SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
DKRM.ZK.4822.4.(2).2016.MN

Druk nr 373

Warszawa, 21 marca 2016 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument:

- Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2014 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 reprezentowania Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych.

(-) Beata Szydło

SPRAWOZDANIE RADY MINISTRÓW

Z WYKONYWANIA ORAZ O SKUTKACH STOSOWANIA

W ROKU 2014

USTAWY Z DNIA 7 STYCZNIA 1993 R. O PLANOWANIU RODZINY, OCHRONIE PŁODU LUDZKIEGO I WARUNKACH DOPUSZCZALNOŚCI PRZERYWANIA CIĄŻY

(Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.)

WARSZAWA 2016 r.

SPIS TREŚCI:

SPIS TABEL: **3**

SPIS WYKRESÓW: **3**

WSTĘP **4**

ROZDZIAŁ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ INFORMACJE EPIDEMIOLOGICZNE **5**

1.1. Rozwój demograficzny Rzeczypospolitej Polskiej 5
1.2. Urodzenia i dzietność kobiet 6
1.3. Umieralność 8
1.4. Informacje na temat noworodków pozostawionych w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne 9

ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY **10**

2.1. Opieka realizowana w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 10
2.2. Programy zdrowotne w zakresie planowania rodziny, świadomego macierzyństwa oraz opieki medycznej nad kobietą w ciąży 17
2.3. Zgony, zgony niemowląt, umieralność okołoporodowa płodów i noworodków 21
2.4. Działania o charakterze profilaktycznym kierowane do kobiet w ciąży oraz osób w wieku prokreacyjnym promujące odpowiedzialne zachowania w ciąży oraz w życiu seksualnym 21

ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIETAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH **33**

3.1. Świadczenia rodzinne 34
3.2. Infrastruktura społeczna na rzecz dziecka i rodziny 366
3.3. Pomoc społeczna 39
3.4. System wspierania rodziny i pieczy zastępczej 42
3.5. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie 44
3.6. Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem 46
3.7. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych 51
3.8. Uprawnienia bezrobotnych związane z rodzicielstwem 55

ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI **58**

ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH **62**

ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY **65**

6.1. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna 66
6.2. Spełnianie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą 67
6.3. Indywidualne nauczanie dzieci i młodzieży 68

ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY **70**

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 70
7.2. Kwalifikacje nauczycieli realizujących zajęcia 74

ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY **78**

ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY **82**

9.1. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości 82
9.2. Działania podejmowane przez Rzecznika Praw Pacjenta 87
9.3. Działania podejmowane przez Naczelny Sąd Lekarski i Okręgowe Sądy Lekarskie 103

SPIS TABEL:

Tabela nr 1. Urodzenia żywe w latach 2013 i 2014 według wieku matki wg GUS 8
Tabela nr 2. Noworodki pozostawione w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne w latach 2005-2013 9
Tabela nr 3. Świadczenia udzielone kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone standardowym trybem 14
Tabela nr 4. Świadczenia udzielone kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone w oparciu o produkt dedykowany dla rozliczania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej 15
Tabela nr 5. Wartość rozliczonych w 2014 r. świadczeń w rodzaju *Leczenie szpitalne* w zakresie położnictwa i ginekologii na rzecz ciężarnych pacjentek 16
Tabela nr 6. Liczba porodów w 2014 r. 16
Tabela nr 7 . Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2014 r. 17
Tabela nr 8. Realizacja programu badań prenatalnych (w podziale na województwa) 63
Tabela nr 9. Realizacja programu badań prenatalnych (w podziale na grupy wiekowe) 63
Tabela nr 10. Realizacja programu badań prenatalnych (w podziale na poszczególne procedury) 64
Tabela nr 11. Dane liczbowe dotyczące udziału uczniów w zajęciach wychowanie do życia w rodzinie 72
Tabela nr 12. Liczba etatów nauczycieli prowadzących zajęcia *„wychowanie do życia w rodzinie*" 76
Tabela nr 13. Liczba etatów nauczycieli prowadzących zajęcia *„wychowanie do życia w rodzinie"* z kwalifikacjami 76
Tabela nr 14. Liczba etatów nauczycieli prowadzących zajęcia *„wychowanie do życia w rodzinie"* bez kwalifikacji 77
Tabela nr 15. Procent etatów nauczycieli prowadzących zajęcia *„wychowanie do życia w rodzinie"* bez kwalifikacji 77
Tabela nr 16. Zabiegi przerwania ciąży dokonane w latach 2002-2014, według przyczyn 79
Tabela nr 17. Zabiegi przerwania ciąży dokonane w roku 2014, w podziale na województwa, wiek kobiet i przyczynę 79
Tabela nr 18. Liczba spraw dotyczących opieki nad kobietami w ciąży, opieki okołoporodowej, badań genetycznych płodu oraz zabiegów przerywania ciąży prowadzonych przez okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski w 2014 r. 103

SPIS WYKRESÓW:

Wykres nr 1. Ruch naturalny ludności i saldo migracji zagranicznych ludności w latach 1990 – 2014 5
Wykres nr 2. Urodzenia żywe w latach 1946-2014 - falowanie demograficzne 7
Wykres nr 3. Liczba zarejestrowanych spraw dotyczących ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy. 83
Wykres nr 4. Liczba spraw prowadzonych w poszczególnych kategoriach przestępstw w latach 2011-2014 84

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. Nr 17, 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 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. 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 2014 r. przygotowano na podstawie informacji, danych statycznych i opinii uzyskanych od:

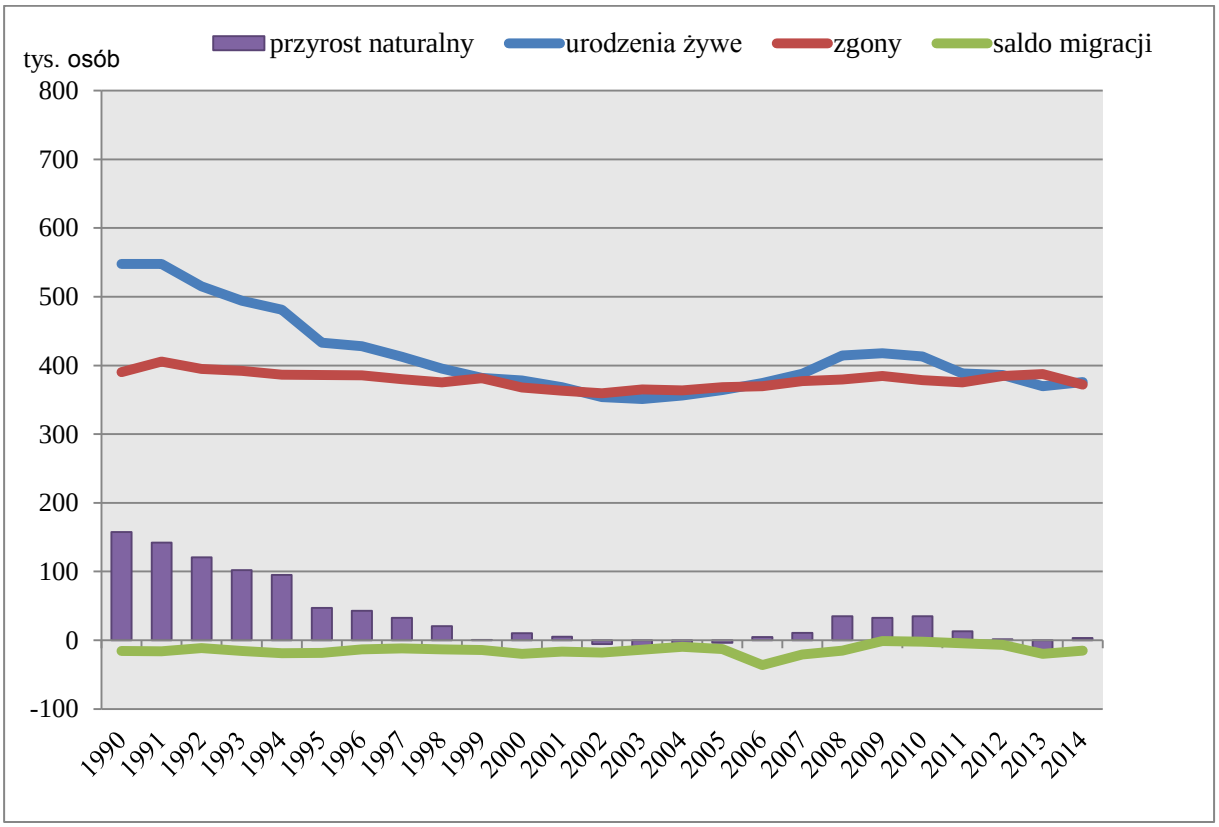
- Ministra Edukacji Narodowej,
- Ministra Pracy i Polityki Społecznej,
- Ministra Sprawiedliwości,
- Ministra Spraw Wewnętrznych,
- Ministra Zdrowia,
- Prokuratury Generalnej,
- Rzecznika Praw Pacjenta,
- Naczelnego Sądu Lekarskiego,
- Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Głównego Urzędu Statystycznego,
-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

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

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

1.1. Rozwój demograficzny Rzeczypospolitej Polskiej

Wykres nr 1. Ruch naturalny ludności i saldo migracji zagranicznych ludności w latach 1990 – 2014



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

W końcu 2014 r. ludność Polski liczyła ok. 38479 tys. osób, tj. o 17 tys. mniej niż przed rokiem. Rok 2014 był trzecim z kolei, w którym odnotowano spadek liczby ludności po obserwowanym wcześniej (w latach 2008-2011) wzroście. Tempo ubytku ludności wyniosło -0,04%, co oznacza, że na każde 10 tysięcy mieszkańców Polski ubyły 4 osoby (w 2013 r. było to - 0,1%, tj. ubyło odpowiednio – 10 osób).

Ogólna liczba ludności kraju jest kształtowana poprzez ruch naturalny i migracje zagraniczne. Zmniejszenie się w 2014 r. liczby ludności było spowodowane głównie ujemnym saldem definitywnych migracji zagranicznych, jednocześnie odnotowano ujemny, chociaż niewielki ubytek naturalny.

W 2014 r. liczba urodzeń była mniejsza od liczby zgonów o 1,3 tys.; współczynnik przyrostu naturalnego (liczony na 1000 ludności) wyniósł -0,0‰ (przed rokiem także był ujemny i wyniósł - 0,5 ‰; na początku bieżącego stulecia był bliski 0‰, natomiast w 1990 r. wynosił ponad 4‰). Współczynnik przyrostu naturalnego jest zdecydowanie wyższy na wsi, gdzie w 2014 r. kształtował się na poziomie 0,7‰, podczas gdy w miastach odnotowano ubytek naturalny na poziomie - 0,5‰.

Drugim elementem powodującym spadek liczby ludności jest ujemne (notowane praktycznie w całym okresie powojennym) saldo migracji zagranicznych definitywnych (na pobyt stały), które w 2014 r. wyniosło -15,8 tys. *(wykres 1).* Największe ujemne wartości salda definitywnych zagranicznych migracji notowano w latach 2006-2007 (odpowiednio: -36 tys. oraz -20,5 tys. a także w 2013 r. – około -20 tys.).

Jak wspomniano wcześniej, w latach 2012-2014 odnotowano spadek liczebności populacji Polski – w tym okresie liczba ludności zmniejszyła się o około 60 tys. osób, w tym największy z notowanych dotychczas ubytek nastąpił w 2013 r. (liczba ludności zmniejszyła się o 37 tys. osób, a tempo spadku wyniosło -0,1%). Spadek liczby ludności Polski miał miejsce także w latach 1997- 2007 (zmniejszyła się ona wówczas o prawie 179 tys. osób) – którego bezpośrednią przyczyną była malejąca liczba urodzeń przy prawie nieistotnych zmianach w liczbie zgonów oraz ujemnym saldzie migracji zagranicznych na pobyt stały. Notowany w latach 2008-2011 wzrost liczby ludności Polski wiązał się głównie ze zwiększeniem liczby urodzeń oraz zmniejszeniem wartości ujemnego salda definitywnych migracji zagranicznych. Od 2012 r. obserwowany spadek liczby ludności Polski jest spowodowany przede wszystkim wysoką emigracją.

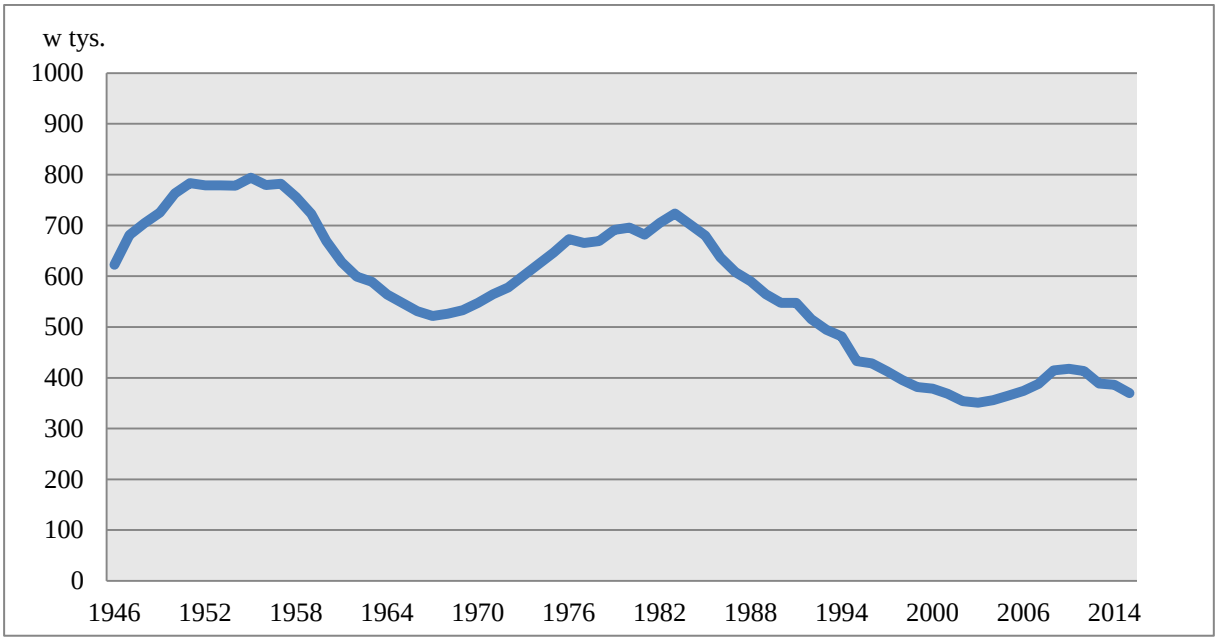
1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

W 2014 r. zarejestrowano 375 160 urodzeń żywych. Po notowanym przez cztery lata spadku liczby urodzeń nastąpił wzrost, tj. urodziło się o 5 584 dzieci więcej niż w 2013 r. Współczynnik urodzeń wyniósł 9,7‰ i był o 0,1 pkt-u wyższy w stosunku do poprzedniego roku, ale także o blisko połowę mniejszy niż w 1983 r. (rok ostatniego „baby boom" w Polsce – urodziło się wówczas ponad 723 tys. dzieci).

Obecnie liczba urodzeń jest prawie o połowę niższa w stosunku do wielkości rejestrowanych podczas ostatniego wyżu demograficznego, tj. we wspomnianej wcześniej pierwszej połowie lat 80. XX wieku (wykres nr 2). Po spadkowym okresie, który miał miejsce bezpośrednio po wyżu

demograficznym, liczba urodzeń powinna zdecydowanie rosnąć już od połowy lat 90. ubiegłego stulecia. Byłaby to naturalna konsekwencja wchodzenia wówczas w wiek najwyższej płodności licznych roczników kobiet urodzonych w latach 70. oraz w pierwszej połowie lat 80. ubiegłego wieku. Tymczasem obserwowano głęboką depresję urodzeniową, która trwała aż do 2003 r. (urodziło się wówczas 351,1 tys. dzieci - najmniej w całym okresie powojennym). W latach 2004-2009 liczba urodzeń wzrosła do niespełna 418 tys., był to wzrost spowodowany przede wszystkim realizacją urodzeń „odłożonych", odnotowano także zwiększenie liczby i odsetka urodzeń drugich i kolejnych. W efekcie znacząco zwiększyła się liczba matek w wieku 30-40 lat, przy czym wzrost ten dotyczył głównie rodzin zamieszkałych w miastach. Kolejne cztery lata ponownie przyniosły mniejszą liczbę urodzeń i - jak wspomniano wcześniej - dopiero w 2014 r. liczba urodzeń była wyższa niż w roku poprzednim.

Wykres nr 2. Urodzenia żywe w latach 1946-2014 - falowanie demograficzne



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Niska liczba urodzeń nie gwarantuje – już od prawie 25 lat – prostej zastępowalności pokoleń; od 1989 r. utrzymuje się okres depresji urodzeniowej. W 2014 r. współczynnik dzietności ogólnej wyniósł 1,29, co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) przypadało 129 urodzonych dzieci (w miastach – 122 na wsi – 139). Od lat 90. XX w. wartość współczynnika dzietności ogólnej kształtuje się poniżej 2, podczas gdy wielkość optymalna - określana jako korzystna dla stabilnego rozwoju demograficznego - to 2,10-2,15, tj. gdy na 100 kobiet w wieku 15-49 lat przypada średnio 210-215 urodzonych dzieci.

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

Obserwowane zmiany spowodowały przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20-24 lata do grupy 25-29 lat, a także znaczący wzrost płodności w grupie wieku 30-34 lata. W konsekwencji nastąpiło podwyższenie (w szczególności w minionych 10 latach) mediany wieku kobiet rodzących dziecko, która w 2014 r. wyniosła 29,5 lat wobec 26,1 lat w 2000 r. (w 1990 r. było to niewiele mniej, bo 26 lat). W tym okresie zwiększył się także średni wiek urodzenia pierwszego dziecka z 23,7 do 27,4 lat w 2014 r. (w 1990 r. wynosił 23 lata).

Jednocześnie w 2014 r. odnotowano o 1 205 mniej niż w roku poprzednim urodzeń żywych u kobiet, których wiek wynosił 19 lat i mniej. W 2014 r. miało miejsce łącznie 13 287 takich urodzeń, podczas gdy w 2013 r. było ich 14 492. Liczbę urodzeń żywych w tej grupie wiekowej obrazuje tabela nr 1.

Tabela nr 1. Urodzenia żywe w latach 2012-2014 według wieku matki wg GUS

Wiek matki w latach ukończonych	Urodzenia żywe		
	2012	2013 r.	2014
15 lat i mniej	342	286	305
16	945	886	838
17	2 469	2 271	2 099
18	4 692	4 278	3 968
19	7 256	6 771	6 077
razem	**15 704**	**14 492**	**13 287**

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

1.3. Umieralność

Zgodnie z danymi GUS w 2014 r. zmarło 376 467 osób, tj. o 10 845 mniej niż w 2013 r.; współczynnik umieralności wyniósł 9,8‰ (wobec 10,1‰ w 2013 r.). W ogólnej liczbie osób zmarłych 52% to mężczyźni.

