 637	375 132	1 067 876	516 204	72,73%	72,67%
Zasadnicza szkoła zawodowa	I	32 816	10 407	62 749	19 754	52,30%	52,68%
	II	28 747	9 333	57 620	18 453	49,89%	50,58%
	III	26 463	8 758	58 440	19 048	45,28%	45,98%
<i>razem</i>		88 026	28 498	178 809	57 255	49,23%	49,77%
Liceum ogólnokształcące	I	67 554	41 789	164 065	102 297	41,18%	40,85%
	II	56 288	34 618	168 481	104 161	33,41%	33,24%
	III	49 308	30 642	168 642	104 777	29,24%	29,24%

	<i>razem</i>	173 150	107 049	501 188	311 235	34,55%	34,39%
Technikum	I	76 898	30 107	141 239	55 787	54,45%	53,97%
	II	59 372	23 506	126 643	50 546	46,88%	46,50%
	III	55 482	22 340	123 121	50 013	45,06%	44,67%
	<i>razem</i>	191 752	75 953	391 003	156 346	49,04%	48,58%
Szkoły ponadgimnazjalne <i>razem</i>	I	177 268	82 303	368 053	177 838	48,16%	46,28%
	II	144 407	67 457	352 744	173 160	40,94%	38,96%
	III	131 253	61 740	350 203	173 838	37,48%	35,52%
	<i>razem</i>	452 928	211 500	1 071 000	524 836	42,29%	40,30%

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej

Procent uczniów uczęszczających na zajęcia „wychowanie do życia w rodzinie” w pierwszym semestrze roku szkolnego 2015/2016, według danych Systemu Informacji Oświatowej z dnia 30 września 2015 r., wahał się od 42,29% w szkołach ponadgimnazjalnych (rok wcześniej było to 47,42%) do 72,73% w gimnazjach (rok wcześniej 74,28%) i 73,14% w szkołach podstawowych (rok wcześniej 73,52%). Jest jednak możliwe, że uczniowie nie ujęci w tej statystyce będą mieli zajęcia w drugim semestrze.

Nauczyciele prowadzący w poszczególnych typach szkół zajęcia „wychowania do życia w rodzinie” zobowiązani są przekazywać pełną i rzetelną wiedzę¹¹⁾, dostosowując ją do poziomu rozwoju ucznia. Ponadto, zajęcia edukacyjne mają stanowić spójną całość z działaniami wychowawczymi i profilaktycznymi szkoły. Uzupełnieniem tych działań są: program wychowawczy i program profilaktyki.

Zgodnie z przywołanym wyżej rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, szkoły są zobowiązane do opracowywania programu wychowawczego szkoły, który obejmuje wszystkie treści i działania o charakterze wychowawczym skierowane do uczniów, a realizowane przez nauczycieli. Punktem wyjścia do tworzenia szkolnego programu wychowawczego jest diagnoza problemów wychowawczych występujących w danej szkole.

Program wychowawczy i program profilaktyki to dokumenty wewnętrzne szkoły uchwalane przez radę rodziców w porozumieniu z radą pedagogiczną, zgodnie z art. 54 ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Ich celem jest rozwijanie i pogłębianie treści

¹¹⁾ Obowiązek taki nakłada art. 6 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. *Karta Nauczyciela* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1379, z późn. zm.). Nadzór pedagogiczny w stosunku do nauczycieli zatrudnionych w danej szkole (w tym obejmujący m.in. realizację podstawy programowej), zgodnie z art. 35 ust. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, sprawuje jej dyrektor.

wychowawczych i profilaktycznych zawartych w podstawie programowej, z uwzględnieniem specyfiki szkoły (etapu kształcenia, środowiska uczniów, środowiska rodziców, potrzeb rozwojowych uczniów itp.). Dotyczy to również oddziaływania wychowawczego szkoły w obszarach określonych w ustawie. Takie rozwiązanie służy zapewnieniu systemowego podejścia do problemów dzieci i młodzieży i spójności kierunku działań wychowawczych stosowanych w środowisku domowym i szkolnym.

7.2. Kwalifikacje nauczycieli realizujących zajęcia

Ważnym działaniem wspierającym szkoły w realizacji zajęć „*wychowanie do życia w rodzinie*” jest kształcenie i doskonalenie zawodowe nauczycieli. Kształcenie nauczycieli prowadzone jest w szkołach wyższych z uwzględnieniem standardów kształcenia nauczycieli, tj. od roku akademickiego 2012/2013 przepisów rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w *sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela* (Dz. U. poz. 131), oraz w zakładach kształcenia nauczycieli na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 czerwca 2006 r. w *sprawie standardów kształcenia nauczycieli w kolegiach nauczycielskich i nauczycielskich kolegiach języków obcych* (Dz. U. poz. 897).

Kwestie kwalifikacji wymaganych od nauczycieli określono przepisami ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – *Karta Nauczyciela* oraz rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 marca 2009 r. w *sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli* (Dz. U. z 2015 r. poz. 1264).

