



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IX kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WPP.4521.5.2021.SZ

Druk nr 1332
Warszawa, 15 czerwca 2021 r.

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument:

- **Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2019 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.**

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

Z poważaniem

Mateusz Morawiecki

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

**SPRAWOZDANIE RADY MINISTRÓW
Z WYKONYWANIA ORAZ O SKUTKACH STOSOWANIA
W 2019 R.**

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

WARSZAWA 2020 r.

SPIS TREŚCI

SPIS TABEL:	3
WSTĘP	5
ROZDZIAŁ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ INFORMACJE EPIDEMIOLOGICZNE	6
1.1. ROZWÓJ DEMOGRAFICZNY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	6
1.2. URODZENIA I DZIETNOŚĆ KOBIEC 6	6
1.3. UMIERALNOŚĆ	8
ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIECĄ W CIĄŻY	9
2.1. OPIEKA REALIZOWANA W RAMACH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	9
2.2. PROGRAMY POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PLANOWANIA RODZINY, ŚWIADOMEGO MACIERZYŃSTWA ORAZ OPIEKI MEDYCZNEJ NAD KOBIECĄ W CIĄŻY	25
2.3. ZGONY NIEMOWLĄT I UMIERALNOŚĆ NIEMOWLĄT.....	31
2.4. DZIAŁANIA O CHARAKTERZE PROFILAKTYCZNYM KIEROWANE DO KOBIEC W CIĄŻY ORAZ OSÓB W WIEKU PROKREACYJNYM PROMUJĄCE ODPOWIEDZIALNE ZACHOWANIA W CIĄŻY ORAZ W OKRESIE PREKONCEPCYJNYM.....	31
ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIECAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH	45
3.1. ŚWIADCZENIA RODZINNE	46
3.2. ZAPEWNIENIE POMOCY MATERIALNEJ I OPIEKI NAD KOBIECAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH POPRZEZ ZAPEWNIENIE WSPARCIA W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	59
3.3. UPRAWNIENIA PRACOWNIKÓW ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM	68
3.4. UPRAWNIENIA BEZROBOTNYCH ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM	78
3.5. POMOC SPOŁECZNA	83
3.6. PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY DOMOWEJ	86
3.7. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ROLNIKÓW	89
ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI	90
ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH	95
ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY	97
6.1. POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA UDZIELANA PRZEZ SZKOŁĘ	97
6.2. INDYWIDUALNE NAUCZANIE DZIECI I MŁODZIEŻY	99
6.3. WSPARCIE UDZIELANE PRZEZ PORADNIE PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE	99
6.4. SPEŁNIENIE OBOWIĄZKU SZKOLNEGO ORAZ OBOWIĄZKU NAUKI POZA SZKOŁĄ	100
6.5. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU EGZAMINÓW ZEWNĘTRZNYCH	101
ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY	109
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	109
7.2. KWALIFIKACJE NAUCZYCIELI REALIZUJĄCYCH ZAJĘCIA WYCHOWANIA DO ŻYCIA W RODZINIE	111
7.3. PODRĘCZNIKI WYKORZYSTYWANE DO REALIZACJI ZAJĘC „WYCHOWANIA DO ŻYCIA W RODZINIE”	113
ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY	114
ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY	120
9.1. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ ORGANY ŚCIGANIA I WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI	120
9.2. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA	122
9.3. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ NACZELNY SĄD LEKARSKI I OKRĘGOWE SĄDY LEKARSKIE	124

SPIS TABEL:

Tabela nr 1. Współczynnik dzietności kobiet w latach 2015–2019.....	6
Tabela nr 2. Świadczenia udzielone w 2019 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii.....	13
Tabela nr 3. Wykonanie świadczeń rozliczanych jako porady związane z prowadzeniem ciąży	13
Tabela nr 4. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I 2019 r.	15
Tabela nr 5. Liczba porodów rozliczonych w 2019 r.....	15
Tabela nr 6. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2019 r.	16
Tabela nr 7. Liczba i wartość znieczuleń wykonanych w trakcie porodu, rozliczanych jako dodatkowa procedura przy porodzie drogami natury.....	18
Tabela nr 8. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2019 r.	21
Tabela nr 9. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2019 r.....	22
Tabela nr 10. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej – liczba i wartość udzielonych świadczeń	23
Tabela nr 11. Opieka psychologiczna w ramach leczenia szpitalnego skierowana do kobiet po niepowodzeniu położniczym, podczas pobytu w szpitalu, w oddziale położniczym o III poziomie referencyjności	24
Tabela nr 12. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w rodzaju psychiatria i leczenie uzależnień	24
Tabela nr 13. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w ramach KOC II/III	25
Tabela nr 14. Liczba osób pobierających zasiłek macierzyński w 2019 r.	63
Tabela nr 15. Liczba porad w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w zakresie ginekologii dla dziewcząt udzielonych w 2019 r., w tym pacjentkom poniżej 18 r.ż.....	90
Tabela nr 16. Produkty lecznicze o działaniu antykoncepcyjnym refundowane w 2019 r.	91
Tabela nr 17. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2019 r.....	92
Tabela nr 18. Realizacja programu badań prenatalnych w 2019 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę osób objętych programem).....	96
Tabela nr 19. Dane dotyczące liczby dzieci i młodzieży objętych pomocą psychologiczno-pedagogiczną.....	98
Tabela nr 20. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2009–2018 (w skali kraju) – według przyczyn	115
Tabela nr 21. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2019 r. – w podziale na województwa, wiek kobiet i przyczynę.....	116
Tabela nr 22. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2018 r. w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu ..	116
Tabela nr 23. Postępowania przygotowawcze prowadzone w 2019 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury dotyczące ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy	121
Tabela nr 24. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego dotyczące przestępstw z art. 149, 1521–54 i art. 157–157a Kodeksu karnego związanych z realizacją ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży	121

Tabela nr 25. 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 2019 r. 125

WSTĘP

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

Sprawozdanie Rady Ministrów za 2019 r. przygotowano na podstawie informacji, danych statycznych i opinii uzyskanych od:

- 1) Ministra Edukacji Narodowej;
- 2) Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej;
- 3) Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi;
- 4) Ministra Sprawiedliwości – Prokuratora Krajowego;
- 5) Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 6) Ministra Zdrowia;
- 7) Rzecznika Praw Pacjenta;
- 8) Naczelnego Sądu Lekarskiego;
- 9) Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 10) Głównego Urzędu Statystycznego;
- 11) Krajowego Centrum do Spraw AIDS;
- 12) Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych;
- 13) Centrum e-Zdrowia (dawne Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia).

