SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WKP.4821.1.2018.SZ

Druk nr 2238

Warszawa, 23 stycznia 2018 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 2016 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

(-) Mateusz Morawiecki

SPRAWOZDANIE RADY MINISTRÓW

Z WYKONYWANIA ORAZ O SKUTKACH STOSOWANIA

W 2016 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 2018 r.

SPIS TREŚCI:

WSTĘP 5

ROZDZIAŁ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ INFORMACJE EPIDEMIOLOGICZNE 6

1.1. Rozwój demograficzny Rzeczypospolitej Polskiej 6
1.2. Urodzenia i dzietność kobiet 6
1.3. Umieralność 7

ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY 8

2.1. Opieka realizowana w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 8

TABELA NR 2. ŚWIADCZENIA UDZIELONE W 2016 R. KOBIETOM W CIĄŻY W RAMACH AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ ROZLICZONE JAKO ŚWIADCZENIE WYKONYWANE U KOBIET W OKRESIE CIĄŻY FIZJOLOGICZNEJ 15

2.2. Programy zdrowotne w zakresie planowania rodziny, świadomego macierzyństwa oraz opieki medycznej nad kobietą w ciąży 30
2.3. Zgony, zgony niemowląt, poronienia, umieralność okołoporodowa płodów i noworodków 39
2.4. Działania o charakterze profilaktycznym kierowane do kobiet w ciąży oraz osób w wieku prokreacyjnym promujące odpowiedzialne zachowania w ciąży oraz w okresie prekoncepcyjnym 40

ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIETAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH 50

3.1. Świadczenia rodzinne, świadczenia wychowawcze 51
3.2. Infrastruktura społeczna na rzecz dziecka i rodziny 55
3.3. Pomoc społeczna 57
3.4. System wspierania rodziny, pieczy zastępczej oraz adopcji 60
3.5. Przeciwdziałanie przemocy domowej 62
3.6. Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem 64
3.7. Uprawnienia bezrobotnych związane z rodzicielstwem 70
3.8. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych 74
3.9. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych rolników 78
3.10. Wsparcie kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” 81

ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI 86

ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH 92

ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY 94

6.1. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana przez szkołę 94
6.2. Indywidualne nauczanie dzieci i młodzieży 94
6.3. Wsparcie udzielane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne 95
6.4. Spełnienie obowiązku szkolnego oraz obowiązku nauki poza szkołą 96

ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY 100

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 100
7.2. Podręczniki do zajęć „wychowania do życia w rodzinie” 104
7.3. Kwalifikacje nauczycieli realizujących zajęcia 104

ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY 107

ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY 113

9.1. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ ORGANY ŚCIGANIA I WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI 113
9.2. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA 115
9.3. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ NACZELNY SĄD LEKARSKI I OKRĘGOWE SĄDY LEKARSKIE 117

SPIS TABEL:

Tabela nr 1. Świadczenia udzielone w 2016 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii 15
Tabela nr 2. Świadczenia udzielone w 2016 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej 15
Tabela nr 3. Liczba i wartość świadczeń wykonanych w ramach KOC (z uwzględnieniem porodów zakończonych cięciem cesarskim) 19
Tabela nr 4. Liczba porodów rozliczonych w 2016 r. 19
Tabela nr 5. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2016 r. 20
Tabela nr 6. Liczba i wartość znieczuleń wykonanych w trakcie porodu, rozliczanych jako dodatkowa procedura przy porodzie drogami natury 25
Tabela nr 7. Realizacja w 2016 r. programu polityki zdrowotnej pn.: „Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce na lata 2015-2018" 33
Tabela nr 8. Liczba osób pobierających w okresie I-XII 2016 r. zasiłki według płci[)] 70
Tabela nr 9. Pobieranie w 2016 r. zasiłku opiekuńczego i zasiłku macierzyńskiego 76
Tabela nr 10. Liczba wszystkich porad w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w zakresie ginekologii dla dziewcząt udzielonych w 2016 r. 86
Tabela nr 11. Liczba porad w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w zakresie ginekologii dla dziewcząt udzielonych w 2016 r. pacjentkom poniżej 18 r.ż. 87
Tabela nr 12. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2016 r. 89
Tabela nr 13. Realizacja programu badań prenatalnych w 2016 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę osób objętych programem) 93
Tabela nr 14. Dane liczbowe dotyczące udziału uczniów w zajęciach wychowanie do życia w rodzinie 102
Tabela nr 15. Liczba etatów nauczycieli uczących w 2016 r. przedmiotu „*wychowania do życia w rodzinie*" (stan na 30 września 2016 r.) 106
Tabela nr 16. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2002-2016 (w skali kraju) – według przyczyn 108
Tabela nr 17. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2016 r. – w podziale na województwa, wiek kobiet i przyczynę 109
Tabela nr 18. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2016 r. w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu .. 109
Tabela nr 19. 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 2016 r. 118

SPIS WYKRESÓW:

Wykres nr 1. Liczba zarejestrowanych spraw dotyczących ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy 114

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 2016 r. przygotowano na podstawie informacji, danych statystycznych 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 do Spraw 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, związane z problematyką uregulowaną w ustawie w sposób bezpośredni lub pośredni.

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

1.1. Rozwój demograficzny Rzeczypospolitej Polskiej

W końcu 2016 r. ludność Polski liczyła 38 433 tys. osób, tj. o 4 tys. mniej niż rok wcześniej. Tempo ubytku ludności wyniosło -0,01%, co oznacza, że na każde 10 tysięcy mieszkańców Polski ubyła 1 osoba (w 2015 r. było to -0,11%, tj. ubyło - odpowiednio - 11 osób). Rok 2016 był piątym z kolei, w którym odnotowano spadek liczby ludności po obserwowanym wcześniej (w latach 2008-2011) wzroście.

Zmniejszenie się w 2016 r. liczby ludności było spowodowane ujemnym przyrostem naturalnym – zarejestrowano o prawie 6 tys. mniej urodzeń niż zgonów. Tym samym współczynnik przyrostu naturalnego (liczony na 1000 ludności) był ujemny i wyniósł -0,2‰ (przed rokiem wynosił -0,7‰). Drugim elementem wpływającym na liczbę ludności jest saldo migracji zagranicznych definitywnych (na pobyt stały) – w 2016 r. było dodatnie i wyniosło 1,5 tys.

1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

W 2016 r. zarejestrowano ponad 382 tys. urodzeń żywych – o prawie 13 tys. więcej niż rok wcześniej. Współczynnik urodzeń wyniósł 9,9‰ i był wyższy o 0,3 pkt prom. w stosunku do poprzedniego roku, ale także o połowę mniejszy niż w 1983 r., tj. ostatniego baby boom w Polsce, kiedy to w Polsce urodziło się 723 tys. dzieci. Tradycyjnie, natężenie urodzeń na wsi jest wyższe niż w miastach i w 2016 r. wyniosło 10,2‰, w miastach 9,8‰ – należy przy tym podkreślić, że w stosunku do 2015 r. natężenie urodzeń bardziej wzrosło w miastach (o 0,4 pkt prom.) niż na wsi (o 0,2 pkt prom.).

Niska liczba urodzeń nie gwarantuje – już od 25 lat – prostej zastępowalności pokoleń. Od 1990 r. wartość współczynnika dzietności kształtuje się poniżej 2, podczas gdy wielkość optymalna – określana jako korzystna dla stabilnego rozwoju demograficznego – to 2,1-2,15, tj. gdy w danym roku na 100 kobiet w wieku 15-49 lat przypada średnio 210-215 urodzonych dzieci. Obecnie jest to ok. 130 urodzeń.

Zgodnie z informacjami Głównego Urzędu Statystycznego obserwowane od początku lat 90. XX w. zmiany w zakresie urodzeń to m.in. efekt wyboru, jakiego dokonują ludzie młodzi,

decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem na założenie rodziny oraz jej powiększenie. Skutkiem tych zmian jest przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20–24 lata (najwyższa płodność obserwowana do połowy lat 80. ub. wieku) do grup 25–29 lat oraz 30–34 lata (obecnie płodność kobiet w tych dwóch grupach wieku jest prawie równa). W konsekwencji nastąpiło podwyższenie (w szczególności w minionych 10–15 latach) mediany wieku (wiek środkowy wyznacza granicę wieku, którą połowa populacji już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła) kobiet rodzących dziecko do 29,7 lat w 2015 r. (z 26,1 lat w 2000 r.). Zwiększył się także średni wiek w momencie urodzenia pierwszego dziecka do 27,6 lat z niespełna 24 lat w 2000 r.

Dzietność kobiet jest w Polsce nadal istotnie determinowana liczbą zawieranych związków małżeńskich. Obecnie ok. 75% dzieci rodzi się w rodzinach tworzonych przez prawnie zawarte związki małżeńskie, przy czym ponad połowa tych dzieci urodziła się w okresie pierwszych trzech lat trwania małżeństwa rodziców. Od kilkunastu lat systematycznie rośnie udział urodzeń pozamałżeńskich (na początku lat 90. było to ok. 6-7%, w 2000 r. – ok. 12%, a w 2015 r. i 2016 r. – ok. 25%).

Jednocześnie w 2016 r. po raz kolejny odnotowano spadek liczby urodzeń żywych u kobiet, których wiek wynosił 19 lat i mniej. W 2016 r. było 11 320 takich urodzeń, podczas gdy w 2015 r. miało miejsce 12 030 takich przypadków, 2014 r. było ich 13 287, a w 2013 r. – 14 492.

1.3. Umieralność

Natężenie zgonów w ciągu ostatnich kilkunastu lat w Polsce nie zmieniło się istotnie. W 2016 r. odnotowano 388 tys. zgonów – jest to mniej o blisko 7 tys. niż w 2015 r. Współczynnik umieralności wyniósł 10,1‰ (wobec 10,3‰ w 2015 r. i 9,8‰ w 2014 r.). W ogólnej liczbie osób zmarłych ok. 52% stanowili mężczyźni.

Pozytywnym zjawiskiem jest obserwowany nieprzerwanie trend malejącej umieralności niemowląt. W 2016 r. odnotowano ok. 1,5 tys. zgonów dzieci w wieku poniżej 1 roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 4,0‰, tj. pozostał na poziomie z 2015 r., czyli był połowę niższy niż na początku tego wieku oraz prawie 5-krotnie niższy niż notowany na początku lat 90. XX stulecia.

ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIETĄ 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, z późn. zm.) 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 połogu, mającym miejsce zamieszkania na terytorium RP, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach..

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu 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. z 2016 r. poz. 694, 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, z późn. zm.),

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1743, z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego* (Dz. U. z 2017 r. poz. 193),
- 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, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia 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, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych* (Dz. U. poz. 2007),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego* (Dz. U. poz. 1997).

Opieka okołoporodowa obejmuję opiekę zdrowotną sprawowaną w nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, mającą na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka. Jakość tej opieki jest czułym miernikiem polityki zdrowotnej państwa, zaś wszelkie niedociągnięcia w tym zakresie ujawniają się w wysokości wskaźnika umieralności niemowląt. Wskaźnik ten, uznawany za miernik stanu zdrowia społeczeństwa oraz poziomu świadczeń zdrowotnych na przełomie ostatnich latach ulega systematycznemu obniżeniu.

2.1.1. Standardy w opiece okołoporodowej

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 wykwalifikowany 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, połogu oraz opieki nad noworodkiem*.

Rozporządzenie wyznacza standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu 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 2017 r. poz. 1318).

Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu 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, połogu 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 połogiem 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 połogu 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 zagnieżdżania 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 Zdrowia[1)] 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, połogu, 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

[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, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych* (Dz. U. poz. 2007).

konsekwencje zdrowotne zarówno w okresie ciąży jak i w późniejszym życiu kobiety i jej dziecka, w tym także do ograniczenia porodów przedwczesnych.

Scharakteryzowane powyżej standardy zostały określone w drodze rozporządzeń Ministra Zdrowia wydanych na podstawie upoważnienia wyrażonego w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.). Przedmiotowe upoważnienie zostało zmienione przepisami ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. *o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 960). Zgodnie z obecnym brzmieniem minister właściwy do spraw zdrowia ma możliwość określenia, w drodze rozporządzenia, standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Powyższa zmiana spowodowana była potrzebą uporządkowania kwestii dotyczących wydawania i stosowania wytycznych lub zaleceń postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia oraz samej organizacji opieki zdrowotnej.
Obowiązujące standardy zostały utrzymane w mocy do końca 2018 r. W tym czasie powstaną nowe rozporządzenia, które określą standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w rozważanym obszarze. Minister Zdrowia zdecydował, aby prace nad nowym rozporządzeniem w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, wzorem lat ubiegłych odbywały się we współpracy z przedstawicielami organizacji pozarządowych skupiających swoje działania na opiece okołoporodowej. W tym celu powołany został Zespół[22)], którego zadaniem jest opracowanie projektu nowego rozporządzenia, na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*. Podstawą prac Zespołu będzie aktualnie obowiązujące rozporządzenie 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, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132).

[2)] Zespół powołany został mocą zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2017 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 20).

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, połogu 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 połogu odbywa się w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.). Kwestie dotyczące świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa, postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń 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 szpitale, profilaktyczne programy zdrowotne.

Świadczenia udzielane kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mogły być w 2016 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 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*[3)] 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, połogu 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.

[3)] Zarządzenie było poprzedzone 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*.

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 1. Świadczenia udzielone w 2016 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Dotyczy kobiet do 35 r.ż.				Dotyczy kobiet w 35 r.ż. i starszych			
	02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii				02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii			
	02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
	rozpoznanie - ciąża (000 - 099 oraz Z32 - Z36)				rozpoznanie - ciąża (000 - 099 oraz Z32 - Z36)			
	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	7 474 651	93 653	20 495	211	1 341 215	17 245	4 299	206
KUJAWSKO-POMORSKI	4 556 612	73 581	17 115	191	605 995	9 907	2 730	181
LUBELSKI	5 807 741	79 755	14 994	100	922 274	13 030	2 871	99
LUBUSKI	2 595 966	37 327	7 779	44	397 699	5 956	1 428	44
ŁÓDZKI	4 995 557	84 797	17 097	165	840 455	14 408	3 491	162
MAŁOPOLSKI	10 895 047	145 090	28 599	193	1 974 833	26 877	6 087	193
MAZOWIECKI	13 119 520	191 473	46 752	295	2 740 559	41 354	11 174	287
OPOLSKI	1 434 337	20 424	5 997	60	212 894	3 080	1 017	59
PODKARPACKI	6 405 478	90 033	16 119	121	1 020 233	14 696	3 004	120
PODLASKI	4 563 697	64 996	10 939	65	667 622	9 664	1 936	62
POMORSKI	7 924 391	107 000	21 748	128	1 211 962	17 001	4 000	127
ŚLĄSKI	12 272 792	192 081	32 121	424	1 889 003	30 154	5 979	412
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 993 750	29 897	7 519	119	297 811	4 546	1 342	117
WARMIŃSKO-MAZURSKI	4 941 136	72 591	13 095	104	731 858	10 974	2 389	103
WIELKOPOLSKI	7 682 177	102 479	23 267	236	1 172 710	15 705	3 893	233
ZACHODNIOPOMORSKI	4 410 255	68 235	14 556	117	711 130	10 993	2 703	114
RAZEM	**101 073 107**	**1 453 412**	**298 192**	**2 573**	**16 738 253**	**245 590**	**57 924**	**2 519**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela nr 2. Świadczenia udzielone w 2016 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Dotyczy kobiet do 35 r.ż.				Dotyczy kobiet w 35 r.ż. i starszych			
	02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii				02-1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii			
	02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
	Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie dąży fizjologicznej 5.05.00,0000081				Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie dąży fizjologicznej 5.05.00.0000081			
	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	2 301 074	16 850	6 021	108	358 544	2 624	**977**I	103
KUJAWSKO-POMORSKI	3 690 615	28 979	7 908	132	483 635	3 799	1 125	120

LUBELSKI	1 020 132	7 284	2 146	29	146 013	1 040	326	26
LUBUSKI	789 968	6 490	2 412	23	110 100	905	373	20
LÓOZKI	1 122 571	8 825	3 634	81	188 159	1 479	624	66
MAŁOPOLSKI	970 633	7 091	2 852	52	152 552	1 113	473	48
MAZOWIECKI	7 081 895	52 524	16 533	175	1 250 600	9 280	3 056	170
OPOLSKI	2 244 590	16 104	4 541	53	316664	2 271	653	51
PODKARPACKI	11 603	91	26	3	1 913	15	4	2
PODLASKI	162 794	1 238	709	14	17 700	134	86	10
POMORSKI	2 966 202	24 010	7 281	67	414 741	3 353	1 112	65
ŚLĄSKI	645 969	5 323	1 854	61	90 634	749	298	51
ŚWIĘTOKRZYSKI	888 495	6 706	2 389	60	132 073	997	356	53
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 390 416	10412	3 296	33	201 914	1 513	520	31
WIELKOPOLSKI	6 142 323	45 455	13 139	178	884 600	6 539	1 947	171
ZACHODNIOPOMORSKI	1 525 287	12 057	4 365	63	200 768	1 588	640	59
Razem	**32 954 566**	**249 439**	**78 913**	**1 132**	**4 950 609**	**37 399**	**12 554**	**1 046**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.2. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

W 2016 r. mocą zarządzenia Nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. *zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie*, został wprowadzony nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC), obejmujący zarówno świadczenia ambulatoryjne, jak i hospitalizację związaną z porodem. Koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży wprowadzono od 1 lipca 2016 r. Celem wprowadzenia do kontraktowania i rozliczania ww. zakresu świadczeń była poprawa opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz nad nowo narodzonym dzieckiem. Głównym założeniem KOC jest zapewnienie pacjentkom skoordynowanych świadczeń, poprzez objęcie ich opieką zespołu medycznego, który powinien ze sobą współpracować na wszystkich etapach ciąży oraz w okresie połogu. Istotnym elementem tego rozwiązania jest także możliwość prowadzenia ciąży przez położną, która pracując w zespole, w każdej chwili może skonsultować się z lekarzem czy wykonać potrzebne badania. Daje to poczucie bezpieczeństwa pacjentce, jak również zwiększa szanse na wczesne rozpoznanie wszelkich pojawiających się patologii umożliwiając niezwłoczne skierowanie pacjentki do podmiotu o wyższym stopniu referencyjności. Ciężarna może zgłosić się do programu na każdym etapie ciąży i wybrać, kto (lekarz czy położna) będzie sprawował nad nią bezpośrednią opiekę.

Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży stanowi alternatywę wobec dotychczasowej formy opieki, podzielonej pomiędzy poszczególne zakresy świadczeń, od podstawowej opieki zdrowotnej poprzez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i leczenie szpitalne, co często utrudnia zachowanie odpowiedniej dostępności i ciągłości świadczeń. Należy przy tym

zaznaczyć, że nowa forma opieki nad kobietą w ciąży ma charakter pilotażu i jest testowana jedynie w kilkunastu podmiotach realizujących świadczenia z zakresu położnictwa i ginekologii. Równolegle nadal funkcjonuje dotychczasowy system opieki, wobec czego kobieta może zdecydować się na taki model opieki albo wybrać placówkę realizującą świadczenia w ramach opieki koordynowanej.

W trakcie realizacji świadczeń w ramach opieki koordynowanej monitorowaniu podlegają wskaźniki jakości prowadzonej opieki.

Podmiotem koordynującym i podpisującym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację KOC jest szpital posiadający oddział położniczo-ginekologiczny (lub inny zgodny z profilem realizowanych świadczeń). Do zadań ww. podmiotu należy:

1) opracowanie schematu organizacyjnego realizacji KOC;
2) przygotowanie „Informacji dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży KOC";
3) przygotowanie indywidualnych planów opieki perinatalnej;
4) realizacja i zapewnienie świadczeń realizowanych zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa;
5) koordynacja całego procesu opieki;
6) zapewnienie możliwości 24h kontaktu z lekarzem ginekologiem-położnikiem lub położną;
7) koordynacja czynności związanych z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;
8) odpowiadanie za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
9) współpraca z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką środowiskową, na liście których znajduje się kobieta w ciąży;
10) posiadanie ustalonych zasad konsultacji i współpracy z ośrodkiem III poziomu referencyjnego, który zapewnia konsultacje w przypadkach wystąpienia nieprawidłowości w przebiegu ciąży.