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

może być związany z niekorzystnymi warunkami pogodowymi (np. surową zimą - jak miało to miejsce w latach 1999, 2012 i 2013 r.).

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

W 2014 r. zarejestrowano 772 przypadki pozostawienia noworodków w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne. Liczba ta zmalała o 75 w stosunku do 2013 r. Brakuje natomiast informacji o przyczynach pozostawiania noworodków przez matki. Należy także zaznaczyć, że brak jest danych, które pozwalałyby stwierdzić, ile noworodków zostało pozostawionych przez rodziców będących obywatelami innych krajów, jak również danych dotyczących liczby noworodków pozostawionych przez matki poza szpitalami. Liczbę noworodków pozostawionych w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne na przestrzeni lat 2005-2014 obrazuje tabela nr 2.

Tabela nr 2. Noworodki pozostawione w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne w latach 2005-2013

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

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

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. Nr 78, 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 2015 r. poz. 581, 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, które posiadają obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od tego czy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i 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. poz. 1520, z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz. U. poz. 1413, z późn. zm.),

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych* (Dz. U. poz. 1505 oraz z 2015 r. poz. 1495),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego* (Dz. U. poz. 1462 oraz z 2015 r. poz. 1262),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. poz. 1100 oraz z 2015 r. poz. 1514).

Głównym celem opieki medycznej nad kobietami w ciąży jest zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, umożliwiająca objęcie pacjentek opieką odpowiadającą ich potrzebom zdrowotnym. Istotnym jest zatem, aby ciąża była od początku nadzorowana przez fachowy personel medyczny. W tym zakresie za podstawowe należy uznać przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem*. Rozporządzenie to było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. *w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. Nr 187, poz. 1259). Aktualnie obowiązujące rozporządzenie, analogicznie jak wcześniejsze regulacje, wyznacza standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, 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 2016 r. poz. 186).

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 działania w zakresie promocji zdrowia oraz badania diagnostyczne i konsultacje medyczne, 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 z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu*

ludzkiego oraz 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. Jakość przepisów w tym zakresie, a więc jakość standardów, ma bezpośredni wpływ na jakość sprawowanej opieki.

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 ograniczeniom 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 oraz noworodek są w dobrym stanie.

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.

Odnosząc się do realizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia *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* należy wskazać, że mają one 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*. Kwestie dotyczące świadczeń

zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa, postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej, a także warunki wymagane od świadczeniodawców regulują zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitale, profilaktyczne programy zdrowotne.

Świadczenia udzielane kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mogły być w 2014 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 82/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub w oparciu o produkt dedykowany świadczeniodawcom prowadzącym opiekę nad kobietą w ciąży fizjologicznej „świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej – wykonywane zgodnie z zapisami określonymi w dokumencie: „Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem" stanowiącym załącznik do rozporządzenia o opiece okołoporodowej. Rozliczenie ww. świadczenia możliwe jest po wykazaniu w raporcie statystycznym świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych przypisanych właściwemu terminowi badania wskazanego w rozporządzeniu.

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

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

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
		rozpoznanie - ciąża (O00 - O99 oraz Z32 - Z36)			
		Wartość wykonanych świadczeń (w zł)	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
1	DOLNOŚLĄSKI	11 317 401	139 705	26 754	214
2	KUJAWSKO-POMORSKI	9 288 655	121 846	22 203	206
3	LUBELSKI	7 399 140	105 980	18 526	105

4	LUBUSKI	3 953 812	54 136	9 855	44
5	ŁÓDZKI	7 166 661	118 306	21 607	185
6	MAŁOPOLSKI	12 973 300	193 440	33 888	200
7	MAZOWIECKI	23 454 285	303 135	61 475	300
8	OPOLSKI	4 344 686	44 256	7 828	61
9	PODKARPACKI	6 909 078	109 613	18 508	118
10	PODLASKI	5 773 734	88 397	12 955	66
11	POMORSKI	12 143 221	157 527	26 881	135
12	ŚLĄSKI	13 342 968	228 230	38 102	446
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	3 246 243	43 568	8 798	122
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	7 081 153	100 176	16 236	107
15	WIELKOPOLSKI	15 233 386	169 888	29 351	245
16	ZACHODNIOPOMORSKI	6 842 431	103 101	17 611	126
	RAZEM	**150 470 153**	**2 081 304**	**370 578**	**2 680**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej 5.05.00.0000081		
		Wartość wykonanych świadczeń	Liczba wykonanych świadczeń	Liczba kobiet objętych opieką
1	DOLNOŚLĄSKI	3 120 112	22 866	7 709
2	KUJAWSKO-POMORSKI	4 538 810	35 647	9 894
3	LUBELSKI	1 430 669	10 185	3 393
4	LUBUSKI	1 305 360	10 718	3 848
5	ŁÓDZKI	1 592 451	12 581	5 004
6	MAŁOPOLSKI	1 724 009	13 137	4 580
7	MAZOWIECKI	9 004 862	66 767	20 731
8	OPOLSKI	2 903 663	20 834	5 417
9	PODKARPACKI	8 160	64	46
10	PODLASKI	331 365	2 501	1 358
11	POMORSKI	3 693 299	29 787	9 016
12	ŚLĄSKI	712 591	5 825	2 050
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	1 163 310	8 774	3 049
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 831 784	13 713	4 409
15	WIELKOPOLSKI	7 508 355	55 518	15 878
16	ZACHODNIOPOMORSKI	1 794 502	14 201	4 802
	RAZEM	**42 663 302**	**323 118**	**101 184**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Z kolei w ramach rodzaju świadczeń *Leczenie szpitalne* na rok 2014 w zakresie położnictwa i ginekologii na rzecz ciężarnych pacjentek zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej

na łączną kwotę 913 227 736 zł. Szczegółowe zestawienie świadczeń zrealizowanych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ zawiera tabela nr 5.

Tabela nr 5. Wartość rozliczonych w 2014 r. świadczeń w rodzaju *Leczenie szpitalne* w zakresie położnictwa i ginekologii na rzecz ciężarnych pacjentek

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia	Wartość zrealizowanych świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	70 797 324
KUJAWSKO-POMORSKI	51 141 116
LUBELSKI	56 228 744
LUBUSKI	23 607 740
ŁÓDZKI	67 632 854
MAŁOPOLSKI	79 361 023
MAZOWIECKI	137 777 796
OPOLSKI	22 385 715
PODKARPACKI	43 849 312
PODLASKI	26 536 276
POMORSKI	53 320 332
ŚLĄSKI	92 767 695
ŚWIĘTOKRZYSKI	30 533 118
WARMIŃSKO-MAZURSKI	31 630 276
WIELKOPOLSKI	89 967 748
ZACHODNIOPOMORSKI	35 690 668
Suma	**913 227 736**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2014 r. rozliczono 365 476 porodów sześcioma produktami rozliczeniowymi (Jednorodnymi Grupami Pacjentów).

Tabela nr 6. Liczba porodów w 2014 r.

OW 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 ROZSZERZONA, LECZENIE KOMPLEKSOWE > 10 DNI Z PW	N13 CIĘŻKA PATOLOGIA CIĄŻY ZAKOŃCZONA PORODEM ZABIEGOWYM > 3 DNI	**Razem**
DOLNOŚLĄSKI	19 789	391	3 008	1 863	25	1 494	**26 570**
KUJAWSKO-POMORSKI	15 975	464	1 131	1 243	8	536	**19 357**
LUBELSKI	11 925	210	3 832	1 353	16	434	**17 770**
LUBUSKI	7 728	138	673	405	3	453	**9 400**
ŁÓDZKI	14 744	587	3 997	1 686	45	414	**21 473**
MAŁOPOLSKI	26 898	597	5 767	623	49	700	**34 634**
MAZOWIECKI	46 167	1 161	6 290	2 019	37	1 855	**57 529**
OPOLSKI	6 332	130	1 239	311	1	473	**8 486**
PODKARPACKI	16 319	451	1 645	321		303	**19 039**
PODLASKI	9 090	205	810	572	6	195	**10 878**
POMORSKI	19 531	531	1 996	835	1	536	**23 430**
ŚLĄSKI	36 287	667	3 638	870	14	168	**41 644**
ŚWIĘTOKRZYSKI	6 041	98	2 307	694	11	551	**9 702**
WARMIŃSKO-MAZURSKI	11 588	148	900	548	31	347	**13 562**
WIELKOPOLSKI	28 031	555	4 835	1 367	7	2 007	**36 802**
ZACHODNIOPOMORSKI	13 826	368	197	516	7	286	**15 200**
Suma	**290 271**	**6 701**	**42 265**	**15 226**	**261**	**10 752**	**365 476**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W ramach powyższej liczby porodów, 156 474 porody zakończyły się cięciem cesarskim. Zestawienie liczby cięć cesarskich w poszczególnych oddziałach wojewódzkich przedstawia tabela nr 7.

Tabela nr 7 . Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2014 r.

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Liczba porodów
DOLNOŚLĄSKI	12 424
KUJAWSKO-POMORSKI	6 631
LUBELSKI	8 242
LUBUSKI	4 155
ŁÓDZKI	10 524
MAŁOPOLSKI	15 526
MAZOWIECKI	23 276
OPOLSKI	3 726
PODKARPACKI	9 620
PODLASKI	5 259
POMORSKI	7 553
ŚLĄSKI	18 203
ŚWIĘTOKRZYSKI	4 674
WARMIŃSKO-MAZURSKI	5 887
WIELKOPOLSKI	13 562
ZACHODNIOPOMORSKI	7 212
POLSKA	**156 474**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

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

W 2014 r. z budżetu państwa, w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia były finansowane następujące programy polityki zdrowotnej państwa, mające istotne znaczenie dla poprawy zdrowia kobiet i noworodków:

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

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

Celem głównym 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 – poprzez zastosowanie kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu. Program zmierza także do poprawy stanu zdrowia noworodków poprzez zlikwidowanie powikłań okresu noworodkowego. Głównym założeniem 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).

Cele szczegółowe programu to:

- zastosowanie diagnostyczne i terapeutyczne fetoskopii i laseroterapii w przypadkach wad rozwojowych i chorób płodu,
- zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej w nowych patologiach, które nie były realizowane w poprzednich edycjach programu,
- koordynowanie w krajowych ośrodkach (maksymalnie pięciu) zabiegów realizowanych w zakresie programu.

Wszystkie elementy realizacji programu wpływają na optymalizację opieki przedporodowej, porodowej i poporodowej. Modyfikacja techniki zabiegów wewnątrzmacicznych obejmuje czynności diagnostyczne, ustalanie antybiotykoterapii i terapii tokolitycznej u ciężarnej, przygotowanie strategii terapeutycznej. Z uwagi na fakt, iż przebieg każdego zabiegu nie jest identyczny, podczas wykonywania zabiegu podejmowane są przez operatorów nowe rozwiązania praktyczne, wzbogacające spektrum procedur i czynności. Dzięki danym uzyskanym na podstawie wykonywanych zabiegów możliwe jest przygotowanie prac, materiałów dydaktycznych na szkolenia, kongresy związane z problematyką terapii płodu.

Wdrożenie terapii wewnątrzmacicznej płodu daje możliwość zapewnienia nowego systemu opieki nad ciężarną i płodem, a także możliwość korekcji wewnątrzmacicznej i zmniejszenie destrukcyjnych następstw danej wady i choroby płodu. Dzięki temu możliwa jest poprawa

wewnątrzmacicznego stanu płodu, wydłużenie czasu trwania ciąży oraz rodzenie noworodka w lepszym stanie ogólnym. Wszystkie zaplanowane w programie zadania mogą być realizowane dzięki stworzeniu określonego schematu postępowania w niektórych grupach patologii, gdzie można połączyć techniki pełnej, kompleksowej diagnostyki prenatalnej z możliwością wewnątrzmacicznego leczenia płodu.

W 2014 roku na realizację programu przekazano środki w wysokości 1 320 478 zł.

2) Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012 - 2016 – w zakresie zadań na 2014 r.

Programem leczenia antyretrowirusowego są objęte wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne, których możliwość objęcia programem nie pozostaje w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym kobiety ciężarne zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami.

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

Leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także leczenie noworodków i niemowląt urodzonych przez matki zakażone HIV (profilaktyka zakażenia wertykalnego u noworodka) jest prowadzone według wskazań klinicznych, bez ograniczeń. W ramach realizacji programu w 2014 r. (analogicznie jak w latach poprzednich) przedmiotem finansowania przez Ministerstwo Zdrowia był zakup leków antyretrowirusowych, testów i szczepionek.

Poza lekami antyretrowirusowymi wszystkie dzieci (w wieku 0-18 lat) urodzone przez matki zakażone HIV otrzymują bezpłatnie szczepionki według specjalnego kalendarza szczepień opracowanego indywidualnie dla każdego z dzieci przez ośrodek referencyjny leczenia dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS (zalecenia zostały umieszczone w rekomendacjach PTN AIDS; rozdział Program szczepień ochronnych), znajdujący się przy Klinice Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Kalendarz szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV(+) jest stale modyfikowany, zgodnie z postępami wiedzy medycznej i zmianami sytuacji epidemiologicznej. Terminy szczepień są ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego dane dziecko. W kalendarzu

tym uwzględniono konieczność zastosowania zabitych (atenuowanych) szczepionek, które nie niosą ryzyka dodatkowych powikłań u osób z immunosupresją (zarówno dzieci lub/i ich opiekunów zakażonych HIV).

W związku z realizacją programu wg stanu na dzień 31 grudnia 2014 r. leczeniem ARV objęto 112 dzieci (0-18 lat) zakażonych HIV i chorych na AIDS.

W 2014 r. leczeniem ARV zostało objętych 57 kobiet w ciąży zakażonych HIV (miało miejsce 47 porodów). Leki antyretrowirusowe otrzymało 47 noworodków. U kobiet, które były leczone antyretrowirusowo przed zajściem w ciążę, leczenie to było kontynuowane, z ewentualnymi zmianami na mniej toksyczne dla dziecka. Dzięki zastosowaniu profilaktyki antyretrowirusowej, odsetek zakażeń HIV w grupie noworodków zmniejszył się z 23% przed rokiem 1989 do < 1,0% zakażeń obecnie.

W 2014 r. na realizację programu wykorzystano środki finansowe w wysokości 272 780 910,57 zł.

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

W ramach Programu jest realizowane zadanie dotyczące finansowania pozyskiwania i przechowywania komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej dla celów publicznych. Metoda przeszczepiania allogenicznych (niespokrewnionych) komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej jest bardzo istotną metodą leczenia w niektórych schorzeniach hematologicznych, w tym białaczek, pod warunkiem zwiększenia ilości pobranych i zbankowanych porcji krwi pępowinowej. Krew pępowinowa jest jedynym źródłem komórek krwiotwórczych do przeszczepienia ok ¼ chorych wymagających takiego zabiegu. Krew pępowinowa, jest pobierana podczas prostego, krótko trwającego zabiegu nie powodującego żadnego zagrożenia ani dla noworodka, ani dla jego matki. W 2014 r. na realizację w ramach programu ww. zadania przekazano środki finansowe w wysokości 218 613 zł.

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

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

Pozytywnym zjawiskiem jest obserwowany nieprzerwanie stały spadek **umieralności niemowląt**. W 2014 r. zarejestrowano **1 583 zgony dzieci w wieku poniżej 1. roku życia** (o ponad 100 mniej niż przed rokiem). Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych wyniósł 4,2‰ (w porównaniu do wartości 4,6‰ w 2013 r.) Był on również prawie 4 pkt mniejszy niż na początku tego wieku oraz o ok. 15 pkt mniejszy niż notowany na początku lat 90. ub. wieku.

Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt **około 70%** umiera przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia **(w okresie noworodkowym)**, w tym ponad połowa w okresie pierwszego tygodnia życia. Przyczyną prawie połowy zgonów niemowląt są **choroby i stany okresu okołoporodowego**, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka, kolejne **37%** zgonów są wynikiem **wrodzonych wad rozwojowych**, a pozostałe zgony są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami. Jednocześnie brak jest danych, czy istnienie wrodzonych wad rozwojowych, które mogły być rozpoznane w wyniku badań prenatalnych, zostało zdiagnozowane w trakcie trwania ciąży oraz czy w każdym przypadku badania takie były przeprowadzone.

Podobnie, jak ogólny współczynnik zgonów niemowląt, także współczynnik **umieralności okołoporodowej** (urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni na 1 000 urodzeń żywych i martwych) wykazuje tendencję spadkową. W 2014 r. kształtował się na poziomie 5,6‰, na początku tego stulecia wynosił prawie 10‰, zaś na początku lat 90-tych – prawie 20‰.

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

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

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

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

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

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

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

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

W 2014 r. leczenie antyretrowirusowe było finansowane z budżetu państwa w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w ramach realizacji scharakteryzowanego we wcześniejszej części niniejszego Sprawozdania programu polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012 - 2016".

Dla profilaktyki zakażeń wertykalnych istotne znaczenie mają również przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, 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.

Realizacja zadań z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS została powierzona Krajowemu Centrum ds. AIDS, będącego 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 poprzez:

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 z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Działania Krajowego Centrum do Spraw AIDS obejmują swoim spektrum m.in. profilaktykę zakażeń wertykalnych.

Dodatkowo, w 2014 r. Krajowemu Centrum ds. AIDS powierzone zostało podjęcie działań profilaktyczno-edukacyjnych również w zakresie zakażeń przenoszonych droga płciową (ZPDP).

Podstawą prawną działań jest m. in. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. *w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS* (Dz. U. Nr 44, poz. 227). Zadania były realizowane zgodnie z „Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanym na lata 2012 - 2016".

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

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

W Krajowym Centrum ds. AIDS działa także Telefon Informacyjny (022 331 77 66) – czynny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Centrum. Umożliwia on uzyskanie informacji z zakresu HIV/AIDS osobom kontaktującym się z Centrum. Poza Telefonem Informacyjnym Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadzi również Program Telefon Zaufania AIDS, który jest profilaktycznym programem ogólnopolskim, skierowanym do populacji ogólnej, adresowanym do wszystkich osób zainteresowanych problematyką HIV/AIDS.

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

Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadzi również szereg kampanii informacyjnych. Dwie z nich były bezpośrednio związane z wykonywaniem badań w kierunku HIV u kobiet w ciąży. Pierwsza z tych kampanii została zainicjowana w listopadzie 2013 r. i była kontynuowana w 2014 r. Była to społeczna kampania informacyjna pn.: „Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV". Kampania była skierowana do środowisk medycznych – w szczególności do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy specjalistów z zakresu położnictwa i ginekologii oraz pielęgniarek i położnych, a przez te grupy zawodowe – do ogółu społeczeństwa. Głównym celem kampanii było upowszechnienie wczesnej diagnostyki zakażenia HIV, przez m.in. popularyzację aktualnych rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS w zakresie testowania w kierunku HIV, a w szczególności wskazań klinicznych do zlecania pacjentowi badania na obecność wirusa. Kampania przypominała również, że zakażenie HIV należy wziąć pod uwagę w trakcie diagnostyki.