Zgodnie z przepisami § 2-4 ww. rozporządzenia kwalifikacje do prowadzenia zajęć „*wychowanie do życia w rodzinie*” w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych posiada osoba, która ukończyła:

- 1) studia magisterskie na kierunku (specjalności) zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub
- 2) studia magisterskie na kierunku, którego zakres określony w standardzie kształcenia dla tego kierunku studiów w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmuje treści nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub

- 3) studia magisterskie na kierunku (specjalności) innym niż wymieniony w pkt 1 i 2, a ponadto ukończyła studia podyplomowe w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

Ponadto kwalifikacje do prowadzenia zajęć „*wychowanie do życia w rodzinie*” w szkołach podstawowych i gimnazjach posiada również osoba, która ukończyła:

- 1) studia pierwszego stopnia na kierunku (specjalności) zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub
- 2) studia pierwszego stopnia na kierunku, którego zakres określony w standardzie kształcenia dla tego kierunku studiów w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmuje treści nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub
- 3) studia pierwszego stopnia na kierunku (specjalności) innym niż wymieniony w pkt 1 i 2, a ponadto ukończyła studia podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

Kwalifikacje do prowadzenia zajęć „*wychowanie do życia w rodzinie*” w szkołach podstawowych posiada również osoba, która ukończyła:

- 1) zakład kształcenia nauczycieli w specjalności odpowiadającej nauczalnemu przedmiotowi lub prowadzonym zajęciom, lub
- 2) zakład kształcenia nauczycieli w specjalności innej niż wymieniona w pkt 1, a ponadto ukończyła kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć.

W celu zapewnienia wysokiej jakości procesu kształcenia, nauczyciele stale podnoszą swoje kompetencje w ramach systemu doskonalenia nauczycieli. Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE) – publiczna placówka doskonalenia nauczycieli o zasięgu ogólnokrajowym prowadzona przez Ministra Edukacji Narodowej – udostępnił w Internetowym Serwisie Edukacyjnym (ISE) informacje dla nauczycieli o formach doskonalenia organizowanych przez wojewódzkie, powiatowe i miejskie placówki doskonalenia (zakładka: *Formy doskonalenia*) oraz o studiach podyplomowych dla nauczycieli organizowanych przez uczelnie (zakładka: *Studia dla nauczycieli*), nadających kwalifikacje do nauczania przedmiotu „*wychowanie do życia w rodzinie*”.

Poniższe tabele przedstawiają dane liczbowe dotyczące nauczycieli uczących „*wychowania do życia w rodzinie*”.

Tabela nr 12. Liczba etatów nauczycieli uczących w 2015 r. przedmiotu „wychowania do życia w rodzinie” (stan na 30 września 2015 r.)

	Liczba szkół	Liczba etatów	Odsetek nauczycieli z kwalifikacjami
Nauczyciele z kwalifikacjami	15 565	2 114,36	79,7%
Nauczyciele bez kwalifikacji	4 158	537,01	
RAZEM	19 723	2 651,37	

Źródło danych: Ministerstwo Edukacji Narodowej, System Informacji Oświatowej

Tabela nr 13. Liczba etatów nauczycieli uczących w 2015 r. przedmiotu „wychowania do życia w rodzinie” z podziałem na typy szkół (stan na 30 września 2015 r.)

Typ szkoły		Liczba szkół	Liczba etatów	Odsetek nauczycieli z kwalifikacjami
Szkola podstawowa	Z kwalifikacjami	7 824	741,49	79,0%
	Bez kwalifikacji	2 024	196,85	
	RAZEM	9 848	938,34	
Gimnazjum	Z kwalifikacjami	5 119	982,10	82,7%
	Bez kwalifikacji	1 227	205,83	
	RAZEM	6 346	1 187,93	
Zasadnicza szkoła zawodowa	Z kwalifikacjami	740	77,79	72,2%
	Bez kwalifikacji	288	29,98	
	RAZEM	1 028	107,77	
Liceum ogólnokształcące	Z kwalifikacjami	920	157,60	78,9%
	Bez kwalifikacji	259	42,25	
	RAZEM	1 179	199,85	
Technikum	Z kwalifikacjami	860	146,56	72,1%
	Bez kwalifikacji	308	56,76	
	RAZEM	1 168	203,32	

Źródło danych: Ministerstwo Edukacji Narodowej, System Informacji Oświatowej

ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY

Zgodnie z art. 4a ust. 1 ustawy przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy:

- 1) *ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;*
- 2) *badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;*
- 3) *zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.*

Do przerwania ciąży jest wymagana pisemna zgoda kobiety. W przypadku małoletniej lub kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie jest wymagana pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku małoletniej powyżej 13. roku życia jest wymagana również jej pisemna zgoda. W przypadku małoletniej poniżej 13. roku życia jest wymagana zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii. W przypadku kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie jest wymagana także pisemna zgoda tej osoby, chyba że na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego. W razie braku zgody przedstawiciela ustawowego, do przerwania ciąży jest wymagana zgoda sądu opiekuńczego.

W przypadkach, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej. W przypadku, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego przerwanie ciąży jest dopuszczalne, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni.

Ponadto ustawa w art. 4b przewiduje, że „osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiotach leczniczych”.

Wykaz świadczeń gwarantowanych związanych z przerywaniem ciąży jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.*

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie *kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże*

prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz. U. poz. 49) określono, że przerwania ciąży może dokonać lekarz posiadający specjalizację pierwszego stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii. Ponadto wystąpienie okoliczności wskazujących, że ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej.

Tabela nr 14. Zabiegi przerwania ciąży dokonane w latach 2002-2015 (w skali kraju) – według przyczyn

Rok	Ogółem	Przerwania ciąży dokonane zgodnie z ustawą:		
		z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki	w wyniku badań prenatalnych	w wyniku czynu zabronionego
2002	159	71	82	6
2003	174	59	112	3
2004	193	62	128	3
2005	225	54	168	3
2006	339	82	246	11
2007	326	37	287	2
2008	499	32	467	0
2009	538	27	510	1
2010	641	27	614	0
2011	669	49	620	0
2012	752	50	701	1
2013	744	23	718	3
2014	971	48	921	2
2015	1040	43	996	1

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Sprawozdania Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej: MZ-24 oraz MZ-29

Tabela nr 15. Zabiegi przerwania ciąży dokonane w 2015 r. – w podziale na województwa, wiek kobiet i przyczynę