Sprawozdanie zostało podzielone na rozdziały zawierające informacje na temat realizacji poszczególnych przepisów ustawy. Wyjątek w tym zakresie stanowi rozdział pierwszy, w którym zostały przedstawione podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Rzeczypospolitej Polskiej oraz informacje epidemiologiczne, związane z problematyką uregulowaną w ustawie w sposób bezpośredni lub pośredni.

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

1.1. Rozwój demograficzny Rzeczypospolitej Polskiej

Na koniec 2019 r. ludność Rzeczypospolitej Polskiej liczyła 38 383 tys. osób, tj. o prawie 29 tys. mniej niż na koniec 2018 r.

Liczba ludności zmniejsza się począwszy od 2012 r., z wyjątkiem 2017 r., kiedy odnotowano nieznaczny wzrost (o niespełna 1 tys.). Na zmiany w liczbie ludności w ostatnich latach ma wpływ przede wszystkim przyrost naturalny, który pozostaje ujemny począwszy od 2013 r. W 2019 r. liczba urodzeń była niższa od liczby zgonów o prawie 35 tys. Współczynnik przyrostu naturalnego (na 1000 ludności) wyniósł -0,9‰, w stosunku do -0,7‰ w 2018 r. Oznacza to, że w 2019 r., w wyniku ruchu naturalnego, na każde 10 tys. ludności kraju ubyło 9 osób. W miastach już od ponad 20 lat notowany jest ubytek naturalny (z wyjątkiem lat 2008–2011), który w 2019 r. wyniósł -32,9 tys. Na wsi po raz pierwszy od 3 lat odnotowano ujemny przyrost naturalny – w minionym roku liczba zgonów przewyższyła liczbę urodzeń o niespełna 2 tys.

1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

W 2019 r. zarejestrowano 375 tys. urodzeń żywych, tj. o ok 13,8 tys. mniej niż w poprzednim roku. Po dwóch latach wzrostu (w 2016 r. i 2017 r.) liczba urodzeń spadła o ponad 13 tys. W stosunku do 2018 r. zmniejszył się też współczynnik urodzeń – o 0,3 p. prom. do poziomu 9,8‰.

Od prawie 30 lat utrzymuje się zjawisko depresji urodzeniowej – niska liczba urodzeń nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń. Współczynnik dzietności, po wzroście w 2017 r., pozostaje od kilku lat na zbliżonym poziomie.

Tabela nr 1. Współczynnik dzietności kobiet w latach 2015–2019

Rok	2015	2016	2017	2018	2019
Wartość TFR	1,29	1,36	1,45	1,43	1,42

Źródło: Roczniki Demograficzne z lat 2016,2017,2018,2019,2020 GUS

W 2019 r. współczynnik dzietności wyniósł 1,42, co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) przypadało 141 urodzonych dzieci (w miastach – 141, na wsi – 143).

Optymalna wielkość tego współczynnika, określana jako korzystna dla stabilnego rozwoju demograficznego, to 2,10–2,15, tj. gdy w danym roku na 100 kobiet w wieku 15–49 lat przypada średnio co najmniej 210–215 urodzonych dzieci.

Zgodnie z informacjami Głównego Urzędu Statystycznego obserwowane od początku transformacji ustrojowej zmiany postaw i priorytetów życiowych młodych ludzi (osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia i stabilizacji ekonomicznej) spowodowały przesunięcie wieku zakładania rodziny.

W ostatnich 2–3 latach zmieniła się także struktura wg kolejności urodzeń – wzrósł udział urodzeń drugich i kolejnych, przy spadku liczby i udziału urodzeń pierwszych.

Liczba urodzeń w Rzeczypospolitej Polskiej nadal jest istotnie determinowana liczbą zawieranych związków małżeńskich, przy czym ponad połowa dzieci rodzi się w okresie pierwszych trzech lat trwania małżeństwa rodziców.

Jednocześnie w 2019 r. po raz kolejny odnotowano spadek liczby urodzeń żywych u kobiet, których wiek wynosił 19 lat i mniej. W 2019 r. było 8 277 takich urodzeń, w 2018 r. – 9 224, w 2017 r. – 10 076, a w 2016 r. – 11 320.

Należy mieć na uwadze, że zmiany demograficzne mają charakter długofalowy i wpływają na nie zjawiska, które występowały wcześniej. Obserwowany obecnie spadek liczby urodzonych dzieci nie jest spowodowany spadkiem współczynnika dzietności, ale jest wynikiem wchodzenia w wiek prokreacji roczników niżu demograficznego. To oznacza, że mniej jest kobiet, które będą rodziły dzieci, i nawet przy tym samym współczynniku dzietności liczba dzieci przychodzących na świat będzie mniejsza. Jednocześnie w wiek powyżej 75+, w którym częściej dochodzi do zgonów, zaczynają wchodzić roczniki powojennego wyżu demograficznego, kiedy rodziło się około 700 tys. dzieci (od 30 lat rodzi się około 400 tys.). Tym samym przyrost naturalny, który jest bilansem zgonów i narodzin, stał się ujemny (to oznacza więcej zgonów).

1.3. Umieralność

W 2019 r. zmarło prawie 410 tys. osób, tj. o ponad 4 tys. mniej niż w roku poprzednim. Współczynnik umieralności wyniósł 10,7‰ (wobec 10,8‰ w 2018 r.). W ogólnej liczbie osób zmarłych ok. 52% stanowili mężczyźni.

Pozytywnym zjawiskiem jest utrzymująca się niska umieralność niemowląt. Zmarło ok. 1,4 tys. dzieci w wieku poniżej 1 roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych był nieco niższy niż przed rokiem (o 0,1 p. prom.) i kształtował się na poziomie 3,8‰ (w miastach 3,7‰, na wsi 3,9‰).

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

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży.

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

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

W celu realizacji ww. przepisów ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.) w art. 2 w ust. 1 pkt 4 zapewnia prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie kobietom w okresie ciąży, porodu i połogu, mającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. *o cudzoziemcach* (Dz. U. z 2020 r. poz. 35, z późn. zm.).

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu w 2019 r. regulowały:

- 1) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2019 r. poz. 736, z późn. zm.);
- 2) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, z późn. zm.);

- 3) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.);
- 4) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209);
- 5) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1199, z późn. zm.);
- 6) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756).

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

2.1.1. Standardy w opiece okołoporodowej

Głównym celem opieki medycznej nad kobietami w ciąży jest zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, umożliwiająca objęcie pacjentek opieką odpowiadającą ich potrzebom zdrowotnym. Istotnym jest zatem, aby ciąża była od początku nadzorowana przez wykwalifikowany personel medyczny.