Drugą kampanię Krajowe Centrum ds. AIDS rozpoczęło w listopadzie 2014 r. Była to ogólnopolska społeczna kampania informacyjna pt. „Jeden test. Dwa życia. Zrób test

na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™". Przekaz tej kampanii społecznej kierowany jest do kobiet w wieku prokreacyjnym, a także do lekarzy ginekologów. Kampania przypomina, że lekarz ma obowiązek zaproponować pacjentce będącej w ciąży badanie w kierunku HIV. Test powinien zostać wykonany przed 10. tygodniem ciąży oraz między 33. a 37. tygodniem. Celem kampanii było zmniejszenie liczby zakażeń HIV wśród nowo narodzonych dzieci oraz zwiększenie świadomości dotyczącej testowania w kierunku HIV wśród osób dorosłych – także wśród przyszłych ojców, którzy mogą wykonać test anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Kampanii towarzyszyło wydanie ulotek informacyjnych skierowanych do kobiet w ciąży i planujących macierzyństwo, a także plakatu połączonego z kalendarzem, który pozwoli na obecność najważniejszych treści kampanii przez cały rok, np. w podmiotach leczniczych, gabinetach lekarskich itp.

Poza scharakteryzowanymi powyżej działaniami Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadziło także inne kampanie o charakterze informacyjnym, mające na celu zachęcenie do niepodejmowania zachowań ryzykownych mogących prowadzić do zakażenia HIV, w tym w obszarze zdrowia prokreacyjnego. Jedną z takich kampanii była społeczna akcja profilaktyczna z okazji walentynek pn.: „Mój Walenty jest the best, idzie ze mną zrobić test", w ramach której wykorzystano m.in. 100 000 walentynkowych kartek pocztowych zachęcających do wykonania testu w kierunku HIV. Główne przesłanie tej akcji profilaktycznej brzmiało następująco: wykonanie testu w kierunku HIV należy traktować jako wyraz troski o zdrowie – zarówno swoje własne, jak i naszego Walentego lub Walentynki.
Z kolei z okazji Światowego Dnia AIDS zorganizowano outdoorową akcję profilaktyczną przebiegającą pod hasłem „Coś Was łączy? Zrób test na HIV". W drugiej połowie listopada i na początku grudnia 2014 r. billboardy zlokalizowane w wielu polskich miastach (72 nośniki) i spoty w Metrze Warszawskim (10 dni, 40 036 emisji) zachęcały młodych, pełnoletnich Polaków do wykonania testu w kierunku HIV. Akcja ta zbiegła się i była również częścią Europejskiego Tygodnia Testowania, który w 2014 r. odbywał się w dniach 21-28 listopada (www.hivtestingweek.eu, www.hiveurope.eu).
Główną ideą tego przedsięwzięcia było umożliwienie jak największej liczbie osób wykonania testu diagnostycznego w kierunku HIV. Ważne było połączenie działań ekspertów z całej Europy zajmujących się na co dzień tematyką HIV i AIDS, aby wspólnie zachęcali ludzi do wykonania testu w kierunku HIV i propagowali wczesną diagnostykę zakażeń.

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

- „Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz", tj. broszury skierowanej do ogółu społeczeństwa zawierającej podstawowe informacje na temat HIV/AIDS i obalającej mity związane z zakażeniem,
- „Informacja o HIV/AIDS. Zrób test na HIV", tj. ulotki edukacyjnej zachęcającej do wykonania testu w kierunku HIV, w której zawarto podstawowe informacje na temat HIV i AIDS, m.in. nt. dróg zakażenia HIV, a także ogólne informacje o tym, gdzie można szukać pomocy,
- ulotki w formie kartki walentynkowej oraz w formie podkładki pod kubek z motywem walentynkowym, w przystępnej, lekkiej formie przekazującej informacje, gdzie można zrobić test oraz gdzie zwrócić się po pomoc (autorami hasła i projektu graficznego są uczniowie, którzy wygrali konkurs zorganizowany przez Krajowe Centrum ds. AIDS w 2013 r.),
- „HIV/AIDS?! O co kaman?!", tj. broszury przeznaczonej dla młodzieży, skonstruowanej w konwencji pytań i odpowiedzi wyjaśniających podstawowe pojęcia dotyczące HIV/AIDS, w tym dróg zakażenia (broszura była efektem dialogu między Krajowym Centrum ds. AIDS a uczniami gimnazjów),
- „Zakażenia HIV i AIDS – poradnik dla lekarzy", którego nadrzędnym celem było dostarczenie lekarzom i pozostałym zainteresowanym tematem pracownikom medycznym, a także studentom, wysokiej jakości wiedzy naukowej, opartej na najnowszych faktach badawczych, zweryfikowanych klinicznie, aby móc zminimalizować zakres pandemii i zjawisk chorobowych, wynikających z zakażenia HIV,
- „Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie", tj. broszury skierowanej do ogółu społeczeństwa, przekazującej podstawowe informacje na temat najczęściej występujących zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym HIV (dzięki zwięzłej formie i atrakcyjnej grafice broszura jest szczególnie polecana do wykorzystania podczas działań edukacyjno-informacyjnych prowadzonych wśród młodych odbiorców);
- „Choroby przenoszone drogą płciową", tj. broszury skierowanej do środowiska medycznego, zawierającej przydatne informacje na temat najpopularniejszych chorób przenoszonych drogą płciową przedstawionych w sposób użyteczny w codziennej praktyce lekarskiej.

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

W 2014 r. Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadziło szkolenia dla pracowników medycznych i osób prowadzących działania edukacyjne w kontekście problematyki HIV/AIDS, tj. nauczycieli, pedagogów oraz innych grup zawodowych. Szkolenia miały zasięg ogólnopolski. Szkolenia dla pracowników medycznych były skierowane do pracowników publicznych i niepublicznych podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Szkolenia dla osób prowadzących działania edukacyjne w zakresie podstawowej wiedzy na temat HIV i AIDS były natomiast adresowane do pracowników kuratoriów oświaty, placówek szkolno-wychowawczych, działów oświaty zdrowotnej wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, struktur jednostek samorządowych i wojewódzkich.

Uczestnicy szkoleń dla pracowników medycznych otrzymali nagraną na CD w formacie PDF publikację „Fakty na temat HIV i AIDS dla pielęgniarek i położnych" oraz broszury „HIV/AIDS dla lekarzy rodzinnych" dla lekarzy o specjalności innej niż ginekologia i profesjonalistów medycznych, „HIV/AIDS dla ginekologów", „HIV/AIDS dla pielęgniarek i położnych", ulotki „Kiedy powinno się proponować test na HIV". Osoby szkolące się w celu zdobycia wiedzy niezbędnej do prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie podstawowej wiedzy na temat HIV i AIDS otrzymały publikację na płycie CD w formie flipbooka, pt.: „Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową. Edukacja młodzieży szkolnej". W 2014 r. przeszkolono 191 osób.

Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadziło także szkolenia certyfikacyjne na doradców uprawniające do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS. Osoby, które pomyślnie ukończyły szkolenie otrzymały certyfikat poświadczający zdobycie wiedzy i umiejętności niezbędnych do pracy w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), gdzie można anonimowo i nieodpłatnie wykonać test w kierunku HIV oraz otrzymać poradnictwo przed wykonaniem badania i po nim. W wyniku zrealizowanego szkolenia certyfikat doradcy uprawniający do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS otrzymało 16 osób.

W 2014 r., podobnie jak we wcześniejszych latach, Krajowe Centrum ds. AIDS kontynuowało działalność szkoleniową prowadzoną z wykorzystaniem portalu edukacyjnego www.hiv-aids.edu.pl. W roku 2014 r. Naczelna Izba Lekarska przyznała szkoleniu e-learningowemu, które prowadzi Krajowe Centrum ds. AIDS na ww. portalu, nową

akredytację, dzięki czemu uczestnicy kursu otrzymują 10 punktów edukacyjnych za wzięcie udziału w szkoleniu.
Portal oferuje kursy na temat wiedzy o HIV i AIDS lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologom, pielęgniarkom i położnym oraz doradcom pracującym w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), gdzie nieodpłatnie i anonimowo są przeprowadzane testy w kierunku HIV. Kurs składa się z szeregu videocastów, wykładów, prezentacji i artykułów opracowanych przez specjalistów zajmujących się HIV/AIDS od wielu lat. Szkolenie zawiera test sprawdzający wiedzę. Nabyta wiedza potwierdzona jest certyfikatem. Każdy uczestnik programu ma własne konto edukacyjne, na którym znajdują się informacje dotyczące przebiegu szkolenia.

Ponadto, wartą zaznaczenia jest również działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo i bezpłatnie badanie w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. W 2014 roku funkcjonowało 31 takich punktów.
Podstawowym zadaniem realizowanym w punktach jest wykonywanie bezpłatnie i anonimowo testów na obecność HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzone jest poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane są porady w zakresie bezpieczniejszych zachowań seksualnych i inne wynikające z sytuacji pacjenta. Dzięki poradnictwu możliwe jest uzyskanie niezbędnych informacji dotyczących statusu serologicznego, a także adresów instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Informacje gromadzone w punktach anonimowego testowania pozwalają uzyskać niezbędne dane statystyczne i epidemiologiczne, dotyczące m.in. dróg zakażenia oraz trendów ryzykownych zachowań. Pozwala to na podejmowanie działań profilaktycznych i właściwą alokację środków na tę działalność.
Każdy test jest poprzedzany rozmową z doradcą. Podczas rozmowy szacuje się ryzyko zakażenia HIV w odniesieniu do indywidualnych zachowań klienta. Jeżeli wynik testu okazuje się ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłości nie zakazić się wirusem. Natomiast jeśli wynik jest dodatni, doradca rozmawia o możliwościach leczenia i pomocy.

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

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

Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), jednostkę podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W 2014 r. PARPA podjęła w rozważanym obszarze szereg działań, szczególne znaczenie mają w tym zakresie przedsięwzięcia o charakterze informacyjno-edukacyjnym podejmowane w kwestii FAS/FASD.

Alkohol może spowodować u dziecka 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 widoczne ze względu na mniejszy stopień nasilenia, a częstotliwość ich występowania jest prawdopodobnie ok. 10-krotnie wyższa niż FAS. 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). 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 2014 r. obejmowały kontynuowanie realizacji Projektu Badawczego (2012-2014) dotyczącego Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) - Populacyjne badanie rozpowszechnienia FASD w Polsce oraz walidacji różnych metod badań przesiewowych dzieci w wieku 7-9 lat. Celem badań było oszacowanie wielkości populacji dzieci z FASD oraz wypracowanie najbardziej efektywnych narzędzi diagnostycznych. W projekcie uczestniczyły dzieci w wieku 7-9 lat z powiatów żywieckiego i leżajskiego, z Krakowa i Kielc. Etap badań realizowany w 2014 r.

związany był z wykonaniem baterii testów psychologicznych oraz oceną zaburzeń wzrostu i wagi, jak również deficytów OUN u dzieci. W wyniku przeprowadzonych badań oszacowano, że w Polsce rodzi się co najmniej 4 dzieci z FAS na każde 1 000 żywych urodzeń oraz 20dzieci na 1 000 z FASD.

W 2014 r. kontynuowano także współpracę merytoryczną z Centrum Kompleksowej Diagnostyki i Terapii Dzieci z FASD w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. Św. Ludwika w Krakowie. Jest to pierwsze w Polsce miejsce diagnozy i pomocy dzieciom z FASD funkcjonujące w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych kontynuowała działania zmierzające do utworzenia sieci wsparcia placówek zajmujących się diagnozowaniem oraz wsparciem terapeutycznym dzieci z FASD i ich rodzin (m.in. Kraków, Żywiec, Toruń, Lędziny, Kielce, Szczecin, Gdynia) oraz do utworzenia standardów diagnozy i pomocy. W 2014 r. zorganizowano spotkanie przedstawicieli placówek zajmujących się pomocą dzieciom z FASD w Polsce, które było okazją do podzielenia się doświadczeniami z pracy oraz wypracowania wspólnych standardów diagnostycznych.

W oparciu o przyjęte kryteria diagnostyczne zorganizowano szkolenie dla zespołów diagnostycznych, w skład których wchodzi lekarz i psycholog. W szkoleniu wzięło udział 12 zespołów z różnych części Polski. Rozpoczęto opracowywanie materiału dydaktycznego w formie filmu edukacyjnego dotyczącego diagnozy dzieci z FASD. Materiał filmowy został zarejestrowany podczas szkolenia zespołów diagnostycznych.

We współpracy z Mazowieckim Urzędem Wojewódzkim zorganizowano szkolenie dotyczące spektrum zaburzeń wywołanych spożywaniem alkoholu przez kobiety w ciąży. W szkoleniu uczestniczyło ok. 100 specjalistów z różnych dziedzin – lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni, pedagodzy, kuratorzy sądowi. Szkolenie obejmowało 6 godz. wykładów poświęconych specyfice funkcjonowania dzieci z Alkoholowym Zespołem Płodowym.

W celu upowszechniania wiedzy dotyczącej szkód zdrowotnych u dzieci wynikających z picia alkoholu przez matki w okresie ciąży, włączono się także we współpracę z Fundacją MEDERI przy organizacji Ogólnopolskiej XI naukowej konferencji nt. „Interwencje w przypadku przemocy w rodzinie. Aspekty psychosomatyczne doznawania przemocy". Elementem tej konferencji był wykład dotyczący szkód zdrowotnych u dzieci, których matki piły alkohol w czasie ciąży. Konferencja odbyła się w dniu 12 grudnia 2014 r. na terenie

Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Uczestniczyło w niej ponad 200 lekarzy i pielęgniarek.

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

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

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 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 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 poprzez szereg aktów prawnych pozostających w kompetencji Ministra Pracy i Polityki Społecznej, z których najważniejszymi są:

- ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych* (Dz. U. z 2015 r. poz. 121, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa* (Dz. U. z 2014 r. poz. 159, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. z 2015 r. poz. 114, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, 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 2015 r. poz. 332, z późn. zm.).

3.1. Świadczenia rodzinne

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

1) zasiłek rodzinny – świadczenie podstawowe, którego wysokość od listopada 2012 r. wynosi 77 zł miesięcznie na dziecko do ukończenia 5. roku życia; podstawowym warunkiem nabycia prawa do zasiłku rodzinnego jest spełnianie kryterium dochodowego, które w okresie od 1 listopada 2012 r. do 31 października 2014 r. wynosiło 539 zł netto na osobę w rodzinie lub 623 zł netto na osobę w rodzinie, gdy członkiem rodziny jest niepełnosprawne dziecko, zaś od 1 listopada 2014 r. kwoty kryterium dochodowego wynoszą odpowiednio: 574 zł i 664 zł;
2) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka przysługujący w kwocie 1 000 zł jednorazowo;
3) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego przysługujący w kwocie 400 zł miesięcznie;
4) jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. „becikowe") w kwocie 1 000 zł jednorazowo (od 1 stycznia 2013 r. warunkiem nabycia prawa do tego świadczenia jest spełnianie kryterium dochodowego, które wynosi 1 922 zł netto na osobę w rodzinie).

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

Przepisy ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* dają również gminom możliwość przyznawania i wypłaty – finansowanych ze środków własnych gminy – zapomogi z tytułu urodzenia dziecka oraz podwyższenia ustawowej wysokości kwot dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka oraz z tytułu opieki

nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego (kwoty te zależne są od uchwały rady gminy).

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

W 2014 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- przeciętnie miesięcznie 549,9 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 508,1 mln zł,
- 115,8 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 115,8 mln zł,
- przeciętnie miesięcznie 46 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 213,2 mln zł,
- 278,9 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 278,9 mln zł.

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

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przygotowywało nowe rozwiązania legislacyjne, wynikające z expose Prezesa Rady Ministrów wygłoszonego w październiku 2014 r., których jednym z celów jest zwiększenie dostępności wsparcia materialnego ze środków budżetu państwa rodzin z dziećmi na utrzymaniu o relatywnie niskich dochodach.

Pierwsze z nich dotyczy stworzenia, w ramach systemu świadczeń rodzinnych, mechanizmu „złotówka za złotówkę", dzięki któremu przekroczenie kryterium dochodowego nie spowoduje utraty prawa do otrzymywania zasiłków rodzinnych wraz z dodatkami, a jedynie obniżenie ich wysokości o kwotę przekroczenia ww. kryterium.

Drugie zaś dotyczy wprowadzenia świadczenia rodzicielskiego w kwocie 1 000 zł miesięcznie dla osób, które nie są uprawnione do zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia

macierzyńskiego (np.: bezrobotni, studenci, osoby pracujące na podstawie umów cywilno-prawnych) albo wyrównanie do tej kwoty otrzymywanego już zasiłku lub uposażenia macierzyńskiego, jeśli jego kwota wynikająca z innych przepisów miałaby być niższa. Świadczenie rodzicielskie przysługiwałoby przez okres 52. tygodni od dnia porodu w przypadku urodzenia jednego dziecka lub dłużej w przypadku porodu mnogiego.

Powyższe rozwiązania weszły w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

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. jest 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, zaś w klubie dziecięcym od 1. roku życia. Do zadań żłobka, klubu dziecięcego i dziennego opiekuna należy w szczególności: zapewnienie dziecku opieki w warunkach bytowych zbliżonych do warunków domowych; zagwarantowanie dziecku właściwej opieki pielęgnacyjnej oraz edukacyjnej przez prowadzenie zajęć zabawowych z elementami edukacji i z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb dziecka; prowadzenie zajęć opiekuńczo-wychowawczych i edukacyjnych, uwzględniających rozwój psychomotoryczny dziecka, właściwych do wieku dziecka.

Jak wynika z gromadzonych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej sprawozdań z wykonywania zadań z zakresu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, wg stanu na dzień 31 grudnia 2014 r., w objętych rejestrem 1 667 żłobkach i 384 klubach dziecięcych funkcjonowało łącznie 70,9 tys. miejsc opieki nad małymi dziećmi, z tego 65,1 tys. w żłobkach i 5,8 tys. w klubach dziecięcych. Spośród 42,8 tys. dzieci uczęszczających do żłobków 1,6 tys. stanowiły dzieci w wieku poniżej 1. roku życia. Ponadto gminy zatrudniały 442 dziennych opiekunów, pod opieką których znajdowało się 541 dzieci, w tym 13 w wieku poniżej 1. roku życia.

W 2014 r. wydatki gmin na utrzymanie i rozwój instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 wyniosły ogółem 652,7 mln zł.

Na mocy art. 62 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej 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 instytucji opieki nad małymi dziećmi (żłobek, klub dziecięcy i dzienny opiekun).

W 2014 r. Programem „Maluch" objęto 706 instytucji gminnych oraz niepublicznych i dofinansowano utworzenie lub zapewnienie funkcjonowania 14 982 miejsc opieki nad małymi dziećmi. Dofinansowano:

- 552 żłobki, w których utworzono 3 599 nowych miejsc opieki, zaś w sumie dofinansowaniem w żłobkach objęto 13 161 miejsc opieki,
- 94 kluby dziecięce, w których utworzono 700 nowych miejsc opieki, zaś w sumie dofinansowaniem w klubach objęto 1 581 miejsc opieki,
- 60 dziennych opiekunów, u których utworzono 219 nowych miejsc opieki, zaś łącznie z zapewnieniem funkcjonowania dofinansowano w tej instytucji 240 miejsc opieki.