Województwo	Ogółem	Dokonano przerwania ciąży							
		w tym u kobiet w wieku lat					z rubryki Ogółem		
		poniżej 20	20-24	25-29	30-34	35 i więcej	z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki	w wyniku badań prenatalnych	w wyniku czynu zabronionego
Dolnośląskie	64	0	10	15	22	17	0	64	0
Kujawsko-Pomorskie	40	1	1	7	13	18	1	39	0
Lubelskie	4	0	1	0	2	1	1	3	0
Lubuskie	19	1	0	0	7	11	0	19	0
Łódzkie	111	6	6	33	33	33	1	110	0

Małopolskie	103	5	11	23	32	32	11	92	0
Mazowieckie	306	13	59	113	72	49	7	299	0
Opolskie	19	1	4	2	3	9	1	18	0
Podkarpackie	1	0	0	1	0	0	0	1	0
Podlaskie	21	2	0	5	9	5	5	16	0
Pomorskie	79	1	5	18	34	21	5	74	0
Śląskie	161	7	28	40	54	32	4	157	0
Świętokrzyskie	15	8	1	3	1	2	2	13	0
Warmińsko-Mazurskie	15	1	1	5	3	5	1	14	0
Wielkopolskie	44	1	4	9	16	14	2	41	1
Zachodniopomorskie	38	9	6	2	10	11	2	36	0
RAZEM	1040	56	137	276	311	260	43	996	1

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, sprawozdania Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej: MZ-24 oraz MZ-29

Dane dotyczące liczby wykonywanych w Rzeczypospolitej Polskiej zabiegów przerwania ciąży są gromadzone w oparciu o sprawozdania opracowywane w związku z realizacją Programu badań statystycznych statystyki publicznej na dany rok. Zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 marca 2015 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015 (Dz. U. poz. 561, z późn. zm.), w formularzach MZ-24 oraz MZ-29 są prezentowane dane obejmujące zabiegi przerwania ciąży w podziale na przedział wiekowy kobiet oraz na przyczynę dokonania zabiegu (tj. z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki, w wyniku badań prenatalnych, w wyniku czynu zabronionego).

Sprawozdaniem MZ-29 zostały objęte szpitale publiczne nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej. Powyższe dane przedstawione przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (tabela nr 14 i 15) nie obejmują jednak danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz Ministerstwa Sprawiedliwości. Jednocześnie należy wskazać, że z informacji uzyskanych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wynika, że w 2015 r. w nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji szpitalach publicznych wykonano 4 zabiegi przerwania ciąży, wszystkie z uwagi na fakt, że badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu.

Liczbę zabiegów przerwania ciąży przeprowadzonych w szpitalach nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, w podziale na wiek kobiet i przyczynę, obrazuje poniższa tabela.

Tabela nr 16. Zabiegi przerwania ciąży dokonane w 2015 r. w szpitalach nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji – w podziale na wiek kobiet i przyczynę

Przyczyna przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży (zgodnie z ustawą)	Ogółem	w tym u kobiet w wieku:				
		poniżej 20 lat	20-24 lat	25-29 lat	30-34 lat	35 lat i powyżej
Z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki	0	0	0	0	0	0
W wyniku badań prenatalnych	4	0	0	1	2	1
W wyniku czynu zabronionego	0	0	0	0	0	0
RAZEM	4	0	0	1	2	1

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Sprawozdania Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej: MZ-24 oraz MZ-29

Natomiast z danych uzyskanych z Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że w 2015 r. w szpitalach nadzorowanych przez Ministra Sprawiedliwości nie przeprowadzono żadnego zabiegu przerwania ciąży.

Łącznie (tj. z uwzględnieniem danych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji) w 2015 r. zarejestrowano łącznie **1044** zabiegi przerwania ciąży, o 67 więcej niż w 2014 r.

W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 43 zabiegów przerwania ciąży.

W wyniku przeprowadzonego badania prenatalnego wskazującego na duże prawdopodobieństwo ciężkiego nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu wykonano łącznie 1000 zabiegów.

Odnotowano 1 przypadek przerwania ciąży w okolicznościach wskazujących, że ciąża była wynikiem czynu zabronionego.

Przedmiotowe dane z przyczyn obiektywnych, tj. z uwagi na pozaprawny charakter tego zjawiska, nie uwzględniają liczby zabiegów przerwania ciąży dokonanych w sposób nielegalny. Zjawisko to jest trudne do zbadania. Częstokowym jego odzwierciedleniem jest wynik działań organów ścigania oraz wymiaru sprawiedliwości. Należy jednak zaznaczyć, że działania te polegają na prowadzeniu i nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w zakresie czynów zabronionych stypizowanych w przepisach ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 i 862), zwanej dalej „k.k.”, tj. m.in.

takich, w których przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia i bezpośrednio po urodzeniu. Informacje na temat liczby postępowań prowadzonych w 2015 r. dotyczących m.in. przerywania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.) oraz przerwania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerwania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.) zostały przedstawione w pkt 9.1 rozdziału IX niniejszego *Sprawozdania*. Zaprezentowane zostały w nim również dane na temat liczby spraw zakończonych w 2015 r. aktem oskarżenia oraz liczby osób prawomocnie skazanych.

Jak podkreślono powyższe dane obrazują zjawisko przerywania ciąży z naruszeniem przepisów prawa jedynie w sposób wyrywkowy, odnoszą się bowiem wyłącznie do przypadków objętych już działaniami jednostek organizacyjnych prokuratury. Niemniej jednak wyłącznie takie dane mają charakter oficjalny.

ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY

9.1. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości

W 2015 r. Prokuratura Generalna kontynuowała monitorowanie działań powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie realizacji przepisów ustawy. Działania prokuratury w zakresie realizacji ww. ustawy polegają między innymi na prowadzeniu i nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w zakresie czynów zabronionych stypizowanych w przepisach ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny*, w których przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia i bezpośrednio po urodzeniu oraz wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawo do macierzyństwa.

Ponadto działania prokuratury w tym przedmiocie dotyczą realizacji obowiązku określonego w art. 4a ust. 5 ustawy, zgodnie z którym prokurator został zobowiązany do stwierdzenia okoliczności uzasadnionego podejrzenia, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (art. 4a ust. 1 pkt 3 ustawy).

Przepisy k.k. przewidują następujące typy czynów zabronionych, w których przedmiotem ochrony jest zdrowie i życie dziecka w fazie prenatalnej i bezpośrednio po urodzeniu oraz wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawo do macierzyństwa:

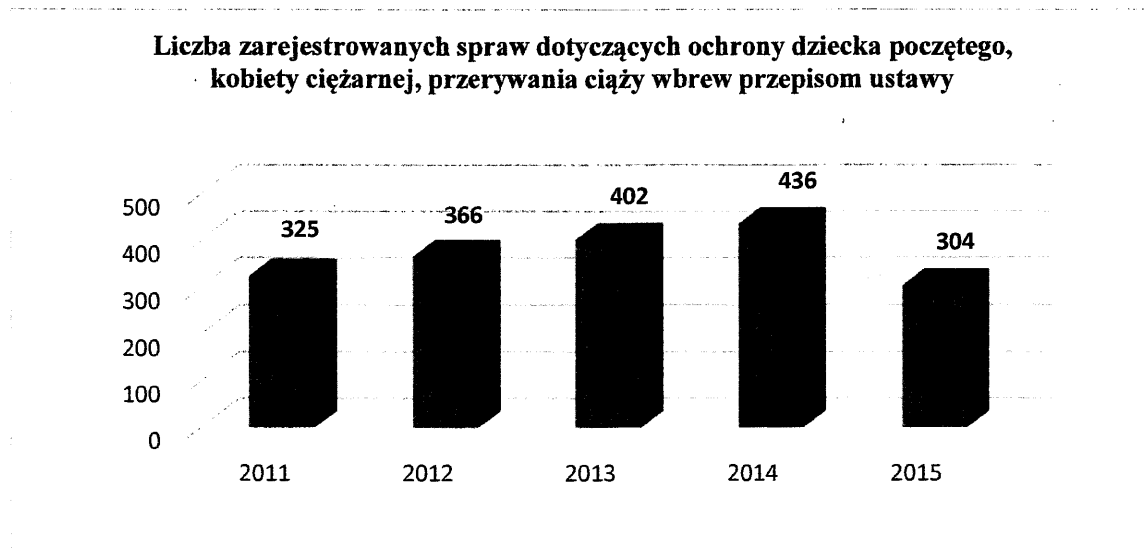
- zabójstwo noworodka – art. 149 k.k.,
- zabójstwo – art. 148 k.k.,
- przerwanie za zgodą kobiety – art. 152 k.k.,
- wymuszone przerwanie ciąży – art. 153 k.k.,
- śmierć kobiety jako następstwo przerwania ciąży – art. 154 k.k.,
- uszkodzenie ciała dziecka poczętego – art. 157a k.k.,
- nieumyślne spowodowanie śmierci – art. 155 k.k. i inne,
- narażenie człowieka na niebezpieczeństwo - art. 160 § 2 k.k.

W 2015 r. w powszechnych jednostkach organizacyjnych prokuratury zarejestrowano łącznie 416 spraw o wskazane przestępstwa, w tym 304 sprawy zarejestrowane w 2015 r., a 112 spraw kontynuowanych z poprzednich okresów sprawozdawczych.

W porównaniu z 2014 r. (538 spraw) nastąpił znaczny, bo 22,7% spadek wszystkich spraw prowadzonych w okresie sprawozdawczym, w tym o 30,3% spraw zarejestrowanych (436 spraw w 2014 r.). Natomiast o 9,8 % w porównaniu do 2014 r. nastąpił wzrost liczby spraw kontynuowanych.

Wpływ spraw tej kategorii w ciągu ostatnich pięciu lat obrazuje Wykres nr 1.

Wykres nr 1. Liczba zarejestrowanych spraw dotyczących ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy



Źródło: Prokuratura Krajowa

Największą liczbę postępowań, podobnie jak w latach ubiegłych prowadzono w kierunku art. 152 k.k. Łącznie było to 199 spraw, co stanowi większość ogółu prowadzonych postępowań przygotowawczych. W stosunku do roku 2014 (292 sprawy) liczba ta jest mniejsza o 31,8%.

W porównaniu z 2014 r. w pozostałych analizowanych postępowaniach przygotowawczych (zarejestrowanych w 2015 r. i kontynuowanych z poprzednich okresów) odnotowano spadki prowadzonych postępowań, tj.:

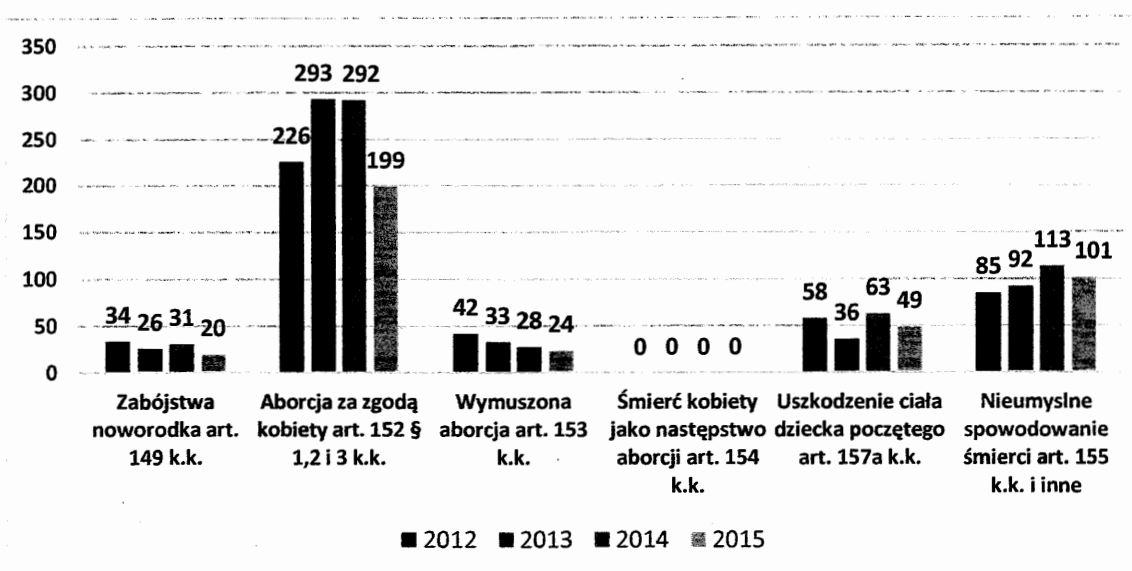
- o 35,5% (11 spraw) zmniejszyła się liczba spraw dotyczących zabójstwa noworodka z art. 149 k.k.,
- o 36,4% (4 sprawy) zmniejszyła się liczba spraw dotyczących zabójstwa dziecka z art. 148 k.k.,
- o 22,2% (14 spraw) zmniejszyła się liczba spraw dotyczących uszkodzenia ciała dziecka poczętego z art. 157a k.k.,

- o 14,3 % (4 sprawy) zmniejszyła się liczba spraw dotyczących wymuszonego przerwania ciąży z art. 153 k.k.,
- o 10,6 % (12 spraw) zmniejszyła się liczba spraw nieumyślnego spowodowania śmierci z art. 155 k.k. i innych,

W 2015 r. podobnie jak w latach ubiegłych nie odnotowano spraw z art. 154 k.k. dotyczących spowodowania śmierci kobiety ciężarnej w następstwie przerwania ciąży.

Porównanie liczby prowadzonych spraw dotyczących ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy ilustruje tabela nr 2.

Wykres nr 2. Liczba spraw prowadzonych w poszczególnych kategoriach przestępstw w latach 2012-2015



Źródło: Prokuratura Krajowa

W 2015 r. postępowania zakończono w następujący sposób:

- w 25 sprawach skierowano akt oskarżenia,
- w 6 sprawach skierowano wniosek w trybie art. 335 § 1 k.p.k.,
- w 1 sprawie skierowano wniosek o warunkowe umorzenie postępowania,
- w 199 sprawach umorzono postępowanie karne,
- w 83 sprawach odmówiono wszczęcia postępowania,
- w 44 sprawach zawieszono postępowanie karne,
- 7 spraw zakończono w inny sposób.

Aktami oskarżenia objęto 26 osób. Wnioskiem z art. 335 § 1 k.p.k. objęto 7 osób.

Prawomocnie skazano 30 osób.

W odniesieniu do postępowań zakończonych postanowieniem o umorzeniu śledztwa, w większości spraw podstawą podjęcia tego rodzaju decyzji było ustalenie, że czynu nie popełniono lub brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia - art. 17 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks postępowania karnego* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1749), zwanej dalej „k.p.k.”. W pozostałych przypadkach podstawą decyzji o umorzeniu postępowania było stwierdzenie, że czyn nie zawiera ustawowych znamion czynu zabronionego (art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k.). Odnotowano również sprawy zakończone umorzeniem postępowania z powodu:

- 1) niewykrycia sprawcy przestępstwa;
- 2) wskazania przez ustawę, że sprawca nie podlega karze;
- 3) przedawnienia karalności czynu.

Podobnie jak w latach poprzednich akta postępowań przygotowawczych zakończonych umorzeniem postępowania zostały w dużej części poddane ocenie przez prokuratora nadrzędnego, w zakresie prawidłowości i zasadności podjętej decyzji merytorycznej.

W większości badanych spraw decyzje prokuratora o umorzenie lub odmowie wszczęcia postępowania uznano za zasadne.

Stwierdzić należy, że postanowienia o umorzeniu śledztwa w przedmiotowych sprawach zapadły, co do zasady, po wszechstronnym wyjaśnieniu okoliczności zdarzenia i potwierdzeniu, że skutek w postaci przerwania ciąży przed uzyskaniem przez dziecko zdolności do życia poza organizmem matki nie nastąpił w wyniku przestępstwa, lecz był wywołany samoistnym poronieniem, obumarciem płodu, powikłaniami związanymi z przebiegiem ciąży, stanem zdrowia dziecka poczętego, stanem zdrowia kobiety ciężarnej lub innymi okolicznościami nie stanowiącymi realizacji znamion typu czynu zabronionego.

Natomiast w odniesieniu do czynów dotyczących nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka umorzenie śledztwa nastąpiło po ustaleniu, w oparciu o opinie biegłych, że postępowanie lekarzy było zgodne ze sztuką lekarską.

Wskazane okoliczności zostały ustalone procesowo przez zebranie utrwalenie dowodów na miejscu zdarzenia, zabezpieczenie dokumentacji lekarskiej, wykonanie badań laboratoryjnych i ekspertyz, uzyskanie opinii biegłych lekarzy z zakresu ginekologii i położnictwa oraz biegłych innych specjalności, przesłuchanie w charakterze świadków pokrzywdzonych i innych osób.