Od 1 stycznia 2019 r. obowiązuje nowy standard, stanowiący załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Nowy standard nie ogranicza się wyłącznie do ciąży i porodu o charakterze fizjologicznym, dzięki temu wiele jego przepisów znajduje zastosowanie również w przypadku czasowo pojawiających się powikłań. Wyznacza on sposób organizacji opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, tj. w przebiegu ciąży, porodu, połogu i opieki nad noworodkiem. Szczególne miejsce zajmują w nim przepisy dotyczące organizacji edukacji przedporodowej, wsparcia karmienia piersią, łagodzenia bólu porodowego, a także zasad pracy

personelu w przypadkach szczególnie trudnych dla kobiet i ich rodzin, takich jak poronienie, urodzenie martwego lub ciężko chorego dziecka.

Zastosowane w standardzie rozwiązania kładą szczególny nacisk na współpracę personelu medycznego z rodzicami dla zapewnienia dziecku jak najlepszej opieki. W tym celu standard wskazuje, że wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i niezbędne procedury u noworodka są wykonywane w obecności matki, po przekazaniu jej niezbędnych informacji i uzyskaniu zgody. Należy przy tym pamiętać, że rodzice są współdecydentami w opiece zdrowotnej nad dzieckiem, zarówno w przypadku podejmowanych wobec niego działań profilaktycznych jak i leczniczych, a w przypadkach spornych niezbędny staje się spokój i konstruktywny dialog obojga stron.

Standard przewiduje konieczność zapewnienia monitoringu i ewaluacji realizacji jego przepisów, nakładając na podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej obowiązek ustalania wskaźników tej opieki i monitorowania ich, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się m.in. oceną satysfakcji kobiet objętych opieką.

Ponadto zgodnie ze standardem:

- 1) opiekę nad kobietą w ciąży fizjologicznej może sprawować zarówno lekarz ginekolog, jak i położna;
- 2) kobieta ma możliwość zapoznania się ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej, w tym poznania swoich praw i schematu opieki zdrowotnej w okresie ciąży, porodu i porożu oraz opieki nad noworodkiem;
- 3) ciężarnej przysługuje co najmniej 9 konsultacji z lekarzem lub położną, w trakcie których jest oceniany jej stan zdrowia i przebieg ciąży;
- 4) położna obejmuje opieką kobietę i jej nowonarodzone dziecko w miejscu jej zamieszkania albo pobytu w ciągu 48 godz. od otrzymania zgłoszenia ze szpitala o urodzeniu dziecka.

Dodatkowo, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w *sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, w trosce o dobro dziecka, w tym w celu uniknięcia potencjalnych zaniedbań w opiece nad nim, personelowi medycznemu zapewniono możliwość monitorowania stanu zdrowia i losów dziecka od urodzenia także w miejscu jego pobytu. Przepisy ww. rozporządzenia nakładają na szpitale obowiązek skutecznego poinformowania położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej o przekazaniu jej opieki nad noworodkiem, którą powinna podjąć nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania

zgłoszenia. W celu udokumentowania skuteczności przekazania zgłoszenia o porodzie wskazano na konieczność uzyskania potwierdzenia odbioru tego zgłoszenia, pozostawiając wybór drogi przekazania zgłoszenia do decyzji podmiotu. Opieka położnej jest realizowana w formie wizyt patronażowych. Kobieta ma prawo do co najmniej 4 takich wizyt. Jednocześnie wprowadzono konieczność informowania jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku zaobserwowania zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu jego pobytu.

Odnosząc się do realizacji scharakteryzowanych powyżej przepisów należy wskazać, że regulacje zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w *sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, mają charakter wiążący dla realizatorów umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

Finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i pokoju 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 świadczeń opieki zdrowotnej, a także warunki wymagane od świadczeniodawców regulują zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne i profilaktyczne programy zdrowotne.

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

Tabela nr 2. Świadczenia udzielone w 2019 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	dotyczy kobiet do 35 r.ż.				dotyczy kobiet w 35 r.ż. i starszych			
	02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				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)				rozpoznanie – ciąża (O00-O99 oraz Z32-Z36)			
	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	7 434 230	80 064	17 589	201	1 660 428	18 518	4 476	195
KUJAWSKO-POMORSKI	5 013 718	66 234	14 324	183	959 010	12 934	3 078	169
LUBELSKI	5 044 395	58 984	11 081	98	1 139 770	13 538	2 897	96
LUBUSKI	2 552 240	29 457	6 113	45	518 237	6 078	1 403	45
ŁÓDZKI	4 278 965	62 398	12 914	158	969 201	14 473	3 336	150
MAŁOPOLSKI	9 981 173	111 816	21 404	186	2 366 818	27 046	5 803	183
MAZOWIECKI	13 799 910	170 228	41 577	290	3 838 171	49 781	12 915	275
OPOLSKI	1 658 011	20 925	5 833	58	335 838	4 264	1 272	55
PODKARPACKI	7 149 071	80 095	13 508	116	1 525 828	17 461	3 173	114
PODLASKI	4 188 749	50 296	8 121	57	797 978	9 834	1 868	56
POMORSKI	7 839 349	88 810	17 545	122	1 651 989	19 351	4 399	121
ŚLĄSKI	12 001 365	150 490	25 334	386	2 362 485	30 793	5 956	375
ŚWIĘTOKRZYSKI	2 007 264	25 063	6 102	116	442 441	5 623	1 483	116
WARMIŃSKO-MAZURSK	5 021 840	60 696	10 877	101	995 661	12 336	2 529	100
WIELKOPOLSKI	7 216 387	80 385	19 390	221	1 519 359	17 281	4 495	216
ZACHODNIOPOMORSKI	4 084 001	51 921	10 457	110	826 241	10 596	2 448	104
RAZEM	99 270 668	1 187 862	242 169	2 448	21 909 455	269 907	61 531	2 370

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela nr 3. Wykonanie świadczeń rozliczanych jako porady związane z prowadzeniem ciąży