Oprócz dofinansowania utworzenia 4 518 nowych miejsc opieki nad małymi dziećmi, o których mowa powyżej i funkcjonowania 5 098 miejsc powstałych z udziałem Programu „Maluch" w latach 2011-2013, dofinansowano także miejsca utrzymywane w instytucjach niepublicznych, powstałe bez udziału Programu (przekazane środki budżetowe obniżały opłaty ponoszone przez rodziców za dziecko objęte opieką - nie więcej niż 176 zł miesięcznie za 1 dziecko).

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 pracę (od nadwyżki nad kwotą minimalnego wynagrodzenia ww. składki opłaca rodzic).

W 2014 r. 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. 8,3 tys. nian, z tego 8 tys. kobiet i 0,3 tys. mężczyzn (dane ZUS wg stanu na grudzień 2014 r.). W 2014 r. kwota przypisu składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne za nianie wyniosła łącznie 47,1 mln zł, z tego 36,9 mln na ubezpieczenia społeczne i 10,2 mln zł na ubezpieczenie zdrowotne.

W ramach Działania 1.5 Wspieranie rozwiązań na rzecz godzenia życia zawodowego i rodzinnego Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w 2014 r. kontynuowano nadzór nad realizacją projektów wyłonionych do dofinansowania w ramach dwóch ogłoszonych w 2012 r. konkursów pt.: „Wspieranie rozwiązań na rzecz godzenia życia zawodowego i rodzinnego" (dofinansowanie projektów mających na celu wdrażanie i upowszechnianie rozwiązań służących godzeniu życia zawodowego i rodzinnego oraz wspierających powrót do pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dzieci poprzez wsparcie tworzenia i funkcjonowania żłobków oraz klubów dziecięcych i wsparcie usług świadczonych przez dziennego opiekuna, a także upowszechnianie idei równych szans).

Grupę docelową tych działań były osoby powracające na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i/lub wychowaniem dzieci oraz pracodawcy.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2014 r., łącznie w ramach Działania 1.5 podpisano 239 umów o dofinansowanie realizacji projektów na kwotę kontraktacji o wartości 220,4 mln zł (7 umów zostało rozwiązanych), zakończyła się realizacja 170 projektów.

Do dnia 31 grudnia 2014 r. działalność rozpoczęło:

- 299 żłobków,
- 30 klubów dziecięcych,
- 49 instytucji dziennego opiekuna,
- wsparciem objęto 10 355 uczestników, zaś 7 303 osoby powróciły na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i/lub wychowywaniem dzieci.

Beneficjenci zobowiązani są do zachowania trwałości działań, tj. zapewnienia dalszego funkcjonowania placówek zgodnie z zapisami wniosków o dofinansowanie projektów.

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

3.3. Pomoc społeczna

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

1) świadczenia finansowe z pomocy społecznej

Jeżeli dochód kobiet w ciąży nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego, które w 2014 r. zgodnie z § 1 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2012 r. *w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej* (Dz. U. poz. 823) wynosiło dla osoby samotnie gospodarującej 542 zł, zaś dla osoby w rodzinie - 456 zł, 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 – 542 zł a dochodem tej osoby albo 50% różnicy między kryterium dochodowym rodziny – liczba osób w rodzinie pomnożona przez 456 zł (kryterium dochodowe dla osoby w rodzinie) a dochodem tej rodziny, przy czym w obydwu przypadkach nie mniej niż 20 zł).

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 posiadają status ośrodków wsparcia prowadzonych przez samorząd powiatowy. Na mocy ustawy z dnia 12 marca 2004 r.

o pomocy społecznej 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. Nr 43, 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, która/y doznał(a) przemocy lub znajduje się w sytuacji kryzysowej. Możliwe jest ich przyjęcie bez skierowania w razie zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa, ale o jej dalszym pobycie decyduje starosta na podstawie rodzinnego wywiadu środowiskowego oraz opinii ośrodka pomocy społecznej uzasadniającej pobyt w domu.

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 natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb – poradnictwa socjalnego lub prawnego, w sytuacjach uzasadnionych – schronienia do 3 miesięcy.

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 opieką 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.

Ogółem w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2014 r. z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa udzielono pomocy 126 329 rodzinom, w tym 76 075 rodzinom ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy rodzin, 79 914 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na wielodzietność (54 885 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2014 r. 227 343 rodziny, w tym 98 349 rodzin ze środowisk wiejskich.

W 2014 r. w Polsce funkcjonowały 3 powiatowe domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży o zasięgu ponadgminnym. Dysponowały one 23 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 38 osób. Funkcjonowało również 11 domów prowadzonych na zlecenie powiatu przez inne podmioty (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia kościelne i inne) z 350 miejscami, z których skorzystało w ciągu roku 689 osób. Jednocześnie funkcjonowały 4 domy tego typu o zasięgu lokalnym, prowadzone przez gminę, w których z 91 miejsc skorzystało 117 osób oraz 4 prowadzone przez inny pomiot, które dysponowały 96 miejscami, a skorzystało z nich 113 osób.

W 2014 r. ogółem działało 200 ośrodków interwencji kryzysowej. Prowadzenie ośrodka interwencji kryzysowej jest zadaniem własnym powiatu, jednakże zadanie to realizowane jest również przez gminy. W 2014 r. powiaty prowadziły 137 ośrodków, w których pomoc znalazło 44 702 osoby, natomiast podmioty niepubliczne prowadziły 34 takie ośrodki, udzielając pomocy 6 949 osobom. Jednocześnie gminy prowadziły 19 ośrodków tego typu, w których pomoc uzyskało 7 578 osób, podmioty niepubliczne prowadziły 10 ośrodków, gdzie pomoc znalazło 2 238 osób.

W 2014 r. udzielono w gminach porad specjalistycznych 55 115 osobom w 92 ośrodkach specjalistycznego poradnictwa rodzinnego prowadzonych przez gminy i 4 924 osobom w 15 ośrodkach niepublicznych. Natomiast w powiatach funkcjonowało 91 jednostek

specjalistycznego poradnictwa rodzinnego o zasięgu ponadgminnym, prowadzonych przez powiat oraz 19 poradni prowadzonych w powiecie przez podmioty niepubliczne. Z usług jednostek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego skorzystały 34 283 osoby w poradniach prowadzonych przez powiat i 14 052 osoby w poradniach ponadgminnych 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 Pracy i Polityki Społecznej, na stronach internetowych powiatowych centrów pomocy rodzinie oraz ośrodków pomocy społecznej. Wiele gmin i powiatów przygotowuje informatory o dostępnych świadczeniach z pomocy społecznej.

3.4. System wspierania rodziny i pieczy zastępczej

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej reguluje kwestie organizacji systemu opieki nad dzieckiem i rodziną je wychowującą, jeżeli ma ona trudności w prawidłowym wypełnianiu swoich funkcji, głównie natury opiekuńczo-wychowawczej. Działania podejmowane w ramach tego systemu mają zapewnić rodzinie taką pomoc, aby w jej efekcie wyeliminowane zostało zagrożenie zabrania dziecka z rodziny lub zapewniony został szybki powrót do rodziny dziecku, które z uwagi na jego dobro okresowo musiało zostać umieszczone poza rodziną. Istotna jest w tym rola asystenta rodziny, do zadań którego 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. Tym niemniej 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 o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej, zawodowej, w tym zawodowej pełniącej funkcję pogotowia rodzinnego i zawodowej specjalistycznej), w rodzinnym domu dziecka, placówce opiekuńczo-wychowawczej (typu: socjalizacyjnego, interwencyjnego, specjalistyczno-terapeutycznego, rodzinnego), regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej i interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym. 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 ciąży oraz pacjentkom oddziałów ginekologiczno-położniczych, które sygnalizują zamiar pozostawienia dziecka bezpośrednio po urodzeniu dziecka. Ośrodki adopcyjne – jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej – prowadzone są przez marszałków województw. Ponadto na szczeblu samorządu wojewódzkiego funkcjonują interwencyjne ośrodki preadopcyjne, w których umieszcza się dzieci wymagające specjalistycznej opieki, a 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 z tego powodu nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej.

Zgodnie z art. art. 119^1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz. U. z 2015 r. poz. 2082) 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.

Jak wynika z gromadzonych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej danych, wg stanu na dzień 31 grudnia 2014 r., w pieczy zastępczej przebywało łącznie 77 348 dzieci, z tego:

- w rodzinach zastępczych spokrewnionych 32 405 dzieci, w tym 199 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w rodzinach zastępczych niezawodowych 15 890 dzieci, w tym 154 dzieci w wieku poniżej 1 roku życia,
- w rodzinach zastępczych zawodowych 6 773 dzieci, w tym 572 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w rodzinnych domach dziecka 2 583 dzieci, w tym 84 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w placówkach opiekuńczo-wychowawczych 19 517 dzieci, w tym 300 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia.

W różnych formach pieczy zastępczej przebywało łącznie 318 małoletnich matek.

W funkcjonujących w Polsce 6 regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych oraz 2. interwencyjnych ośrodkach preadpocyjnych przebywało, wg stanu na dzień 31 grudnia 2014 r., łącznie 180 dzieci, z tego 144 w regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych i 36 w interwencyjnych ośrodkach preadpocyjnych, w tym dzieci w wieku poniżej 1 roku życia odpowiednio: 2 i 36 dzieci.

W 2014 r., przysposobiono łącznie 3 492 dzieci (zarówno w przysposobieniu krajowym, jak i międzynarodowym), w tym 754 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia.

3.5. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

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

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

W roku 2014 w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie zostały zrealizowane następujące zadania:

1) uruchomienie środków na utrzymanie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie;
2) uruchomienie środków na realizację programów korekcyjno-edukacyjnych dla sprawców;
3) realizacja ogólnopolskiej kampanii społecznej. Opracowanie we współpracy z Ministerstwem Sprawiedliwości i Komendą Główną Policji „Karty informacyjnej dla osoby stosującej przemoc w rodzinie"; ww. Karta została przekazana do urzędów marszałkowskich celem dalszej bezpłatnej dystrybucji do samorządów gminnych i powiatowych realizujących zadania na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
4) dofinansowanie szkoleń dla osób realizujących zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie;
5) realizacja ogólnopolskiej kampanii społecznej pn. „Reaguj na przemoc";
6) na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej zostały przeprowadzone badania naukowe pn. „Diagnoza i porównanie skali zjawiska przemocy w rodzinie oraz ocena efektywności działań podejmowanych na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie" realizowane w ramach Projektu Predefiniowanego pn. „Rodzina polska wolna od przemocy" dla Programu Operacyjnego PL 14 „Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i przemocy ze względu na płeć", współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego (NMF) na lata 2009-2014";
7) odbyła się ogólnopolska konferencja pn. „Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie 2014-2020 - teraźniejszość i przyszłość" (podczas konferencji został szczegółowo omówiony Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020, w czterech głównych obszarach problemowych: profilaktyki i edukacji społecznej, ochrony i pomocy osobom dotkniętym przemocą w rodzinie, oddziaływania na osoby stosujące przemoc w rodzinie oraz podnoszenia kompetencji służb i przedstawicieli podmiotów realizujących działania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie);
8) ustanowiony został Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020 Uchwałą Nr 76 Rady Ministrów z dnia 29 kwietnia 2014 r. w sprawie

ustanowienia Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020 (M.P. poz. 445).

Jednym z zadań związanych z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie jest tworzenie i prowadzenie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie. Standard usług świadczonych przez te jednostki oraz szczegółowe kierunki prowadzenia oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec sprawców przemocy określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 lutego 2011 r. *w sprawie standardu podstawowych usług świadczonych przez specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, kwalifikacji osób zatrudnionych w tych ośrodkach, szczegółowych kierunków prowadzenia oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc w rodzinie oraz kwalifikacji osób prowadzących oddziaływania korekcyjno-edukacyjne* (Dz. U. Nr 50, poz. 259). W specjalistycznych ośrodkach wsparcia, obok zapewnienia podstawowych potrzeb, ofiary przemocy w rodzinie otrzymują profesjonalne wsparcie medyczne, socjalne, psychologiczne, prawne. W ramach działań wynikających z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie realizowane są również programy oddziaływań korekcyjno-edukacyjne dla sprawców przemocy w rodzinie.

3.6. Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

Zagadnienia związane z ochroną rodzicielstwa pracowników zamieszczone są w dziale ósmym Kodeksu pracy „Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem":

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

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

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

W razie urodzenia martwego dziecka lub zgonu dziecka przed upływem 8. tygodni życia, pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze 8. tygodni po porodzie, nie krócej jednak niż przez okres 7. dni od dnia zgonu dziecka. Pracownicy, która urodziła więcej

niż jedno dziecko przy jednym porodzie, przysługuje w takim przypadku urlop macierzyński w wymiarze stosownym do liczby dzieci pozostałych przy życiu. Natomiast w razie zgonu dziecka po upływie 8. tygodni życia, pracownica zachowuje prawo do urlopu macierzyńskiego przez okres 7. dni od dnia zgonu dziecka.

2) **dodatkowy urlop macierzyński** (art. 182^1 § 1 Kodeksu pracy) **i dodatkowy urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego** (art. 183 § 3 Kodeksu pracy)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5) urlop wychowawczy (art. 186 -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 ukończenia przez dziecko 5. roku życia.

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

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

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

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

6) ochrona stosunku pracy

Co do zasady pracodawca nie może wypowiedzieć ani rozwiązać umowy o pracę z pracownicą w okresie ciąży, a także z pracownikiem w okresie urlopu macierzyńskiego i urlopu wychowawczego (art. 177 i art. 186^1 Kodeksu pracy). Ochrona ta obejmuje także pracowników w okresie korzystania z dodatkowego urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego.

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

7) inne uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

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

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

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

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

Pracownik uprawniony do urlopu wychowawczego może złożyć pracodawcy pisemny wniosek o obniżenie jego wymiaru czasu pracy do wymiaru nie niższego niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy w okresie, w którym mógłby korzystać z takiego urlopu; pracodawca jest obowiązany uwzględnić ten wniosek (art. 186^7 Kodeksu pracy).

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

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

3.7. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych

Ubezpieczony ma prawo do zwolnienia od pracy w razie zaistnienia okoliczności uzasadniających konieczność sprawowania przez ubezpieczonego 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 o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3. lub dziennego opiekuna dziecka. Za okres tego zwolnienia ubezpieczonemu przysługuje zasiłek opiekuńczy (§ 3 pkt 3 i 3a rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 maja 1996 r. *w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy* – Dz. U. z 2014 r. poz. 1632 oraz art. 32 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*).

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

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

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

Obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu podlegają osoby przebywające na 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:

- osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą przez co najmniej 6 miesięcy,

- zleceniobiorcy wykonujący przez co najmniej 6 miesięcy pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy, do której stosuje się zgodnie z Kodeksem cywilnym przepisy dotyczące zlecenia,
- osoby współpracujące przez co najmniej 6 miesięcy z ww. osobami,
- osoby duchowne podlegające ubezpieczeniom społecznym przez co najmniej 6 miesięcy,

które zaprzestały prowadzenia działalności, wykonywania pracy lub współpracy albo zawiesiły wykonywanie działalności na okres do 3. lat (jednorazowo lub nie więcej niż w czterech częściach) w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, jednakże nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 5. roku życia, a w przypadku dziecka, które wymaga osobistej opieki ze względu na niepełnosprawność – na okres do 6. lat, nie dłużej niż do ukończenia przez nie 18. roku życia.

Obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym objęte są też osoby, nieprowadzące żadnej działalności ani niepodlegające ubezpieczeniom społecznym z jakiegokolwiek tytułu, a przebywające na terenie Polski 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 następuję po złożeniu w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych przez osobę zainteresowaną stosowanego oświadczenia o zamiarze podlegania ww. ubezpieczeniu z tego tytułu.

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem stanowi kwota 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego (w przypadku zleceniobiorcy – nie więcej jednak niż przeciętna miesięczna kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek w okresie 6. miesięcy kalendarzowych poprzedzających okres sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem i nie mniej niż 75% kwoty minimalnego wynagrodzenia). W przypadku osób nieprowadzących żadnej działalności ani niepodlegających ubezpieczeniom społecznym w okresie poprzedzającym okres sprawowania opieki, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne stanowi 75% kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z ubezpieczenia społecznego za osoby przebywające na urlopach wychowawczych, osoby sprawujące osobistą opiekę na dzieckiem oraz osoby pobierające zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku

macierzyńskiego finansowane są ze środków budżetu państwa, a opłacane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W 2014 r. zasiłek macierzyński[1)] pobierało 631,2 tys. osób[2),3)] (z tego: 471,9 tys. kobiet i 159,3 tys. mężczyzn) na kwotę 6 735,9 mln zł[4)]. Przeciętna dzienna wysokość zasiłku macierzyńskiego wyniosła 70,63 zł[5)]. Składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz na ubezpieczenie zdrowotne zostały przypisane za odpowiednio 174,1 i 175,1 tys. osób przebywających na urlopie wychowawczym na kwotę 795,6 mln zł, z tego odpowiednio: 737,4 mln i zł 58,2 mln zł. Wg stanu na koniec grudnia 2014 r. ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem podlegało 4 987 osób, z tego: 4 683 kobiet i 304 mężczyzn. Kwota przypisu składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz ubezpieczenie zdrowotne za osoby sprawujące osobistą opiekę na dzieckiem wyniosła w 2014 r. ogółem 15,1 mln zł , z tego: odpowiednio 14,4 mln zł i 0,7 mln zł.

Należy również wskazać na świadczenia przysługujące z tytułu macierzyństwa i opieki nad małym dzieckiem przewidziane w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2015 r. poz. 704, z późn. zm). Świadczenia te to:

- zasiłek macierzyński przysługujący ubezpieczonemu z tytułu urodzenia dziecka,
- finansowanie składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolników z budżetu państwa w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, podobnie jak w systemie powszechnym (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 2014 r. na podstawie ww. ustawy wypłacono 28 620 zasiłków macierzyńskich na kwotę 95 599 027 zł. Przeciętne świadczenie, które w 2014 r. było świadczeniem jednorazowym, wyniosło 3 340,29 zł. Od 2016 r. w związku ze zmianą przepisów w tym zakresie zasiłek macierzyński, tak jak w systemie powszechnym, będzie świadczeniem okresowym wypłacanym przez 56-71 tygodni w zależności od liczby dzieci urodzonych przy jednym porodzie.

[1)] Zasiłek macierzyński z tytułu urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego, urlopu rodzicielskiego.
[2)] Zasiłek macierzyński z tytułu urlopu rodzicielskiego pobierało 315,8 tys. osób, z tego 310,6 tys. kobiet oraz 5,2 tys. mężczyzn.
[3)] Zasiłek macierzyński z tytułu urlopu ojcowskiego pobierało 129,4 tys. mężczyzn.
[4)] Na zasiłek macierzyński z tytułu urlopu ojcowskiego wydatkowano 218,7 mln zł.
[5)] Przeciętna dzienna wysokość zasiłku macierzyńskiego z tytułu urlopu ojcowskiego wynosiła 119,43 zł.