Kobieta objęta KOC uzyskuje:

1) skoordynowaną opiekę w okresie ciąży, porodu, połogu oraz opiekę nad noworodkiem a następnie niemowlęciem do 6 tyg. życia, sprawowaną przez jeden zespół lekarzy i położnych;
2) możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę (lekarz ginekolog-położnik lub położna);

3) terminowe wykonywanie procedur medycznych, zgodnie z rozporządzeniem 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, połogu oraz opieki nad noworodkiem* oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia 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, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych*;
4) świadczenia w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego, związane z porodem, w przypadku wskazań medycznych także hospitalizację;
5) plan opieki przedporodowej i plan porodu (modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki);
6) całodobową możliwość kontaktu telefonicznego oraz możliwość uzyskania konsultacji.

W ramach tego produktu finansowana jest ambulatoryjna opieka lekarska, opieka położnej w zakresie prowadzenia ciąży fizjologicznej — jeżeli pacjentka tak wybierze – oraz w zakresie edukacji przedporodowej, jak również hospitalizacja związana z porodem, opieka nad noworodkiem i opieka nad kobietą w okresie połogu. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń, możliwe jest uzyskanie przez świadczeniodawcę „premii" finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych, m.in.

a) odsetek kobiet, które pozostawały w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży,
b) odsetek porodów fizjologicznych,
c) odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki,
d) odsetek porodów przedwczesnych,
e) odsetek cięć cesarskich,
f) uzyskanie co najmniej 60% zwrotnych odpowiedzi z ankiety satysfakcji wśród pacjentek,
g) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe.

Tabela nr 3. Liczba i wartość świadczeń wykonanych w ramach KOC (z uwzględnieniem porodów zakończonych cięciem cesarskim)

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba porodów (drogami natury i cięcia cesarskie)*	Wartość rozliczonych świadczeń*	Liczba cięć cesarskich**	Liczba znieczuleń podanych do porodu drogami natury"
LUBELSKI	1 488	8 074 783.42 zł	637	17
LUBUSKI	490	2 411 165,90 zł	241	0
ŁÓDZKI	1 143	5 959 233.83 zł	525	128
PODKARPACKI	345	1 702 791.20 zł	169	0
POMORSKI	1 259	6 524 718,20 zł	297	2
ŚLĄSKI	786	3 979 082,80 zł	354	42
WARMIŃSKO-MAZURSKI	476	2 441 374.10 zł	165	120
RAZEM	**5 987**	**31 093 149,45 zł**	**2 388**	**309**

* wg stanu na 5.04.2017 ** wg stanu na 31.01.2017

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.3. Porody, w tym porody zakończone cięciem cesarskim

W 2016 r. rozliczono 350 675 porodów sześcioma produktami rozliczeniowymi (Jednorodnymi Grupami Pacjentów).

Tabela nr 4. Liczba porodów rozliczonych w 2016 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	N01 Poród	N02 Poród mnogi lub przedwczesny	N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni	N09 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe >6 dni	N11 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzoną leczenie kompleksowe >10 dni z pw	N13 Ciężka patologia ciąży zakończona porodem zabiegowym > 3 dni	Suma
DOLNOŚLĄSKI	18 498	367	2 332	1 829	41	1 548	24 615
KUJAWSKO-POMORSKI	15 142	399	1 059	1 627	9	935	19 171
LUBELSKI	10 565	147	2 208	1 542	15	968	15 445
LUBUSKI	6 656	117	404	645	7	620	8 449
ŁÓDZKI	13 132	418	2 772	1 389	131	1 450	19 292
MAŁOPOLSKI	26 435	465	6 120	481	23	1 155	34 679
MAZOWIECKI	44 736	900	5 569	2 111	60	3 045	56 421
OPOLSKI	5 700	146	1 080	416	2	605	7 949
PODKARPACKI	16 244	370	1 431	484	4	599	19 132
PODLASKI	9 393	180	504	519	1	246	10 843
POMORSKI	19 133	520	1 610	1 064	2	749	23 078
Śląski	33 868	637	2 823	929	14	367	38 638
Świętokrzyski	4816	70	2 367	789	95	884	9 021
WARMIŃSKO-MAZURSKI	10 436	177	732	856	35	634	12 870
WIELKOPOLSKI	27 889	447	4 749	952	1	2810	36 848
ZACHODNIOPOMORSKI	12 724	269	141	500	2	588	14 224
RAZEM	**275 367**	**5 629**	**35 901**	**16 133**	**442**	**17 203**	**350 675**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W ramach powyższej liczby porodów 160 796 porodów zakończyło się cięciem cesarskim. Zestawienie liczby cięć cesarskich w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia tabela nr 5.

Tabela nr 5. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2016 r.

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba porodów
1	DOLNOŚLĄSKI	12 509
2	KUJAWSKO-POMORSKI	6 765
2	LUBELSKI	7 584
4	LUBUSKI	3 704
5	ŁÓDZKI	10 528
6	MAŁOPOLSKI	17 301
7	MAZOWIECKI	24 704
8	OPOLSKI	3 905
9	PODKARPACKI	10 029
10	PODLASKI	5 609
11	POMORSKI	7 835
12	ŚLĄSKI	18 090
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	4 932
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	5 597
15	WIELKOPOLSKI	14 221
16	ZACHODNIOPOMORSKI	7 483
RAZEM		**160 796**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Wskaźnik cesarskich cięć w Polsce dynamicznie wzrasta; w 2015 r. wyniósł 43,2%, a w 2016 r. 45,8%, przy czym zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia powinien oscylować w granicach 10- 15% wszystkich porodów. Wzrost liczby zabiegów cesarskiego cięcia nie jest rozpatrywany jedynie w kwestiach bezpieczeństwa zdrowotnego matki i dziecka, są to również kwestie etyczne, prawne i ekonomiczne wykonywanych zabiegów. Niepokojąca dynamika wzrostu tego typu porodów spowodowała podjęcie przez Pana prof. dr hab. Stanisława Radowickiego – ówczesnego Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii szeregu działań edukacyjno-informacyjnych. Niestety działania te nie odniosły zamierzonego efektu, wobec czego Minister Zdrowia w dniu 9 listopada 2015 r. na jego wniosek powołał Zespół roboczy do spraw opracowania kierunków działań dla zmniejszenia liczby cesarskich cięć.

Głównym zadaniem Zespołu jest analiza przyczyn rosnącej liczby cesarskich cięć, wskazanie kierunków zmian i opracowanie rozwiązań systemowych, pozwalających w sposób istotny

na zmniejszenie liczby wykonywanych zabiegów. Należy mieć na uwadze, że cięcie cesarskie jest zabiegiem operacyjnym, który zawsze niesie za sobą ryzyko powikłań zarówno dla matki jak i dziecka. Operacja na macicy może skutkować powikłaniami dotyczącymi np. układu rozrodczego, moczowego i pokarmowego, a także stwarza zagrożenia w późniejszych ciążach. Badania wskazują, że cesarskie cięcie ma wpływ również na późniejsze zdrowie dzieci. W przyszłości są one bardziej narażone na nadwagę i otyłość oraz częściej zapadają na choroby immunologiczne, takie jak astma, alergie. Czynnikiem mogącym mieć wpływ na wzrost liczby cesarskich cięć może być coraz późniejsze macierzyństwo, a w konsekwencji coraz słabsza kondycja zdrowotna kobiet. Średni wiek matki w 2014 r. wyniósł 29,5 lat, w 2015 r. – 29,7 lat. W związku z tym również wzrasta u nich ryzyko problemów ze zdrowiem takich jak: nadciśnienie, cukrzyca, zaburzenia funkcji tarczycy, choroby nerek i wątroby, które grożą powikłaniami ciąży i porodu, co niewątpliwie może zwiększać prawdopodobieństwo zakończenia ciąży cesarskim cięciem. Nie bez znaczenia są również doniesienia medialne odnoszące się do zbyt późno wykonanych zabiegów oraz presja wywoływana przez pacjentki, aby jak najszybciej zakończyć poród. Powyżej przywołane aspekty, które mogą mieć wpływ na podejmowanie decyzji o cesarskim cięciu były wnikliwie analizowane przez Zespół. Jedynie całościowe podejście do tego zagadnienia, w tym także wypracowanie zmian w organizacji podmiotów leczniczych, zaleceń ekspertów w tym obszarze w połączeniu z rzetelną wiedzą kobiet na temat konsekwencji cesarskich cięć powinno przynieść najlepszy rezultat. Rekomendacje, które zostaną wydane w tym zakresie nie będą stały w sprzeczności z prawem lekarzy do podejmowania decyzji o wyborze rodzaju porodu u swoich pacjentek i nie powinny spowodować ograniczeń w każdym przypadku, gdy zabieg cesarskiego cięcia jest niezbędny ze względu na wskazania medyczne. Z uwagi na wieloaspektowość problemu oraz objętość analizowanego materiału Zespół nie zakończył jeszcze prac nad rekomendacjami.

W systemie opieki okołoporodowej wprowadzono jednak w 2016 r. istotne zmiany, które mogą przyczynić się do obniżenia liczby porodów zakończonych cesarskim cięciem. Przedmiotowe zmiany to:

1) Koordynowana Opieka nad Kobietą w Ciąży (KOC), czyli nowy zakres świadczeń wprowadzony mocą zarządzenia Nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. KOC ma charakter pilotażu i realizowana jest obecnie w kilkunastu podmiotach

wykonujących świadczenia z zakresu położnictwa i ginekologii. Podmioty, które realizują KOC zobowiązane są do osiągnięcia wskazanych w umowie parametrów jakościowych udzielanych świadczeń. Wśród nich wskazane są również wskaźniki cięć cesarskich i porodów fizjologicznych, do których szpital powinien zmierzać.

Dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego:

a) odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 75%,

b) odsetek cięć cesarskich – poniżej 25%.

Dla podmiotów III poziomu referencyjnego:

a) odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 60%,

b) odsetek cięć cesarskich – poniżej 40%.

Przy spełnieniu powyższych kryteriów dotyczących odsetka porodów fizjologicznych oraz cięć cesarskich, podmiot otrzyma dodatkowo wzrost o 4% wyceny świadczeń w ramach KOC.

2) Koordynowana Opieka Nad Kobietą w Ciąży na II lub III Poziomie Opieki Perinatalnej (KOC II/III), tj. nowy schemat organizacyjny utworzony mocą zarządzenia Nr 125/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2016 r. Jest to nowy schemat pełnoprofilowej opieki nad kobietą w ciąży zapewniający skoordynowaną specjalistyczną opiekę nad matką i noworodkiem, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychologicznej - zakłada on również osiągnięcie przez realizujący je podmiot właściwych parametrów jakościowych. Po osiągnięciu wskazanego poniżej odsetka cięć cesarskich odpowiedni ryczałt KOC II/III, ulega zwiększeniu o 2%. Przy czym dla podmiotów II poziomu referencyjnego:

a) odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 75%,

b) odsetek cięć cesarskich – poniżej 30%,

a podmiotów III poziomu referencyjnego:

a) odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 60%,

b) odsetek cięć cesarskich – poniżej 40%.

Część zmian, które powinny wpłynąć na obniżenie liczby porodów zakończonych cesarskim cięciem została prowadzona jeszcze w 2015 r. Do zmian tych należy:

3) zmiana w zakresie znieczulenia zewnątrzoponowego, wprowadzona zarządzeniem Nr 34/2015/DSOZ z dnia 30 czerwca 2015 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. W przywołanym zarządzeniu przyjęto, że znieczulenie

zewnątrzoponowe stanowi element postępowania medycznego wchodzącego w skład porodu, a jego koszt znajduje się w wycenie odpowiedniej jednorodnej grupy pacjentów (JGP). Od lipca 2015 r. NFZ płaci szpitalowi za poród z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego dodatkowe 400 zł. Zarządzenie to może skutkować zmniejszeniem liczby cesarskich cięć w sytuacjach, gdy presja do jak najszybszego zakończenia porodu wywołana jest silnym lękiem i bólem pacjentki.

4) rozporządzenie Ministra Zdrowia 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, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007). W rozporządzeniu określono standardy postępowania w najczęstszych patologiach ciąży, co pozwoli zmniejszyć liczbę powikłań mających konsekwencje zdrowotne zarówno w okresie ciąży, jak i w późniejszym życiu kobiety i jej dziecka, w tym również ograniczyć liczbę wykonanych cesarskich cięć.

Dokonanie oceny efektów wprowadzonych zmian wymaga dłuższej perspektywy czasowej od momentu ich wejścia w życie, aczkolwiek zakłada się, że przyczynią się one do zmniejszenia liczby cięć cesarskich.

2.1.4. Łagodzenie bólu porodowego

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 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 niefizjologiczny przebieg porodu lub ich użycie może spowodować, że w dalszej części poród będzie przebiegał w sposób niefizjologiczny, 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 niefizjologicznym. 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, połogu 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.

Dokonanie oceny efektów wprowadzonych regulacji wymaga dłuższej perspektywy czasowej od momentu ich wejścia w życie, będą one jednak systematycznie monitorowane.

Liczbę i wartość znieczuleń wykonanych w trakcie porodu rozliczonych w 2016 r. obrazuje poniższa tabela (cena jednostkowa procedury wynosiła w 2016 r. 416 zł[3)]).

Tabela nr 6. Liczba i wartość znieczuleń wykonanych w trakcie porodu, rozliczanych jako dodatkowa procedura przy porodzie drogami natury

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba wykonanych procedur	Wartość wykonanych procedur
DOLNOŚLĄSKI	1 375	572 000 zł
KUJAWSKO-POMORSKI	322	133 952 zł
LUBELSKI	284	118 144 zł
LUBUSK!	39	16 224 zł
ŁÓDZKI	1 813	751 005 zł
MAŁOPOLSKI	3 363	1 396 968 zł
MAZOWIECKI	7 682	3 195 712 zł
OPOLSKI	262	108 992 zł
PODKARPACKI	397	165 152 zł
PODLASKI	1 212	504 192 zł
POMORSKI	804	334 464 zł
ŚLĄSKI	1 616	671 526 zł
ŚWIĘTOKRZYSKI	402	164 912 zł
WARMIŃSKO-MAZURSKI	727	302 432 zł

[3)] Zgodnie z zarządzeniem Nr 73/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (zał. Nr 3 poz. 66) wartość punktowa od 1.X.2017 kosztów dodatkowego znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu nie zawarta w JGP wynosi 432,64.

WIELKOPOLSKI	255	106 080 zł
ZACHODNIOPOMORSKI	154	64 064 zł
RAZEM	**20 707**	**8 605 819 zł**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.5. Wsparcie kobiet w ciąży „Za życiem"

Mając na uwadze potrzebę otoczenia szczególną opieką kobiet w ciąży i ich rodzin, w tym przede wszystkim kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, a także dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu (powstałe w prenatalnym okresie rozwoju dziecka dla lub w czasie porodu) zdecydowano o zapewnieniu im kompleksowego wsparcia i przyjęciu stosownych w tej mierze rozwiązań rangi ustawowej. W tym celu uchwalona została ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem"* (Dz. U. poz. 1860), a następnie na jej podstawie przyjęty został Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem". Rozwiązania przyjęte w ustawie wynikają z konieczności zapewnienia przez państwo rodzinom w Polsce poczucia bezpieczeństwa, w szczególności gdy może wystąpić sytuacja nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu dziecka. Opieka państwa w zakresie przewidzianym w ustawie obejmuje dostęp do odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej jak również do instrumentów polityki na rzecz rodziny. Program przewiduje realizację szeregu zadań zmierzających do osiągnięcia przedmiotowego celu, określonych w ramach siedmiu priorytetów. Do zadań tych należy m.in. zapewnienie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej (uwzględniającej również opiekę psychologiczną); diagnostyka i terapia prenatalna oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

1) Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II i III poziomie referencyjnym (KOC II/III)

W związku z realizacją Programu „Za Życiem" poszerzona została opieka dla kobiet w ciąży patologicznej, z ciężkimi chorobami płodu. Zarządzeniem Nr 125/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem"*, wprowadzono koordynowaną opiekę nad

kobietą w ciąży na II i III poziomie referencyjnym (KOC II/III). Wzmocnienie opieki w rozważanym zakresie powodowane było dodatkowo zaleceniami Najwyższej Izby Kontroli zawartymi w raporcie „Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych".

Zmiany wprowadzone ww. zarządzeniem mają na celu zapewnienie lepszej dostępności i jakości świadczeń poprzez wprowadzenie koordynacji opieki położniczo-ginekologicznej szpitalnej i ambulatoryjnej oraz opieki neonatologicznej szpitalnej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychologicznej. Szczególną pomoc medyczną (w zakresie diagnostyki i leczenia) finansowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia, powinny uzyskać kobiety w przypadku prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu, ciężkich chorób płodu oraz w sytuacji niepowodzenia położniczego.

Opieka koordynowana KOC II/III obejmuje specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, poród i opiekę nad noworodkiem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje. Prowadzenie ciąży przez położną, przedporodowa i poporodowa opieka położnej finansowane są odrębnie. Opieka realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC II/III, opracowanym przez podmiot koordynujący KOC II/III.

Podmiotem koordynującym (co do zasady podpisującym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie umowy podwykonawczej lub art. 132a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*) jest szpital posiadający oddział położniczo-ginekologiczny lub inny zgodny z profilem realizowanych świadczeń. Umowa zawierana jest w trybie przystąpienia, z podmiotami które złożą wniosek o zawarcie umowy i spełniają warunki realizacji świadczeń wynikające z rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ.

Wszystkie działania w ramach KOC II/III nadzoruje i całością opieki zarządza podmiot koordynujący, który:

1) przygotowuje dla pacjentek „Informację dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży" (informacja KOC II/III);
2) przygotowuje indywidualne plany opieki perinatalnej;
3) realizuje i zapewnia świadczenia w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego, związane z ciążą i porodem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje;
4) zapewnia możliwość 24h kontaktu zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji

KOC II/III;

5) koordynuje czynności związane z zapewnieniem i wykonaniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;
6) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
7) współpracuje z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką POZ, na liście których znajduje się kobieta w ciąży;
8) w przypadkach występowania powikłań lub opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, zapewnia opiekę psychologiczną obejmującą: diagnozę kliniczną, w tym diagnozę sytuacji kryzysowej, interwencję kryzysową, pomoc w efektywnym radzeniu sobie z sytuacją trudną, a w przypadku śmierci dziecka z sytuacją utraty, wsparcie emocjonalne, realizowane w formie porad psychologicznych i psychoterapii indywidualnej lub grupowej udzielanych odpowiednio przez psychologa lub psychoterapeutę posiadających co najmniej dwuletnie doświadczenie kliniczne w zakresie opieki perinatalnej i hospicyjnej.

Realizacja KOC II/III rozpoczęła się od 1 stycznia 2017 r., zatem szczegółowe informacje dotyczące sposobu sprawowania tego rodzaju opieki będą mogły zostać przedstawione w kolejnym sprawozdaniu.

2) Wsparcie psychologiczne

Od 1 lipca 2016 r. dla porad psychologicznych i psychiatrycznych udzielanych kobietom w ciąży powikłanej wprowadzono wskaźniki korygujące (zwiększające wartość takiej porady o 50% w odniesieniu do wyceny bazowej). Pomimo przekazywania świadczeniodawcom informacji, do końca 2016 r. omawiane świadczenia były realizowane przez pojedyncze poradnie psychologiczne i poradnie zdrowia psychicznego. W 2016 r. rozliczono 173 takie porady dla 29 pacjentek na kwotę 1 257 zł. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*, od 1 stycznia 2017 r. zmieniono przepisy zarządzenia dotyczące realizacji tych porad, odwołując się do uprawnień kobiet wynikających z wyżej przywołanej ustawy, co powinno skutkować większą liczbą udzielonych świadczeń.

Ponadto, od 1 stycznia 2017 r. opieka psychologiczna nad kobietą w ciąży powikłanej ze szczególnym uwzględnieniem ciężkich chorób płodu jest dodatkowo finansowana

w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży realizowanej na III poziomie referencyjnym.