W 2015 r. prokuratorzy podejmowali dwa razy działania pozakarne związane z realizacją przepisów ustawy.

Jednocześnie, należy wskazać, że liczba prawomocnych orzeczeń wykonywanych na dzień 21 grudnia 2015 r. w odniesieniu do czynów zabronionych, w których przedmiotem ochrony jest zdrowie i życie dziecka w fazie prenatalnej i bezpośrednio po urodzeniu oraz wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawa do macierzyństwa dotyczyła trzech osób, po jednej z art. 149k.k., art 153 § 1 k.k. i 153 § 2 k.k.¹²⁾.

9.2. Działania podejmowane przez Rzecznika Praw Pacjenta

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w rozdziale 8 wprowadziła prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Prawo to przysługuje pacjentowi, a w jego imieniu także przedstawicielowi ustawowemu. Zgodnie z wyżej wymienioną ustawą sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia wydanego przez lekarza lub lekarza dentystę można wnieść do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Działanie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta normuje rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. *w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. poz. 244).

Stosownie do art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* konsultanci krajowi, w porozumieniu z właściwymi konsultantami wojewódzkimi, opracowują raz w roku w terminie do dnia 30 marca, listy lekarzy, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej. Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny odnośnie aktualizacji opracowanych i przekazanych list.

Jednocześnie, należy podkreślić, że w dniu 27 stycznia 2015 r. zostały przyjęte przez Radę Ministrów *Założenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, obejmujące swoim zakresem również przepisy dotyczące sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Propozycje zmian w tym zakresie zostały sformułowane w wyniku dyskusji podejmowanych na ten temat w ramach prac międzyresortowego Zespołu do spraw Europejskiego Trybunału Praw Człowieka,

¹²⁾ Informacje statystyczne pozyskiwane są na podstawie ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. *o statystyce publicznej* (Dz. U. z 2012 r. poz. 591, z późn. zm.), a także w oparciu o ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182).

zainicjowanych przede wszystkim przez zapraszanych na poszczególne posiedzenia przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz Rzecznika Praw Obywatelskich. Zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą legislacyjną w oparciu o przyjęte przez Radę Ministrów założenia został opracowany *projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, który był procedowany również w 2015 r. Rozważany projekt ustawy był przedmiotem uzgodnień międzyresortowych oraz konsultacji publicznych i opiniowania, jednakże wobec rozpoczęcia nowej kadencji Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej i zmiany Rady Ministrów prace nad nim nie zostały zakończone. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia został przygotowywany nowy wstępny *projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, który w większości powiela rozwiązania przyjęte w projekcie z 2015 r. Należy przy tym zauważyć, że w sprawozdawanym okresie nie zostały przyjęte ostateczne rozwiązania w tym obszarze.

Zmiany uwzględnione w procedowanym w 2015 r. *projekcie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*:

- 1) zaproponowano uproszczenie instytucji sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, przez odstąpienie od wymogu wskazania w sprzeciwie przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjenta, na które opinia albo orzeczenie ma wpływ.

Propozycja zmiany w tym zakresie uwzględniała postulaty Zespołu do spraw Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, wskazującego, że ustawodawca postawił przed osobami zamierzającymi skorzystać z prawa sprzeciwu zbyt duże wymaganie, jakim jest wskazanie przepisu prawa, z którego wynikają określone prawa i obowiązki pacjenta, pod rygorem zwrotu sprzeciwu bez rozpatrzenia. Należy zauważyć, że wśród, określonych w kodeksie postępowania cywilnego, wymogów formalnych jakie powinien spełniać pozew, nie wymienia się wymogu wskazania przez powoda podstawy prawnej jego twierdzeń.

- 2) zaproponowano doprecyzowanie, że sprzeciw przysługuje także w przypadku odmowy wydania opinii lub orzeczenia, a także odmowy skierowania na badania diagnostyczne, jeśli są one niezbędne do wydania takiej opinii lub orzeczenia.

Dla skuteczności takiego sprzeciwu odmowa powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta, dlatego też zaproponowano wprowadzenie ustawowego obowiązku dokonywania stosownych adnotacji w tym zakresie.

- 3) zaproponowano skrócenie do 10 dni terminu wydania przez Komisję Lekarską orzeczenia w wyniku złożenia przez pacjenta sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.

Wskazany w obecnie obowiązujących przepisach termin (30 dni) może być w niektórych przypadkach zbyt długi, przez co pacjent jest de facto pozbawiony możliwości skutecznego skorzystania z instytucji sprzeciwu. Dotyczy to np. przypadku, gdy przedmiotem sprzeciwu jest opinia albo orzeczenie lekarskie mające wpływ na prawo do przerwania ciąży, z uwagi na fakt, że ustawa określa czas, w jakim przerwanie ciąży jest dopuszczalne.

- 4) zaproponowano przeniesienie do ustawy przepisu umożliwiającego pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu uczestnictwo w posiedzeniu Komisji Lekarskiej, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, oraz udzielanie informacji i wyjaśnień w sprawie.

Obecnie regulacja taka wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie *Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta*.

- 5) zaproponowano ponadto wprowadzenie przepisu zapewniającego pacjentowi możliwość ustanowienia pełnomocnika w postępowaniu przed Komisją Lekarską.
- 6) w celu uproszczenia procedury wnoszenia sprzeciwu i ułatwienia zainteresowanym pacjentom korzystania z tego prawa, zaproponowano wprowadzenie możliwości składania sprzeciwu w postaci elektronicznej przez Elektroniczną Platformę Usług Administracji Publicznej (ePUAP).
- 7) zaproponowano jednoznaczne określenie w ustawie statusu orzeczenia wydanego przez Komisję Lekarską.