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	dotyczy kobiet do 35 r.ż.				dotyczy kobiet w 35 r.ż. i starszych			
	02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
	Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej				Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej			
	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	2 627 562	16 072	5 842	114	547 970	3 341	1 257	106
KUJAWSKO-POMORSKI	3 636 725	23 753	6 863	114	630 012	4 105	1 281	103
LUBELSKI	763 200	4 667	1 468	28	149 950	909	301	24
LUBUSKI	650 699	4 274	1 672	26	116 927	763	332	21
ŁÓDZKI	1 139 625	7 373	2 789	78	244 505	1 598	624	72
MAŁOPOLSKI	975 786	5 978	2 798	43	213 299	1 313	709	38
MAZOWIECKI	6226 187	38 902	12 763	162	1 559 290	9 743	3 359	154
OPOLSKI	2 282 399	13 901	3 784	50	393 476	2 399	712	47
PODKARPACKI	4 007	22	11	1				
PODLASKI	192 533	1 210	644	11	35 113	218	108	9
POMORSKI	3 301 324	22 258	6 713	71	605 791	4 086	1 294	69
ŚLĄSKI	557 572	3 662	1 583	71	130 724	857	364	61
ŚWIĘTOKRZYSKI	918 632	5 797	2 027	57	191 823	1 225	450	49

WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 316 148	8 279	2 457	30	240 750	1 513	478	28
WIELKOPOLSKI	5 965 433	37 336	11 647	163	1 132 093	7 079	2 365	157
ZACHODNIOPOMORSKI	1 776 251	11 623	3 937	63	339 431	2 232	783	57
RAZEM	32 334 083	205 107	66 998	1 082	6 531 154	41 381	14 417	995

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.2. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

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

Produkt rozliczeniowy KOC realizowano od dnia 1 lipca 2016 r. do dnia 30 września 2017 r. Od dnia 1 października 2017 r. jest realizowany natomiast produkt rozliczeniowy: KOC I, tj. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na I poziomie referencyjnym. W stosunku do produktu rozliczeniowego w miejsce dotychczasowego jednego ryczału, w ramach KOC I wprowadzono kilka ryczałów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży oraz wydzielony w przypadku prowadzenia ciąży przez położną. Wycena poszczególnych ryczałów obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem w okresie do 6 tygodni od urodzenia. W przypadku wystąpienia wskazań medycznych do dłuższej hospitalizacji dziecka wprowadza się możliwość odrębnego rozliczenia świadczeń w oparciu o odrębną wycenę świadczeń analogicznych do obecnych grup noworodkowych rozliczanych w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń,

możliwe jest uzyskanie przez świadczeniodawcę „premi” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych dotyczących, do których należy:

- 1) odsetek porodów fizjologicznych;
- 2) odsetek ciążarnych, u których zrealizowany został schemat opieki;
- 3) odsetek cięć cesarskich;
- 4) przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną i uzyskanie co najmniej 60% zwrotnych odpowiedzi;
- 5) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciążę.

KOC I jest obecnie realizowana w kilku województwach.

Tabela nr 4. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I 2019 r.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców	Wartość świadczeń – ogółem - w zł	Liczba porodów – ogółem	Liczba cięć cesarskich	Liczba znieczuleń podanych do porodu drogami natury
DOLNOŚLĄSKI	1	7 059 873	1 402	658	0
LUBUSKI	1	4 655 144	861	421	0
MAŁOPOLSKI	1	18 183 149	2 507	1 406	424
POMORSKI	2	13 904 159	2 471	713	0
ŚLĄSKI	1	6 754 349	1 216	671	79
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1	4 855 801	888	350	168
ZACHODNIOPOMORSKI	1	839 759	158	85	0
RAZEM	8	56 252 234	9 503	4 304	671

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.3. Porody, w tym porody zakończone cięciem cesarskim

W 2019 r. rozliczono 324 120 porodów sześcioma produktami rozliczeniowymi (Jednorodnymi Grupami Pacjentów).

Tabela nr 5. Liczba porodów rozliczonych w 2019 r.

Oddział wojewódzki 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	Suma
DOLNOŚLĄSKI	16 503	341	1 778	2 361	84	3 206	24 273
KUJAWSKO-POMORSKI	15 657	353	601	1 656	2	873	19 142
LUBELSKI	8 301	40	650	1 129	8	990	11 118
LUBUSKI	4 933	79	253	491	0	897	6 653
ŁÓDZKI	11 524	309	2 378	1 915	164	1 159	17 449

MAŁOPOLSKI	20 865	437	4 246	673	4	1 166	27 391
MAZOWIECKI	46 259	874	4 754	2 881	38	4 073	58 879
OPOLSKI	5 403	140	615	259	3	1 019	7 439
PODKARPACKI	16 021	285	1 286	838	5	1 827	20 262
PODLASKI	8 262	93	213	176	8	286	9 038
POMORSKI	17 193	368	1 349	1 008	1	1 320	21 239
ŚLĄSKI	30 630	590	2 204	1 435	49	1 452	36 360
ŚWIĘTOKRZYSKI	4 398	63	2 133	1 249	100	1 408	9 351
WARMIŃSKO-MAZURSKI	9 654	149	577	941	26	591	11 938
WIELKOPOLSKI	28 291	452	2 742	1 330	5	2 370	35 190
ZACHODNIOPOMORSKI	7 934	70	40	82	0	272	8 398
RAZEM:	251 828	4 643	25 819	18 424	497	22 909	324 120

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W ramach powyższej liczby porodów 139 427 porodów zakończyło się cięciem cesarskim. Zestawienie liczby cięć cesarskich w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia tabela nr 5.

Tabela nr 6. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2019 r.

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba porodów
1	DOLNOŚLĄSKI	11 424
2	KUJAWSKO-POMORSKI	6 501
2	LUBELSKI	5 952
4	LUBUSKI	3 097
5	ŁÓDZKI	9 049
6	MAŁOPOLSKI	13 160
7	MAZOWIECKI	21 611
8	OPOLSKI	3 349
9	PODKARPACKI	10 639
10	PODLASKI	4 869
11	POMORSKI	6 966
12	ŚLĄSKI	16 168
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	4 818
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	5 516
15	WIELKOPOLSKI	12 575
16	ZACHODNIOPOMORSKI	3 733
RAZEM		139 427

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2019 r. wskaźnik cięć cesarskich ponownie zmniejszył się, w 2017 r. wyniósł 44,2%, w 2018 r. – 43,65%, a w 2019 – 43,01%.

Wskaźnik cesarskich cięć jest na bieżąco monitorowany za pomocą dostępnych danych statystycznych otrzymywanych z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia,

jak również za pośrednictwem konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii wraz z kierowanymi przez nich zespołami konsultantów wojewódzkich.

2.1.4. Łagodzenie bólu porodowego

Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w *sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* w rozdziale VII przewidują regulacje dotyczące łagodzenia bólu porodowego. W świetle powyższych przepisów, rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego. Rodzącej przyjmowanej do podmiotu wykonującego działalność leczniczą w celu porodu przekazuje się, w sposób dla niej zrozumiały, informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w tym podmiocie.

Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, oraz zapewniają rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu, uwzględniając jej zdanie w tym zakresie.

W podmiocie wykonującym działalność leczniczą realizującym opiekę nad rodzącą opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego i dostępne w tym podmiocie metody łagodzenia bólu porodowego.

Zgodnie ze standardem łagodzenie bólu porodowego obejmuje metody nefarmakologiczne i farmakologiczne.

Metody nefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:

- 1) utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, w szczególności: spacer, kołysanie się, przyjmowanie pozycji kucznej lub pozycji wertykalnych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, w szczególności takich jak: gumowa piłka, worek sako, drabinki, materac, sznury porodowe, krzesło porodowe;
- 2) techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;
- 3) metody fizjoterapeutyczne, w tym: masaż relaksacyjny, ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu, przezskórną stymulację nerwów (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation - TENS);
- 4) immersję wodną;
- 5) akupunkturę;
- 6) akupresurę.

Natomiast metody farmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:

- 1) analgezję wziewną;
- 2) dożylnie lub domięśniowe stosowanie opioidów;
- 3) analgezję regionalną i miejscową.

Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego są wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod niefarmakologicznych lub wystąpienia wskazań medycznych do ich zastosowania. Rozpoczęcie farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego każdorazowo jest poprzedzone badaniem położniczym oraz przeprowadzoną i udokumentowaną przez lekarza położnika oceną natężenia bólu lub identyfikacją wskazań medycznych oraz uzyskaniem zgody rodzącej na zastosowanie proponowanej metody.

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 r. wykonano 18 919 znieczuleń zewnątrzoponowych. Dalszemu zwiększeniu uległa wycena samej procedury, wartość produktu do sumowania – Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu nie zawarte w JGP wynosiła w 2019 r. 600 punktów.

Tabela nr 7. Liczba i wartość znieczuleń wykonanych w trakcie porodu, rozliczanych jako dodatkowa procedura przy porodzie drogami natury

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba wykonanych produktów	Wartość wykonanych produktów (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	1 241	685 300
KUJAWSKO-POMORSKI	259	145 400
LUBELSKI	220	122 700
LUBUSKI	25	14 200
ŁÓDZKI	2 071	1 103 860
MAŁOPOLSKI	1 188	647 500
MAZOWIECKI	9 382	5 185 900
OPOLSKI	202	110 100
PODKARPACKI	960	536 300
PODLASKI	468	259 300
POMORSKI	711	385 900
ŚLĄSKI	1 475	813 700
ŚWIĘTOKRZYSKI	229	125 020
WARMIŃSKO-MAZURSKI	404	223 200
WIELKOPOLSKI	84	45 200
RAZEM	18 919	10 403 580

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2019 r. rozliczono łącznie 324 120 świadczeń związanych z porodem. Po odliczeniu porodów w wyniku cesarskiego cięcia (139 427), które zostały wykonane w znieczuleniu, szacuje się, że liczba wykonanych znieczuleń przy porodzie drogami natury przekracza 10%. Posiadane dane dotyczą faktycznie zrealizowanych procedur znieczulenia zewnątrzoponowego i nie pozwalają stwierdzić,

czy tak niski procent znieczuleń zewnątrzoponowych jest wynikiem ograniczonej dostępności do nich, czy preferencji kobiet. Jedynie dane z Raportu monitoringu oddziałów położniczych prowadzonego przez Fundację Rodzic po Ludzku świadczą o tym, że 13% kobiet, biorących udział w badaniach ankietowych wskazało, że chciało otrzymać znieczulenie zewnątrzoponowe, ale w szpitalu, w którym rodziły, nie było takiej możliwości.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* obligują do zapewnienia na oddziale położnictwa i ginekologii stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – w lokalizacji. W oddziale ginekologicznym i położniczym o II i III poziomie referencyjnym jest wymagana stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii albo lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem zapewnienia w strukturze szpitala oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* – w lokalizacji przy jednoczesnym zapewnieniu możliwości wykonania znieczulenia śródporodowego.

Za zapewnienie odpowiedniej kadry do realizacji świadczeń zdrowotnych jest odpowiedzialny kierownik podmiotu leczniczego, zwracając szczególną uwagę na potrzeby zdrowotne pacjentów regionu, w którym znajduje się dany szpital, efektywne wydatkowanie środków i realną możliwość pozyskania lekarzy danej specjalizacji.

2.1.5. Wsparcie kobiet w ciąży w ramach ustawy i programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”

Mając na uwadze potrzebę otoczenia szczególną opieką kobiet w ciąży i ich rodzin, w tym przede wszystkim kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, a także dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu (powstałe w prenatalnym okresie rozwoju dziecka dla lub w czasie porodu), zdecydowano o zapewnieniu im kompleksowego wsparcia i przyjęciu stosownych w tej mierze rozwiązań rangi ustawowej. W tym celu uchwalona została

ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329), a następnie na jej podstawie został opracowany Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, przyjęty uchwałą nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. poz. 1250). Rozwiązania przyjęte w tej ustawie wynikają z konieczności zapewnienia przez państwo rodzinom w Rzeczypospolitej Polskiej poczucia bezpieczeństwa, w szczególności gdy może wystąpić sytuacja nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu dziecka. Opieka państwa w zakresie przewidzianym w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” obejmuje dostęp do odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej jak również do instrumentów polityki na rzecz rodziny. Program przewiduje realizację szeregu działań zmierzających do osiągnięcia przedmiotowego celu, określonych w ramach sześciu priorytetów. Do działań tych należy m.in. zapewnienie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej (uwzględniającej również opiekę psychologiczną); diagnostyka i terapia prenatalna oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

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

Od 1 stycznia 2017 r. wprowadzono koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży na II i III poziomie referencyjnym (KOC II/III). W ramach powyższego trybu rozliczania świadczeń szczególną pomoc medyczną finansowaną przez NFZ powinny uzyskać kobiety w przypadku prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu, ciężkich chorób płodu oraz w sytuacji niepowodzenia położniczego. Dodatkowy akcent został położony na pomoc psychologiczną dla tej grupy pacjentek. Analogicznie jak w KOC I w ramach KOC II/III finansuje się kilka ryczałtów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży, wydzielony ryczałt w przypadku prowadzenia ciąży przez położną oraz świadczenia wskazane jako możliwe do sumowania z ryczałtem. Wycena poszczególnych ryczałtów obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem w okresie do 6 tygodni od urodzenia. W przypadku wystąpienia wskazań medycznych do dłuższej hospitalizacji dziecka istnieje możliwość odrębnego rozliczenia świadczeń w oparciu o odrębną wycenę świadczeń analogicznych do obecnych grup noworodkowych rozliczanych w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń możliwe jest uzyskanie

przez świadczeniodawcę „premię” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych, dotyczących:

- 1) odsetka cięć cesarskich;
- 2) odsetka ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki;
- 3) odsetka kobiet objętych KOC II/III, które pozostawały w opiece koordynowanej co najmniej od 21. tygodnia ciąży;
- 4) przeprowadzenia ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną i uzyskanie co najmniej 50% zwrotnych odpowiedzi;
- 5) odsetka porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciążę.