3) Perinatalna opieka paliatywna

Dotychczas świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej nie obejmowały świadczenia, które zapewniałoby ciągłość i koordynację opieki dla kobiet w ciąży, u których stwierdzono wadę letalną płodu. Ze względu na określony stan kliniczny, pacjentki te wymagają opieki psychologicznej oraz skoordynowanych działań medycznych. W celu uzupełnienia świadczeń gwarantowanych w tym zakresie mocą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* (Dz. U. poz. 236) wprowadzone zostało nowe świadczenie – „Perinatalna opieka paliatywna". Świadczenia gwarantowane realizowane w ramach perinatalnej opieki paliatywne obejmują:

1) porady i konsultacje lekarskie w poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dzieci lub hospicjum stacjonarnym;
2) porady psychologa w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym;
3) koordynację opieki przez:

a) zapewnienie współpracy ze szpitalem realizującym świadczenia z zakresu położnictwo i ginekologia oraz neonatologia, zapewnienie współpracy z hospicjum stacjonarnym lub domowym dla dzieci, pozwalającej na zachowanie ciągłości opieki nad dzieckiem, w przypadku zaistnienia możliwości wypisu z oddziału, na którym przebywa dziecko,
b) poinformowanie rodziców dziecka o możliwości pożegnania się ze zmarłym dzieckiem oraz pochówku,
c) przekazanie informacji dotyczących postępowania formalnego, w przypadku zgonu dziecka,
d) zapewnienie współpracy z ośrodkiem diagnostyki prenatalnej, ośrodkiem kardiologii prenatalnej lub zakładem genetyki,
e) zapewnienie ciągłości leczenia stosownie do stanu zdrowia, po zakończeniu realizacji świadczenia gwarantowanego w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej, w tym w uzasadnionych przypadkach opiekę paliatywną po urodzeniu dziecka oraz wsparcie w żałobie po śmierci dziecka przez udział w grupie wsparcia w żałobie.

Rozporządzenie weszło w życie 10 lutego 2017 r., stąd też informacja na temat sposobu jego

realizacji, w tym liczby i wartości udzielonych świadczeń, zostanie przedstawiona w kolejnym sprawozdaniu.

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”

W 2016 kontynuowana była realizacja finansowanego ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia programu polityki zdrowotnej 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 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 obecnej 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 programu w 2016 r. była konsekwentną kontynuacją wykonywania celów głównych programu, tj.:

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

W założeniach programu na rok 2016 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.

W 2016 r. w ramach programu wykonano łącznie 349 zabiegów zaklasyfikowanych do trzech poniższych grup:

- grupa I: zabiegi wewnątrzmaciczne na płodzie z wykorzystaniem techniki fetoskopowej i fetoskopowo-laserowej oraz zabiegi kardiologiczne,
- grupa II: zabiegi wewnątrzmaciczne na płodzie z wykorzystaniem techniki fetoskopowo-laserowej oraz zabiegi z implantacją shuntów,
- grupa III: zabiegi wewnątrzmaciczne na płodzie z podaniem leków, albumin bądź preparatów krwi do naczyń pępowinowych – kordocenteza terapeutyczna oraz zabiegi związane z nakłuciem i odbarczeniem zmiany bądź podaniem czy redukcją płynu owodniowego.

Należy zaznaczyć, że 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.

Łączna wartość środków finansowych faktycznie wykorzystanych na realizację zadań objętych programem w 2016 roku wyniosła 1 673 653,75 zł.

2) „Program Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce na lata 2015-2018"

W ramach programu polityki zdrowotnej pn.: „Program Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce na lata 2015-2018" prowadzone są badania profilaktyczne, które polegają na wstępnej identyfikacji chorób wrodzonych, za pomocą testów analitycznych, przed wystąpienie objawów klinicznych. Choroby te niewykryte w pierwszym miesiącu życia prowadzą do zaburzeń rozwoju i często ciężkiej niepełnosprawności intelektualnej wykluczającej samodzielne funkcjonowanie osoby chorej w społeczeństwie. Badanie to przechodzą wszystkie dzieci w Polsce w pierwszych dobach życia. Badanie to polega na pobraniu próbki krwi na bibułę i przebadaniu jej w specjalistycznym laboratorium. W przypadku wykrycia choroby prawni opiekunowie dziecka zostają niezwłocznie o tym fakcie poinformowani, ze wskazaniem jednocześnie jednostki, do jakiej muszą się udać celem potwierdzenia diagnozy i rozpoczęcia ewentualnego leczenia. Łącznie, badania przesiewowe realizowane w ramach programu pozwalają wykryć 29 chorób.

Cele ogólne Programu to:

- obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu wad metabolizmu oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu upośledzeniu fizycznemu i intelektualnemu, wynikającemu z tych wad,

– wczesne rozpoznanie i wdrożenie leczenia chorób wrodzonych objętych badaniem przesiewowym,
– obniżenie kosztów leczenia i opieki nad dziećmi z chorobami wrodzonymi,
– opracowanie i wdrożenie nowego modelu zintegrowanych badań przesiewowych.

W ramach ww. programu wykonano badania przesiewowe noworodków w kierunku:
– hipotyreozy,
– fenyloketonurii,
– mukowiscydozy,
– rzadkich wad metabolicznych,
– wrodzonego przerostu nadnerczy,
– deficytu biotynidazy,

a łączna wartość umów w 2016 r. stanowiła 25 260 980,00 zł. Środki przeznaczone na realizację programu obejmują koszty wykonania badań, zakupu testów i odczynników oraz koordynację programu przez realizatora – Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

Realizację programu w 2016 r. obrazuje poniższa tabela.

Tabela nr 7. Realizacja w 2016 r. programu polityki zdrowotnej pn.: „Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce na lata 2015-2018"

Kierunek badania	Liczba badań	Powtórzone badanie	Wezwano do dalszej diagnostyki	Objęto leczeniem
Badania przesiewowe noworodków w kierunku hipotyreozy	370 000	614	104	99
Badania przesiewowe noworodków w kierunku fenyloketonurii	388 000	1 132	114	52
Badania przesiewowe w kierunku mukowiscydozy	370 000	2 787	291	108
Badania przesiewowe w kierunku rzadkich wad metabolicznych	370 000	72	72	72
Badania przesiewowe w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy[4)]	170 000	1 306	17	12

[4)] Od 15 grudnia 2016 r. badaniem objęto całą populację.

Badanie przesiewowe w kierunku deficytu biotynidazy[5)]	70 000	386	8	4
Razem:	**1 738 000**	**6 297**	**606**	**347**

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

3) „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012–2016"

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.

Dzieci wertykalnie zakażone HIV powinny otrzymać leczenie antyretrowirusowe przed ukończeniem 3. miesiąca, tzn. bezpośrednio po potwierdzeniu badaniami specjalistycznymi zakażenia HIV, ponieważ dynamika choroby, ryzyko rozwoju AIDS i zgonu w pierwszym roku życia przekracza 10%. Z tego powodu należy jak najszybciej zahamować replikację wirusa HIV. Warunkiem długotrwałej skuteczności terapii jest szybkie uzyskanie poziomu wiremii HIV (VL HIV) poniżej poziomu wykrywalności (<50 kopii/ml).

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 mających zastosowanie u osób dorosłych. Wskazania do leczenia dzieci w przedziale wiekowym 0–18 są inne niż u dorosłych, leczenie dzieci rozpoczynane jest zawsze w warunkach szpitalnych. Po czterech tygodniach wykonywane jest pierwsze badanie kontrolne VL HIV (ilościowe) i CD4. Dziecko jest wypisywane ze szpitala po uzyskaniu spadku wiremii i wzrostu odsetka limfocytów CD4. Drugie badanie należy wykonać

[5)] Badanie przeprowadzane od marca do grudnia 2016 r. w województwach: mazowieckie, warmińsko-mazurskie, podlaskie, lubelskie oraz łódzkie.

po kolejnych czterech tygodniach i jeśli nadal stwierdza się istotny spadek wiremii, to dziecko kontynuuje leczenie w domu. Trzecie badanie – kontrolne – wykonuje się po następnych czterech tygodniach (tj. 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia antyretrowirusowego). Jeśli uzyskano spadek VL HIV<50 kopii/ml, to kolejne wizyty powinny być planowane co 6 tygodni, z oceną wiremii i CD4 co 12 tygodni. Utrzymywanie się oznaczalnej wiremii może się zdarzyć u dziecka z bardzo wysoką wiremią przed leczeniem i ze znacznym zaawansowaniem choroby.

Terapia jest skuteczna, jeśli nadal stwierdza się obniżanie wiremii o co najmniej 1 logarytm dziesiętny w ciągu 3 miesięcy. Czas do uzyskania wyniku <50 kopii/ml nie powinien być dłuższy niż 6–12 miesięcy. Utrzymywanie się wiremii HIV najczęściej wynika z nieprawidłowego podawania leków przez opiekunów dziecka i jest wskazaniem do leczenia nadzorowanego, w warunkach szpitalnych.

Poza lekami antyretrowirusowymi wszystkie dzieci leczone w ramach Programem leczenia antyretrovirusowego otrzymały bezpłatnie szczepionki, według indywidualnego kalendarza szczepień, opracowanego na potrzeby dzieci przez Klinikę Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego AM w Warszawie – zatwierdzonego i finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia. Szczepienia ochronne są bardzo ważnym aspektem opieki nad dziećmi zakażonymi HIV i chorymi na AIDS. Z jednej strony dzieci te gorzej odpowiadają na wakcynację, szybciej obniża się u nich poziom przeciwciał poszczepiennych, a z drugiej strony to właśnie pacjenci zakażeni HIV powinni być chronieni przed możliwie dużą ilością patogenów.

Na dzień 31 grudnia 2016 r. leczeniem ARV objęto 111 dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS (poniżej 18. roku życia). W ramach realizacji programu w 2016 r. (analogicznie jak w latach poprzednich) przedmiotem finansowania przez Ministra Zdrowia był zakup leków antyretrowirusowych, testów i szczepionek.

Średni miesięczny koszt leków antyretrowirusowych w przeliczeniu na 1 miesiąc na jedno dziecko wyniósł 2055,86 zł. W związku z tym, roczny koszt leczenia ARV dzieci z HIV/AIDS wyniósł 2 738 405,52 zł.

W 2016 r. Krajowe Centrum do Spraw AIDS kupiło w ramach Programu 15 opakowań testów przesiewowych VIDAS HIV DUO QUICK weryfikujących zakażenie HIV (1op.=60 oznaczeń) za kwotę: 11.775,84 zł.

Zadania te finansowane były z budżetu Ministra Zdrowia będącego w dyspozycji Krajowego Centrum do Spraw AIDS w 2016 r.

4) „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020”

W 2016 r. został przyjęty przez Ministra Zdrowia nowy program polityki zdrowotnej pn.: „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020”. Celem głównym Programu, realizowanego w okresie od 1 września 2016 r. do 31 grudnia 2020 r., jest zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności. Cele szczegółowe to:

1) poprawa stanu zdrowia uczestników w zakresie zidentyfikowanych chorób utrudniających posiadanie potomstwa;
2) podniesienie kwalifikacji i umiejętności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy specjalistów oraz położnych w zakresie czynników wpływających na występowanie niepłodności oraz wczesnego wykrywania przyczyn niepłodności;
3) określenie przyczyn niepłodności wśród uczestników;
4) wzrost jakości udzielanych świadczeń w zakresie kompleksowej diagnostyki niepłodności;
5) zabezpieczenie płodności wśród pacjentek leczących się z powodów onkologicznych poprzez utworzenie Banku Tkanek Germinalnych.

Program jest skierowany głównie do osób borykających się z problemem niepłodności, które pozostają w związkach małżeńskich lub partnerskich i dotychczas nie została u nich zdiagnozowana niepłodność. Ponadto, w zakresie szkoleń Program będzie skierowany do personelu medycznego.

Z uwagi na istotę omawianego problemu zdrowotnego konieczne jest zapewnienie uczestnikom kompleksowej i specjalistycznej opieki medycznej, która pozwoli na określenie przyczyn niepłodności i ewentualne skierowanie do dalszego leczenia oraz monitorowanie jego przebiegu i rezultatów. W związku z powyższym, w 2016 r. rozpoczęto tworzenie sieci ośrodków referencyjnych, które będą odpowiedzialne, m.in. za działania edukacyjne w regionie, kompleksową diagnostykę uczestników, opiekę psychologiczną, skierowanie do dalszego leczenia i monitorowanie jego postępów. Kompleksowe podejście do problemu niepłodności zwiększa szansę wyleczenia osób, u których problem ten jest bardziej złożony oraz przyspieszy proces leczniczy, co dla prokreacji jest szczególnie istotne. Z tego względu w ośrodku referencyjnym będą znajdować się oddziały szpitalne, pracownie diagnostyczne współpracujące z tymi oddziałami oraz zespół poradni specjalistycznych z wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną, w których oprócz lekarzy specjalistów położnictwa

i ginekologii, przyjmować będą lekarze specjaliści z zakresu endokrynologii, immunologii klinicznej, urologii, genetyki klinicznej oraz posiadający wiedzę z zakresu andrologii, a także położne i psychologowie. W ośrodku referencyjnym możliwe będzie przeprowadzenie pełnej diagnostyki w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych z możliwością przeprowadzania badań inwazyjnych i nieinwazyjnych oraz zabiegów operacyjnych. Diagnostyka i leczenie niepłodności odbywać się będzie w oparciu o rekomendacje dotyczące opieki nad parą z problemami z płodnością lub niepłodną ogłoszone przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

W 2016 r. w ramach konkursu ofert wyłoniono 13 referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności. Spośród 13 realizatorów w roku 2016 dofinansowano koszty zakupu sprzętu i inwestycji dla 7 realizatorów w łącznej kwocie 4 699 874, 48 zł. W 2017 r. planowane są dalsze inwestycje i zakup sprzętu, także dla nowych realizatorów, którzy zostaną wyłonieni w konkursie uzupełniającym.

Wyłonione w postępowaniu konkursowym ośrodki referencyjne utworzą sieć. Na ich bazie będą realizowane pozostałe zadania, w tym: przeprowadzane szkolenia, udzielane świadczenia z zakresu diagnostyki i zostanie wyłoniony Bank Tkanek Germinalnych.

W ramach ośrodków referencyjnych leczenia niepłodności program zakłada prowadzenie specjalistycznej kompleksowej diagnostyki niepłodności u par zgłaszających się do programu. Interwencja ta zakładać będzie skoordynowane działania diagnostyczne ukierunkowane na stan zdrowia i sytuację danej pary, których celem jest określenie przyczyny niepłodności oraz możliwości późniejszego wdrożenia terapii. Zaproponowane w ramach programu badania zostały opracowane zgodnie z rekomendacjami i wytycznymi, m.in. Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz wytycznymi brytyjskiego National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Podjęcie działań skoordynowanych w zakresie leczenia niepłodności pozwoli na zapewnienie wysokiej jakości świadczeń oraz bezpośrednie poznanie przyczyn występowania problemu. Ponadto, działania skoordynowane przyspieszą proces diagnostyczny oraz pozwolą na wcześniejsze podjęcie działań terapeutycznych.

W ramach Programu zakłada się możliwość kierowania pacjentów do ośrodków referencyjnych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie wywiadu, jak również samodzielne zgłaszanie się uczestników. W ramach tego etapu Programu zgłaszająca się para zostanie objęta opieką lekarza prowadzącego (koordynatora), którego obowiązkiem

będzie przeprowadzenie i zlecenie niezbędnych badań, skierowanie do leczenia oraz nadzorowanie i monitorowanie procesu diagnozy i terapii niepłodności.

Program przewiduje również przeprowadzenie szkoleń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy specjalistów z zakresu położnictwa i ginekologii oraz położnych w zakresie zdrowia prokreacyjnego i standardów leczenia niepłodności. Zadaniem szkoleń jest zwrócenie uwagi na problem niepłodności oraz rozpoczęcie wstępnej diagnozy oraz leczenia już na etapie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Uzupełnienie ścieżki leczenia o lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i położne, umożliwi sprawowanie opieki zdrowotnej nad pacjentami ze zwróceniem uwagi na konieczność ochrony i promocji zdrowia prokreacyjnego oraz wstępne zdiagnozowanie przyczyny niepłodności.

W realizacji szkoleń udział wezmą wykładowcy i eksperci w dziedzinie położnictwa i ginekologii, endokrynologii, posiadający wiedzę w zakresie andrologii oraz psychologii.

Przewiduje się prowadzenie kursów w okresie czterech lat. Każdorazowo w trakcie pojedynczego szkolenia przewiduje się objęcie następujących grup:

1) lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii (w okresie trwania programu planuje się przeszkolenie 65% lekarzy z tą specjalizacją);
2) położnych (w okresie trwania programu planuje się przeszkolenie 20% wszystkich położnych);
3) lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (w okresie trwania programu planuje się przeszkolenie 35% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej).

Uczestnicy szkoleń otrzymają multimedialne materiały szkoleniowe przygotowane na nośniku danych elektronicznych (płyta CD), co umożliwi utrwalenie nabytej podczas szkolenia wiedzy. Opracowany program szkolenia będzie przeznaczony dla trzech grup zawodowych z uwzględnieniem modułów wiedzy ogólnej oraz modułów kierowanych do poszczególnych grup:

1) lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej;
2) lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii;
3) położnych.

Wśród działań zaplanowanych do podjęcia w ramach Programu uwzględniono również utworzenie Banku Tkanek Germinalnych, tj. jednostki prowadzącej bankowanie tkanki

jajnika oraz nadzór nad zabezpieczaniem, kriokonserwacją, transportem i przechowywaniem tkanek germinalnych, a na późniejszych etapach prawdopodobnie także nad przeprowadzanymi procedurami autotransplantacji.

Jednostka prowadząca bankowanie tkanek zostanie utworzona w jednym z ośrodków referencyjnych oraz wyposażona w niezbędny do realizacji zadań sprzęt. Wybór odbędzie się na podstawie analizy dostępnych zasobów kadrowych, sprzętowych i finansowych. W ramach programu zakłada się co najmniej 20% udział finansowy wybranego realizatora programu.

W ramach realizacji interwencji polegającej na utworzeniu Banku Tkanek Germinalnych planuje się przeprowadzenie działań informacyjnych wśród placówek onkologicznych. Do procedury bankowania tkanek pacjentki kierowane mogą być przez lekarzy prowadzących w zakresie leczenia onkologicznego.

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 trend malejącej umieralności niemowląt. W 2016 r. – podobnie jak przed rokiem – zmarło ok. 1,5 tys. dzieci w wieku poniżej 1 roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł analogicznie jak w 2015 r. 4,0‰ (wobec 8,1‰ – w 2000 r. i 19,3‰ – w 1990 r.)

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 2016 r. odnotowano 1 094 zgonów noworodków (tj. niemowląt w wieku 0-27 dni).

Ponadto, w 2016 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 okresie prekoncepcyjnym

Działania o charakterze profilaktycznym kierowane do kobiet w ciąży oraz osób w wieku prokreacyjnym promujące odpowiedzialne zachowania w ciąży oraz w okresie prekoncepcyjnym realizowane są m.in. w obszarze zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS. Zadania z przedmiotowego zakresu wykonywane są przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS, będące jednostką podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Działania Krajowego Centrum do Spraw AIDS w ww. obszarze mają na celu ograniczanie 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.

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".

Z kolei 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 2016 r. PARPA podjęła w rozważanym obszarze szereg działań, wśród których szczególne znaczenie mają przedsięwzięcia o charakterze informacyjno-edukacyjnym podejmowane w kwestii FAS/FASD.

2.4.1. Profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (odmatczynych)

Wraz z pierwszym opisem przypadku AIDS u dziecka w 1982 r. stało się jasne, że zakażenie HIV może być przenoszone z matki na dziecko. 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. Istnieje także możliwość zakażenia wewnątrzmacicznego (kilka procent) – przez łożysko, a więc po jego wytworzeniu (zwykle > 20. tygodnia ciąży). Po porodzie najczęstszą drogą transmisji wirusa jest karmienie piersią, podczas którego ryzyko wynosi średnio 1% na każdy miesiąc.