W celu zapewnienia skuteczności instytucji sprzeciwu zaproponowano, aby orzeczenie wydane przez Komisję Lekarską zastępowało opinię lub orzeczenie będące przedmiotem sprzeciwu.

W 2015 r. do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło 36 sprzeciwów wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Jednym ze sprzeciwów (sygn. RzPP-ZPR.44.36.2015.MPO), który w dniu 23 grudnia 2015 r. wpłynął do Biura Rzecznika Praw Pacjenta, był sprzeciw wobec orzeczenia lekarskiego wydanego przez Zespół Interdyscyplinarny ds. Wad Płodu działający w ramach Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Dotyczył on braku wskazań do wykonania zabiegowego przerwania ciąży u pacjentki. Sprzeciw spełniał wymogi formalne, określone w art. 31 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* i podlegał rozpatrzeniu przez Komisję Lekarską działającą przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Komisja Lekarska została powołana w dniu 15 stycznia 2016 r. W 3-osobowy skład Komisji Lekarskiej wchodziło dwóch lekarzy specjalizacji położnictwo i ginekologia oraz jeden specjalizacji genetyka kliniczna. Posiedzenie Komisji Lekarskiej odbyło się w Biurze

Rzecznika Praw Pacjenta w dniu 15 stycznia 2016 r. Przewodniczący Komisji Lekarskiej, działając na podstawie § 2 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, nie stwierdził potrzeby osobistego badania pacjentki podczas posiedzenia Komisji Lekarskiej, w związku z czym orzeczenie zostało wydane na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej, o czym mowa w art. 31 ust. 5 ustawy. Niezależnie od powyższego pacjentkę poinformowano, że przysługuje jej prawo udziału w posiedzeniu, z czego pacjentka nie skorzystała. Komisja Lekarska jednogłośnie orzekła bezzasadność sprzeciwu. O zapadłym orzeczeniu pacjentka została poinformowana – przesłano egzemplarz orzeczenia.

W 2015 r. Komisja Lekarska działająca przy Rzeczniku Praw Pacjenta nie rozpatrywała innych sprzeciwów dotyczących podobnej problematyki.

W 2015 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził także 6 postępowań wyjaśniających dotyczących kobiet w ciąży:

- 1) Do I Kliniki Położnictwa i Ginekologii Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. w dniu 12 lutego 2015 r. zgłosiła się pacjentka i spotkała się z odmową wydania opinii, o której mowa w art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy, tj. w przedmiocie zasadności przerwania ciąży, w przypadku gdy stanowi ona zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej. Pacjentka wskazała również, że otrzymała jedynie ustną informację, że w oparciu o wyniki badania nie kwalifikuje się do wykonania zabiegu przerwania ciąży. Powyższe uniemożliwiło przyjęcie pacjentki w innym podmiocie leczniczym, gdzie uzależniono udzielenie świadczeń oraz przeprowadzenie konsultacji od posiadania takiej opinii. Postępowanie pozostaje w toku (RzPP-ZPR,432.27.2015.MPO).
- 2) W Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pacjentka była pod opieką okołoporodową. Prowadzono diagnostykę prenatalną (badanie: amniopunkcji w dniach 11-13 stycznia 2015 r.), odmówiono jednak udzielenia świadczeń zdrowotnych oraz właściwych informacji w sytuacji otrzymania niekorzystnego wyniku badania stanu płodu. W dniu 9 lutego 2015 r. pacjentka przebywała na Oddziale Położniczym Szpitala, gdzie po konsultacji z lekarzem (specjalizacji: genetyka) odmówiono sporządzenia opinii, o której mowa w art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy, wskazującej na zasadność przerwania ciąży, w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej

choroby zagrażającej jego życiu. Postępowanie pozostaje w toku (RzPP-ZPR.432.29.2015.MPO).

- 3) Pacjentka zgłosiła się w dniu 26 października 2015 r. do Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie z pełną dokumentacją medyczną dotyczącą przebiegu ciąży, celem uzyskania świadczenia zdrowotnego (zabiegu przerwania ciąży) w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Spotkała się z odmową wykonania zabiegu przerwania ciąży. Jako uzasadnienie w dokumentacji medycznej wpisano: „w związku z zaleceniem konsultanta zabieg powinien być wykonany w Szpitalu przez lekarza prowadzącego ciążę”. Pacjentka została odesłana do Szpitala w Kolbuszowej. Postępowanie pozostaje w toku (RzPP-ZPR.432.181.2015.MPO).
- 4) Pacjentka zgłosiła się w dniu 26 października 2015 r. do Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kolbuszowej, gdzie spotkała się z odmową wykonania zabiegu przerwania płodu z uwagi na ciężkie wady płodu. Jako uzasadnienie w zaświadczeniu lekarskim wpisano: *Oddział Patologii Ciąży Szpitala Powiatowego w Kolbuszowej nie wykonuje zabiegów przerwania ciąży*. Postępowanie pozostaje w toku (RzPP-ZPR.432.180.2015.MPO).
- 5) Pacjentka podniosła zastrzeżenia w zakresie udzielonych jej informacji o stanie płodu. Pacjentka wskazała, że podczas ciąży była pod kontrolą lekarzy w Dębnie. Z uwagi na okoliczność, iż w rodzinie pacjentki występowała choroba Beckwitha-Wiedemanna, pacjentka zgłosiła ten fakt lekarzowi kierującemu, niemniej jednak – w ocenie pacjentki – informacja ta została zbagatelizowana. Jak podniosła pacjentka, po każdym z wykonanych badań otrzymywała informacje, że obraz płodu jest prawidłowy. Ostatnie badanie USG było przeprowadzone w podmiocie leczniczym w dniu porodu. Stan, w jakim urodziło się dziecko, był dla Pacjentki zaskoczeniem i nie odzwierciedlał przekazywanych jej przez lekarzy informacji o przebiegu ciąży. Postępowanie pozostaje w toku (RzPP-ZPR.431.359.2015.AGL).
- 6) Pacjentce odmówiono przyjęcia do Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, do którego zgłosiła się celem przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży. Ww. podmiot leczniczy odmówił przyjęcia (w tym wykonania zabiegu przerwania ciąży) i zalecił zgłoszenie się do Szpitala Bielańskiego im. Ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ w Warszawie. U pacjentki stwierdzono wadę genetyczną płodu.