W 2014 r. 78 788 ubezpieczonym finansowano z budżetu państwa składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolników w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem i wydatkowano na ten cel 71 140 659 zł.

3.8. Uprawnienia bezrobotnych związane z rodzicielstwem

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* określa działania mające na celu zapewnienie właściwej pomocy bezrobotnym i poszukującym pracy. Jednocześnie w wyniku nowelizacji ww. ustawy, która weszła w życie 27 maja 2014 r., aktualnie urzędy pracy mogą w elastyczny sposób stosować usługi i instrumenty rynku pracy i w związku z tym zapewnić ich lepsze dostosowanie do potrzeb poszczególnych bezrobotnych, w tym m.in. bezrobotnych posiadających dzieci, celem optymalizacji formy pomocy oferowanej konkretnej osobie. Wsparcie realizowane jest 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 kobiety po urodzeniu dziecka, a także bezrobotnego po przyjęciu dziecka na wychowanie i wystąpieniu do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub po przyjęciu dziecka na wychowanie jako rodzina zastępcza (z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej) – z uwagi na brak zdolności i gotowości do podjęcia zatrudnienia spowodowany opieką nad tym dzieckiem przez okres, przez który przysługiwałby im, zgodnie z odrębnymi przepisami, zasiłek macierzyński w okresie urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego, z wyłączeniem przypadku złożenia wniosku o pozbawienie tego statusu przez samego bezrobotnego.

3) pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w programach specjalnych

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

4) dłuższy okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych – 365 dni

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

5) wydłużenie okresu pobierania zasiłku dla bezrobotnych

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży już w preambule wskazuje, że uznaje prawo do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz nakłada na państwo obowiązek umożliwienia podejmowania decyzji w tym zakresie.
Zgodnie z art. 2 ust. 2 organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są zobowiązane zapewnić obywatelom swobodny dostęp do metod i środków służących dla świadomej prokreacji.

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz. U. poz. 1413 oraz z 2014 r. poz. 1442) zapewniają kobietom opiekę zdrowotną obejmującą specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i położnictwa – są to dwa rodzaje świadczeń: porada ginekologiczno-położnicza i porada ginekologiczno-położnicza dla dziewcząt. W ramach tych porad jest zapewniania w szczególności opieka w zakresie zdrowia prokreacyjnego.

W Rzeczypospolitej Polskiej są zarejestrowane obecnie i dostępne środki antykoncepcyjne będące produktami leczniczymi bądź wyrobami medycznymi oraz leki i wyroby medyczne stosowane w okresie ciąży i niezbędne do opieki nad płodem, opieki medycznej nad kobietą w ciąży.
W sprawozdawanym okresie nie były przeprowadzane badania, które oceniałyby dostępność do metod i środków służących świadomej prokreacji. W 2003 r. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało rekomendacje w sprawie antykoncepcji, zgodnie z ich treścią w Rzeczypospolitej Polskiej dostępne są następujące sposoby regulacji płodności:

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

Do oceny metod antykoncepcji stosuje się następujące kryteria medyczne:

- skuteczność,
- odwracalność,
- bezpieczeństwo,
- akceptacja, tolerancja,
- korzyści poza-antykoncepcyjne.

Zgodnie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* 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 2014 r. w okresie sprawozdawczym refundacją objęte były m.in. następujące leki, które mają również działanie antykoncepcyjne:

- Levomine,
- Microgynon 21,
- Rigevidon,
- Stediril 30,
- Cyprodiol,
- OC-35,
- Syndi-35,
- Diane-35,
- Cyprest.

Wymienione powyżej leki były umieszczone są w grupie limitowej „Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron". Preparaty te były dostępne przy poziomie odpłatności 30%, we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji. Produkty dostępne były dla pacjenta w cenie od 2,49 zł do 23,47 zł.

W 2014 r. ww. produkty lecznicze zostały zrefundowane w liczbie 1 120 285 sztuk opakowań za łączną kwotę 9 379 146 zł. Biorąc pod uwagę różnorodne działanie wymienionych produktów leczniczych nie jest możliwym określenie, jaka liczba i kwota z ww. może stanowić wskazanie tylko antykoncepcyjne.

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, przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest finansowane również wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej. W załączniku nr 5a do zarządzenia nr 82/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna* zastała umieszczona procedura wprowadzenia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej w zakresie świadczeń ginekologii dla dziewcząt, położnictwa i ginekologii, leczenia AIDS oraz endokrynologii.

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 jajowodów, obustronne podwiązanie lub 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* (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.).

Dodatkowo zaznaczenia wymaga również fakt, że sterylizacja bez wyraźnych wskazań medycznych jest w prawie polskim karana, zgodnie z art. 156 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm). W świetle przedmiotowego przepisu spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci m.in. pozbawienia człowieka zdolności płodzenia zagrożone jest karą pozbawienia wolności od roku do lat 10.

ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH

Zgodnie z art. 2 ust. 2a 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 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 między innymi jest uregulowany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych*, poprzedzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych*. W załączniku do wyżej wymienionego rozporządzenia w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz warunków ich realizacji jest zawarty program badań prenatalnych. Program zawiera dokładny zakres procedur realizowanych w ramach świadczenia gwarantowanego, kryteria kwalifikacji do programu dla świadczeniobiorcy oraz kryteria kwalifikacji dla świadczeniodawcy. Jeśli chodzi o kryteria kwalifikacji do programu dla świadczeniobiorcy, to kobieta w ciąży musi spełnić co najmniej jedno z następujących kryteriów:

1) wiek powyżej 35. lat;
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 zawierające informacje o wskazaniach do objęcia programem wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu, wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę.

W ramach programu wykonywane są następujące procedury: badanie USG płodu wykonane zgodnie ze standardami Sekcji Ultrasonograficznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego; badania biochemiczne (oznaczenia w surowicy krwi PAPP-A – osoczowe białko ciążowe A, β-hCG – wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta), AFP – alfa fetoproteina, Estriol – wolny estriol), komputerowa ocena ryzyka choroby płodu; porada genetyczna, w przypadku wskazań medycznych badania inwazyjne - pobranie materiału do badań genetycznych w drodze amniopunkcji lub biopsji trofoblastu lub kordocentezy i badanie genetyczne materiału płodowego.

W tabelach poniżej przedstawiono dane dotyczące realizacji przedmiotowych świadczeń w roku 2014.

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

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Wartość zakontraktowanych świadczeń (w zł)	Wartość wykonanych świadczeń (w zł)	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
1	DOLNOŚLĄSKI	3 103 933	3 131 076	5
2	KUJAWSKO-POMORSKI	3 913 584	3 988 997	5
3	LUBELSKI	744 760	716 358	3
4	LUBUSKI	1 035 779	1 029 556	5
5	ŁÓDZKI	3 048 485	3 266 456	10
6	MAŁOPOLSKI	2 448 261	2 562 204	7
7	MAZOWIECKI	5 375 580	5 374 117	8
8	OPOLSKI	1 042 217	1 030 730	3
9	PODKARPACKI	1 177 570	1 180 290	2
10	PODLASKI	1 339 584	1 423 280	2
11	POMORSKI	2 422 188	2 427 350	5
12	ŚLĄSKI	12 325 786	12 351 589	37
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	1 323 059	1 323 059	2
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 124 478	1 125 522	2
15	WIELKOPOLSKI	3 438 548	3 665 819	10
16	ZACHODNIOPOMORSKI	1 538 861	1 552 483	2
17	**razem**	**45 402 671**	**46 148 886**	**108**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

L.p.	nazwa oddziału wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentów		
		ROK 2014		
		do 35 lat	35 r.ż. i powyżej	razem
1	DOLNOŚLĄSKI	1 813	2 929	4 742
2	KUJAWSKO-POMORSKI	3 406	1 726	5 132
3	LUBELSKI	225	880	1 105
4	LUBUSKI	1 226	615	1 841
5	ŁÓDZKI	1 790	2 798	4 588
6	MAŁOPOLSKI	1 546	2 137	3 683
7	MAZOWIECKI	2 317	3 987	6 304

8	OPOLSKI	613	748	1 361
9	PODKARPACKI	904	1 149	2 053
10	PODLASKI	775	1 272	2 047
11	POMORSKI	1 427	2 152	3 579
12	ŚLĄSKI	14 834	6 482	21 316
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	1 014	961	1 975
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	832	1 105	1 937
15	WIELKOPOLSKI	5 008	2 501	7 509
16	ZACHODNIOPOMORSKI	543	1 810	2 353
17	**Polska**	**38 273**	**33 252**	**71 525**

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

nazwa produktu rozliczeniowego	liczba zrealizowanych produktów
AMNIOPUNKCJA	5 295
BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP	4 836
BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG	50 827
BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL	1 429
BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A	51 343
BADANIA GENTYCZNE OBEJMUJĄCE MOLEKULARNĄ I BIOCHEMICZNĄ OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO	5 022
BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE	101 010
BIOPSJA TROFOBLASTU	345
KORDOCENTEZA	148
PORADA GENETYCZNA	27 527

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY

Zgodnie z art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży szkoła ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połóg powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła zobowiązana jest do wyznaczenia dodatkowego terminu egzaminu dogodnego dla kobiety, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy.

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

- ustawie z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.),
- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. *w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* (Dz. U. poz. 532),
- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. *w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno- pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych* (Dz. U. poz. 199) - regulują zasady i formy organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej,
- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. *w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych* (Dz. U. Nr 173, poz. 1072) - stanowi podstawę prawną do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania dla dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły,
- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2014 r. *w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży* (Dz. U. poz. 1157) - stanowi podstawę prawną organizacji w szkołach i placówkach indywidualnego nauczania.

6.1. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna

Zasady i formy organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej regulują przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. *w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* oraz rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. *w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno- pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych.*

System oświaty zapewnia każdemu uczniowi, w tym uczennicom w ciąży i młodocianym matkom, wsparcie w rozwoju i pomoc psychologiczno-pedagogiczną stosownie do jego potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana jest także rodzicom uczniów oraz nauczycielom, w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń. Szczegółowe regulacje w tym zakresie zostały określone w wymienionych powyżej przepisach prawa oświatowego. Organizacja i zapewnienie uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej należy do kompetencji dyrektora szkoły. Dyrektor szkoły organizując pomoc psychologiczno-pedagogiczną współpracuje w tym zakresie z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, rodzicami uczniów, placówkami doskonalenia nauczycieli, innymi szkołami i placówkami, a także organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana jest adekwatnie do rozpoznanych potrzeb, wynikających w szczególności z sytuacji kryzysowych lub traumatycznych oraz z zaniedbań środowiskowych wynikających z sytuacji bytowej uczennicy i jej rodziny.

Zgodnie z przepisami § 7 ust. 1 pkt 3 i 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. *w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach,* w szkole pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz w formie zajęć dydaktyczno-wyrównawczych oraz specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, socjoterapeutycznych oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym. Korzystanie z pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkole i placówce jest dobrowolne i nieodpłatne.

Z danych zawartych w Systemie Informacji Oświatowej (wg stanu na 31 marca 2014 r.) wynika, że poszczególnymi zajęciami z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej objętych jest 1 404 995 uczniów uczęszczających do szkół różnych typów, tj. ok. 30%.

Ponadto różnymi formami pomocy bezpośredniej w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w roku szkolnym 2013/2014 objętych było ponad 150 tys. uczniów szkół różnych typów (wg stanu na 31 marca 2014 r.).

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

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

6.2. Spełnianie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą

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

Roczna i końcowa klasyfikacja ucznia spełniającego obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą w 2014 r. odbywała się zgodnie z rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. *w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych* (Dz. U. Nr 83, poz. 562, z późn. zm.).

Uczennica spełniająca obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą ma prawo uczestniczyć w szkole w zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia, zajęciach dydaktyczno-wyrównawczych i specjalistycznych, organizowanych dla uczniów wymagających szczególnego wsparcia w rozwoju lub pomocy psychologiczno-pedagogicznej (uczennica korzystając z możliwości kontynuowania nauki szkolnej poza szkołą ma pełne prawo do korzystania z różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej).

6.3. Indywidualne nauczanie dzieci i młodzieży

Stosownie do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2014 r. *w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży,* indywidualne nauczanie organizuje się dla dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, na czas określony, wskazany w orzeczeniu o potrzebie indywidualnego nauczania. Dyrektor szkoły ustala – w uzgodnieniu z organem prowadzącym szkołę – zakres, miejsce i czas prowadzenia zajęć indywidualnego nauczania. Zajęcia indywidualnego nauczania prowadzi się w miejscu pobytu ucznia.

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

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

Ponadto, zgodnie z przepisami § 37 ust. 1 oraz § 59 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. *w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych,* uczeń lub absolwent, który w roku szkolnym, w którym przystępuje do odpowiednio sprawdzianu, egzaminu gimnazjalnego lub egzaminu maturalnego, posiadał orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania, może przystąpić do odpowiednio sprawdzianu lub danego egzaminu w warunkach dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb edukacyjnych i możliwości psychofizycznych, na podstawie tego orzeczenia. Również uczeń lub absolwent, który był objęty pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole ze względu na np. sytuację kryzysową lub traumatyczną, może przystąpić do odpowiednio sprawdzianu lub danego

egzaminu w warunkach dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb edukacyjnych i możliwości psychofizycznych, na podstawie pozytywnej opinii rady pedagogicznej[6)].

Opisane wyżej formy wsparcia uczennicy w ciąży stanowią wypełnienie zobowiązania szkoły do udzielenia jej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, wynikającego z przepisu art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, zgodnie z którym szkoła* ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połóg powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła zobowiązana jest do wyznaczenia dodatkowego terminu egzaminu dogodnego dla kobiety, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy.

[6)] Wydanej zgodnie z trybem określonym w § 37 ust 4 i 5 (dla sprawdzianu i egzaminu gimnazjalnego) oraz w § 59 ust. 4 i 5 (dla egzaminu maturalnego)rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych.

ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży 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

Zgodnie z powyższymi przepisami do podstawy programowej kształcenia ogólnego wprowadzone zostały treści dotyczące wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz o metodach i środkach świadomej prokreacji.

Począwszy od roku szkolnego 2009/2010 obowiązuje nowa podstawa programowa określona rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. *w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół* (Dz. U. z 2009 r. Nr 4, poz. 17), zastąpionym rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. *w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół* (Dz. U. poz. 977, z późn.zm.).

Treści dotyczące wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz o metodach i środkach świadomej prokreacji realizowane są m.in. w ramach zajęć „*wychowania do życia w rodzinie”,* w klasach V i VI szkół podstawowych, w gimnazjach, zasadniczych szkołach zawodowych, liceach ogólnokształcących i w klasach I-III techników, w tym specjalnych, dla dzieci i młodzieży, publicznych i niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych.

Zagadnienia z zakresu edukacji seksualnej zawarte są ponadto w podstawie programowej *„przyrody”, „biologii”, „wychowania fizycznego”,* natomiast aspekty etyczne, społeczne i prawne zostały uwzględnione w podstawie programowej *„wiedzy o społeczeństwie”* oraz *„etyki”*. Podstawa programowa edukacji wczesnoszkolnej, uwzględniając wiek, potrzeby edukacyjne, wrażliwość uczniów, zawiera zagadnienia dotyczące przynależności do rodziny oraz relacji między najbliższymi i powinności wobec nich.

Sposób realizacji zajęć *„wychowania do życia w rodzinie”* określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 12 sierpnia 1999 r. *w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego* (Dz. U. z 2014 r., poz. 395).

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

Nauczyciel lub zespół nauczycieli przedstawia dyrektorowi szkoły program nauczania do zajęć edukacyjnych *„wychowanie do życia w rodzinie*”. Może on obejmować treści nauczania wykraczające poza zakres treści nauczania ustalonych dla ww. zajęć edukacyjnych w podstawie programowej kształcenia ogólnego. Wspomniany program powinien być dostosowany do potrzeb i możliwości uczniów, dla których jest przeznaczony[7)]. Dyrektor szkoły, po zasięgnięciu opinii rady pedagogicznej, dopuszcza do użytku w danej szkole przedstawiony program nauczania.

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

[7)] Zgodnie z art. 22a ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.).

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

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

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

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

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

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

Typ szkoły	Klasa	Liczba uczniów uczęszczających na zajęcia edukacyjne "wychowanie do życia w rodzinie"	w tym dziewczęta	Liczba uczniów ogółem	w tym dziewczęta	Wskaźnik procentowy ogółem	Wskaźnik procentowy dziewcząt
Szkoła podstawowa	**V**	254 235	124 474	352 432	172 212	72,14%	72,28%
	VI	262 131	127 974	349 900	170 612	74,92%	75,01%
razem		**516 366**	**252 448**	**702 332**	**342 824**	**73,52%**	73,64%
Gimnazjum	**I**	282 613	135 714	361 359	173 010	78,21%	78,44%
	II	278 244	133 850	368 132	176 831	75,58%	75,69%

	III	250 912	121 792	363 359	176 768	69,05%	68,90%
razem		**811 769**	**391 356**	**1 092 850**	**526 609**	**74,28%**	74,32%
Zasadnicza szkoła zawodowa	**I**	35 604	11 345	65 999	20 899	53,95%	54,28%
	II	33 026	10 832	64 403	20 915	51,28%	51,79%
	III	26 543	9 066	59 432	19 597	44,66%	46,26%
razem		**95 173**	**31 243**	**189 834**	**61 411**	**50,13%**	50,88%
Liceum ogólnokształcące	**I**	72 479	44 742	171 356	106 031	42,30%	42,20%
	II	61 578	38 260	174 067	107 716	35,38%	35,52%
	III	55 084	34 070	177 889	110 799	30,97%	30,75%
razem		**189 141**	**117 072**	**523 312**	**324 546**	**36,14%**	36,07%
Technikum	I	79 072	31 043	55 740	131 520	141,86%	23,60%
	II	65 706	26 314	131 520	53 357	49,96%	49,32%
	III	55 739	22 877	122 093	50 237	45,65%	45,54%
razem		**200 517**	**80 234**	**309 353**	**235 114**	**64,82%**	34,13%
Szkoły ponadgimnazjalne razem	**I**	187 155	87 130	293 095	258 450	63,85%	33,71%
	II	160 310	75 406	369 990	181 988	43,33%	41,43%
	III	137 366	66 013	359 414	180 633	38,22%	36,55%
razem		**484 831**	**228 549**	**1 022 499**	**621 071**	**47,42%**	**36,80%**

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej

Procent uczniów uczęszczających na zajęcia wychowanie do życia w rodzinie w pierwszym semestrze roku szkolnego 2014/2015, według danych systemu informacji oświatowej z dnia 30 września 2014 r., wahał się od 47,42% w szkołach ponadgimnazjalnych (rok wcześniej było to 44,52%) do 73,52% w szkołach podstawowych (rok wcześniej 73,50%) i 74,28% w gimnazjach (rok wcześniej 74,94%). Jest jednak możliwe, że uczniowie nie ujęci w tej statystyce będą mieli zajęcia w drugim semestrze.