Tabela nr 8. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2019 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeniodawców	Wartość świadczeń – ogółem (w zł)	Liczba porodów – ogółem	Liczba cięć cesarskich	Liczba znieczuleń podanych do porodu
LUBELSKI	6	72 857 892	6 680	2 828	205
LUBUSKI	2	11 846 152	920	457	1
ŁÓDZKI	3	31 456 814	3 710	1 749	1 243
MAŁOPOLSKI	2	74 251 696	6 921	3 168	3 884
OPOLSKI	1	6 649 869	837	407	0
PODLASKI	1	23 016 673	2 186	1 027	599
POMORSKI	1	7 633 348	937	298	11
ŚLĄSKI	2	19 571 309	2 358	1 084	121
WIELKOPOLSKI	1	27 466 338	1 985	1 050	0
ZACHODNIOPOMORSKI	3	71 344 917	5 882	3 290	207
RAZEM	22	346 095 008	32 416	15 358	6 270

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Zgodnie z powyższymi danymi w 2019 r. wartość świadczeń zrealizowanych w ramach KOC II/III wyniosła ogółem 346 095 008 zł (dla porównania w 2018 r. wartość tych świadczeń wyniosła 294 494 889 zł, a w 2017 r. – 189 273 145 zł).

2) Dziecięca opieka koordynowana (DOK)

W celu realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” od dnia 1 stycznia 2017 r. wprowadzono również nowy zakres świadczeń kierowanych do dzieci, tj. dziecięcą opiekę koordynowaną (DOK). Celem wprowadzenia przedmiotowego zakresu świadczeń było sfinansowanie zintegrowanej opieki neonatologicznej, wielospecjalistycznej opieki pediatrycznej – zgodnie z indywidualnymi wskazaniami – oraz programów rehabilitacyjnych dla dzieci nim objętych. Dziecięca opieka koordynowana jest skierowana

do dzieci do ukończenia 3 r.ż., u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Świadczenia te są dedykowane także noworodkom urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 33 tygodni, klasyfikowanym jako noworodki VLBW (z ang. very low birth weight).

W ramach DOK są finansowane kompleksowe porady (w formie konsylium z udziałem kilku specjalistów), mające na celu zdiagnozowanie dziecka i zaplanowanie leczenia, a także wczesna rehabilitacja.

Tabela nr 9. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2019 r.

Nazwa OW NFZ	Liczba pacjentów	Wartość rozliczonych świadczeń (w zł)	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKI	215	759 369	1
LUBELSKI	10	8 436	1
ŁÓDZKI	87	136 388	1
MAŁOPOLSKI	12	4 313	1
OPOLSKI	13	19 347	1
ŚLĄSKI	91	89 780	1
WIELKOPOLSKI	112	74 434	1
RAZEM:	540	1 092 067	7

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W świetle powyższych danych w 2019 r. opieką w ramach DOK objęto 540 pacjentów, a wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła ogółem 1 092 067 zł (dla porównania w 2018 r. świadczenia w ramach DOK udzielono 521, a w 2017 r. – 265 pacjentom).

3) Perinatalna opieka paliatywna

Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* zostało wprowadzone nowe świadczenie – „Perinatalna opieka paliatywna”. Jest ono skierowane do kobiet w ciąży, u których stwierdzono wadę letalną płodu. Ze względu na określony stan kliniczny pacjentki te wymagają opieki psychologicznej oraz skoordynowanych działań medycznych. Świadczenia gwarantowane realizowane w ramach perinatalnej opieki paliatywnej obejmują:

- 1) porady i konsultacje lekarskie w poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dzieci lub hospicjum stacjonarnym;

- 2) porady psychologa w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym;
- 3) koordynację opieki przez:
 - a) zapewnienie współpracy ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii lub neonatologii, w warunkach leczenia szpitalnego lub porady specjalistycznej,
 - b) zapewnienie współpracy z hospicjum domowym dla dzieci lub z hospicjum stacjonarnym, pozwalającej na zachowanie ciągłości opieki nad dzieckiem w przypadku zaistnienia możliwości wypisu z oddziału, na którym przebywa dziecko,
 - c) zapewnienie współpracy z ośrodkiem diagnostyki prenatalnej, ośrodkiem kardiologii prenatalnej lub zakładem genetyki,
 - d) poinformowanie rodziców dziecka o możliwości pożegnania się ze zmarłym dzieckiem oraz o sposobie pochówku,
 - e) przekazanie informacji dotyczących postępowania w przypadku zgonu dziecka,
 - f) zapewnienie ciągłości leczenia stosownie do stanu zdrowia, po zakończeniu realizacji świadczenia gwarantowanego w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej, w tym w uzasadnionych przypadkach opiekę paliatywną po urodzeniu dziecka oraz wsparcie w żałobie po śmierci dziecka przez udział w grupie wsparcia w żałobie.

Tabela nr 10. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej – liczba i wartość udzielonych świadczeń

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń – ogółem (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	28	39 965
LUBELSKI	10	14 508
ŁÓDZKI	8	11 607
MAŁOPOLSKI	10	14 508
MAZOWIECKI	374	313 378
OPOLSKI	2	2 789
PODKARPACKI	24	30 467
PODLASKI	1	1 451
POMORSKI	2	2 902
ŚLĄSKI	16	24 664
WARMIŃSKO-MAZURSKI	2	2 902
RAZEM	477	459 141

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.6. Wsparcie psychologiczne

Od dnia 1 lipca 2016 r. dla porad psychologicznych i psychiatrycznych udzielanych kobietom w ciąży powikłanej wprowadzono wskaźniki korygujące (zwiększające wartość takiej porady o 50% w odniesieniu do wyceny bazowej). Ponadto od dnia 1 stycznia 2017 r. opieka psychologiczna nad kobietą w ciąży powikłanej ze szczególnym uwzględnieniem ciężkich chorób płodu jest dodatkowo finansowana w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży realizowanej na III poziomie referencyjnym oraz w ramach leczenia szpitalnego. Realizacja przedmiotowych świadczeń przedstawia się następująco.