Najistotniejszym czynnikiem ryzyka związanym z matką jest jej wysoka wiremia (VL). Jeżeli wynosi ona powyżej 105 kopii/ml, to ryzyko wzrasta do ok. 40%. Tak wysoka wiremia u osoby dorosłej występuje w ostrej chorobie retrowirusowej, a więc w krótkim czasie po zakażeniu (2–4 miesiące) oraz w jego schyłkowym okresie (AIDS). Dodatkowymi czynnikami ryzyka są m.in.: niski poziom limfocytów T CD4, choroby ogólnoustrojowe lub układu moczowo-płciowego u ciężarnej, choroby niewydolności łożyska, krwawienia, zabiegi inwazyjne wykonywane w ciąży (np. amniopunkcja).

Czynnikami ryzyka związanymi z porodem są: długo trwający poród, zwłaszcza z odpłynięciem wód płodowych na więcej niż 4 godziny przed urodzeniem dziecka, przebicie pęcherza płodowego w celu przyspieszenia akcji porodowej, czy też stosowanie nacięcie krocza. Podobny wpływ ma długo trwająca ciąża. Fizjologicznie – w ostatnim okresie ciąży – dochodzi do tzw. przecieków przezłożyskowych, a więc do kontaktu krwi matki i dziecka. Jest to głównie związane ze starzeniem się łożyska i zmniejszeniem jego bariery ochronnej. Poród przedwczesny jest także obarczony wyższym ryzykiem, gdyż wiąże się najczęściej z chorobami łożyska, ciąży lub płodu. W ciąży bliźniaczej bardziej narażone na zakażenie HIV jest pierwsze z bliźniąt.

Od 1994 r. znane są możliwości zapobiegania transmisji wertykalnej HIV, od tego czasu w Rzeczypospolitej Polskiej stosowana jest profilaktyka zakażeń wertykalnych. Poznanie czynników ryzyka przeniesienia zakażenia HIV od matki do dziecka pozwoliło

na opracowanie programów profilaktyki wertykalnych zakażeń HIV. Profilaktykę zakażeń odmatczynych, podobnie jak czynniki ryzyka, można podzielić na trzy części: związaną z matką i przebiegiem ciąży, porodem i odpowiednim postępowaniem z noworodkiem.

Pierwszym i najważniejszym sposobem zapobiegania zakażeniom odmatczynym jest skuteczna terapia antyretrowirusowa (ARV) u ciężarnej. Począwszy od 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.

W tym zakresie istotne znaczenie mają 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, połogu 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. Stosowne postępowanie musi być również wdrożone w trakcie trwania porodu, stosownie do jego przebiegu.

W 2016 r., w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV zostało objętych 52 ciężarne zakażone HIV. Odbyło się 41 porodów kobiet zakażonych HIV, 11 kobiet jest nadal w ciąży (wg stanu na 31 grudnia 2016 r.).

W kwestii odpowiedniego postępowania z noworodkiem, z informacji zebranych przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS z ośrodków pediatrycznych prowadzących terapię ARV wynika, że w opiece medycznej nad dziećmi najważniejsze jest wczesne rozpoznanie zakażenia HIV i wczesne wdrożenie leczenia antyretrowirusowego, bez względu na poziom CD4 i wiremii HIV. Rokowania co do dalszego rozwoju dziecka, jego stanu klinicznego i dalszej przyszłości są ściśle związane z kompleksową opieką nad matką w ciąży, odpowiednio przeprowadzonym porodem i dalszą opieką medyczną nad noworodkiem, a później niemowlakiem.

Po czterech tygodniach podawania leków antyretrowirusowych noworodkowi (w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych) istotne jest wczesne wykluczenie lub potwierdzenie

zakażenia HIV, a jeśli do niego doszło – pilne rozpoczęcie terapii HAART[6)], najlepiej jeszcze przed upływem trzeciego miesiąca życia dziecka. Wczesne zastosowanie leczenia daje szansę na szybkie opanowanie replikacji wirusa oraz chroni układ immunologiczny przed uszkodzeniami. Gorzej rokują dzieci nieobjęte profilaktyką wertykalną (matki nie miały wykonanego testu w kierunku HIV i nie brały w ciąży leków ARV), u których zakażenie HIV zostało rozpoznane późno i dopiero wtedy włączono u nich leczenie ARV.

Skutecznie prowadzona terapia antyretrowirusowa, także u dzieci, ograniczyła częstość występowania zakażeń oportunistycznych[7)] i co za tym idzie – obniżyła koszty całkowite związane z kompleksowym leczeniem. Terapia HAART oraz związana z chorobą zasadniczą opieka specjalistyczna (w tym m.in. dodatkowe szczepienia) pozwalają dzieciom funkcjonować w społeczeństwie bez większych ograniczeń.

W 2016 r. w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych leki antyretrowirusowe otrzymało 41 noworodków.

Dzięki zastosowaniu profilaktyki antyretrowirusowej odsetek zakażeń HIV w grupie noworodków zmniejszył się z 23% przed rokiem 1989 do < 1,0 % zakażeń obecnie. Dla porównania, w grupie kobiet niepoddających się profilaktyce ryzyko transmisji wertykalnej HIV na terenie Europy wynosi 15–30%.

W 2016 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".

Koszt profilaktyki zakażeń wertykalnych (porody):

1) szacunkowy koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży:

– ciąże zakończone porodem: 9 mies. x 3500,00 zł x 41 kobiet	1 291 500,00 zł
– pozostałe ciąże średnio: 5 mies. x 3500,00 zł x 11 kobiet	192 000,00 zł
2) zestaw leków dożylnych do porodu: 235,00 zł x 41 porodów	9635,00 zł
3) leki dla dzieci urodzonych przez matki HIV+: 830,00 zł x 41 dzieci	34 030,00 zł

W sumie na profilaktykę wertykalną w 2016 r. wydatkowano 1 528 165,00 zł.

[6)] HAART – ang. highly active antiretroviral therapy – wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa.

[7)] Zakażenia oportunistyczne występują u osób pozbawionych sprawności naturalnych mechanizmów odpornościowych. Są wywoływane przez drobnoustroje z grupy liczącej ponad 100 patogenów. Choroby wskaźnikowe etiologii zakaźnej stanowią najczęstsze kryterium rozpoznawania AIDS na świecie. Niektóre z nich uważane są za kofaktory zakażenia HIV.

2.4.2. Opieka profilaktyczna nad kobietami w ciąży, planującymi macierzyństwo oraz ich partnerami

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 do Spraw AIDS prowadzi działalność profilaktyczną m.in. przez Internet, za pośrednictwem portalu 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 do Spraw 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.

W 2016 r. Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadziło również kampanię edukacyjną, która zachęcała do poznania swojego statusu serologicznego oraz upowszechniała informacje na temat HIV/AIDS i sposobów zmniejszania ryzyka zakażenia. W ramach kampanii m.in. została uruchomiona strona internetowa zawierająca informacje o HIV i AIDS, www.aids.gov.pl/kampanie/CWL. Środki finansowe przeznaczone na to zadanie to 260 354,85 zł.

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:

- „Choroby przenoszone drogą płciową”, tj. publikację skierowaną do środowiska medycznego, zawierającą przydatne informacje na temat chorób przenoszonych drogą płciową, przedstawione w sposób użyteczny w codziennej praktyce lekarskiej (środki finansowe przeznaczone na to zadanie: 9 999,75 zł),

- „Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie", tj. broszurę skierowaną do ogółu społeczeństwa, przekazującą podstawowe informacje na temat najczęściej występujących zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym HIV; w broszurze znalazły się m.in. informacje o sposobie przenoszenia poszczególnych zakażeń, o ich objawach, a także profilaktyce, diagnostyce i leczeniu (środki finansowe przeznaczone na to zadanie: 21 078,33 zł),
- „Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz", tj. broszurę skierowaną do ogółu społeczeństwa zawierającą podstawowe informacje na temat HIV/AIDS i obalającą mity związane z zakażeniem – broszura przypomina, kiedy nasze zachowanie niesie ze sobą ryzyko, w jakich sytuacjach nie dochodzi do zakażenia wirusem, a także podkreśla potrzebę zrozumienia problemów ludzi żyjących z HIV/AIDS oraz ich bliskich (środki finansowe przeznaczone na to zadanie: 9 490,96 zł),
- „To warto wiedzieć o HIV i AIDS", tj. ulotkę informacyjną zachęcającą do zapobiegania wystąpieniu ryzyka zakażenia oraz do wykonania testu w kierunku HIV, zawarto w niej podstawowe informacje na temat HIV i AIDS, m.in. nt. dróg zakażenia HIV, jak również informacje o tym, gdzie można szukać więcej informacji i pomocy: podano adres strony www.aids.gov.pl, poradni internetowej oraz numery telefonów zaufania HIV/AIDS (środki finansowe przeznaczone na to zadanie: 16 170,00 zł).

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

W 2016 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 Zwalczania AIDS.

Szkolenia dla pracowników medycznych, nauczycieli, pedagogów oraz innych grup zawodowych miały zasięg ogólnopolski. Szkolenia dla pracowników medycznych skierowane były do pracowników publicznych i niepublicznych placówek służby 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, jednostek samorządowych i wojewódzkich. Szkolenie osób realizujących zadania wskazane w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV

i Zwalczania AIDS aktualizowało wiedzę uczestników na temat HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową. Na realizację ww. zadania w 2016 r. przeznaczono środki finansowe w wysokości 82 820,00 zł.

Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadziło także szkolenie certyfikacyjne na doradców uprawniające do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS. Osoby, które pomyślnie ukończyły to 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. Na realizację przedmiotowego zadania przeznaczono środki finansowe w wysokości 33 600,00 zł.

Ponadto, wartą zaznaczenia jest również działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo i bezpłatnie badanie w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. W 2016 roku funkcjonowało 29 punktów takich punktów.

Podstawowym zadaniem realizowanym w punktach jest wykonywanie bezpłatnie i anonimowo testów na obecność HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzone jest w nich również poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane są porady m.in. w zakresie bezpieczniejszych zachowań seksualnych, czy też innych kwestii wynikających 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 wsparcia. W 2016 r. na realizację tego zadania przeznaczono środki finansowe w wysokości 1 407 435,85 zł.

2.4.3. Działania w zakresie zdrowia kobiet w ciąży oraz matek z dziećmi, w tym działania w obszarze zapobiegania, diagnostyki i leczenia 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 (dysmorficzny).*

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, z późn. zm.). 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 2016 r. obejmowały rozpowszechnianie wiedzy na temat szkód zdrowotnych u dzieci wynikających z picia alkoholu przez matki w okresie ciąży oraz działań mających na celu niesienie pomocy osobom dotkniętym FASD. Służyła temu m.in. realizacja, we współpracy z Mazowieckim Urzędem Wojewódzkim, szkolenia dla lekarzy, pielęgniarek, pedagogów, pracowników społecznych i przedstawicieli innych służb (wzięło w nim udział ok. 60 osób).

Przedstawiciele PARPA oraz eksperci uczestniczyli w lokalnych i międzynarodowych konferencjach prezentując wiedzę i projekty w zakresie FASD realizowane w Polsce.

Ponadto, we współpracy z Wydziałem Mechatroniki Politechniki Warszawskiej udoskonalano prototypowe urządzenie do pomiaru 3D dysmorfii twarzy u dzieci z FASD – System Pomiarowy ALICJA.

Prowadzono i aktualizowano również edukacyjną stronę internetową dotyczącą ryzyka szkód związanych ze spożywaniem alkoholu przez kobiety w ciąży www.ciazabezalkoholu.pl. Powyższa strona stanowi źródło wiedzy dotyczącej problematyki FASD i adresowana jest zarówno do rodziców, wychowawców, specjalistów, jak i kobiet w wieku rozrodczym. Ponadto, dystrybuowano także materiały edukacyjne takie jak: ulotki, plakaty, broszury, scenariusz programu profilaktycznego dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych „Biorę odpowiedzialność".

ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIETAMI 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 2016 r. poz. 1666, 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 2017 r. poz. 1368, 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 2017 r. poz. 1769),
- ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065, 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 2017 r. poz. 697, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. *o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci* (Dz. U. poz. 195, z późn. zm.).

3.1. Świadczenia rodzinne, świadczenia wychowawcze

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, tj. świadczenie podstawowe, którego wysokość od 1 listopada 2016 r. wynosi 95 zł miesięcznie na dziecko do ukończenia 5. roku życia; podstawowym warunkiem nabycia prawa do zasiłku rodzinnego jest spełnianie kryterium dochodowego, które od 1 listopada 2015 r. wynosi 674 zł netto w przeliczeniu na osobę w rodzinie lub 764 zł, jeśli w rodzinie wychowuje się dziecko niepełnosprawne;
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 (warunkiem nabycia prawa do tego świadczenia jest spełnianie kryterium dochodowego, które wynosi 1 922 zł netto na osobę w rodzinie);
5) świadczenie rodzicielskie, które jest nowym świadczeniem rodzinnym wprowadzonym nowelizacją ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* od dnia 1 stycznia 2016 r. w celu zagwarantowania 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 cywilno-prawnych). Świadczenie rodzicielskie przysługuje przez rok (52 tygodnie) po urodzeniu dziecka, a w przypadku urodzenia wieloraczków ten okres może być wydłużony nawet do 71 tygodni.

W celu uniknięcia sytuacji, w której osoba ubezpieczona mogłaby otrzymać zasiłek macierzyński w kwocie niższej niż nowe funkcjonujące od 1 stycznia 2016 r. w ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* świadczenie, ustawą z dnia 24 lipca 2015 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U.

poz. 1217) w ustawach regulujących zasady przyznawana zasiłku macierzyńskiego oraz świadczeń z tytułu urodzenia dziecka w innych systemach niż powszechny system ubezpieczeniowy wprowadzono zmianę w zakresie ich minimalnej wysokości netto. Minimalna wysokość netto zasiłku macierzyńskiego oraz świadczeń z tytułu urodzeniu dziecka w innych systemach niż powszechny system ubezpieczeniowy wynosi 1 000 zł miesięcznie (jest to kwota odpowiadająca kwocie świadczenia rodzicielskiego).

W przypadku ubiegania się o przyznanie dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka warunkiem dodatkowym do 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. Wymóg ten nie dotyczy opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego, a także osoby, która przysposobiła dziecko. 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 w prowadzić takie dodatkowe świadczenie, należy do wyłącznej właściwości rady gminy.

W ramach systemu świadczeń rodzinnych funkcjonują także inne dodatki do zasiłku rodzinnego, tj. z tytułu:

– wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej (95 zł miesięcznie),

- samotnego wychowywania dziecka (193 zł miesięcznie na dziecko, nie więcej niż 386 zł na wszystkie dzieci, w przypadku dzieci niepełnosprawnych kwotę dodatku zwiększa się o 80 zł, nie więcej niż o 160 zł na wszystkie dzieci),
- kształcenia i rehabilitacji niepełnosprawnego dziecka (90 zł miesięcznie na dziecko do 5. roku życia, 110 zł na dziecko od 5. do 24. roku życia),
- rozpoczęcia roku szkolnego (100 zł jednorazowo),
- podjęcia nauki poza miejscem zamieszkania (113 zł miesięcznie na internat/stancję lub 69 zł na dojazd do szkoły).

W systemie tym funkcjonują również świadczenia opiekuńcze w postaci:
- zasiłku pielęgnacyjnego, wynoszącego 153 zł miesięcznie,
- świadczenia pielęgnacyjnego, wynoszącego 1 406 zł miesięcznie
- specjalnego zasiłku opiekuńczego, wynoszącego – 520 zł miesięcznie.

Niezależnie od powyższego należy podkreślić, że obecnie najważniejsze narzędzie polityki rodzinnej i demograficznej w Polsce stanowi świadczenie wychowawcze, wprowadzone ustawą z dnia 11 lutego 2016 r. *o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci*, będące realizacją programu Rodzina 500 plus. Świadczenie wychowawcze przysługuje rodzicom, opiekunowi prawnemu lub opiekunowi faktycznemu dziecka (tj. osobie faktycznie opiekującej się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka) na dzieci w wieku do ukończenia przez nie 18. roku życia. Przyznanie świadczenia wychowawczego na pierwsze dziecko uzależnione jest od spełnienia kryterium dochodowego. Świadczenie wychowawcze przysługuje na pierwsze dziecko, definiowane jako jedyne lub najstarsze dziecko w rodzinie w wieku do ukończenia 18. roku życia, po spełnieniu kryterium dochodowego, które wynosi 800 zł miesięcznie netto na osobę w rodzinie lub 1 200 zł netto na osobę w rodzinie z niepełnosprawnym dzieckiem. Z kolei na drugie i każde następne dziecko w rodzinie świadczenie wychowawcze przysługuje wszystkim rodzinom, bez względu na osiągany dochód. Świadczenie wychowawcze przysługuje w wysokości 500 zł netto miesięcznie na dziecko.

W celu zwiększenia dostępności do świadczeń rodzinnych od 1 stycznia 2016 r. zaczął obowiązywać wprowadzony mocą ustawy z dnia 15 maja 2015 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. poz. 995) 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.

Sposób realizacji scharakteryzowanych powyżej przepisów obrazują następujące dane dotyczące ich stosowania.

Jak wynika z danych o realizacji w 2016 r. ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (program Rodzina 500 plus):

- przeciętna miesięczna liczba dzieci, na które pobierano świadczenie wychowawcze, wynosiła 3 808 tys.,
- świadczenie wychowawcze przysługiwało przeciętnie miesięczne na 1 558 tys. pierwszych dzieci, w tym na 633 tys. jedynaków,
- przeciętna miesięczna liczba rodzin z ustalonym prawem do świadczenia wychowawczego na pierwsze dziecko w sytuacji, gdy członkiem rodziny jest dziecko legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności albo orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności wyniosła 141,9 tys.,
- na realizację ustawy wydatkowano z budżetu państwa 17,4 mld zł. w tym 315,3 mln zł na koszty obsługi.

Ponadto, w 2016 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- przeciętnie miesięcznie 558,3 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 595,5 mln zł,
- 159,6 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 129,4 mln zł,
- przeciętnie miesięcznie 53,3 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 246,1 mln zł,
- 304,7 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 304,7 mln zł,
- przeciętnie miesięcznie 78 tys. świadczeń rodzicielskich na kwotę 862.9 min zł.

Ponadto gminy wypłaciły ze środków własnych 10,5 tys. zapomóg z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 9 mln zł oraz 2,3 tys. podwyższeń ustawowej kwoty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 0,9 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 i niani opieka jest sprawowana nad dziećmi w wieku od ukończenia 20. tygodnia życia, w klubie dziecięcym zaś 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, prowadzenie zajęć opiekuńczo-wychowawczych i edukacyjnych, uwzględniających rozwój psychomotoryczny dziecka, właściwych do wieku dziecka.

Na mocy art. 62 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3* 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).

Ponadto Zakład Ubezpieczeń Społecznych opłaca 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 prace (od nadwyżki nad kwotą minimalnego wynagrodzenia ww. składki opłaca rodzic).

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 2016 r. w objętych rejestrem 2 272 żłobkach i 515 klubach dziecięcych funkcjonowało łącznie 94,5 tys. miejsc opieki nad małymi dziećmi, z tego 86.2 tys. w żłobkach i 8,3 tys. w klubach dziecięcych. W żłobkach ok. 2% stanowiły dzieci w wieku poniżej 1. roku życia. Ponadto gminy, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej zatrudniały 664 dziennych opiekunów, pod których opieką znajdowało się 902 dzieci, w tym ok. 2% w wieku poniżej 1. roku życia.

W 2016 r. wydatki na rozwój i utrzymanie instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 wyniosły ogółem 931,3 mln zł.

W 2016 r. do dofinansowania w ramach Resortowego programu rozwoju opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 ..Maluch" zakwalifikowano ok. 1,8 tys. instytucji gminnych oraz niepublicznych. Beneficjenci utworzyli ok. 4,1 tys. nowych miejsc opieki nad małymi dziećmi. W ramach programu można było też ubiegać się ośrodki na funkcjonowanie miejsc opieki - w ramach modułu 2 i 3 Programu dofinansowanych zostało ok. 27.5 tys. miejsc opieki i dzieci (przekazane środki budżetowe obniżały opłaty ponoszone przez rodziców za dziecko objęte opieką - nie więcej niż 200,25 zł miesięcznie za 1 dziecko).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych opłacał składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, wypadkowe i ubezpieczenie zdrowotne (od podstawy nie wyższej niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę) za ok. 8,4 tys. niań (zgodnie z danymi ZUS wg stanu na grudzień 2016 r.). W 2016 r. kwota przypisu składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne za nianie wyniosła łącznie 46,9 mln zł, z tego 36,4 mln na ubezpieczenia społeczne i 10,5 mln zł na ubezpieczenie zdrowotne.