Rzecznik Praw Pacjenta pismem o sygn. RzPP-ZPR.432.16.2015.ZM stwierdził, że podmiot leczniczy naruszył prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych.

Mając na uwadze powyższe postępowania wyjaśniające należy podkreślić, że w żadnym ze wskazanych przypadków lekarze, którzy powstrzymali się od udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentkom, nie powołali się na „klauzulę sumienia” stosownie do art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.). Mimo braku formalnego powołania się przez lekarzy na klauzulę sumienia, w części przypadków ustalone okoliczności wskazywały, że faktycznie dochodziło do odmów udzielenia świadczeń z uwagi na konflikt sumienia. W takich przypadkach Rzecznik Praw Pacjenta podejmował działania, między innymi występował do właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia¹³⁾. W wyniku tych działań skontrolowano podmioty lecznicze pod kątem kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych wskazanego rodzaju.

Ponadto, Rzecznik Praw Pacjenta – w odpowiedzi na kierowane pisemne wnioski, zgłoszenia mailowe, a także w związku z osobistymi wizytami pacjentów w siedzibie Biura Rzecznika Praw Pacjenta – udzielał informacji związanych z problematyką kobiet w ciąży w zakresie:

- 1) prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, w tym diagnostyki w okresie ciąży oraz procedury postępowania w opiece okołoporodowej;
- 2) obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 3) prawa do bezpłatnej opieki okołoporodowej;
- 4) odpłatności za świadczenia z programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego przez wybrane podmioty lecznicze;
- 5) refundacji świadczeń stomatologicznych;
- 6) opłat za dodatkową opiekę pielęgnacyjną;
- 7) pomocy psychologicznej w sytuacji wczesnych poronień, ciąż patologicznych;
- 8) możliwości skorzystania z badań prenatalnych.

¹³⁾ Np. w sprawach RzPP-ZPR.432.181.2015.MPO, RzPP-ZPR.432.180.2015.MPO, RzPP-ZPR.432.181.2015.MPO, RzPP-ZPR.432.29.2015.MPO, RzPP-ZPR.432.27.2015.MPO

9.3. Działania podejmowane przez Naczelny Sąd Lekarski i Okręgowe Sądy Lekarskie

W 2015 r. odpowiedzialność zawodową lekarzy regulowały przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522). Zgodnie z tą ustawą członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Zgodnie z informacją przekazaną przez Naczelny Sąd Lekarski w 2015 r. poszczególne okręgowe sądy lekarskie oraz Naczelny Sąd Lekarski prowadziły, przedstawioną w tabeli poniżej, liczbę spraw dotyczących opieki nad kobietami w ciąży, opieki okołoporodowej, badań genetycznych płodu oraz zabiegów przerywania ciąży.

Tabela nr 17. Liczba spraw dotyczących opieki nad kobietami w ciąży, opieki okołoporodowej, badań genetycznych płodu oraz zabiegów przerywania ciąży prowadzonych przez okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski w 2014 r.

Lp.	Okręgowa Izba Lekarska	Opieka nad kobietami w ciąży	Opieka okołoporodowa	Badania genetyczne płodu	Zabiegi przerywania ciąży
1	Białystok	0	0	0	0
2	Bielsko – Biała	0	0	0	0
3	Bydgoszcz	0	0	0	0
4	Częstochowa	0	0	0	0
5	Gdańsk	2	1	0	0
6	Gorzów Wlkp.	0	0	0	0
7	Katowice	3	3	0	1
8	Kielce	0	0	0	0
9	Koszalin	0	0	0	0
10	Kraków	1	2	0	0
11	Lublin	1	0	0	0
12	Łódź	3	1	0	0
13	Olsztyn	0	0	0	0
14	Opole	0	0	0	0
15	Płock	0	0	0	0
16	Poznań	2	3	0	0
17	Rzeszów	0	1	0	0
18	Szczecin	0	5	0	0
19	Tarnów	0	1	0	0
20	Toruń	0	0	0	0
21	Warszawa	1	1	0	1
22	Wrocław	0	2	0	0
23	SL WIL	0	0	0	0
24	Zielona Góra	0	0	0	0
25	Naczelny Sąd Lekarski	6	10	0	2
RAZEM		19	30	0	4

Źródło: Naczelny Sąd Lekarski

W 2015 r. porównaniu do 2014 r.:

- liczba postępowań dotyczących opieki nad kobietami w ciąży była większa o 4 postępowania,
- liczba postępowań dotyczących opieki okołoporodowej była większa o 19 postępowań,
- liczba postępowań dotyczących badań genetycznych płodu nie zmieniła się,
- liczba postępowań dotyczących zabiegów przerywania ciąży była większa o 2 postępowania.

Jednocześnie, tak przez okręgowe sądy lekarskie i co za tym idzie również przez Naczelny Sąd Lekarski nie były rozpatrywane sprawy związane z powoływaniem się przez lekarza na klauzulę sumienia w sprawie dotyczącej odmowy wystawienia skierowania na badania prenatalne lub odmowy wykonania zabiegu przerywania ciąży.