Nauczyciele prowadzący w poszczególnych typach szkół zajęcia „*wychowania do życia w rodzinie"* zobowiązani są przekazywać pełną i rzetelną wiedzę, dostosowując ją do poziomu rozwoju ucznia. Obowiązek taki nakłada art. 6 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – *Karta Nauczyciela* (Dz. U. z 2014 r. poz. 191, z późn. zm.). Nadzór pedagogiczny w stosunku do nauczycieli zatrudnionych w danej szkole (w tym obejmujący m.in. realizację podstawy programowej), zgodnie z art. 35 ust. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*, sprawuje jej dyrektor. Ponadto, zajęcia edukacyjne mają stanowić spójną całość z działaniami wychowawczymi i profilaktycznymi szkoły. Uzupełnieniem tych działań są: program wychowawczy i program profilaktyki.

Zgodnie z przywołanym wyżej rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. *w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół,* szkoły są zobowiązane do opracowywania programu

wychowawczego szkoły, który obejmuje wszystkie treści i działania o charakterze wychowawczym skierowane do uczniów, a realizowane przez nauczycieli. Punktem wyjścia do tworzenia szkolnego programu wychowawczego jest diagnoza problemów wychowawczych występujących w danej szkole.

Program wychowawczy i program profilaktyki to dokumenty wewnętrzne szkoły uchwalane przez radę rodziców w porozumieniu z radą pedagogiczną, zgodnie z art. 54 ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*. Programy te powinny tworzyć spójną całość. Ich celem jest rozwijanie i pogłębianie treści wychowawczych i profilaktycznych zawartych w podstawie programowej, z uwzględnieniem specyfiki szkoły (etapu kształcenia, środowiska uczniów, środowiska rodziców, potrzeb rozwojowych uczniów itp.).

Program wychowawczy szkoły oraz program profilaktyki uchwalane są przez radę rodziców w porozumieniu z radą pedagogiczną. Takie rozwiązanie służy zapewnieniu systemowego podejścia do problemów dzieci i młodzieży i spójności kierunku działań wychowawczych stosowanych w środowisku domowym i szkolnym.

7.2. Kwalifikacje nauczycieli realizujących zajęcia

Zgodnie z przytoczonym powyżej art. 6 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – *Karta Nauczyciela* nauczyciele prowadzący w poszczególnych typach szkół zajęcia „*wychowania do życia w rodzinie*" zobowiązani są przekazywać pełną i rzetelną wiedzę, dostosowując ją do poziomu rozwoju ucznia. Stąd też ważnym działaniem wspierającym szkoły w realizacji zajęć „*wychowanie do życia w rodzinie"*, w tym w zakresie zapewnienia wykonania ww. obowiązku, jest kształcenie i doskonalenie zawodowe nauczycieli. Kształcenie nauczycieli prowadzone jest w szkołach wyższych z uwzględnieniem standardów kształcenia nauczycieli, tj. od roku akademickiego 2012/2013 na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. *w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela* (Dz. U. poz. 131) oraz w zakładach kształcenia nauczycieli, na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 czerwca 2006 r. *w sprawie standardów kształcenia nauczycieli w kolegiach nauczycielskich i nauczycielskich kolegiach języków obcych* (Dz. U. Nr 128, poz. 897).

Kwestie kwalifikacji wymaganych od nauczycieli określono przepisami ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – *Karta Nauczyciela* oraz rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 marca 2009 r. *w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli*

oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1264).

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

1) studia magisterskie na kierunku (specjalności) zgodnym z 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 nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

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

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

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

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

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

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

Tabela nr 12. Liczba etatów nauczycieli prowadzących zajęcia „*wychowanie do życia w rodzinie*”

Liczba etatów nauczycieli uczących wychowania do życia w rodzinie*	
Typ jednostki	Rok szkolny 2014/2015
Szkoła podstawowa	904,12
Gimnazjum	1 201,94
Zasadnicza szkoła zawodowa	115,17
Liceum ogólnokształcące	223,12
Technikum	215,05
Razem	**2 659,40**

Źródło danych: System Informacji Oświatowej

* - wyłączono szkoły podstawowe i gimnazja, dla których niepełnosprawność dominująca to upośledzenie w stopniu umiarkowanym i znacznym.

Tabela nr 13. Liczba etatów nauczycieli prowadzących zajęcia *„wychowanie do życia w rodzinie”* z kwalifikacjami.

Liczba etatów nauczycieli uczących wychowania do życia w rodzinie z kwalifikacjami	
Szkoła podstawowa	705,37
Gimnazjum	989,08
Zasadnicza szkoła zawodowa	78,19
Liceum ogólnokształcące	176,22
Technikum	153,67
Razem	**2 102,53**

Źródło danych: System Informacji Oświatowej

Tabela nr 14. Liczba etatów nauczycieli prowadzących zajęcia *„wychowanie do życia w rodzinie”* bez kwalifikacji

Liczba etatów nauczycieli uczących wychowania do życia w rodzinie bez wymaganych kwalifikacji	
Szkoła podstawowa	198,75
Gimnazjum	212,86
Zasadnicza szkoła zawodowa	36,98
Liceum ogólnokształcące	46,90
Technikum	61,38
Razem	**556,87**

Źródło danych: System Informacji Oświatowej

Tabela nr 15. Procent etatów nauczycieli prowadzących zajęcia *„wychowanie do życia w rodzinie”* bez kwalifikacji

Procent etatów nauczycieli uczących wychowania do życia w rodzinie bez wymaganych kwalifikacji	
Szkoła podstawowa	22,0%
Gimnazjum	17,7%
Zasadnicza szkoła zawodowa	32,1%
Liceum ogólnokształcące	21,0%
Technikum	28,5%
Razem	**20,9%**

Źródło danych: System Informacji Oświatowej

ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY

Zgodnie z art. 4a ust. 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży 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 wymagana jest również jej pisemna zgoda. W przypadku małoletniej poniżej 13. roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii. W przypadku kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest 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 z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* 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. Nr 9, poz. 49) określono, iż przerwania ciąży może dokonać lekarz posiadający specjalizację pierwszego stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii. Ponadto wystąpienie okoliczności wskazujących, że ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej.

Tabela nr 16. Zabiegi przerwania ciąży dokonane w latach 2002-2014, według przyczyn

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

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

Tabela nr 17. Zabiegi przerwania ciąży dokonane w roku 2014, w podziale na województwa, wiek kobiet i przyczynę

Województwo	Dokonano przerwań ciąży								
	Ogółem	w tym u kobiet w wieku lat					Z rubryki Ogółem		
		poniżej 20	20-24	25-29	30-34	35 i więcej	z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki	w wyniku badań prenatalnych	w wyniku czynu zabronionego
Dolnośląskie	86	2	10	20	32	22	1	84	1
Kujawsko-Pomorskie	37	7	14	3	11	2	0	37	0
Lubelskie	2	2	0	0	0	0	0	2	0
Lubuskie	9	0	0	5	2	2	0	9	0

Łódzkie	109	2	5	31	38	33	0	109	0
Małopolskie	69	2	5	21	27	14	10	59	0
Mazowieckie	271	1	13	19	32	206	0	271	0
Opolskie	19	0	2	3	6	8	3	16	0
Podkarpackie	3	0	0	2	1	0	0	3	0
Podlaskie	21	0	0	4	9	8	3	18	0
Pomorskie	73	10	0	43	0	20	0	73	0
Śląskie	155	4	9	62	71	9	14	141	0
Świętokrzyskie	11	0	3	5	2	1	2	9	0
Warmińsko-Mazurskie	22	0	2	6	8	6	11	11	0
Wielkopolskie	43	1	3	6	11	22	4	38	1
Zachodniopomorskie	41	13	2	12	6	8	0	41	0
POLSKA	**971**	**44**	**68**	**242**	**256**	**361**	**48**	**921**	**2**

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

Dane dotyczące wykonywanych 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 5 lutego 2014 r. *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 2014* (Dz. U. poz. 415, z późn. zm.), w formularzach MZ-24 oraz MZ-29 są prezentowane dane obejmujące zabiegi przerwania ciąży w podziale na przedział wiekowy kobiet oraz na przyczynę dokonania zabiegu (tj. z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki, w wyniku badań prenatalnych, w wyniku czynu zabronionego).

Sprawozdaniem MZ-29 zostały objęte szpitale publiczne podległe Ministrowi Obrony Narodowej. Powyższe dane przedstawione przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (tabela nr 16) nie obejmują jednak danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz Ministerstwa Sprawiedliwości. Jednocześnie należy wskazać, że z informacji uzyskanych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wynika, że w 2014 r. w podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych szpitalach publicznych wykonano 6 zabiegów 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 2014 r. w szpitalach podległych Ministrowi Sprawiedliwości nie przeprowadzono żadnego zabiegu przerwania ciąży.

Łącznie (tj. z uwzględnieniem z danych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych) w 2014 r. zarejestrowano **977** zabiegów przerwania ciąży, o 233 więcej niż w 2013 r.

W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 48 zabiegów przerwania ciąży.

W wyniku przeprowadzonego badania prenatalnego wskazującego na duże prawdopodobieństwo ciężkiego nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu wykonano łącznie 921 zabiegów.

Odnotowano 2 przypadki przerwania ciąży wskazujące, 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. Nr 88, poz. 553, 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 2014 r. dotyczących m.in. przerywania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.) oraz przerwania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerwania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.) zostały przedstawione w pkt 9.1 rozdziału IX niniejszego *Sprawozdania*. Zaprezentowane zostały w nim również dane na temat liczby spraw zakończonych w 2014 r. aktem oskarżenia oraz liczby osób prawomocnie skazanych.

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

ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY

9.1. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości

W 2014 r. Prokuratura Generalna kontynuowała monitorowanie działań powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie realizacji przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Działania prokuratury w zakresie realizacji wymienionej wyżej 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 (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), 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 in fine ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, zgodnie z którym prokurator został zobowiązany do stwierdzania okoliczności, o której mowa w art. 4a ust. 1 pkt 3 powołanej ustawy, tj. że zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

Przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (zwanej dalej „k.k.") przewidują następujące typy czynów zabronionych, w których przedmiotem ochrony jest zdrowie i życie dziecka w fazie prenatalnej i bezpośrednio po urodzeniu oraz wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawo do macierzyństwa:

- przerwania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.),
- przerwania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerwania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.),
- spowodowania śmierci kobiety ciężarnej w następstwie przerwania ciąży (art. 154 k.k.),
- uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu (art. 157a k.k.),

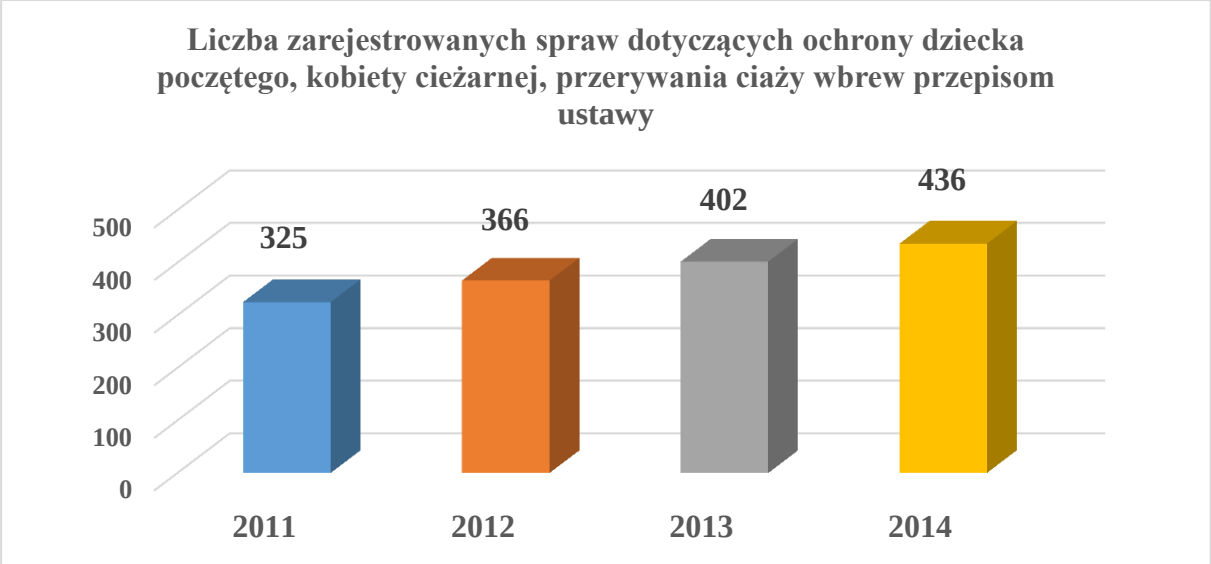
– spowodowania śmierci dziecka przez matkę w okresie porodu i pod jego wpływem (art. 149 k.k.),
– inne kategorie przestępstw, w których może być analizowana okoliczność związania z ochroną płodu ludzkiego lub przerwaniem ciąży oraz zdrowie i życie dziecka w trakcie porodu oraz bezpośrednio po urodzeniu (np. art. 155 k.k. w zakresie błędu w sztuce lekarskiej, art. 160 k.k.),
– zabójstwa dziecka (art. 148 k.k.).

W 2014 r. w powszechnych jednostkach organizacyjnych prokuratury zarejestrowano 436 spraw o wskazane wyżej przestępstwa oraz kontynuowano 102 postępowania zarejestrowane w okresach poprzednich (łącznie 538 prowadzonych postępowań).

Mając na uwadze, iż w 2013 r. zarejestrowano 402 sprawy o wskazane wyżej przestępstwa, w 2014 r. odnotowano (podobnie jak latach poprzednich) wzrost – o 34 sprawy w tej kategorii przestępstw. Zwiększyła się również o 14 liczba spraw kontynuowanych z poprzednich okresów sprawozdawczych (z 88 do 102).

Wpływ spraw tej kategorii w ciągu ostatnich czterech lat obrazuje poniższy wykres.

Wykres nr 3. Liczba zarejestrowanych spraw dotyczących ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy



Źródło: Prokuratura Generalna

Największą liczbę postępowań, podobnie jak w latach ubiegłych, prowadzono w kierunku art. 152 k.k. (łącznie 292 sprawy), co stanowiło większość ogółu prowadzonych postępowań

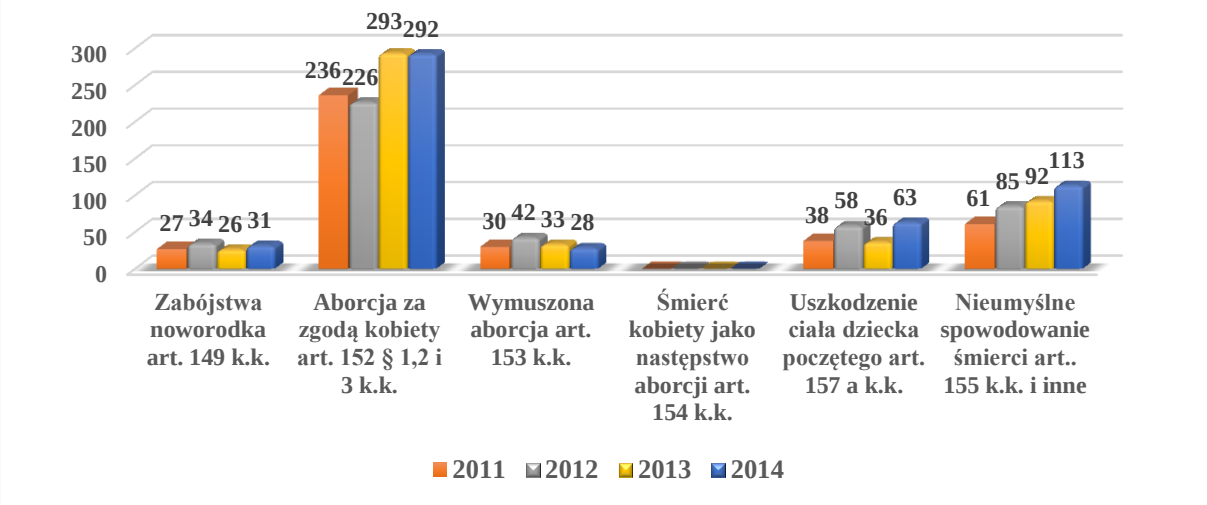
przygotowawczych o wskazane wyżej przestępstwa. Zaznaczyć też trzeba, iż w stosunku do ubiegłego roku liczba ta zmalała o 1 (przy wskaźniku dynamiki wynoszącym 100%).

Dokonując analizy wyników statystycznych za 2014 r. w zakresie tej kategorii przestępstw odnotowano wzrosty i spadki liczby prowadzonych postępowań przygotowawczych w pozostałych typach czynów zabronionych zaliczanych do tej kategorii przestępczości, a w szczególności:

- o 6 wzrosła liczba spraw dotyczących zabójstwa noworodka penalizowanego w art. 149 k.k. (przy wskaźniku dynamiki wynoszącym 124%),
- o 5 spadła liczba spaw dotyczących wymuszonej aborcji penalizowanej w art. 153 k.k. (przy wskaźniku dynamiki wynoszącym 85%),
- o 27 wzrosła liczba spraw dotyczących uszkodzenia ciała dziecka poczętego z art. 157a k.k.(przy wskaźniku dynamiki wynoszącym 175%),
- o 21 wzrosła liczba spraw dotyczących nieumyślnego spowodowania śmierci noworodka lub kobiety ciężarnej z art. 155 k.k. i inne (przy wskaźniku dynamiki wynoszącym 123%),
- na tym samym poziomie 11 utrzymała się liczba spraw dotyczących zabójstwa dziecka z art.148 k.k. (przy wskaźniku dynamiki wynoszącym 100%).

Liczbę spraw prowadzonych w poszczególnych kategoriach przestępstw, w ostatnich 4 latach, przedstawia poniższy wykres.

Wykres nr 4. Liczba spraw prowadzonych w poszczególnych kategoriach przestępstw w latach 2011-2014



Źródło: Prokuratura Generalna

Prowadzone (zarejestrowane w 2014 r. i kontynuowane z poprzednich okresów statystycznych) postępowania dotyczyły:

- 292 – przerywania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.),
- 28 – przerwania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerwania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.),
- 63 – uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu (art. 157a k.k.),
- 31 – spowodowania śmierci dziecka przez matkę w okresie porodu i pod jego wpływem (art. 149 k.k.),
- 113 – innych czynów zabronionych, w tym nieumyślnego spowodowania śmierci matki lub dziecka (art. 155 k.k. lub 160 § 1 i 2 k.k.),
- 11 – zabójstwa dziecka bezpośrednio po urodzeniu (art. 148 k.k.).

W 2014 r. podobnie jak w latach ubiegłych nie odnotowano spraw dotyczących spowodowania śmierci kobiety ciężarnej w następstwie aborcji (art. 154 k.k.).