Na stronach internetowych prowadzonych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej - mrpips.gov.pl oraz empatia.gov.pl znajdują się praktyczne informacje na temat opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, zarówno dla rodziców (w tym informacja o instytucjach wpisanych do rejestru żłobków i klubów dziecięcych oraz wykazu dziennych opiekunów), jak i dla podmiotów prowadzących lub planujących założyć instytucje 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

Jeżeli dochód kobiet w ciąży nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego, które 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) wynosi 634 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 514 zł dla osoby w rodzinie, mogą one 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 przyczyn 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 finansowane są 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, wynoszącym 634 zł, a dochodem tej osoby albo 50% różnicy między kryterium dochodowym rodziny – liczba osób w rodzinie pomnożona przez 514 zł – a dochodem tej rodziny, przy czym w obydwu przypadkach nie mniej niż 20 zł).

Ogółem, w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2016 r. z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa udzielono pomocy 113 095 rodzinom, w tym 67 786 rodzinom ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy rodzin 73 069 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na wielodzietność (50 001 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2016 r. 189 182 rodzin, w tym 81 995 rodzin ze środowisk wiejskich.

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. Na mocy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1769) zostało wydane rozporządzenie 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), które określa standardy podstawowych usług świadczonych przez te placówki. Gwarantuje ono nie tylko godne warunki bytowe, 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 2016 r. w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonowały następujące domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży:

1) 4 domy prowadzone przez samorząd powiatowy o zasięgu ponadgminnvm, które dysponowały 45 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 35 osób;
2) 10 domów prowadzonych na zlecenie powiatu przez inne podmioty (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia kościelne i inne) z 331 miejscami, z których skorzy stało w ciągu roku 597 osób;
3) 6 domów o zasięgu lokalnym, prowadzonych przez gminę, w których ze 178 miejsc skorzystało 165 osób;
4) 6 domów prowadzonych przez inny pomiot, które dysponowały 139 miejscami, a skorzystało z nich 135 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 cała dobę.

W 2016 r. działało 180 ośrodków interwencji kryzysowej. Prowadzenie ośrodka interwencji kryzysowej jest zadaniem własnym powiatu, jednakże zadanie to realizowane jest również przez gminy. W 2016 r. powiaty prowadziły 119 ośrodków, w których pomoc uzyskało 37 119 osób, natomiast podmioty niepubliczne prowadziły w powiatach 30 takich ośrodków, udzielając pomocy 5 881 osobom. Jednocześnie gminy prowadziły 24 ośrodki tego typu, w których pomoc uzyskały 7 754 osób, podmioty niepubliczne prowadziły w gminach 7 ośrodków, z których pomocy skorzystało 1 925 osób.

3) poradnictwo

Poradnictwo specjalistyczne w ramach pomocy społecznej to w szczególności poradnictwo prawne, psychologiczne i rodzinne. Jest 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 opieka nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną. Rozpoznania potrzeb w zakresie poradnictwa rodzinnego dokonuje przede wszystkim pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej poprzez wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osób i rodzin. Gdy 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 2016 r. z porad specjalistycznych skorzystały 34 492 osoby w 58 ośrodkach specjalistycznego poradnictwa rodzinnego prowadzonych przez gminy oraz 3 862 osoby w 10 ośrodkach prowadzonych przez podmioty niepubliczne. W powiatach funkcjonowało 69 jednostek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego o zasięgu ponadgminnym prowadzonych

przez powiat oraz 18 poradni prowadzonych w powiecie przez podmioty niepubliczne. Z usług powiatowych jednostek skorzystało odpowiednio 20 455 osób oraz 5 924 osoby 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, pieczy zastępczej oraz adopcji

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 dziecku, 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 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. Towarzyszą temu działania na rzecz ograniczania

roli form instytucjonalnych (głównie placówek opiekuńczo-wychowawczych) w zakresie pełnienia funkcji opiekuńczo-wychowawczych. Umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej następuje – poza szczególnymi przypadkami – na podstawie orzeczenia sądu, który decyduje o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej (spokrewnionej; niezawodowej; zawodowej, w tym pełniącej funkcję pogotowia rodzinnego; zawodowej specjalistycznej, rodzinnym domu dziecka) albo w placówce opiekuńczo-wychowawczej (interwencyjnej, socjalizacyjnej, specjalistyczno-terapeutycznej. rodzinnej). Organem odpowiedzialnym za organizację pieczy zastępczej na szczeblu lokalnym jest powiat (bezpośrednio zadanie to jest realizowane przez organizatora rodzinnej pieczy zastępczej). 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 ciąż) oraz pacjentkom oddziałów ginekologiczno-położniczych, które sygnalizują zamiar pozostawienia dziecka bezpośrednio po jego urodzeniu. Ponadto do kompetencji ośrodków adopcyjnych należy również prowadzenie szkoleń kandydatów do pieczy zastępczej. Ośrodki adopcyjne prowadzone są przez marszałków województw jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej. Ponadto na szczeblu samorządu wojewódzkiego funkcjonują interwencyjne ośrodki preadopcyjne, w których umieszcza się dzieci wymagające specjalistycznej opieki, a które w okresie oczekiwania na przysposobienie nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej, a także regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne, gdzie umieszczane są dzieci wymagające szczególnej opieki (specjalistycznej i rehabilitacji) i które z tego powodu nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej.

Zgodnie z art. art. 119^1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego 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 przysposabianego 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.

Ustawą z dnia 24 lipca 2015 r. *o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (Dz. U. poz. 1199) w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym dodano art. 119^{la}, na podstawie którego rodzice mogą przed sądem opiekuńczym wskazać osobę przysposabiającego, którą może być wyłącznie krewny rodziców dziecka, za zgodą tej osoby złożoną przed tym sądem. Osobą wskazaną może by ć również małżonek jednego z rodziców. Zmiana ta obowiązuje od dnia 18 września 2015 r.

Jak wynika z gromadzonych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej danych, wg stanu na dzień 31 grudnia 2016 r., w pieczy zastępczej przebywało łącznie 74 489 dzieci, z tego:

- w rodzinach zastępczych spokrewnionych 31 647 dzieci, w tym 146 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w rodzinach zastępczych niezawodowych 15 268 dzieci, w tym 143 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w rodzinach zastępczych zawodowych 6 270 dzieci, w tym 406 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w rodzinnych domach dziecka 3 359 dzieci, w tym 42 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w placówkach opiekuńczo-wychowawczych 17 945 dzieci, w tym 179 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia.

W różnych formach pieczy zastępczej przebywało łącznie 26 małoletnich matek.

W funkcjonujących w Polsce 8 regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych oraz 3 interwencyjnych ośrodkach preadpocyjnych przebywało, wg stanu na dzień 31 grudnia 2016 r. łącznie 268 dzieci, z tego 217 w regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych i 51 w interwencyjnych ośrodkach preadpocyjnych, w tym w wieku poniżej 1. roku życia odpowiednio: 6 i 51 dzieci.

W 2016 r. przysposobiono łącznie 3 265 dzieci, zarówno w przysposobieniu krajowym, jak i międzynarodowym (dane Ministerstwa Sprawiedliwości).

3.5. Przeciwdziałanie przemocy domowej

Zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej realizowane są w oparciu o przepisy ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* oraz w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020 i mają na

celu głównie skuteczną ochronę różnych kategorii osób doznających przemocy, w szczególności kobiet i dzieci.

Jednym z zadań realizowanych w 2016 r. w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020 było tworzenie i prowadzenie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy domowej. Standard usług świadczonych przez te jednostki oraz szczegółowe kierunki prowadzenia oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc 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 u rodzinie oraz kwalifikacji osób prowadzących oddziaływania korekcyjno-edukacyjne* (Dz. U. poz. 259). W specjalistycznych ośrodkach wsparcia obok zapewnienia podstawowych potrzeb osoby doznające przemocy otrzymują także profesjonalne wsparcie medyczne, socjalne, psychologiczne i prawne. W ramach działań wynikających z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie są również realizowane programy oddziaływań korekcyjno-edukacyjne dla sprawców przemocy, a także dofinansowywane szkolenia dla osób realizujących zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy domowej.

Ponadto, zgodnie z harmonogramem Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020 Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej rozpoczęło w 2016 r. działania związane z realizacją ogólnopolskiej kampanii społecznej na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie w ramach Programu PL14 „Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i przemocy ze względu na płeć". W 2016 r. w ramach etapu przygotowawczego opracowana została koncepcja i strategia kampanii, przygotowywane zostały dwa 30-sekundowe spoty telewizyjne; 60-sekundowy film animowany dotyczący Programu PL14 i funduszy norweskich oraz strona internetowa kampanii. Realizacja kampanii miała miejsce w pierwszym kwartale 2017 r.;

Poza tym, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w dniach 13-14 grudnia 2016 r. zorganizowało konferencję podsumowującą Program „Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i przemocy ze względu na płeć", współfinansowany z fundusz norweskich. Konferencja, zorganizowana w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej miała na celu przedstawienie rezultatów Programu PL14, a także wymianę doświadczeń i prezentację dobrych praktyk z Państw-Darczyńców. W konferencji udział wzięli eksperci z Polski, Norwegii i Islandii,

w tym przedstawiciele instytucji zaangażowanych w realizację Programu i projektów, tj. Ministerstwa Rozwoju, Ministerstwa Sprawiedliwości, Centralnego Zarządu Służby Więziennej, jednostek samorządu terytorialnego oraz organizacji pozarządowych, a także innych podmiotów realizujących zadania w obszarze przeciwdziałania przemocy. W trakcie konferencji zaproszeni goście mieli możliwość wymiany poglądów i doświadczeń związanych z działaniami w obszarze przeciwdziałania przemocy oraz udziału w dyskusji na temat obecnych regulacji prawnych.

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". 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.) od dnia 2 stycznia 2016 r. uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem uległy zasadniczym zmianom i obejmowały:

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 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 jednego lub 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 przypadku zgonu dziecka po upływie 8 tygodni życia pracownica zachowuje prawo do urlopu macierzyńskiego 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 liczb) dzieci pozostałych przy życiu, nie krócej jednak niż przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka.

Jeżeli natomiast pracownica urodzi dziecko wymagające opieki szpitalnej i wykorzysta po porodzie 8 tygodni urlopu macierzyńskiego, pozostałą część tego urlopu może wykorzystać w terminie późniejszym, po wyjściu dziecka ze szpitala.

Wspomniana już nowelizacja przepisów *Kodeksu pracy* dotycząca uprawnień rodzicielskich przeprowadzona w 2015 r. rozszerzyła krąg osób uprawnionych do urlopu macierzyńskiego oraz katalog sytuacji, w których istnieje możliwość „przejęcia tego uprawnienia. W przypadkach określonych w ustawie z urlopu macierzyńskiego może bowiem skorzystać także pracownik – inny członek najbliższej rodziny. Ponadto przepisy prawa określają, w jakich sytuacjach pracownik-ojciec wychowujący dziecko ma prawo do wykorzystania urlopu macierzyńskiego, w przypadku gdy matka nie pozostaje w stosunku pracy, ale jest objęta ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, jak również gdy nie jest objęta tym ubezpieczeniem lub nie posiada tytułu do objęcia tym ubezpieczeniem.

Z analogicznych praw korzystają także pracownicy uprawnieni do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego.

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

Po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego (albo zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego) pracownik ma prawo do urlopu rodzicielskiego w wymiarze do 32 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie lub 34 tygodni – w przypadku jednoczesnego urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

Urlop w powyższym wymiarze przysługuje łącznie obojgu rodzicom dziecka, którzy mogą korzystać z niego jednocześnie. W takim przypadku jednak łączny wymiar urlopu rodzicielskiego nie może przekraczać 32 lub 34 tygodni. Podobnie, w okresie pobierania przez jednego z rodziców dziecka zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego drugi rodzic może korzystać z urlopu rodzicielskiego. W takim przypadku także łączny wymiar urlopu rodzicielskiego i okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego nie może przekraczać maksymalnego wymiaru urlopu rodzicielskiego.

Urlop rodzicielski jest udzielany jednorazowo albo w częściach nie później niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6. rok życia. Urlopu tego można udzielić bezpośrednio po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego (albo zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego), nie więcej niż w 4 częściach, przypadających co do zasady bezpośrednio jedna po drugiej, w wymiarze wielokrotności tygodnia. Żadna z części urlopu rodzicielskiego nie może być krótsza niż 8 tygodni, z wyjątkiem:

a) pierwszej części urlopu rodzicielskiego, która w przypadku:
   - urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie nie może być krótsza niż 6 tygodni,
   - przyjęcia przez pracownika na wychowanie dziecka w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, do 10. roku życia, nie może być krótsza niż 3 ty godnie,
b) sytuacji, gdy pozostała do wy korzystania część urlopu jest krótsza niż 8 tygodni.

Urlop rodzicielski w wymiarze do 16 tygodni może być także udzielony w terminie nieprzypadającym bezpośrednio po poprzedniej części tego urlopu albo nieprzypadającym bezpośrednio po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający części tego urlopu. Liczba wykorzystanych w tym trybie części urlopu pomniejsza liczbę części przysługującego urlopu wychowawczego.

Pracownik może łączyć korzystanie z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu w wymiarze nie wyższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy. W takim przypadku urlopu rodzicielskiego udziela się na pozostałą część wymiaru czasu pracy. Podjęcie takiej pracy następuje na pisemny wniosek pracownika. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić ten wniosek, chyba że nie jest to możliwe ze względu na organizację pracy lub rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika (o przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku pracodawca informuje pracownika na piśmie). W przypadku łączenia przez pracownika korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu, wymiar urlopu rodzicielskiego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy wykonywanej przez pracownika w trakcie korzystania z urlopu lub jego części, nie dłużej jednak niż do 64 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie oraz 68 tygodni – w przypadku jednoczesnego urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie. Pracownik określa sposób wykorzystania tej części urlopu rodzicielskiego, o którą urlop zostanie

proporcjonalnie wydłużony, w pisemnym wniosku o łączenie przez pracownika korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu.

Pracownica, nie później niż 21 dni po porodzie, może także złożyć pisemny wniosek o udzielenie jej, bezpośrednio po urlopie macierzyńskim, urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze. W takim przypadku pracownica może dzielić się z pracownikiem – ojcem wychowującym dziecko albo ubezpieczonym – ojcem dziecka korzystaniem z urlopu rodzicielskiego albo pobieraniem zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi tego urlopu, zgodnie z zasadami określonymi w Kodeksie pracy. Miesięczny zasiłek macierzyński w tym przypadku wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku za cały okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego. Natomiast w przypadku złożenia odrębnego wniosku o udzielenie urlopu rodzicielskiego zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego i pierwszych 6 lub 8 tygodni urlopu rodzicielskiego przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku, a za pozostały okres urlopu rodzicielskiego – 60% podstawy wymiaru zasiłku. Wszystkie wnioski o udzielenie urlopu rodzicielskiego są wiążące dla pracodawcy.

Analogiczne prawo przysługuje również pracownikowi uprawnionemu do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego.

3) urlop ojcowski (art. 182^3 Kodeksu pracy)

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

a) do ukończenia przez dziecko 24. miesiąca życia albo
b) do upływu 24 miesięcy od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie dziecka 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.

Urlop ojcowski może być wykorzystany jednorazowo albo nie więcej niż w 2 częściach, z których żadna nie może być krótsza niż tydzień.

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.

4) urlop wychowawczy (art. 186 -186[5] 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 zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6. rok życia.

W przypadku pracowników rodziców wychowujących dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, 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".

Urlopy powyższe przysługują łącznie obojgu rodzicom lub opiekunom dziecka. Natomiast 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. Jednakże w takim przypadku łączny wymiar urlopu wychowawczego nie może przekraczać jego maksymalnego wymiaru.

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

5) 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 oraz urlopu wychowawczego (art. 177 i art. 186s Kodeksu pracy). Ochrona ta obejmuje także pracowników w okresie korzystania z urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego.

Pracownik ma prawo być dopuszczonym – po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, 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.

6) inne uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

Kobiety w ciąży i kobiety karmiące dziecko piersią nie mogą wykonywać prac uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia, mogących mieć niekorzystny wpływ na ich zdrowie, przebieg ciąży lub karmienie dziecka piersią (art. 176 § 1 Kodeksu pracy).

Pracownicy w ciąży nie wolno również zatrudniać w godzinach nadliczbowych ani w porze nocnej, delegować bez jej zgody 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).

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.

Pracownikowi wychowującemu przynajmniej jedno dziecko w wieku do 14 lat przysługuje w ciągu roku kalendarzowego zwolnienie od pracy w wymiarze 16 godzin albo 2 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia (art. 188 Kodeksu pracy).

Natomiast 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 w niosek (art. 186 § 1 Kodeksu pracy).

Dane dotyczące liczby osób pobierających zasiłki

Tabela nr 8. Liczba osób pobierających w okresie I-XII 2016 r. zasiłki według płci[8)]

	Liczba osób pobierających zasiłek z tytułu[9)]:				
	Ogółem[10)]	urlopu podstawowego	urlopu rodzicielskiego	urlopu ojcowskiego	dodatkowego urlopu macierzyńskiego
0	1	2	3	4	5
Ogółem					
ogółem liczba osób z tego:	**669 083**	**383 703**	**395 852**	**146 368**	**129 353**
mężczyźni	**161 348**	**14 139**	**4 187**	**146 368**	**415**
kobiety	**507 735**	**369 564**	**391 665**	**x**	**128 938**

Źródło: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Na podstawie danych ZUS, osób przebywających na urlopach wychowawczych jest przeciętnie około 100 tys. w danym miesiącu. Przykładowo, w dniu 31.12.2016 r. 105 028 osób przebywało na urlopie wychowawczym.

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 – przedstawioną w prosty i przystępny sposób – wiedzę na temat uprawnień rodzicielskich pracowników.

3.7. Uprawnienia bezrobotnych związane z rodzicielstwem

Zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* każda osoba gotowa do podjęcia zatrudnienia może skorzystać, na zasadach ogólnych, z szerokiego spektrum usług i instrumentów rynku pracy przewidzianych dla osób, które zarejestrują się w urzędach pracy jako osoby bezrobotne.

[8)] Od początku 2016 r. dodatkowy urlop macierzyński (6 tygodni) został włączony do urlopu rodzicielskiego (do końca 2015 r. wynosił on 26 tygodni, od początku 2016 r. 32 tygodnie).
[9)] Unikalność osoby w ramach rodzaju zasiłku - jeżeli osoba pobierała ten sam rodzaj zasiłku przez kilka miesięcy, w danym rodzaju zasiłku wystąpi tylko raz.
[10)] Kol. 1 nie stanowi sumy kol. od 2 do 5 ze względu na to, że w kol. 1 osoba występuje tylko raz, niezależnie od liczby pobieranych w danym okresie rodzajów zasiłku macierzyńskiego, np. w przypadku, gdy w danym okresie osoba pobierała podstawowy zasiłek macierzyński i dodatkowy zasiłek macierzyński - wystąpi raz, jeśli pobierała dodatkowy zasiłek macierzyński i zasiłek z tytułu urlopu rodzicielskiego - wystąpi raz.

Ponadto należy zwrócić uwagę na poszczególne rozwiązania, które są uregulowane w przepisach ww. ustawy, a mają na celu ułatwienie godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi.

Przede wszystkim należy podkreślić, że urzędy pracy mogą aktualnie 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 czy opiekujących się osobami zależnymi, celem optymalizacji formy pomocy oferowanej konkretnej osobie.