Tabela nr 11. Opieka psychologiczna w ramach leczenia szpitalnego skierowana do kobiet po niepowodzeniu położniczym, podczas pobytu w szpitalu, w oddziale położniczym o III poziomie referencyjności

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	9	1 106
KUJAWSKO-POMORSKI	2	216
LUBELSKI	193	20 844
LUBUSKI	14	1 512
ŁÓDZKI	1	108
MAZOWIECKI	30	3 257
OPOLSKI	34	4 605
PODKARPACKI	85	10 235
POMORSKI	3	324
ŚLĄSKI	65	7 033
ŚWIĘTOKRZYSKI	12	1 348
WARMIŃSKO-MAZURSKI	6	756
WIELKOPOLSKI	101	10 908
ZACHODNIOPOMORSKI	1	108
RAZEM:	556	62 360

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela nr 12. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w rodzaju psychiatria i leczenie uzależnień

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba rozliczonych świadczeń	Wartość świadczeń (w zł)
MAZOWIECKI	67	9138

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela nr 13. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w ramach KOC II/III

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba rozliczonych świadczeń	Wartość świadczeń (w zł)
LUBELSKI	17	10 064
MAŁOPOLSKI	27	15 884
WIELKOPOLSKI	6	3 509
ZACHODNIOPOMORSKI	121	71 374
RAZEM:	171	100 831

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

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

W 2019 r. z budżetu państwa, w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, były finansowane cztery programy polityki zdrowotnej, mające istotne znaczenie dla poprawy zdrowia kobiet i noworodków.

2.2.1. „Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dziecka nienarodzonego – jako element poprawy stanu zdrowia dzieci nienarodzonych i noworodków na lata 2018–2020”

Celem głównym Programu jest poprawa stanu zdrowia dzieci nienarodzonych i noworodków przez zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dzieci nienarodzonych. Cel poprawy stanu zdrowia dzieci nienarodzonych jest osiągany przez realizację kompleksowej terapii płodu z wykorzystaniem wszystkich dostępnych możliwości tak, aby uzyskać jak najwyższy wynik sukcesu w zastosowanej terapii. Ocena sukcesu terapii polega na porównaniu dobrostanu zdrowia dziecka nienarodzonego. Do celów szczegółowych Programu należą:

- 1) zmniejszenie liczby zgonów niemowląt z powodu wad rozwojowych wrodzonych;
- 2) zmniejszenie liczby dzieci z niepełnosprawnością wynikającą z wad i chorób płodu, przez poprawienie wewnątrzmacicznego stanu płodu;

- 3) wydłużenie czasu trwania ciąży przez zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej;
- 4) wyposażenie albo doposażenie krajowych ośrodków prowadzących terapię wewnątrzmaciczną w aparaturę i sprzęt niezbędny do wykonywania zabiegów wewnątrzmacicznych.

W 2019 r. w ramach programu sfinansowanych zostało 255 zabiegów ukierunkowanych na różnorodne patologie płodu z następujących grup: kardiologiczne oraz z wykorzystaniem techniki fetoskopowej i fetoskopowo-laserowej, z implantacją shuntów, z podaniem leków, albumin bądź preparatów krwi do naczyń pępowinowych, związane z nakłuciem i odbarczeniem zmiany bądź podaniem czy redukcją płynu owodniowego – kordocenteza terapeutyczna. Wskaźnik przeżycia noworodków objętych terapią wewnątrzmaciczną jest szacowany na poziomie 60–75%. Ponadto sfinansowano zakup materiałów medycznych do prowadzenia terapii wewnątrzmacicznych oraz zakup specjalistycznego sprzętu dla potrzeb ośrodków realizujących program (5 ośrodków).

W 2019 r. zespoły z 3 ośrodków wzięły udział w następujących szkoleniach:

- 1) I Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: szkolenie z operacji fetoskopowej rozszczepu kręgosłupa u płodu w terminie 4–7 listopada 2019 r. w Szpitalu Israelita Albert Einstein przez zespół dr Denise Lapa;
- 2) Katedra Perinatologii, Kliniak Położnictwa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego: kongres ISUOG (dot. leczenia wad płodu w terapii wewnątrzmacicznej) oraz kurs USG – diagnostyka wad płodu;
- 3) Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej – Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu: Szkolenie w Cincinnati Fetal Center oraz szkolenie w Sils, Szwajcaria – szkolenia w zakresie operacji dotyczącej przezskórnego fetoskopowego pokrycia łąką przepukliny oponowordzeniowej.

Powyższe przyczyniło się do podniesienia jakości wykonywanych zabiegów.

Środki wydatkowane na realizację programu w 2019 r. to kwota 5 548 462,01 zł .

2.2.2. „Program Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce na lata 2015–2018”

Głównym celem realizowanych zadań w ramach Programu jest obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu chorób wrodzonych oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu upośledzeniu fizycznemu i intelektualnemu, wynikającemu z tych chorób. Badania przesiewowe realizowane obecnie w ramach Programu umożliwiają: wykrycie noworodków,

u których podejrzewa się występowanie jednej z 29 chorób wrodzonych, zdiagnozowanie choroby przez dodatkowe testy biochemiczne i genetyczne, wdrożenie właściwego leczenia oraz – w przypadku niektórych chorób – monitorowanie leczenia w pierwszym roku życia (wrodzone wady metabolizmu) lub do 18. roku życia (fenyloketonuria). Szacuje się, że w Rzeczypospolitej Polskiej rodzi się ponad 400 dzieci rocznie z wadami metabolicznymi. Łączna częstość występowania tych chorób wynosi około 1:1 000 urodzeń żywych. Kryterium włączającym do udziału w Programie jest urodzenie dziecka w Rzeczypospolitej Polskiej. Podejmowane w ramach Programu interwencje przewidują objęcie badaniem w pierwszych dobach życia każdego dziecka. Kryterium wyłączającym z udziału w Programie jest brak zgody na wykonanie badania przesiewowego wyrażony na piśmie przez matkę lub opiekuna prawnego dziecka. W 2019 r. odnotowano 93 odmów wykonania badania przesiewowego.

W 2019 r. wykonano badania w kierunku:

- 1) hipotyreozy – 374 200 badań;
- 2) fenyloketonurii – 404 200 badań;
- 3) mukowiscydozy – 374 200 badań;
- 4) rzadkich wad metabolicznych (grupa ponad 20 chorób) – 374 200 badań;
- 5) wrodzonego przerostu nadnerczy – 374 200 badań;
- 6) deficytu biotynidazy – 361 200 badań.