W ubiegłym roku, powszechne jednostki organizacyjne prokuratury zakończyły łącznie 466 spraw o wskazane wyżej przestępstwa, o 38 spraw więcej niż w 2013 r. Skierowaniem aktu oskarżenia do sądu zakończono 37 postępowań przygotowawczych (o 2 sprawy więcej niż w 2013 r.), postanowieniem o umorzeniu śledztwa – 252 postępowania (o 18 więcej niż w roku ubiegłym). W 112 sprawach postępowania sprawdzające zakończyły się postanowieniem o odmowie wszczęcia śledztwa, natomiast 57 postępowań zawieszono, z uwagi na wystąpienie długotrwałych przeszkód uniemożliwiających ich kontynuowanie.

Aktami oskarżenia objęto łącznie 48 osób, o 1 więcej niż w roku ubiegłym.

Dwie sprawy zakończono wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania.

W odniesieniu do postępowań zakończonych postanowieniem o umorzeniu śledztwa, w większości spraw podstawą podjęcia tego rodzaju decyzji było ustalenie, iż czynu nie popełniono lub brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia (art. 17 § 1 pkt 1 k.p.k.). W pozostałych przypadkach podstawą decyzji o umorzeniu postępowania było stwierdzenie, że czyn nie zawiera ustawowych znamion czynu zabronionego (art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k.). Odnotowano również sprawy zakończone umorzeniem postępowania z powodu niewykrycia sprawcy przestępstwa i przedawnienia karalności czynu. Podobnie jak w latach poprzednich akta postępowań przygotowawczych zakończonych umorzeniem lub odmową wszczęcia postępowania zostały w dużej części poddane ocenie

przez prokuratora nadrzędnego, w zakresie prawidłowości i zasadności podjętej decyzji merytorycznej.

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

Stwierdzić należy, iż postanowienia o umorzeniu śledztwa w przedmiotowych sprawach zapadły, co do zasady, po wszechstronnym wyjaśnieniu okoliczności zdarzenia i potwierdzeniu, iż skutek w postaci przerwania ciąży, przed uzyskaniem przez dziecko zdolności do życia poza organizmem matki, nie nastąpił w wyniku przestępstwa lecz był spowodowany samoistnym poronieniem, obumarciem płodu, powikłaniami związanymi z przebiegiem ciąży, stanem zdrowia dziecka poczętego, stanem zdrowia kobiety ciężarnej lub innymi okolicznościami nie stanowiącymi realizacji znamion typu czynu zabronionego. Natomiast w odniesieniu do czynów dotyczących nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka, po ustaleniu, w oparciu o opinię biegłych, iż postępowanie lekarzy było zgodne ze sztuką lekarską.

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

Sądy powszechne w 2014 r. rozpoznały 33 sprawy o wskazane wyżej przestępstwa, w których akty oskarżenia zostały skierowane do sądu w 2014 r. i w latach ubiegłych. Osądzono łącznie 38 osób. Na etapie postępowania jurysdykcyjnego znajdowało się 19 spraw prowadzonych wobec 26 oskarżonych.

Wobec 10 oskarżonych sądy orzekły kary bezwzględnego pozbawienia wolności w wysokości:

- 25 lat pozbawienia wolności (dwukrotnie) za czyn z art. 148 § 1 k.k.,
- 13 lat pozbawienia wolności za czyn z art. 148 §1 k.k. w zw. z art. 156 § 1 pkt 2 k.k. w zw. z art. 153 § 1 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.,
- 10 lat pozbawienia wolności (dwukrotnie) za czyn z art. 148 § 1 k.k.,
- 6 lat pozbawienia wolności za czyn z art. 148 § 1 k.k. w zw. z art. 31 § 2 k.k.,
- 4 lata pozbawienia wolności za czyn z art. 197 § 3 pkt 2 i art. 152 § 2 k.k.,
- 3 lata pozbawienia wolności za czyny z art. 152 § 2 k.k., 203 k.k., 204 § 2 k.k., art. 245 k.k. w zw. z art. 64 § 1 kk i inne,

- 2 lata i 10 miesięcy pozbawienia wolności za czyn z art. 207 § 1 w zw. z art. 157 § 2 w zw. z art. 11 § 2 k.k., art. 197 § 1 oraz art. 153 § 1 k.k.,
- 2 lata i 6 miesięcy pozbawienia wolności za czyn z art. 153 § 1 k.k.

W odniesieniu do pozostałych osób osądzonych, sądy orzekły kary w wymiarze od 3 miesięcy do 4 lat pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem ich wykonania na okres próby od 2 do 7 lat, w większości wymierzając dodatkowo karę grzywny. Samoistne kary grzywny sąd wymierzył wobec 1 osoby. Wobec 3 oskarżonych sąd warunkowo umorzył postępowanie karne.

Reasumując stwierdzić należy, iż w 2014 r. w powszechnych jednostkach organizacyjnych prokuratury odnotowano wzrost liczby zarejestrowanych postępowań przygotowawczych o przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu dziecka w fazie prenatalnej oraz bezpośrednio po urodzeniu, a także życiu, zdrowiu i wolności kobiety ciężarnej.

Przeprowadzone przez prokuratora nadrzędnego analizy akt zakończonych – umorzeniem i odmową wszczęcia - postępowań przygotowawczych dowodzą, iż w sprawach dotyczących tej kategorii przestępstw, postępowania przygotowawcze prowadzone są na dobrym poziomie, a w przypadku stwierdzenia uchybień podejmowane były działania w celu wyeliminowania ich w przyszłości.

9.2. Działania podejmowane przez Rzecznika Praw Pacjenta

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w rozdziale 8 wprowadziła prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Prawo to przysługuje pacjentowi, a w jego imieniu także przedstawicielowi ustawowemu. Zgodnie z wyżej wymienioną ustawą sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia wydanego przez lekarza lub lekarza dentystę można wnieść do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Działanie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta normuje rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. *w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. Nr 41, poz. 244).

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

krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny odnośnie aktualizacji opracowanych i przekazanych list.

Jednocześnie, należy podkreślić, że w 2014 r. procedowany był *projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw* (założenia w dniu 27 stycznia 2015 r. przyjęte zostały przez Radę Ministrów). *Projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, obejmuje swoim zakresem również przepisy dotyczące sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Propozycje zmian w tym zakresie odpowiadają postulatom organizacji pozarządowych, w szczególności Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Należy podkreślić, że szczegółowe dyskusje na ten temat były podejmowane w ramach prac Zespołu do spraw Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, do których zaproszeni zostali przedstawiciele organizacji pozarządowych (FEDERA, Amnesty International i Helsińska Fundacja Praw Człowieka). Zapisy projektu założeń uwzględniają wypracowane w trakcie tych dyskusji ustalenia i wnioski.

Zmiany uwzględnione w *projekcie założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*:

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

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

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

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

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

Wskazany w obecnie obowiązujących przepisach termin (30 dni) może być w niektórych przypadkach zbyt długi, przez co pacjent jest de facto pozbawiony możliwości skutecznego skorzystania z instytucji sprzeciwu. Dotyczy to np. przypadku, gdy przedmiotem sprzeciwu jest opinia albo orzeczenie lekarskie mające wpływ na prawo do przerwania ciąży, z uwagi na fakt, iż ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* określa czas, w jakim przerwanie ciąży jest dopuszczalne.

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

Obecnie regulacja taka wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. *w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. Nr 41, poz. 244).

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

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

W 2014 r. do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęły łącznie 34 sprzeciwy. Dwa z nich dotyczyły warunków dopuszczalności przerwania ciąży, na podstawie art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*.

W dniu 1 kwietnia 2014 r. wpłynął do Biura Rzecznika Praw Pacjenta sprzeciw wobec wydanego w dniu 27 marca 2014 r. orzeczenia lekarskiego specjalisty ginekologa i położnika, w przedmiocie braku wskazań do wykonania zabiegowego przerwania ciąży u pacjentki.

Sprzeciw spełniał wymogi formalne, określone w art. 31 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, i podlegał rozpatrzeniu przez Komisję Lekarską działającą przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Komisja Lekarska została powołana w dniu 14 kwietnia 2014 r. W trzyosobowy skład Komisji Lekarskiej wchodziło dwóch lekarzy specjalizacji położnictwo i ginekologia oraz jeden specjalizacji diabetologia.

Posiedzenie Komisji Lekarskiej odbyło się w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta w dniu 14 kwietnia 2014 r. Przewodniczący Komisji Lekarskiej, działając na podstawie § 2 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. *w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. Nr 41, poz. 244), nie stwierdził potrzeby osobistego badania pacjentki podczas posiedzenia Komisji Lekarskiej, w związku z czym, orzeczenie znak: RzPP-ZPR.44.7.2014.MPO zostało wydane na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej, o czym mowa w art. 31 ust. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Niezależnie od powyższego pacjentkę poinformowano, iż przysługuje jej prawo udziału w posiedzeniu, z czego pacjentka nie skorzystała. Komisja Lekarska jednogłośnie orzekła bezzasadność sprzeciwu. Określono, że ciąża pacjentki jest ciążą wysokiego ryzyka, ze względu na stan po czterech cesarskich cięciach, wykrytą cukrzycę ciążową leczoną insuliną oraz niedoczynność tarczycy i nadciśnienie tętnicze. Powyższa sytuacja nie stanowi wskazania do przerwania ciąży zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną i aktualnym stanem prawnym. O zapadłym orzeczeniu pacjentka została poinformowana – przesłano egzemplarz orzeczenia.

W dniu 6 sierpnia 2014 r. wpłynął do Biura Rzecznika Praw Pacjenta sprzeciw, który dotyczył wskazań do przeprowadzenia legalnego zabiegu przerwania ciąży ze względu na zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej. Powodem wniesienia sprzeciwu był fakt, że ciąża mogła stanowić zagrożenie dla życia pacjentki, jednocześnie nie przekazano pacjentce informacji o możliwych dalszych metodach leczenia. Lekarz, od którego orzeczenia wniesiono sprzeciw skierował pacjentkę do poradni patologii ciąży. Sprzeciw spełniał wymogi formalne, określone w art. 31 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, i podlegał rozpatrzeniu przez Komisję Lekarską działającą przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Komisja Lekarska została powołana w dniu 18 sierpnia 2014 r. W skład trzyosobowej Komisji Lekarskiej weszło dwóch lekarzy specjalizacji położnictwo i ginekologia oraz jeden specjalizacji chirurgia ogólna. Posiedzenie Komisji Lekarskiej odbyło się w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta w dniu 20 sierpnia 2014 r. Przewodniczący Komisji Lekarskiej, działając na podstawie § 2 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. *w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta*, nie stwierdził potrzeby osobistego badania pacjentki podczas posiedzenia Komisji Lekarskiej, w związku z czym, orzeczenie znak: RzPPZPR. 44.21.2014.MPO zostało wydane na podstawie posiadanej dokumentacji medyczne, o czym mowa w art. 31 ust. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Niezależnie od powyższego pacjentkę poinformowano, iż przysługuje jej prawo udziału w posiedzeniu, z czego skorzystała. Sprzeciw został rozpatrzony na posiedzeniu Komisji Lekarskiej w dniu 20 sierpnia 2014 r. Komisja orzekła o bezzasadności sprzeciwu. W treści orzeczenia wskazano, że dotychczasowy przebieg ciąży jest niepowikłany. Stan po operacji przepukliny pępkowej w 2012 r. nie stanowi wskazania do przerwania ciąży. O zapadłym orzeczeniu pacjentka została poinformowana – przesłano egzemplarz orzeczenia.

Sprawy związane z hospitalizacją psychiatryczną pacjentek w ciąży:

1) prowadzone przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wyjaśnienia dotyczyły pacjentki SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, będącej w pierwszym trymestrze ciąży. W trakcie hospitalizacji miała podawane leki psychotropowe. Po przyjęciu na oddział została umieszczona w „sali obserwacyjnej" z pacjentkami będącymi w bardzo złym stanie psychicznym, często agresywnymi wobec innych pacjentek, uniemożliwiającymi sen w nocy. Przed podjęciem decyzji o podawaniu pacjentce leków psychotropowych nie przeprowadzono badań ani konsultacji ginekologicznej. Skargę pacjentki Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego uznał za zasadną (RzSP-SA.471.15.2014);

2) Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego podjął interwencję (RzSPWF. 470.103.2014) w sprawie pacjentki SPZOZ im. Stanisława Deresza w Choroszczy. Wstępne informacje wskazywały, że w Oddziale Psychosomatycznym przebywa młoda ciężarna pacjentka niepełnosprawna intelektualnie. W trakcie rozmowy z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pacjentka zgłosiła, że została pobita. Mając na uwadze zachowanie pacjentki w trakcie spotkania, Rzecznik poprosił o rozmowę z lekarzem prowadzącym. Działania prowadzone przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego doprowadziły do zapewnienia prawidłowej opieki nad ciężarną pacjentką, tego samego dnia przeniesiono pacjentkę na oddział położniczo-ginekologiczny.

Poza scharakteryzowanym powyżej prawem do wniesienia sprzeciwu należy wskazać, że przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w celu ochrony praw pacjenta Rzecznik Praw Pacjenta został wyposażony w następujące kompetencje:

1) prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
2) prowadzenie postępowań w trybie art. 50-53 ustawy;
3) w sprawach cywilnych wykonywanie zadań określonych w art. 55 ustawy;
4) opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;
5) występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta;
6) opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;
7) współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
8) przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta;
9) współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;
10) analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
11) wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów.

Należy zaznaczyć, że w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta w celu ułatwienia kontaktu z zainteresowanymi działa ogólnopolska bezpłatna infolinia. Infolinia stanowi narzędzie działań informacyjno-edukacyjnych Rzecznika. Dzięki niniejszej formie działalności, pracownicy Biura mają możliwość udzielania znacznie szybciej i skuteczniej pomocy, w szczególności przekazania niezbędnych informacji w zakresie praw pacjenta oraz podjęcia właściwych działań w celu rozwiązania zgłaszanego problemu.

Realizując swoje zadania w 2014 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził 49 postępowań wyjaśniających dotyczących kobiet w ciąży w celu ustalenia, czy doszło do naruszenia praw pacjenta do:

1) świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6–8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* przez:

- Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy (sygn. akt RzPPZIP(ZPR)-420-116-11/MMS/KSI/UM/2013/14). Sprawa dotyczyła nierozpoznania ułożenia potylicowego tylnego w trakcie porodu, dziecko urodziło się z ciężką zamartwicą. Konsultant wojewódzki wskazał na należyte udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ww. podmiot. Rzecznik nie stwierdził naruszenia praw pacjenta,
- Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Zduńskiej Woli (sygn. akt: RzPP-ZIP(ZPR)-430-1292-29/UM/2013). Sprawa dotyczyła śmierci dziecka przy porodzie z powodu dystocji barkowej. Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Inflancka im. Krysi Niżyńskiej „Zakurzonej" w Warszawie (sygn. akt: RzPPZIP(ZPR)-430-830-6/MMS/MSZU/2013/2014). Sprawa dotyczyła braku pomocy położnych po porodzie przez cesarskie cięcie w zachowaniu higieny własnej pacjentki i noworodka oraz niewystarczającej ilość sanitariatów na oddziale, jak i warunków do kąpieli noworodka. Rzecznik stwierdził naruszenie praw pacjenta do informacji oraz do intymności i godności. W sprawie badane jest także prawo pacjenta od świadczeń zdrowotnych. W tym zakresie sprawa pozostaje w toku,
- Szpital Specjalistyczny „Pro-Familia" T. Wapiński, Z. Sobieszczański i wspólnicy sp. j. w Rzeszowie (sygn. RzPP-ZIP(ZPR)-430-1797/KKO/12/2013/2014). Sprawa dotyczyła pacjentki, która zgłosiła się do Szpitala w 6. miesiącu ciąży z uwagi na bóle brzucha. Lekarz prowadzący ciążę odmówił przyjęcia, kierując na Oddział Szpitalny. Sprawę prowadzi Prokuratura Rejonowa w Łańcucie, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Rzeszowie oraz Okręgowy Rzecznik Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, a także prawa do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 23 ust. 1 w zw. z art. 24 ust. 1. Stwierdzone naruszenia polegały m.in. na niedokonaniu obiektywnej oceny stanu płodu

poprzez jego monitorowanie (USG i KTG), niewdrożeniu farmakoterapii mającej na celu obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, czy też braku wpisów w dokumentacji dotyczących stanu zdrowia i zgłaszanych dolegliwości,

- Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie (sygn. akt RzPP-ZPR-420-82/MMA/GBR/2013/2014). Sprawa dotyczyła niezdiagnozowania zespołu przetoczenia pomiędzy płodami, tj. zespołu „TTTS" oraz śmierci dziecka. Rzecznik stwierdził naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*,
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „GEMINI" Poradnia Ginekologiczno-Położnicza w Lublinie (sygn. akt RzPP-ZPR-420-83/MMA/GBR/2013/2014). Sprawa dotyczyła niezdiagnozowania zespołu przetoczenia pomiędzy płodami, tj. zespołu „TTTS" oraz śmierci dziecka. Rzecznik stwierdził naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*,
- Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o. (RzPPZPR.432.9.2014.MSZU). Sprawa dotyczy nienależycie odebranego porodu, który miał przyczynić się do wielu jednostek chorobowych u dziecka. Sprawa w toku,
- Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o. (RzPPZPR.432.10.2014.MSZU). Sprawa dotyczy nienależycie odebranego porodu, który miał przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia pacjentki. Sprawa w toku,
- Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego RzPPZPR.432.17. 2014.MMS.MSZU). Rzecznik w przedmiotowej sprawie prowadził postępowanie wyjaśniające w celu ustalenia, czy świadczenia zdrowotne udzielano pacjentce należycie i z zachowaniem zasady kompleksowości. Rzecznik stwierdził naruszenie praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych i do informacji, o których mowa w art. 6 ust. 1, art. 8 oraz art. 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, polegające na odstąpieniu od udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem, bez wskazania innego podmiotu leczniczego, który mógł realnie udzielić ww. świadczeń,
- Szpital Powiatowy w Limanowej (RzPP-ZPR.432.47.2014.MMA). Sprawa dotyczyła śmierci noworodka. Jak ustalili konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii należy podejrzewać,

że w ostatnich 2. godzinach po wystąpieniu akcji skurczowej doszło do odklejenia się łożyska, co było przyczyną niedotlenienia płodu, które skutkowało zgonem noworodka. Nie stwierdzono naruszenia praw pacjenta,