Wsparcie realizowane jest poprzez:

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:

a) matki dziecka,
b) ojca dziecka, w przypadku śmierci matki dziecka, porzucenia dziecka przez matkę albo rezygnacji przez matkę z prawa do korzystania z zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub okres urlopu rodzicielskiego,
c) bezrobotnego po przysposobieniu dziecka,
d) 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 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 wychowujących co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat okres pobierania zasiłku wy nosi 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 którego opiekę poniesiono koszty, jeżeli bezrobotny podejmie zatrudnienie lub inną pracę zarobkową lub zostanie skierowany na staż, przy gotowanie zawodowe dorosłych lub szkolenie oraz pod warunkiem osiągania z tego tytułu miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia za pracę. Refundacja przysługuje na okres do 6 miesięcy, w przypadku zaś 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**

   a) **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, lub bezrobotnego sprawującego opiekę nad osobą zależną, 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 lub sprawowania opieki nad osobą zależną.

Pracodawca jest zobowiązany zatrudniać skierowanego bezrobotnego przez okres 12 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy lub przez okres 18 miesięcy w wymiarze ½ etatu – w przypadku niewywiązania się z tego warunku następuje zwrot grantu z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia jego otrzymania.

b) 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 lub bezrobotnego sprawującego opiekę nad osobą zależną, 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 lub sprawowania opieki nad osobą zależną.

Świadczenie przysługuje przez okres 12 miesięcy (w wysokości ½ minimalnego wynagrodzenia za pracę) lub 18 miesięcy (w wysokości ⅓ minimalnego wynagrodzenia za pracę). Pracodawca musi zagwarantować dalsze zatrudnienie skierowanego bezrobotnego po okresie przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego. przez kolejne 6 lub 9 miesięcy. W przypadku niewywiązania się z tego zobowiązania następuje zwrot uzyskanych świadczeń z odsetkami ustawowymi.

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. W dniu 19 grudnia 2016 r. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zatwierdził dokument „*Zasady ubiegania się o środki rezerwy Funduszu Pracy na finansowanie działań aktywizacyjnych realizowanych przez powiatowe i wojewódzkie urzędy pracy w 2017 roku*". Środki rezerwy Funduszu Pracy w 2017 r. będą przeznaczane m.in. na finansowanie programów aktywizacji zawodowej bezrobotnych rodziców powracających na rynek pracy oraz bezrobotnych opiekunów osób niepełnosprawnych. Zgodnie z zapotrzebowaniem na środki rezerwy Funduszu Pracy w 2017 r. zgłoszonym przez powiatowe urzędy pracy, kwota zapotrzebowania na wskazane środki z przeznaczeniem na finansowanie programów aktywizacji zawodowej bezrobotnych rodziców powracających na rynek pracy oraz bezrobotnych opiekunów osób niepełnosprawnych wynosi 3 200.8 tys. zł. liczba zaś osób. które w ramach tych programów objęte zostaną aktywizacją, szacowana jest na 271.

3.8. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych

3.8.1. Świadczenia pieniężne

1) zasiłek opiekuńczy

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.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki, nie dłużej jednak niż przez okres:

1) 60 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka sprawowana jest nad dzieckiem w wieku do 8 lat – w przedstawionych wyżej przypadkach, lub chorym dzieckiem w wieku do 14 lat;
2) 14 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka sprawowana jest nad innymi członkami rodziny.

Miesięczny zasiłek opiekuńczy wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku.

2) zasiłek macierzyński

Zgodnie z przepisami ustawy 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 urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że z dniem 2 stycznia 2016 r. weszła w życie zmiana przepisów Kodeksu pracy, w której efekcie dodatkowy urlop macierzyński oraz dodatkowy urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego zostały włączone do urlopu rodzicielskiego.

Zasiłek macierzyński wypłacany jest z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Miesięczne świadczenie za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz okres urlopu ojcowskiego co do zasady wy nosi 100% podstawy wymiaru zasiłku.

Wyjątek od powyższego stanowi przypadek, gdy pracownica, nie później niż 21 dni po porodzie, złoży pisemny wniosek o udzielenie jej, bezpośrednio po urlopie macierzyńskim, urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze 32 tygodni (34 tygodni w przypadku porodów mnogich). Wówczas za cały okres odpowiadający okresowi udzielonych urlopów macierzyńskiego i rodzicielskiego (pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownicy) miesięczny zasiłek macierzyński wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku.

W przypadku gdy osoba ubezpieczona składa odrębny wniosek o udzielenie urlopu rodzicielskiego – w terminie 14 dni przed rozpoczęciem korzystania z niego – miesięczny zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu rodzicielskiego wynosi:

1) 100% podstawy wymiaru zasiłku - za okres do:
a) 6 tygodni urlopu rodzicielskiego, w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
b) 8 tygodni urlopu rodzicielskiego, w przypadkach urodzenia dwojga i więcej dzieci przy jednym porodzie,
c) 3 tygodni urlopu rodzicielskiego, w przypadku przyjęcia na wychowanie dziecka w wieku do 7. roku życia;
2) 60% podstawy wymiaru zasiłku – za okres urlopu rodzicielskiego przypadający po ww. okresach.

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, ubezpieczonej będącej zaś 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.

Informacje na temat pobierania w 2016 r. zasiłku opiekuńczego i zasiłku macierzyńskiego obrazuje poniższa tabela.

Tabela nr 9. Pobieranie w 2016 r. zasiłku opiekuńczego i zasiłku macierzyńskiego

	Zasiłek opiekuńczy	**Zasiłek macierzyński**
Liczba dni zasiłkowych w tys.	9 809,2	101 455,2
Wypłaty w tys. zł	760 062,9	7 745 280,7

Źródło: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Szczegółowe dane dotyczące liczby osób korzystających w 2016 r. z urlopu macierzyńskiego zostały uwzględnione w załączniku do niniejszego sprawozdania.

3.8.2. Finansowanie składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób sprawujących opiekę

Obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu podlegają osoby przebywające na urlopach wychowawczych lub pobierające zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczania 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:

1) osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą przez co najmniej 6 miesięcy;
2) 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;
3) osoby współpracujące przez co najmniej 6 miesięcy z ww. osobami;
4) 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 za osoby przebywające na urlopach wychowawczych, osoby sprawiające 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.

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).

3.9. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych rolników

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

Świadczenia te to:

- **zasiłek macierzyński** przysługujący ubezpieczonemu z tytułu urodzenia dziecka,
- **finansowanie składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolników**

1) zasiłek macierzyński

Począwszy od 1 stycznia 2016 r. zmianie uległy zasady ustalania prawa i wysokości zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia społecznego rolników. Do 31 grudnia 2015 r. zasiłek macierzyński z ubezpieczenia społecznego rolników był świadczeniem jednorazowym w wysokości 4. krotnej najniższej emerytury.

W związku ze zmianą ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników*[11)] od 1 stycznia 2016 r. zasiłek macierzyński jest obecnie przyznawany 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, tj. przysługuje on przez okres:

1) 52 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie, przysposobienia jednego dziecka lub przyjęcia na wychowanie jednego dziecka;
2) 65 tygodni – w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie, przysposobienia dwojga dzieci lub przyjęcia na wychowanie dwojga dzieci;
3) 67 tygodni – w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie, przysposobienia trojga dzieci lub przyjęcia na wychowanie trojga dzieci;
4) 69 tygodni – w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie, przysposobienia czworga dzieci lub przyjęcia na wychowanie czworga dzieci;
5) 71 tygodni – w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie, przysposobienia pięciorga i więcej dzieci lub przyjęcia na wychowanie pięciorga i więcej dzieci.

Zasiłek ten przysługuje osobie ubezpieczonej, która:

1) jest matką albo ojcem dziecka;
2) przysposobiła dziecko w przypadku objęcia opieką dziecka w wieku do ukończenia 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do ukończenia 10. roku życia;
3) przyjęła dziecko 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;

[11)] Ustawa z dnia 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1217).

4) przyjęła dziecko 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.

Zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu – ojcu dziecka w przypadku:

1) skrócenia okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego na wniosek matki dziecka po wykorzystaniu przez nią tego świadczenia za okres co najmniej 14 tygodni od dnia urodzenia dziecka;
2) śmierci matki dziecka;
3) porzucenia dziecka przez matkę.

Zasiłek macierzyński przysługuje od dnia:

1) porodu;
2) przysposobienia dziecka, 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;
3) przyjęcia dziecka na wychowanie, 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.

Osobie uprawnionej do zasiłku macierzyńskiego przysługuje w tym samym czasie jeden zasiłek macierzyński bez względu na liczbę wychowywanych dzieci.

Zasiłek macierzyński obecnie wypłacany jest w kwocie równej świadczeniu rodzicielskiemu przyznawanemu na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych*.

2) finansowanie składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolników

Przepisy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników* (Dz. U. z 2016 r. poz. 277, z późn. zm.) umożliwiają finansowanie z budżetu państwa składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolnikowi, domownikowi, a także osobie będącej członkiem rodziny rolnika lub domownika w związku ze sprawowaniem 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 2016 r. z prawa do finansowania składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem skorzystało 67 355 osób ubezpieczonych

w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Dotacja budżetowa z tego tytułu stanowiła kwotę 82 742 872,00 zł.

3.10. Wsparcie kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

W 2016 r. uchwalono ustawę z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”* (Dz. U. poz. 1860), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2017 r. Na mocy tej ustawy kobiety w ciąży oraz ich rodziny zostały objęte poradnictwem, które jest koordynowane przez asystenta rodziny (rozszerzony został w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* zakres zadań asystenta rodziny). Koordynacja ta jest finansowana ze środków Funduszu Pracy. Mocą ustawy budżetowej na rok 2017 z dnia 16 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 108) w planie finansowym Funduszu Pracy na rok 2017, stanowiącym załącznik do ustawy budżetowej, przewidziano na 2017 r. kwotę 70 000 tys. zł na finansowanie kosztów związanych z koordynacją poradnictwa przez asystenta rodziny.

Poszerzenie obszaru działania asystenta rodziny nastąpi poprzez przypisanie mu funkcji koordynatora w zakresie objęcia wsparciem kobiety w ciąży oraz jej rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem kobiety w ciąży powikłanej lub kobiety rodzącej dziecko, u którego zdiagnozowano w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, co czyni asystenta rodziny ważnym ogniwem w systemie wsparcia rodzin wychowujących dziecko z niepełnosprawnością.

Do nowych zadań należy:

1) koordynacja wsparcia w zakresie dostępu do instrumentów polityki na rzecz rodziny;
2) koordynacja poradnictwa w zakresie:

a) przezwyciężania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka,

b) wsparcia psychologicznego,

c) pomocy prawnej, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych,

d) dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej.

Koordynacja wsparcia, polegać będzie przede wszystkim na:

1) opracowywaniu wspólnie z osobami zainteresowanymi, katalogu możliwego do uzyskania wsparcia;

2) występowaniu przez asystenta rodziny w ich imieniu w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia.

Przewiduje się, że wsparcie dla rodzin oraz kobiet w ciąży będzie realizowane przez zapewnienie dostępu do informacji w zakresie rozwiązań wspierających, do diagnostyki prenatalnej oraz zapewnienie możliwości przeprowadzenia porodu w szpitalu III stopnia referencyjności.

Ustawa ponadto zakłada wsparcie w zakresie zapewnienia innych świadczeń, w tym w zakresie wspierania rodziny i pieczy zastępczej. Ponadto ww. wsparcie obejmuje także zapewnienie dostępu rodzinom, w szczególnych sytuacjach, do poradnictwa w zakresie rozwiązań wspierających rodzinę. Poradnictwo będzie dotyczyło realizacji indywidualnych potrzeb rodziny. Ten rodzaj wsparcia jest realizowany przez asystenta rodziny.

Rodzina w ramach współpracy z asystentem rodziny będzie mogła skorzystać ze wsparcia psychologicznego, pomocy prawnej (w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych), a także poradnictwa w zakresie przezwyciężania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka, dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto opracowany zostanie przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informator o dostępnych usługach dla rodzin, który będzie dystrybuowany przez asystenta rodziny. Asystenci będą zatem pełnić również rolę edukacyjną i promocyjną, staną się przewodnikami rodzin po systemie wsparcia.

Zgodnie z rozważaną ustawą wsparcie kobiet w ciąży i rodzin obejmuje zapewnienie m.in. odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej dla dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, oraz dostępu do usług koordynacyjno-opiekuńczo-rehabilitacyjnych. Wymieniona ustawa określa uprawnienia do wsparcia w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, które na rzecz kobiety w ciąży oraz dziecka obejmują w szczególności wsparcie psychologiczne i rehabilitację leczniczą. Wsparcie obejmuje także m.in. zapewnienie dostępu do poradnictwa w zakresie rozwiązań wspierających rodzinę.

Również na mocy tej ustawy matka, ojciec, opiekun prawny dziecka albo opiekun faktyczny dziecka (osoba faktycznie zajmująca się dzieckiem, jeżeli wystąpiła do sądu z wnioskiem o przysposobienie dziecka) mogą ubiegać się w gminie właściwej dla swojego miejsca

zamieszkania o jednorazowe świadczenie w wysokości 4 000 zł. Jednorazowe świadczenie przysługuje z tytułu urodzenia się żywego dziecka z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu. Warunkiem otrzymania ww. jednorazowego świadczenia jest złożenie wniosku o jego wypłatę w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka. Świadczenie to przysługuje również na dzieci urodzone przed 1 stycznia 2017 r. (tj. w 2016 r.), jeżeli wniosek o jego wypłatę zostanie złożony w terminie 12 miesięcy od dnia urodzenia dziecka.

Warunkiem otrzymania ww. świadczenia jest posiadanie przez dziecko zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego ciężkie i nieodwracalne upośledzenia albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Zaświadczenie takie może być wystawione tylko i wyłącznie przez lekarza, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni lub szpitalu, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii. Ponadto, warunkiem otrzymania ww. świadczenia jest posiadanie przez matkę dziecka zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenia od położnej potwierdzającego pozostawanie pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do dnia porodu: wymóg ten nie dotyczy opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego i osoby, która przysposobiła dziecko. Jednorazowe świadczenie przysługuje bez względu na osiągane dochody.

Jednocześnie należy wskazać, że na podstawie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”* został przyjęty przez Radę Ministrów Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „.Za życiem”[12)], który w szczególności dotyczy wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, opieki, w tym paliatywnej, i rehabilitacji dzieci, wsparcia dla kobiet w ciąży i ich rodzin w przypadku ciąży powikłanej, pomocy w zabezpieczeniu szczególnych potrzeb, w tym mieszkaniowych rodzin z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie.

W programie tym przewidziano m.in. rozpoczęcie prac nad wprowadzeniem nowych rozwiązań prawnych mających na celu poprawienie ściągalności alimentów i poprawę sytuacji dzieci (tzw. „pakiet alimentacyjny”) w celu przeciwdziałania zjawisku nie alimentacji

[12] Uchwala nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem (M.P. poz. 1250)

(które w znacznej mierze dotyka rodziców samotnie wychowujących dziecko niepełnosprawne) oraz poprawy skuteczności ściągalności alimentów.

Przyjęte w programie rozwiązania prawno-organizacyjne oraz finansowe mają na celu umożliwienie rzeczywistej i pełnej integracji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wsparcie psychologiczne, społeczne, funkcjonalne i ekonomiczne ich rodzin, gdyż problemy związane z niepełnosprawnością mają wpływ nie tylko na osobę niepełnosprawną, ale również na członków jej rodziny.

Proponowane w Programie formy działań kierowanych do osób niepełnosprawnych i ich rodzin wynikają z diagnozy oraz analizy posiadanych zasobów. Funkcjonujące od wielu lat instrumenty systemu wsparcia wymagają modyfikacji i uzupełnienia o dodatkowe rozwiązania dedykowane osobom o szczególnych potrzebach.

Program swoim zakresem obejmuje kompleksowe rozwiązania, w szczególności w obszarach dotyczących wsparcia kobiet w ciąży i ich rodzin, wczesnego wspomagania dziecka i jego rodziny, usług wspierających i rehabilitacyjnych, wsparcia mieszkaniowego, a także koordynacji wsparcia, poradnictwa i informacji.

Zapewnienie opieki wytchnienie dla rodziców lub opiekunów osób niepełnosprawnych jest jednym z wiodących zadań w zakresie usług wspierających i rehabilitacyjnych przewidzianych w Programie. Powyższe działanie będzie polegało na zabezpieczeniu opieki dla osób niepełnosprawnych oraz wsparciu członków rodziny w jej sprawowaniu poprzez umożliwienie uzyskania pomocy w załatwieniu codziennych spraw czy w związku ze zdarzeniem losowym lub potrzebą odpoczynku opiekuna, uczestnictwem członka rodziny w aktywizacji zawodowej organizowanej przez powiatowy urząd pracy, a także podjęciem przez członka rodziny zatrudnienia w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu prace.

Ważnym działaniem w systemie wsparcia jest powołanie na poziomie samorządu powiatowego ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych, wspierających osoby niepełnosprawne, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku 0-7 lat. Celem tego rozwiązania jest wzmocnienie istniejących instrumentów pomocowych oraz skoordynowanie działalności różnych placówek funkcjonujących w powiecie.

W celu wsparcia osób niepełnosprawnych w usamodzielnianiu się, uzyskaniu niezależności, w dostosowanych do ich potrzeb warunkach, podejmowane będą działania w zakresie tworzenia mieszkań chronionych i wspomaganych, które zapewnią całodobową pomoc dorosły m osobom niepełnosprawnym.

Kolejnym instrumentem pełniącym istotną rolę w zakresie koordynacji wsparcia jest asystent rodziny. Program przewiduje poszerzenie obszaru jego działania, upowszechnienie oferowanych przez asystenta rodziny usług na rzecz rodzin i dzieci, jak również zwiększenie liczby tych usług.

Działania w obszarze ochrony zdrowia, skierowane przede wszystkim do kobiet w ciąży i dzieci, podejmowane w związku w realizacją Programu zostały scharakteryzowane w rozdziale II niniejszego Sprawozdania.

W 2016 r. rozpoczęto prace legislacyjne dotyczące wprowadzenia rozwiązań przewidzianych w programie.

Działania w obszarze wsparcia kobiet ciąży i ich rodzin (w tym m.in. kobiet w ciąży, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu dziecka), obejmują również wsparcie informacyjne polegające na prezentacji przysługujących kobietom w takiej sytuacji uprawnień. W tym celu Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej opracowało informator o uprawnieniach przysługujących na podstawie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*. Informator został zamieszczany na stronach podmiotowych ww. urzędów i jest systematycznie aktualizowany.

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 ustawy 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. Dane na temat liczby wszystkich porad z ww. zakresów udzielonych w 2016 r., w tym również pacjentkom poniżej 18 r.ż., zostały zwarte w poniższych tabelach.

Tabela nr 10. Liczba wszystkich porad w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w zakresie ginekologii dla dziewcząt udzielonych w 2016 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii oraz świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt (wszystkie rozpoznania)			
	Wartość rozliczonych świadczeń	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	48 279 013	704 511	271 527	211
KUJAWSKO-POMORSKI	31 877 593	567 735	197 831	195
LUBELSKI	26 258 677	456 200	163 465	101
LUBUSKI	14 543 823	241 492	89 551	44
LÓ0ZKI	26 964 158	565 472	199 955	165
MAŁOPOLSKI	46 502 625	800 743	266 800	193
MAZOWIECKI	80 520 222	1 355 284	486 630	297
OPOLSKI	13 939 028	214 577	82 260	60
PODKARPACKI	28 150 409	486 307	165 859	121
PODLASKI	20 145 760	321 860	105 685	65
POMORSKI	38 084 409	579 197	216 957	128
ŚLĄSKI	65 573 578	1 245 816	426 283	426
ŚWIĘTOKRZYSKI	17 262 939	301 265	103 201	121
WARMIŃSKO-MAZURSKI	22 185 471	390 783	133 077	105
WIELKOPOLSKI	61 238 298	823 580	317 **886**	237

ZACHODNIOPOMORSKI	26 200 439	461 624	167 348	117
RAZEM	**567 726 442**	**9 516 446**	**3 376 369**	**2 586**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela nr 11. Liczba porad w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w zakresie ginekologii dla dziewcząt udzielonych w 2016 r. pacjentkom poniżej 18 r.ż.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii oraz świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt							
	wszystkie rozpoznania				**rozpoznanie - ciąża** (000 - 099 oraz Z32 - Z36)			
	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	676 713	10 773	5 283	207	174 018	1 957	428	155
KUJAWSKO-POMORSKI	639 554	11 452	4 894	174	152 233	1 917	407	113
LUBELSKI	392 832	7 073	3 093	100	90 994	1 213	225	60
LUBUSKI	229 581	4 148	1 819	44	73 649	914	175	38
ŁÓDZKI	366 554	7 806	3 571	155	79 613	1 242	253	85
MAŁOPOLSKI	498 609	8 928	4212	191	112 936	1 441	274	117
MAZOWIECKI	1 221 004	19 622	9 537	276	205 244	2 364	537	168
OPOLSKI	213 387	3 393	1 681	58	77 379	759	144	46
PODKARPACKI	391 875	7 181	3 271	119	66 309	977	179	78
PODLASKI	439 469	6 902	3 206	48	44 733	638	134	33
POMORSK!	552 253	9 182	4 350	125	186 566	2 263	484	104
ŚLĄSKI	1 176 237	20 781	8 937	386	223 583	3 456	627	246
ŚWIĘTOKRZYSKI	296 513	4 187	1 932	116	49 241	622	134	63
WARMIŃSKO-MAZURSKI	442 294	7 197	2 961	103	154 261	1 910	344	81
WIELKOPOLSKI	930 276	12 327	6 084	232	221 473	2 323	451	149
ZACHODNIOPOMORSKI	588 768	9 772	4 263	108	132 250	1 767	331	76
RAZEM	**9 055 919**	**150 724**	**68 672**	**2 442**	**2 044 483**	**25 763**	**4 999**	**1 612**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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-antykoncepcyjne.

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 2017 r. poz. 1844) 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 2016 r. w okresie sprawozdawczym refundacją objętych było 9 leków o działaniu antykoncepcyjnym. Zostały one umieszczone w grupie limitowej „72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron". Preparaty te dostępne są przy poziomie odpłatności 30%, we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji. Najtańsze z ww. leków są dostępne za zapłatą pacjenta odpowiednio: 2,47 zł, 2,46 zł, 2,49 zł.

W 2016 r. nie wpłynęły żadne wnioski o objęcie refundacją leków stosowanych w antykoncepcji, natomiast leki wskazane powyżej zostały objęte refundacją na podstawie decyzji wydanych przed 2016 r. Ponadto, w 2016 r. nie zostały złożone do Ministra Zdrowia wnioski o objęcie refundacją innych środków antykoncepcyjnych, ani o zmianę wydanych decyzji refundacyjnych dot. ww. preparatów.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że na polskim rynku jest dostępny, obok preparatów refundowanych, również szeroki wachlarz hormonalnych środków antykoncepcyjnych 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 antykoncepcyjnej (bez kosztu wkładki, który ponosi pacjentka). Liczbę procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2016 r. obrazuje poniższa tabela.

Tabela nr 12. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2016 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Dotyczy kobiet do 35 r.ż.			Dotyczy kobiet w 35 r.ż. i starszych		
	02.1450.001.0Z świadczenia w zakresie położnictwa I ginekologii			02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii		
	02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt		
	69,7 Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej 69.91 Wprowadzenie leczniczej wkładki do macicy			69.7 Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej 69.91 Wprowadzenie leczniczej wkładki do macicy		
	Liczba procedur	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców	Liczba procedur	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKI	309	303	67	535	524	91
KUJAWSKO-POMORSKI	199	197	54	292	288	67
LUBELSKI	79	77	29	128	125	37
LUBUSKI	91	88	21	192	190	25
ŁÓOZKI	166	165	46	254	251	59
MAŁOPOLSKI	97	95	34	99	97	39
MAZOWIECKI	271	267	77	469	457	93
OPOLSKI	105	101	22	161	160	26
PODKARPACKI	57	57	18	71	71	23
PODLASKI	101	98	19	146	144	27
POMORSKI	320	311	53	443	437	59
ŚLĄSKI	294	284	82	550	539	114
ŚWIĘTOKRZYSKI	98	94	28	145	144	34
WARMIŃSKOMAZURSKI	356	351	60	594	583	62
WIELKOPOLSKI	323	290	80	430	410	89
ZACHODNIOPOMORSKI	180	176	38	268	264	55
RAZEM	**3 046**	**2 954**	**728**	**4 777**	**4 683**	**900**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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 zmiażdżenie 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, z późn. zm.). 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.

Należy także wskazać, że w 2016 r. podjęto prace nad wprowadzeniem zmian legislacyjnych w zakresie dostępu do leków z grupy ATC G03A – hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego. W tym celu wypracowany został *projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*, mający na celu doregulowanie dostępności produktów leczniczych z ww. grupy poprzez wprowadzenie zmian w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142, z późn. zm.). Ustawa została uchwalona 25 maja 2017 r., weszła w życie 23 lipca 2017 r. W efekcie wprowadzonych jej mocą zmian wszystkie hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego są wydawane z przepisu lekarza.

Procedowanie w 2016 r. ww. zmiany wiązało się z faktem, że przyjęcie przez pacjentkę rozważanych produktów leczniczych powinno być poprzedzone wizytą u lekarza ze specjalizacją w zakresie ginekologii, której nieodłącznym elementem jest badanie fizykalne. Lekarz, prowadzący dokumentację medyczną pacjentki posiada wiedzę o częstotliwości przepisywania niniejszych produktów leczniczych, a także o wystąpieniu możliwych działań niepożądanych, czy też możliwej interakcji z innymi lekami. Dzięki wprowadzonej regulacji lekarz będzie mógł ocenić, czy zastosowanie leków z tej grupy nie wpłynie negatywnie na stan zdrowia pacjentki, zwłaszcza nieletniej.

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*. 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:

1) poradnictwo i badania biochemiczne:
   - estriol,
   - α-fetoproteina (AFP),

- gonadotropina kosmówkowa - podjednostka beta (β-HCG),
- białko PAPP-A - osoczowe białko ciążowe A z komputerową oceną ryzyka wystąpienia choroby płodu;

2) poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych;
3) poradnictwo i badania genetyczne:
   - klasyczne badania cytogenetyczne (techniki prążkowe - prążki GTG, CBG, Ag-NOR, QFQ, RBG i wysokiej rozdzielczości HRBT z analizą mikroskopową chromosomów),
   - cytogenetyczne badania molekularne (obejmują analizę FISH - hybrydyzacja in situ z wykorzystaniem fluorescencji - do chromosomów metafazowych i prometafazowych oraz do jąder interfazowych z sondami molekularnymi centromerowymi, malującymi, specyficznymi, telomerowymi, Multicolor-FISH),
   - badania metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, SSCP, HD, sekwencjonowanie i inne) dobranymi w zależności od wielkości i rodzaju mutacji;
4) pobranie materiału płodowego do badań genetycznych (amniopunkcja, biopsja trofoblastu lub kordocenteza).

W poniżej tabeli przedstawiono dane dotyczące realizacji przedmiotowych świadczeń w 2016 r.

Tabela nr 13. Realizacja programu badań prenatalnych w 2016 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę osób objętych programem)

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentek			Wartość świadczeń			Liczba świadczeniodawców
	do 35 lat	35 r.ż. i powyżej	Razem	do 35 lat	35 r.ż. i powyżej	Razem	
DOLNOŚLĄSKI	2 576	4 026	6 502	1 597 326	2 688 642	4 285 968	6
KUJAWSKO-POMORSKI	3 871	2 103	5911	2 957 516	1 642 485	4 600 001	5
LUBELSKI	471	1 625	2 067	302 195	995 437	1 297 632	3
LUBUSKI	3 272	1 140	4 385	949 158	417 571	1 366 729	5
ŁÓDZKI	1 921	3 441	5 275	1 250 540	2 159 616	3 410 157	10
MAŁOPOLSKI	2 934	3 659	6 521	1 988 031	2 567 556	4 555 587	6
MAZOWIECKI	2 661	4 914	7 532	2131 747	3 845 524	5 977 271	8
OPOLSKI	1 350	1 021	2 349	879 071	749 984	1 629 054	2
PODKARPACKI	1 521	2 031	3 536	808 130	1 122 440	1 930 570	2
PODLASKI	732	1 394	2 115	491 457	928 059	1 419516	2
POMORSKI	1 622	2 532	4 098	992 399	1 726 409	2 718 808	5
ŚLĄSKI	19 980	7 728	27 517	10 587 570	4 721 794	15 309 363	32
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 146	1 167	2 302	615 614	637 515	1 253 129	2
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 004	1 404	2 380	493 308	783 234	1 276 542	2
WIELKOPOLSKI	5 862	3 375	9 179	2 937 397	1 899 908	4 837 306	10
ZACHODNIOPOMORSKI	1 021	2 421	3 366	597 347	1 465 431	2 062 778	2
RAZEM:	**51 715**	**43 729**	**94 552**	**29 578 805**	**28 351 606**	**57 930 410**	**102**

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.

6.1. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana przez szkołę

System oświaty zapewnia każdemu uczniowi wsparcie w rozwoju i pomoc psychologiczno-pedagogiczną stosownie do jego potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Zgodnie z przepisami rozporządzenie 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)* pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana jest także rodzicom uczniów oraz nauczycielom w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń. 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. Do kompetencji dyrektora szkoły należy organizacja i zapewnienie uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej adekwatnie do rozpoznanych potrzeb w tym zakresie.

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.

6.2. Indywidualne nauczanie dzieci i młodzieży

Ponadto, w zależności od potrzeb, uczniowie i uczennice, w tym uczennice w ciąży, którym stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, obejmowani są indywidualnym nauczaniem, zgodnie z przepisami rozporządzenia 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). 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.

6.3. Wsparcie udzielane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne

Profesjonalne wsparcie w rozwiązywaniu problemów edukacyjno-wychowawczych poprzez 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.

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. Poradnie realizują także działania z zakresu profilaktyki oraz wspierają funkcję szkoły, polegające 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.

6.4. Spełnienie obowiązku szkolnego oraz obowiązku nauki poza szkołą

Zgodnie z dotychczasowym – obowiązującym także w 2016 r. – stanem prawnym uczniowie szkół podstawowych i gimnazjów objęci są obowiązkiem szkolnym, natomiast uczniowie szkół ponadgimnazjalnych – obowiązkiem nauki. Przepisy prawa oświatowego [tj. art. 16 ust. 8-14 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* (Dz.U. z 2016 **r.,** poz. 1943, z późn. zm.)] umożliwiają realizację obowiązkowego wychowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego oraz obowiązku nauki poza szkołą.

Na wniosek rodziców dyrektor odpowiednio publicznego lub niepublicznego przedszkola, szkoły podstawowej i szkoły ponadgimnazjalnej, do której dziecko zostało przyjęte, może zezwolić, w drodze decyzji, na spełnianie przez dziecko odpowiednio obowiązku wychowania przedszkolnego poza przedszkolem i obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą. Zezwolenie to może być wydane przed rozpoczęciem roku szkolnego albo w trakcie roku szkolnego. Do zezwolenia rodzice powinni dołączyć:

1) opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej;
2) oświadczenie rodziców o zapewnieniu dziecku warunków umożliwiających realizację podstawy programowej obowiązującej na danym etapie edukacyjnym;
3) zobowiązanie rodziców do przystępowania w każdym roku szkolnym przez dziecko spełniające obowiązek szkolny lub obowiązek nauki do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych.

Uczeń realizujący obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą uzyskuje roczne oceny klasyfikacyjne na podstawie rocznych egzaminów klasyfikacyjnych z zakresu części podstawy programowej obowiązującej na danym etapie edukacyjnym, uzgodnionej na dany rok szkolny z dyrektorem szkoły. Egzaminy klasyfikacyjne są przeprowadzane przez szkołę, której dyrektor zezwolił na spełnianie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą. Jeżeli uczeń z przyczyn nieusprawiedliwionych nie przystąpił do tych egzaminów albo ich nie zdał, następuje cofnięcie zezwolenia na realizację obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą.

Cofnięcie zezwolenia może nastąpić również w przypadku, gdy decyzja została wydana z naruszeniem prawa lub na wniosek rodziców ucznia.

Z informacji uzyskanych od kuratorów oświaty w 2016 r. wynika, że w roku szkolnym 2015/2016 szkoły wypełniały swój obowiązek wynikający z ww. przepisów i udzielały uczennicom w ciąży lub nieletnim matkom pomocy w zakresie kontynuacji lub ukończenia przez nie edukacji.

Kuratorzy oświaty informują, że w roku szkolnym 2015/2016 było 46 nieletnich uczennic w ciąży i 1062 małoletnie uczennice-matki z dzieckiem. Łącznie 1108 małoletnich uczennic (co stanowi 0,048% wszystkich dziewcząt-uczennic) otrzymało potrzebną pomoc w zależności od potrzeb zdrowotnych, edukacyjnych, materialnych uczennicy i jej rodziny.

Szkoły udzielały uczennicom w ciąży i uczennicom-matkom różnorodnej pomocy, do której można zaliczyć m.in.:

1) zapewnienie opieki i monitoringu pielęgniarki szkolnej lub pielęgniarki środowiskowej;
2) uświadomienie uczennicom obowiązku wykonywania badań koniecznych do prawidłowego przebiegu ciąży i rozwoju dziecka;
3) zapewnienie pomocy w rozwiązywaniu problemów związanych z badaniami lekarskimi, niezbędną dokumentacją;
4) zwalnianie uczennic z zajęć wychowania-fizycznego;
5) zwalnianie z zajęć lekcyjnych umożliwiające wyjazdy do lekarza;
6) urlopowanie na czas połogu;
7) udzielanie przez dyrektora szkoły urlopu macierzyńskiego;
8) organizowanie kształcenia dostosowanego do stanu zdrowia małoletniej lub wyrażonej woli – indywidualne nauczanie w domu lub umożliwienie kontynuowania nauki w szkole z klasą (w tym organizowano pomoc koleżeńską);
9) doradztwo zawodowe;
10) zorganizowanie specjalnych warunków na egzaminie gimnazjalnym (indywidualna sala);
11) zorganizowanie możliwości karmienia w trakcie zajęć lekcyjnych, udostępnienie pomieszczenia w celu karmienia dziecka na terenie szkoły;
12) udzielenie pomocy materialnej i rzeczowej;
13) współpracę szkoły z lokalnymi ośrodkami pomocy społecznej w celu udzielenia pomocy materialnej;
14) stały kontakt pedagoga, wychowawcy z małoletnią i jej rodzicem (opiekunem prawnym);

15) zbadanie sytuacji rodzinnej pod względem materialnym oraz stosunków panujących w rodzinie – czy istnieje akceptacja obecnej sytuacji;
16) objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną uczennic oraz jej rodziców (opiekunów prawnych);
17) dostosowanie metod i form pracy do możliwości uczennicy, jej stanu emocjonalnego i stanu zdrowia dziecka, wykorzystanie elementów e-learningu, kontaktów e-mailowych;
18) pomoc i wsparcie dyrekcji szkoły i nauczycieli, tworzenie w klasie atmosfery wzajemnej życzliwości i pomocy koleżeńskiej oraz możliwości uczestnictwa w życiu i uroczystościach klasy i szkoły;
19) dostosowanie terminów praktyk zawodowych do aktualnej sytuacji uczennicy;
20) indywidualizację nauczania;
21) indywidualne dostosowanie terminów sprawdzianów i prac klasowych;
22) dostosowanie wymagań w zakresie umiejętności zawodowych;
23) doradztwo prawne;
24) udzielanie pomocy pedagogicznej;
25) udzielanie pomocy psychologicznej;
26) nawiązanie współpracy z fundacjami i stowarzyszeniami działającymi na rzecz matek z dziećmi.

Z informacji kuratorów oświaty wynika, że najczęstszymi problemami uczennic w ciąży i uczennic-matek były:

1) absencja na zajęciach z uwagi na stan zdrowia;
2) problemy rodzinne związane z opieką nad dzieckiem w czasie, gdy uczennica przebywała w szkole;
3) problem z akceptacją społeczną wczesnego macierzyństwa;
4) niska samoocena i poczucie własnej wartości;
5) niski status społeczno-ekonomiczny;
6) poważne trudności wychowanek młodzieżowych ośrodków wychowawczych dotyczące zabezpieczenia pobytu wychowanek w ciąży, trudności z adaptacją społeczną;
7) problemy zdrowotne.

Ponadto kuratorzy oświaty informują, że w roku szkolnym 2015/2016 szkoły i placówki udzielały uczennicom w ciąży i nieletnim matkom szerokiej i różnorodnej pomocy, a w szczególności

motywowały – pomimo występujących problemów – do kontynuowania realizacji obowiązku nauki lub ukończenia przez te uczennice szkoły.

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 dokształcania 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

Obowiązkowe treści nauczania z zakresu wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o rodzicielstwie, wartości rodziny, świadomej prokreacji uczniowie realizowali w 2016 r. zgodnie z podstawą programową określoną w rozporządzeniu 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.).

Z kolei przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 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) wskazują, że powyższe treści są realizowane w ramach zajęć „wychowanie do życia w rodzinie".

Cele kształcenia i treści nauczania ustalone w podstawie programowej „wychowania do życia w rodzinie" zostały uwzględnione w programach nauczania do tych zajęć[13)].

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

[13)] Zgodnie z art. 3 ust. 13 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

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.

W 2016 r. w zajęciach „wychowania do życia w rodzinie" nie brali udziału uczniowie niepełnoletni, których rodzice zgłosili dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnację z udziału ucznia w zajęciach. Natomiast uczniowie pełnoletni nie uczestniczyli w zajęciach, jeśli zgłosili dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnację ze swojego udziału w nich.

W 2016 r. tak, jak w każdym roku szkolnym, nauczyciele prowadzący zajęcia wraz z wychowawcami klas przed przystąpieniem do realizacji zajęć mieli obowiązek przeprowadzenia co najmniej jednego spotkania informacyjnego z rodzicami uczniów niepełnoletnich oraz z uczniami pełnoletnimi, podczas których powinni byli przedstawić pełną informację o celach i treściach realizowanego programu nauczania, podręcznikach szkolnych oraz środkach dydaktycznych.

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. W szkołach niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych, na te zajęcia przeznacza się liczbę godzin nie mniejszą niż liczba godzin przewidziana dla szkół publicznych.

Dane liczbowe dotyczące realizacji w 2016 r. zajęć edukacyjnych „Wychowane do życia w rodzinie", z uwzględnieniem liczby uczniów uczęszczających na te zajęcia w poszczególnych klasach i typach szkół, w podziale na chłopców i dziewczęta oraz z uwzględnieniem wskaźnika procentowego uczestnictwa w tych zajęciach obrazuje poniższa tabela.