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Malarkiewicz i Spółka" Sp. j. w Olsztynie (RzPP-ZPR.432.94.2014.MMA) Rzecznik po zakończonym postępowaniu wyjaśniającym stwierdził naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, polegające na zastosowaniu chwytu Kristellera podczas porodu, pomimo, że zabieg ten został uznany przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne jako niebezpieczny dla zdrowia i życia rodzącej oraz na dokonaniu zbyt płytkiego nacięcia krocza u pacjentki, przez co doszło u niej do pęknięcia szyjki macicy, jak też pęknięcia krocza III stopnia,
- Sosnowiecki Szpital Miejski Sp. z o.o. (RzPP-ZPR.432.48.2014.UM). Sprawa dotyczy przeprowadzenia zabiegu przepłukiwania jajowodów Hydrocortizonem u kobiety w ciąży. Sprawa w toku,
- NZOZ Centrum Femina Katowice s.c. (RzPP-ZPR.431.311.2014.UM.AMAL). Pacjentka podnosi brak wykrycia wad płodu podczas badania prenatalnego wykonanego w 21. tygodniu ciąży, finalnie zakończonej martwym urodzeniem płodu z wadą wrodzoną - przepukliną mózgową. Sprawa w toku,
- Zduńskowolski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. (RzPPZPR.432.50.2014.UM.OP). Sprawa dotyczy porodu, podczas którego naruszono miednicę oraz stawy krzyżowo-biodrowe. Jednocześnie pacjentka wskazała na nieudzielanie jej informacji o stanie zdrowia oraz nienależyte prowadzenie dokumentacji medycznej. Sprawa w toku,
- Zdrowie Sp. z o.o. z siedzibą w Sieradzu (RzPP-ZPR.431.526.2014.UM.ZM). Sprawa dotyczy braku wykonania badań w celu wykluczenia zakażenia paciorkowcem grupy B. Sprawa w toku,
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medican Sp. z o.o. w Andrychowie (RzPP-ZPR.431.16.2014.MMS.UM). Rzecznik stwierdził naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych, polegające na zaniechaniu skierowania pacjentki na badanie stężenia HCG oraz braku rozpoznania ciąży pozamacicznej,

- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (RzPPZPR. 431.386.2014.UM). W sprawie Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta przez zastosowanie tzw. chwytu Kristellera, co spowodowało uszkodzenie splotu barkowego u noworodka,
- Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce (RzPPZPR. 432.11.2014.MPO). Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych polegające m.in. na wykonaniu badania USG przez osobę nieposiadającą uprawnień do oceny ciąży wielopłodowej, ograniczeniu monitoringu dobrostanu płodów do badania KTG oraz zaleceniu wizyty w Poradni K. Skutkiem błędnego postępowania było niewdrożenie adekwatnej do stanu ciężarnej diagnostyki, a w rezultacie obumarcie jednego z płodów,
- Przychodnię Specjalistyczną w Olsztynie (RzPP-ZPR.432.13.2014.MPO). Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta polegające na odmowie wydania opinii lekarskiej o wskazaniach do przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży, gdy stanowi ona zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety,
- Szpital im św. Rodziny w Warszawie (RzPP-ZPR.431.360.2014.MPO). Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta w zakresie art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, które polegało na nienależytym udzieleniu pacjentce świadczeń zdrowotnych związanych z diagnostyką wad płodu w kontekście możliwości zastosowania procedury legalnej terminacji ciąży – art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. W powyższej sprawie podnoszono kwestie etyczne, włączając klauzulę sumienia,
- Bramorskiego Lecha prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą Niepubliczny Zakład Usług Medycznych BRA-MED w Lipnie (RzPPZPR.432.90.2014.MPO). Sprawa dotyczy śmierci noworodka z powodu nieodpowiedniej opieki medycznej. Sprawę prowadzi również Prokuratura Rejonowa w Lipnie, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przy Izbie Lekarskiej w Toruniu. Sprawa w toku,
- Instytut Matki i Dziecka w Warszawie (RzPP-ZPR.432.93.2014.MPO). Rzecznik stwierdził naruszenie polegające na braku odnotowania w dokumentacji medycznej przekazania pacjentce w ciąży informacji o możliwych procedurach leczniczych,
- Marka Florczaka prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą Specjalistyczna Praktyka Lekarska w Warszawie (RzPPZPR.432.95.2014.GBR.MPO). Rzecznik

stwierdził naruszenie polegające na niedokonaniu, zgodnie z obowiązującymi standardami oraz wytycznymi obiektywnej oceny płodu,

- Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi (RzPPZPR.432.66.2014.GBR). Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych polegające na zbyt późnym podaniu pacjentce środków znieczulających podczas zabiegu terminacji ciąży,
- Szpital Zakonu Bonifratrów p. w. Aniołów Stróżów w Katowicach (RzPPZPR.432.108. 2014.GBR). Zaniedbania personelu medycznego w trakcie porodu spowodowały, że dziecko urodziło się z niedotlenieniem mózgu. Rzecznik wystąpił m.in. do konsultantów w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w dziedzinie neonatologii o przekazanie wyników przeprowadzonych przez nich kontroli. Sprawę prowadzi Prokuratura Rejonowa w Katowicach, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przy Izbie Lekarskiej w Katowicach. Sprawa w toku,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie (RzPP-ZPR-431.218.2014.KKO). Pacjentka podnosi, że z powodu nieodpowiedniej opieki medycznej urodziła martwe dziecko. Sprawę prowadzi również Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przy Izbie Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze oraz Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przy Izbie Lekarskiej w Zielonej Górze. Sprawa w toku,
- Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu Sp. z o.o. (RzPPZPR. 432.53.2014.MST). Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta polegające na pozostawieniu pacjentki bez fachowej pomocy podczas akcji porodowej,
- Szpital w Knurowie Sp. z o.o. (RzPP-ZPR.431.510.2014.MST.AMAL). Sprawa dotyczy zarzutu błędu lekarskiego w zakresie zbyt późnej decyzji o rozwiązaniu ciąży. Pacjentka wskazuje, że jest to powodem pogorszenia się stanu zdrowia noworodka, które nastąpiło w drugiej dobie życia. Rzecznik wystąpił m.in. do konsultantów z dziedzin położnictwa i ginekologii oraz neonatologii o przekazanie wyników przeprowadzonych przez nich kontroli. Sprawa w toku,
- COPERNICUS Podmiot Leczniczy Spółka z o.o. w Krakowie (RzPPZPR.431.537. 2014.AMAL). Nieprawidłowość stwierdzona przez Rzecznika Praw Pacjenta polegała na tym, że lekarz nie zweryfikował stanu zdrowia pacjentki, co w efekcie skutkowało

nieuzyskaniem przez pacjentkę świadczenia zdrowotnego odpowiadającego wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (tj. recepty na tabletkę postkoitalną Escapelle),

- Indywidualną praktykę lekarską prowadzoną przez lekarza Jacka Wojciechowskiego (RzPP-ZPR.432.103.2014.MST.OP). Sprawa dotyczy niewłaściwej ordynacji leków pacjentce w ciąży. Sprawa w toku,
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Popiełuszki we Włocławku (RzPP.ZPR.432. 81.2014.MST). Sprawa dotyczy zasadności wypisu pacjentki ze szpitala w dniu planowanego porodu, a także zwłoki w rozwiązaniu ciąży drogą cesarskiego cięcia. Sprawę prowadzi również Prokuratura Rejonowa we Włocławku. Postępowanie wyjaśniające zostało zawieszone,
- SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Rybniku (RzPP-ZPR-432.85. 2014.MST.AMAL). Sprawa dotyczy postępowania personelu medycznego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w kontekście rozpoznania ciąży obumarłej oraz decyzji o jej zakończeniu w drodze cesarskiego cięcia. Sprawa w toku,
- Bożenę Krzempek prowadzącą działalność gospodarczą pod nazwą Specjalistyczna Przychodnia Lekarska w Rybniku (RzPPZPR.432.87.2014.MST.ZM). Przedmiotowa sprawa dotyczy świadczeń udzielanych po wykonaniu badania ginekologicznego, w trakcie którego nie wykryto tętna płodu. Sprawa w toku,
- Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie (RzPPZPR.431. 73.2014.KKN). Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjentki, która będąc w 40. tygodniu ciąży zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, ale nie została przyjęta, pomimo wskazań do rozpoczęcia hospitalizacji,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole (RzPPZPR.431. 185.2014.KKN). Rzecznik stwierdził, że zostało naruszone prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych zgodnie z aktualną wiedza medyczną – nie wykonano u pacjentki podstawowej diagnostyki m.in. badań krwi, moczu, USG płodu, nie prowadzono monitoringu KTG, ani też nie osłuchiwano tętna płodu, co skutkowało zwłoką w wykonaniu cesarskiego cięcia,
- Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (RzPPZPR. 431.447.2014.AMAL). Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjentki do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach*

pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, polegające na błędnej ocenie kompletności łożyska po porodzie, przez co nie wyłyżeczkowano pacjentce jamy macicy;

- Szpital Kliniczny im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie (RzPPZPR.431. 735.2014.KKO). Rzecznik nie stwierdził, aby w zgłoszonej sprawie zostało naruszone prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Pacjentka w skierowanym wniosku wskazała, że zgłosiła się do szpitala celem otrzymania recepty na antykoncepcję awaryjną. Z uwagi na konieczność wykonania badania ginekologicznego pacjentka została poinformowana o konieczności oczekiwania w celu uzyskania porady lekarza. Pacjentka zdecydowała się udać do innego podmiotu leczniczego,
- Szpital Solec Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (RzPPZPR. 431.736.2014.KKO). Rzecznik stwierdził nienależyte udzielenie świadczeń zdrowotnych polegające na zaniechaniu przez personel Szpitala dokonania oceny stanu zdrowia pacjentki i odpowiedniego jej skierowania do innego lekarza bądź podmiotu leczniczego, co w efekcie skutkowało nieuzyskaniem przez pacjentkę świadczenia zdrowotnego w zakresie antykoncepcji awaryjnej,
- Falck Medycyna Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (RzPPZPR. 431.737.2014.KKO). Rzecznik stwierdził nienależyte udzielenie świadczenia zdrowotnego, co w efekcie skutkowało nieuzyskaniem przez pacjentkę recepty na tabletkę postkoitalną,
- Szpital Specjalistyczny w Jaśle (RzPP-ZPR.431.763.2014.MPO). Pacjentka zgłosiła się celem wykonania zabiegu terminacji ciąży z uwagi na trwałe i nieodwracalne uszkodzenie płodu, niemniej uzyskała odmowę udzielenia przedmiotowego świadczenia: „lekarze zatrudnieni w tutejszym oddziale odmówili wykonania zabiegów przerwania ciąży". Na wniosek pacjentki umorzone zostało postępowanie wyjaśniające,
- Macieja Smółkowskiego prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Maciej Smółkowski w Gorzowie Wielkopolskim (RzPP-ZPR.431.971.2014.ZM). Pacjentka urodziła martwe dziecko w 39. tygodniu ciąży, sekcja zwłok potwierdziła, że przyczyną śmierci dziecka był konflikt serologiczny. Postępowanie wyjaśniające dotyczy procesu diagnostycznego prowadzonego w okresie prenatalnym. Sprawa w toku,
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medican sp. z o.o. w Andrychowie (RzPP-ZPR.431.16.2014.MMS.UM). Stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych przez nierozpoznanie u pacjentki ciąży pozamacicznej, pomimo

niestwierdzenia w jamie macicy pęcherzyka ciążowego, przy podwójnie dodatnim wyniku testu ciążowego oraz obecności zmiany torbielowatej w prawych przydatkach, co w konsekwencji skutkowało brakiem skierowania pacjentki do szpitala celem dalszej diagnostyki i planowego leczenia ciąży pozamacicznej,

- Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie (RzPPZPR. 432.138.2014MST.ZM). Sprawa dotyczy prawidłowości postępowania personelu medycznego wobec pacjentki w ciąży, która zgłosiła się z powodu obfitego, trwającego około dwie godziny krwawienia z dróg rodnych. Sprawa w toku,

2) informacji, o którym mowa w art. 9–12 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, przez:

- Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. (RzPP-ZPR.431.538.2014.AMAL). Pacjentka podniosła, że przy odbiorze wyników badań z ww. podmiotu leczniczego otrzymała wyłącznie wyniki morfologii, CMV, różyczki i toksoplazmozy. Pozostałe wyniki zostały omyłkowo wysłane przez ww. podmiot leczniczy do innego podmiotu, który w terminie późniejszym odesłał pacjentce resztę wyników badań,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy (RzPPZPR. 432.145.2014.OP). Sprawa dotyczy prawa pacjentki do informacji o możliwych metodach leczniczych, u której przy przyjęciu stwierdzono „odklejające się łożysko". Sprawa w toku,

3) poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20–22 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, oraz do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, w tym do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o którym mowa w art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, przez:

- OLK Poradnie Specjalistyczne w Sosnowcu Sp. z o.o. (RzPPZPR.45.5.2014.MSZU). Rzecznik prowadzi postępowanie wyjaśniające w celu ustalenia czy ww. podmiot leczniczy stosuje praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów, polegające na wykonywaniu badań USG ginekologicznego w obecności innych pacjentek,
- Szpital Zakonu Bonifratrów p. w. Aniołów Stróżów w Katowicach (RzPPZPR-431.506.2014.KKO). Sprawa dotyczy przekazania informacji o stanie zdrowia pacjentki osobie nieupoważnionej, a także naruszenia intymności podczas badania

ginekologicznego, w trakcie wykonywania którego obecne były osoby nieudzielające świadczeń zdrowotnych. Sprawa w toku,

– Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie (RzPPZPR.432.102.2014.RBR). Mąż pacjentki został wyproszony przez lekarza z sali porodowej, mimo sprzeciwu rodzącej. Ponadto pacjentka była badana w obecności osób postronnych. Sprawa w toku,

4) wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 15–18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (RzPP-ZPR.432.80. 2014.KKN.RBR). Sprawa dotyczy usunięcia jajnika, macicy i jajowodów bez zgody pacjentki. Sprawa w toku.

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

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

Jednocześnie, na podstawie informacji przekazywanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych, uwidoczniła się potrzeba opracowania jednolitych wytycznych oraz standardów w zakresie opieki wobec pacjentek w ciąży hospitalizowanych psychiatrycznie. Kwestia hospitalizacji pacjentek (psychiatrycznych) w ciąży jest nieuregulowana i procedury są różne w różnych szpitalach i oddziałach psychiatrycznych.

Najczęściej zgłaszane zastrzeżenia dotyczyły takich kwestii jak:

1) stosowania farmakoterapii. Jak wynika z pozyskanych informacji w wielu oddziałach psychiatrycznych lekarze prowadzący przyjmują jako standard postępowania odstępowanie

od zlecania bądź stopniowe lub natychmiastowe odstawianie leków psychotropowych (jeśli pacjentka kontynuuje leczenie) w związku z ich teratogennym działaniem i możliwym negatywnym wpływem na rozwój płodu. Jednocześnie intensyfikuje się oddziaływania terapeutyczne o charakterze pozafarmakologicznym poprzez elementy psychoterapii, zajęć rehabilitacyjnych oraz szeroko pojętego wsparcia psychologicznego. Z kolei na innych oddziałach psychiatrycznych praktykowane jest zlecanie i podawanie leków psychotropowych również w pierwszym trymestrze ciąży, nawet z użyciem środków przymusu bezpośredniego w przypadku kobiet odmawiających przyjęcia leków psychotropowych (w obawie o prawidłowy rozwój dziecka);

2) obligatoryjnego wykonywania testów ciążowych. W części oddziałów psychiatrycznych wobec kobiet w wieku rozrodczym praktykuje się przed podaniem niektórych leków obligatoryjne wykonanie testów ciążowych, aby uzyskać pewność, czy podane leki nie doprowadzą do powikłań w tym zakresie;

3) zlecania badań i konsultacji ginekologicznych. Część oddziałów psychiatrycznych standardowo zleca specjalistyczne konsultacje i badania ginekologiczne wobec każdej pacjentki w ciąży, zwłaszcza w kontekście planowanego postępowania terapeutycznego. Z kolei w innych oddziałach przyjmuje się, iż pacjentki mogą się konsultować z ginekologami dopiero po wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego;

4) warunków hospitalizacji. W części oddziałów stosowana jest praktyka umieszczania pacjentek w ciąży w salach zapewniających większy komfort oraz bezpieczeństwo (jednoosobowe sale, ewentualnie dwuosobowe, zwykle z pacjentką o ustabilizowanym stanie psychicznym, która może w razie potrzeby służyć pomocą lub wezwać pomoc). Tymczasem na innych oddziałach nie uznaje się takiej potrzeby, co oznacza, że pacjentki w ciąży umieszczane są na wieloosobowych (nawet 7-8. łóżkowych) salach „obserwacyjnych", które z reguły zajęte są przez osoby bezpośrednio po przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, w ostrych stanach psychotycznych lub przeniesione z innych sal/odcinków w związku z pogorszeniem zdrowia psychicznego, często agresywnych w zachowaniu, zakłócających porządek, uniemożliwiających sen pozostałym pacjentom;

5) diety. Z reguły oddziały psychiatryczne szpitali nie różnicują diet pacjentek psychiatrycznych będących w okresie ciąży. Tymczasem w niektórych jednostkach, uwzględniając specyfikę potrzeb żywieniowych kobiet w ciąży, przyjmuje się zasadę,

iż takim pacjentkom przysługuje tzw. „dodatek ciążowy”, czyli dieta składająca się z 5. posiłków, zawierająca większe ilości nabiału, warzyw i owoców;

6) praktyk (realizowanych przez oddziały położnicze) dotyczących czasu pobytu pacjentki chorej psychicznie w okresie połogu. W sytuacji, gdy na oddział położniczy przyjmowana jest pacjentka z oddziału psychiatrycznego, bardzo częstym zjawiskiem jest wypisywanie jej tego samego lub następnego dnia po porodzie i pozostawianie dziecka na oddziale noworodków bez matki. Mając na uwadze powyższe Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, jak również do Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii o opinię na temat konieczności wypracowania jednolitych standardów opieki wobec pacjentek w ciąży hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych.

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

W 2014 r. odpowiedzialność zawodową lekarzy regulowały przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. z 2015 r. poz. 651, 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 2014 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 18. Liczba spraw dotyczących opieki nad kobietami w ciąży, opieki okołoporodowej, badań genetycznych płodu oraz zabiegów przerywania ciąży prowadzonych przez okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski w 2014 r.

Lp.	OIL	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	0
6	**Gorzów Wlkp.**	0	0	0	0
7	**Katowice**	0	0	0	0

8	**Kielce**	0	0	0	0
9	**Koszalin**	1	0	0	0
10	**Kraków**	3	1	0	0
11	**Lublin**	0	1	0	0
12	**Łódź**	3	0	0	0
13	**Olsztyn**	0	0	0	0
14	**Opole**	0	0	0	0
15	**Płock**	0	0	0	0
16	**Poznań**	2	1	0	0
17	**Rzeszów**	0	1	0	0
18	**Szczecin**	1	0	0	0
19	**Tarnów**	0	0	0	0
20	**Toruń**	0	0	0	0
21	**Warszawa**	2	2	0	0
22	**Wrocław**	0	0	0	0
23	**SL WIL**	0	0	0	0
24	**Zielona Góra**	0	0	0	0
25	**Naczelny Sąd Lekarski**	3	3	0	0
SUMA		**15**	**11**	**0**	**0**

Źródło: Naczelny Sąd Lekarski

W porównaniu do 2013 r.:

- liczba postępowań dotyczących opieki nad kobietami w ciąży była większa o 10 postępowań,
- liczba postępowań dotyczących opieki okołoporodowej była mniejsza o 1 postępowanie,
- liczba postępowań dotyczących badań genetycznych płodu była mniejsza o 2 postępowania,
- liczba postępowań dotyczących zabiegów przerywania ciąży była mniejsza o 3 postępowania.

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