Tabela nr 14. Dane liczbowe dotyczące udziału uczniów w zajęciach wychowanie do życia w rodzinie

Wyłączono szkoły podstawowe i gimnazja, dla których niepełnosprawność dominująca to niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym lub znacznym

Typ szkoły	**Klasa**	**Liczba uczniów uczęszczających na zajęcia edukacyjne "wychowanie do życia w rodzinie"**	w tym chłopcy	w tym dziewczęta	**Liczba uczniów ogółem**	w tym chłopcy	w tym dziewczęta	**Wskaźnik procentowy udziału w zajęciach ogółem** (rub. 3/6)	Wskaźnik procentowy udziału chłopców (rub. 4/7)	Wskaźnik procentowy udziału dziewcząt (rub. 5/8)
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*
Szkoła podstawowa	V	239 005	122 724	116281	342 336	176 381	165 955	69,82	69,58	*70,07*
	VI	277 919	140 501	137 418	370 200	187 696	182 504	75,07	74,86	75,30
Gimnazjum	I	266 000	136 679	129 321	356 468	183 490	172 978	74,62	74,49	74,76
	II	252 824	130 251	122 573	352 894	181 765	171 129	71,64	71,66	71,63
	III	228 475	117 626	110 849	346 300	177 675	168 625	65,98	66,20	65,74
Zasadnicza szkoła zawodowa	I	29 877	20 512	9 365	58 673	40 343	18 330	50,92	50,84	51,09
	II	25 826	17 566	8 260	55 218	37 685	17 533	46,77	46,61	47,11
	III	22 591	15 236	7 355	52 322	35 541	16 781	43,18	42,87	43,83
Liceum ogólnokształcące	I	59 808	22 595	37 213	160 631	60 385	100 246	37,23	37,42	37,12
	II	49 625	19 348	30 277	161 506	61 011	100 495	30,73	31,71	30,13
	III	44 203	16 764	27 439	163 281	61 790	101 491	27,07	27,13	27,04
Technikum	I	73 523	45 147	28 376	143 162	87 101	56 061	51,36	51,83	50,62
	II	56 489	34 431	22 058	127 443	76 698	50 745	44,32	44,89	43,47
	III	48 942	29 708	19 234	118 946	71 424	47 522	41,15	41,59	40,47
Sześcioletnia ogólnokształcaca szkoła muzyczna I stopnia	V	649	255	394	1 357	529	828	47,83	48,20	47,58
	VI	711	288	423	1 541	586	955	46,14	49,15	44,29

Sześcioletnia ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	I	353	146	207	783	298	485	45,08	48,99	42,68
	II	294	125	169	765	301	464	38,43	41,53	36,42
	III	257	100	157	778	282	496	33,03	35,46	31,65
	IV	150	56	94	551	220	331	27,22	25,45	28,40
	V	212	80	132	609	228	381	34,81	35,09	34,65
	VI	140	58	82	488	185	303	28,69	31,35	27,06
Sześcioletnia ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	I	197	35	162	611	131	480	32,24	26,72	33,75
	II	160	32	128	547	93	454	29,25	34,41	28,19
	III	96	24	72	559	122	437	17,17	19,67	16,48
	IV	63	9	54	383	57	326	16,45	15,79	16,56
	V	53	21	32	371	96	275	14,29	21,88	11,64
	VI	43	15	28	332	83	249	12,95	18,07	11,24
Dziewięcioletnia ogólnokształcąca szkoła baletowa	II	12	0	12	152	17	135	7,89	0,00	8,89
	III	27	4	23	141	14	127	19,15	28,57	18,11
	IV	25	4	21	104	10	94	24,04	40,00	22,34
	V	10	1	9	95	12	83	10,53	8,33	10,84
	VI	7	1	6	54	9	45	12,96	11,11	13,33
	VII	4	0	4	48	3	45	8,33	0,00	8,89
	VIII	7	0	7	52	11	41	13,46	0,00	17,07
	IX	10	5	5	55	14	41	18,18	35,71	12,20
Poznańska szkoła chóralna	V	24	8	16	24	8	16	100,00	100,00	100,00
	VI	22	8	14	22	8	14	100,00	100,00	100,00
	IX	22	7	15	22	7	15	100,00	100,00	100,00
RAZEM		**1 678 655**	**870 370**	**808 285**	**2 819 824**	1 442 309	**1 377 515**	**59,53%**	**60,35%**	**58,68%**

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej

7.2. Podręczniki do zajęć „wychowania do życia w rodzinie”

W *Wykazie podręczników dopuszczonych do użytku szkolnego, przeznaczonych do kształcenia ogólnego*, które uwzględniają podstawę programową kształcenia ogólnego, w 2016 r. zamieszczone były następujące podręczniki:

1) dla szkoły podstawowej:

a) „Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klas V-Vl szkoły podstawowej”, red. Teresa Król (Wydawnictwo i Hurtownia "Rubikon");

2) dla gimnazjum:

a) „Wychowanie do życia w rodzinie’’, autorka: Felicja Kalinowska (Efka Wydawnictwa Szkolne, Felicja Kalinowska);

b) „Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klas I-III gimnazjum”, pod red. Teresy Król, Krystyna Maśnik, Wojciech Śledziński, Grażyna Węglarczyk, Jadwiga Wronicz (Wydawnictwo i Hurtownia "Rubikon")

3) dla szkół ponadgimnazlalnych:

a) „Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych”, praca zbiorowa pod red. Teresy Król i Marii Ryś (Wydawnictwo i Hurtownia "Rubikon")

Jednocześnie należy podkreślić, że

- od roku szkolnego 2015/2016 w klasach I, II i IV szkoły podstawowej, w I klasie gimnazjum i w I klasie szkół ponadgimnazjalnych,
- od roku szkolnego 2016/2017 w klasach III i V szkoły podstawowej, w II klasie gimnazjum i w II klasie szkół ponadgimnazjalnych

stosowane były i są podręczniki uwzględniające podstawę programową kształcenia ogólnego określoną w rozporządzeniu z dnia 27 sierpnia 2012 r. dostosowane do wieloletniego użytku, tj. opracowane zgodnie z art. 22ao ust. 3 pkt 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty.*

7.3. Kwalifikacje nauczycieli realizujących zajęcia

Kwalifikacje wymagane od nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach funkcjonujących w systemie oświaty regulują przepisy ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – *Karta*

Nauczyciela (Dz.U. z 2017 r. poz. 1189, z późn. zm.) 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 ww. rozporządzenia kwalifikacje do nauczania „wychowania do życia w rodzinie" w gimnazjach i szkołach podstawowych posiada osoba, która ukończyła:

1) studia wyższe (tj. studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie) na kierunku (specjalności) zgodnym z nauczanym przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub
2) studia wyższe 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 wyższe na kierunku (specjalności) innym niż wymieniony w pkt 1 i 2, a ponadto ukończyła studia podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny w zakresie wychowania do życia w rodzinie, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

Kwalifikacje do nauczania „wychowania do życia w rodzinie" w szkołach podstawowych posiadają także nauczyciele, którzy ukończyli zakład kształcenia nauczycieli w dowolnej specjalności, a ponadto kurs kwalifikacyjny w zakresie w zakresie wychowania do życia w rodzinie. Kursy kwalifikacyjne w zakresie wychowania do życia w rodzinie realizowane były do 2015 r. przez placówki doskonalenia nauczycieli po wydaniu zgody na ich realizację przez właściwego kuratora oświaty. Kwalifikacje do nauczania wychowania do życia w rodzinie przez ukończenie kursu kwalifikacyjnego mogli uzyskać wyłącznie czynni zawodowo nauczyciele.

Kwalifikacje do nauczania „wychowania do życia w rodzinie" w szkołach ponadgimnazjalnych posiada osoba, która ukończyła:

1) studia magisterskie na kierunku (specjalności) zgodnym z nauczanym 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 wychowania do życia w rodzinie, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

Tabela nr 15. Liczba etatów nauczycieli uczących w 2016 r. przedmiotu „*wychowania do życia w rodzinie*" (stan na 30 września 2016 r.)

Typ szkoły	Etaty
Szkoła podstawowa	918,6
Gimnazjum	1 156,5
Zasadnicza szkoła zawodowa	97,3
Liceum ogólnokształcące	190,5
Technikum	190,2
Sześcioletnia ogólnokształcąca szkoła muzyczna 1 stopnia	2,1
Sześcioletnia ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	1.6
Sześcioletnia ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	0,7
Dziewięcioletnia ogólnokształcąca szkoła baletowa	0,3
Poznańska szkoła chóralna	0,1
Razem	**2 558,0**

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 przerwaniem 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. Natomiast Wystąpienie okoliczności wskazujących na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty, orzekający o wadzie genetycznej płodu na podstawie badań genetycznych, lub lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii, orzekający o wadzie rozwojowej płodu, na podstawie obrazowych badań ultrasonograficznych wykonywanych u kobiety ciężarnej.

Tabela nr 16. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2002-2016 (w skali kraju) – według przyczyn

Rok	Ogółem	Przerwania ciąży przeprowadzone zgodnie z ustawą:		
		w przypadku, gdy ciąża stanowiła zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej	w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu	w przypadku, gdy zachodziło uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała 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
2016	**1098**	**55**	**1042**	**1**

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

Tabela nr 17. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2016 r. – w podziale na województwa, wiek kobiet i przyczynę

Województwo	Dokonano przerwań ciąży									
	Ogółem	w tym u kobiet w wieku lat						z rubryki Ogółem		
		poniżej 18	18-20	21-24	25-29	30-34	35 i więcej	w przypadku, gdy ciąża stanowiła zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej	w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu	w przypadku, gdy zachodziło uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego
Dolnośląskie	62	1	2	3	10	21	25	3	59	0
Kujawsko-Pomorskie	37	1	1	1	8	11	15	0	37	0
Lubelskie	5	0	1	2	1	0	1	0	5	0
Lubuskie	9	0	0	1	0	6	2	0	9	0
Łódzkie	114	2	0	4	26	34	48	25	89	0
Małopolskie	89	3	3	8	19	30	26	0	89	0
Mazowieckie	336	1	9	35	79	96	116	9	326	1
Opolskie	23	0	0	2	6	8	7	2	21	0
Podkarpackie	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0
Podlaskie	18	0	1	1	2	4	10	0	18	0
Pomorskie	114	0	5	5	37	40	27	3	111	0
Śląskie	120	21	16	16	27	12	28	1	119	0
Świętokrzyskie	28	2	0	2	6	8	10	5	23	0
Warmińsko-Mazurskie	20	0	0	0	3	6	11	0	20	0
Wielkopolskie	65	0	3	2	13	23	24	4	61	0
Zachodniopomorskie	56	0	0	4	10	15	27	2	54	0
RAZEM	**1098**	**31**	**41**	**86**	**247**	**315**	**378**	**55**	**1042**	1

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

Tabela nr 18. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2016 r. w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu

Rozpoznanie	Liczba
Trisomia 21 bez współistniejących wad somatycznych	221
Trisomia 21 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	167
Trisomia 13 lub trisomia 18 bez współistniejących wad somatycznych	49

Trisomia 13 lub trisomia 18 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	69
inne trisomie i częściowe trisomie autosomów bez współistniejących wad somatycznych	24
inne trisomie i częściowe trisomie autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	6
monosomie i delecje autosomów bez współistniejących wad somatycznych	4
monosomie i delecje autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	5
zrównoważone translokacje bez współistniejących wad somatycznych	0
zrównoważone translokacje ze współistniejącymi wadami somatycznymi	2
zespół Turnera ze współistniejącymi wadami somatycznymi	18
choroby warunkowane monogenowo bez współistniejących wad somatycznych	7
choroby warunkowane monogenowo ze współistniejącymi wadami somatycznymi	3
zespoły genetyczne z obrzękiem płodu	18
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim bez współistniejących wad somatycznych	1
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	2
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim bez współistniejących wad somatycznych	1
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	1
inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej bez współistniejących wad somatycznych	3
inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej ze współistniejącymi wadami somatycznymi	38
wada izolowana (dotycząca jednego układu lub organu w badaniu obrazowym	176
wady mnogie (wady dwóch i więcej układów lub organów w badaniu obrazowym)	227
RAZEM:	**1042**

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, sprawozdania Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej 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 15 marca 2016 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 2016 (Dz. U. poz. 460, z późn. zm.), dane obejmujące zabiegi przerwania ciąży gromadzone są na podstawie formularzy MZ-24 oraz MZ-29.

Sprawozdaniem MZ-29 zostały objęte szpitale publiczne nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej. Powyższe dane przedstawione przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (tabela nr 15 i 16) nie obejmują jednak danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Sprawiedliwości. Jednocześnie należy wskazać, że z informacji uzyskanych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wynika, że w 2016 r. w nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji szpitalach publicznych wykonano 2 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.

Natomiast z danych uzyskanych z Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że w 2016 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 2016 r. zarejestrowano łącznie **1 100** zabiegi przerwania ciąży, o 56 więcej niż w 2015 r.

W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 55 zabiegów przerwania ciąży.

W sytuacji, w której badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, wykonano łącznie 1044 zabiegi.

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. Cząstkowym 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, z późn. zm.), 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 2016 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 prawomocnych orzeczeń wykonywanych na dzień 21 grudnia 2016 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..

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 2016 r. Prokuratura Krajowa 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*, zwanej dalej „k.k.", 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).

W ramach monitoringu działań powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie realizacji przepisów omawianej ustawy Prokuratura Krajowa zleciła wszystkim prokuraturom regionalnym badanie prawidłowości postępowań przygotowawczych prowadzonych w kierunku: art. 149 k.k. (zabójstwo noworodka), art. 148 k.k. (zabójstwo), art. 152 k.k. (przerwanie ciąży za zgodą kobiety), art. 153 k.k. (wymuszone przerwanie ciąży), art. 154 k.k. (śmierć kobiety jako następstwo przerwania ciąży), art. 157a k.k. (uszkodzenie ciała dziecka poczętego), art. 155 i inne k.k. (nieumyślne spowodowanie śmierci), a także art. 160 § 2 k.k. (narażenie człowieka na niebezpieczeństwo).

Z informacji przekazanych przez prokuratorów regionalnych wynika, iż w 2016 r. w powszechnych jednostkach organizacyjnych prokuratury prowadzono łącznie 477 spraw o wyszczególnione powyżej przestępstwa, w tym 367 spraw zarejestrowanych w 2016 r. i 110 spraw kontynuowanych z poprzednich okresów sprawozdawczych.

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

W 2016 r. postępowania zakończono w następujący sposób:

- w 38 sprawach skierowano akt oskarżenia, łącznie przeciwko 50 osobom,
- w 4 sprawach skierowano wniosek w trybie art. 335 § 1 k.p.k., obejmując wnioskiem o wydanie na posiedzeniu wyroku skazującego 6 osób,
- w 1 sprawie skierowano wniosek o warunkowe umorzenie postępowania,
- w 189 sprawach umorzono postępowanie karne,
- w 67 sprawach odmówiono wszczęcia postępowania,
- w 43 sprawach zawieszono postępowanie karne,
- 25 spraw zakończono w inny sposób.

W pierwszej instancji odnotowano jedno skazanie z art. 149 k.k. oraz 14 skazań łącznie z art. 152, 153 i 154 k.k.

Liczba prawomocnych orzeczeń wykonywanych na dzień 31 grudnia 2016 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.[14)].

[14)] Informacje statystyczne pozyskiwane są na podstawie ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. *o statystyce publicznej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1068), a także w oparciu o ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

Zlecone przez Prokuraturę Krajową badanie akt omawianej kategorii postępowań przygotowawczych wykazało, że w zdecydowanej większości przeprowadzono je prawidłowo, a decyzje kończące były zasadne. W sprawach tych zgromadzono wyczerpujący materiał dowodowy, pozwalający na dokonanie właściwych ustaleń w zakresie stanu faktycznego i prawnokarną ocenę zdarzeń.

Ponadto, w 2016 r. prokuratorzy pięciokrotnie podejmowali działania pozakarne związane z realizacją przepisów ustawy, polegające na:

- skierowaniu do właściwego sądu wniosku o nałożenie obowiązku podjęcia leczenia odwykowego,
- wystąpieniu do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej o przeprowadzenie stosownego postępowania wyjaśniającego w sprawie,
- udziale prokuratora w postępowaniu dotyczącym małoletniego o udzielenie zabezpieczenia, o ustalenie treści aktu urodzenia i o ustanowienie opiekuna prawnego,
- skierowaniu wniosku o ustanowienie kuratora dla małoletniego,
- udziale prokuratora w postępowaniu w przedmiocie pozbawienia władzy rodzicielskiej.

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 przewiduje 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.

W 2016 r. do Biura Rzecznika Praw Pacjenta nie wpłynął żaden sprzeciw od opinii albo orzeczenia lekarza dotyczący podanej problematyki. Niemniej jednak, w 2016 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził 6 postępowań wyjaśniających dotyczących kobiet w ciąży w kontekście ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*.

Po zakończonym postępowaniu wyjaśniającym, w przypadku stwierdzenia naruszenia praw pacjenta, Rzecznik Praw Pacjenta formułuje wnioski czy też zalecenia co do właściwego załatwienia spraw, a także informuje o ustaleniach postępowania dowodowego m.in. podmioty tworzące podmioty lecznicze, Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, jeżeli podmiot leczniczy posiada aktualny certyfikat akredytacyjny[15].

W 2016 r. za pośrednictwem Bezpłatnej Ogólnopolskiej Infolinii Rzecznika Praw Pacjenta wniesiono zapytania w 26 sprawach dotyczących problemów związanych z przerwaniem ciąży. Problematyka zgłoszeń dotyczyła informacji o warunkach i przesłankach przerwania ciąży oraz problemów związanych z miejscem wykonania zabiegu.

W związku z doniesieniami medialnymi w przedmiocie ograniczenia dostępu pacjentek do zabiegów przerwania ciąży w ramach świadczeń gwarantowanych na terenie województwa podkarpackiego, w 2016 r. Rzecznik Praw Pacjenta podjął również działania wyjaśniające w tej sprawie, poprzez wystąpienie do Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia[16)] a także do podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa podkarpackiego i posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie leczenie szpitalne z zapytaniem w przedmiocie dostępności świadczeń zdrowotnych we wskazanym obszarze. W konsekwencji przeprowadzonej analizy[17)] stanowisk podmiotów leczniczych w 2016 r. Rzecznik Praw Pacjenta wszczął 3 postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów dotyczące kobiet w ciąży,

[15] Akredytacja udzielana jest na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135) i ma na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania tego podmiotu.
[16] Znak: RzPP-WPR.420.61.2016.AGL
[17] O wynikach tejże analizy już w 2017 r., a więc poza okresem sprawozdawczym, Rzecznik Praw Pacjenta poinformował Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

które należy przytoczyć w kontekście ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*.

Rzecznik Praw Pacjenta – w odpowiedzi na kierowane pisemne wnioski, zgłoszenia mailowe, zapytania telefoniczne, a także w związku z osobistymi wizytami pacjentów w siedzibie Biura Rzecznika Praw Pacjenta – udzielał również 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) problemu ograniczonego dostępu do świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii dla kobiet w okresie ciąży;
5) refundacji świadczeń w okresie ciąży;
6) opłat za dodatkową opiekę pielęgnacyjną;
7) możliwości skorzystania przez pacjentki ze znieczulenia;
8) pomocy psychologicznej w sytuacji wczesnych poronień, ciąż patologicznych;
9) świadczenia opieki okołoporodowej dla kobiety nieubezpieczonej w Polsce lub nie będącej obywatelką;
10) zasad korzystania z badań prenatalnych;
11) trudności w uzyskaniu karty martwego urodzenia;
12) uprawnień przysługujących kobietom po poronieniu.

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

W 2016 r. odpowiedzialność zawodową lekarzy regulowały przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. z 2016 r. poz. 522, z późn. zm.). 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 2016 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 19. 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 2016 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**	0	2	0	1
6	**Gorzów Wlkp.**	1	2	0	0
7	**Katowice**	0	0	0	0
8	**Kielce**	0	0	0	0
9	**Koszalin**	1	0	0	0
10	**Kraków**	0	2	0	0
11	**Lublin**	0	0	0	0
12	**Łódź**	0	3	0	0
13	**Olsztyn**	1	0	0	0
14	**Opole**	0	0	0	0
15	**Płock**	0	0	0	0
16	**Poznań**	0	1	0	0
17	**Rzeszów**	0	0	0	0
18	**Szczecin**	0	2	0	0
19	**Tarnów**	0	0	0	0
20	**Toruń**	0	0	0	0
21	**Warszawa**	0	3	0	1
22	**Wrocław**	0	1	0	0
23	**SL WIL**	0	0	0	0
24	**Zielona Góra**	0	0	0	0
25	**Naczelny Sąd Lekarski**	7	5	0	0
RAZEM		**10**	**21**	**0**	**2**

Źródło: Naczelny Sąd Lekarski

W 2016 r. porównaniu do 2015 r.:

- liczba postępowań dotyczących opieki nad kobietami w ciąży była mniejsza o 9 postępowań,

- liczba postępowań dotyczących opieki okołoporodowej była mniejsza o 9 postępowań,
- liczba postępowań dotyczących badań genetycznych płodu nie zmieniła się,
- liczba postępowań dotyczących zabiegów przerywania ciąży była mniejsza 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 tzw. klauzulę sumienia w sprawie dotyczącej odmowy wystawienia skierowania na badania prenatalne lub odmowy wykonania zabiegu przerywania ciąży.