W ramach koordynacji i monitorowania programu prowadzono m. in.:

- 1) centralny rejestr noworodków oraz bazy danych leczonych objętych badaniami przesiewowymi w oparciu o dane przekazane w systemie elektronicznej transmisji danych ze wszystkich ośrodków przesiewowych w kraju do bazy realizatora programu;
- 2) dystrybucję kodów paskowych i bibułek do pobrań do ośrodków wykonujących badania oraz wysyłkę bibułek do pobrań krwi, listów do rodziców oraz wyników badań kontrolnych i molekularnych do lekarzy prowadzących poszczególnych pacjentów;
- 3) druk ulotek dla matek, materiałów informacyjnych, plakatów, instrukcji, etykiet z kodem;
- 4) 2 strony internetowe: ogólnodostępną zawierającą informacje o badaniach przesiewowych dla rodziców i lekarzy <http://przesiew.imid.med.pl>. i kodowaną, interaktywną, dostępną dla uprawnionych osób (w tym dla kierowników laboratoriów przesiewowych), która umożliwia m. in.: uzyskanie informacji o badanych noworodkach w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 5) szkolenia, konferencje, informacje statystyczne.

W 2019 r. badania przesiewowe umożliwiły wykrycie 388 przypadków chorób metabolicznych.

Kwota wydatkowana na realizację programu w 2019 r. wyniosła 32 003 882,10 zł.

2.2.3. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017– 2021”

Programem leczenia antyretrowirusowego (ARV) objęte są osoby zakażone HIV, chore na AIDS, w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV, spełniające kryteria medyczne, których możliwość objęcia programem nie pozostaje w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, tj. ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

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

W ramach programu w 2019 r. była prowadzona kontynuacja leczenia antyretrowirusowego pacjentów leczonych w 2018 r. i włączanie do terapii nowych pacjentów, wymagających leczenia ze wskazań życiowych.

Poza leczeniem ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS program obejmował postępowanie poekspozycyjne po wypadkowym pozazawodowym narażeniu na zakażenie HIV.

W ramach programu był dokonywany zakup leków antyretrowirusowych dla dorosłych i dzieci, a także szczepionek dla dzieci urodzonych z matek zakażonych wirusem HIV, podawanych według indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+, opracowanego na potrzeby dzieci przez Klinikę Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego AM w Warszawie.

W 2019 r. w ramach programu profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV objętych zostało 91 kobiet ciężarnych zakażonych HIV. Odbyło się 66 porodów kobiet zakażonych HIV, na koniec roku w ciąży pozostawało 25 kobiet (poród był planowany w 2020 r.). Leki antyretrowirusowe otrzymało 66 noworodków.

Na dzień 31 grudnia 2019 r. leczeniem ARV objęto łącznie 97 dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS (poniżej 18. r.ż.).

Kwota wydatkowana na realizację w Programie Leczenia ARV w zakresie profilaktyki wertykalnej w 2019 r. wyniosła 1 471 992,00 zł.

2.2.4. „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020”

W 2019 r. kontynuowano realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020”. Celem głównym Programu jest zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności. W ramach programu zaplanowano:

- 1) utworzenie sieci co najmniej 16 referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności;
- 2) przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego z zakresu procedur diagnozowania i leczenia niepłodności;
- 3) prowadzenie kompleksowej diagnostyki niepłodności, objęcie uczestników opieką psychologiczną i kierowanie do dalszego leczenia w ramach systemu opieki zdrowotnej.

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

W drugiej połowie 2017 r. ośrodki referencyjne rozpoczęły realizację kompleksowego postępowania w zakresie diagnostyki, a od 2019 r. w związku z rozszerzeniem Programu, również leczenia niepłodności. Pozwoliło to na skoordynowanie działań ukierunkowanych na stan zdrowia i sytuację danej pary, czyli określenie przyczyn niepłodności oraz możliwości wdrażania terapii w celu ich eliminacji. Kompleksowe podejście zwiększa szansę wyleczenia osób, u których problem niepłodności jest bardziej złożony oraz przyspieszy proces leczniczy, co dla prokreacji jest szczególnie istotne. Z tego względu w ośrodku referencyjnym znajdują się oddziały szpitalne, pracownie diagnostyczne współpracujące z tymi oddziałami oraz zespół poradni specjalistycznych z wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną, gdzie oprócz lekarzy specjalistów położnictwa i ginekologii, przyjmują lekarze specjaliści z zakresu endokrynologii, immunologii klinicznej, urologii, genetyki klinicznej oraz posiadający wiedzę z zakresu andrologii, a także położne i psychologowie. W ośrodkach referencyjnych jest przeprowadzana

pełna diagnostyka w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych z możliwością wykonywania badań inwazyjnych i nieinwazyjnych oraz zabiegów operacyjnych w celach leczniczych.

Wydatki na kompleksową diagnostykę i leczenie niepłodności, realizowane w ramach programu w 2019 r. wyniosły 4 494 297,06 zł.

2.2.5. „Program Zapobiegania Depresji w Polsce na lata 2016–2020”

Głównym celem programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych przez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. W ramach programu w 2019 r. realizowano działania związane z dalszym trwaniem i emisją za pomocą środków masowego przekazu kampanii edukacyjno-informacyjnej pn.: „Depresja. Rozumiesz – Pomagasz”, mającej na celu przekazanie rzetelnej wiedzy na temat depresji i profilaktyki zachorowania na depresję oraz z przygotowaniem i dystrybucją materiałów informacyjnych obejmujących grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na ww. chorobę (dzieci i młodzież, kobiety w okresie okołoporodowym, osoby w wieku podeszłym). W 2019 r. dalej dystrybuowano treści przez media społecznościowe i stronę internetową www.wyleczdepresje.pl zawierającą treści edukacyjno-informacyjne skierowane zarówno do ogółu społeczeństwa jak i wybranych grup o podwyższonym ryzyku zachorowania, przekazywano do podmiotów leczniczych, specjalistów medycznych i innych osób potencjalnie mających kontakt z osobami chorującymi na depresję broszury i ulotki nt. depresji, skierowane do ogółu społeczeństwa jak i specjalistów medycznych. Ponadto przekaz kampanii obecny był na wielu konferencjach tematycznych dla specjalistów jak i wydarzeniach, takich jak m.in. konferencja „Rodzinna 2019”, w trakcie której dystrybuowano m.in. pomoce dla lekarzy i położnych, w tym kwestionariusze Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

W rezultacie prowadzonych działań kampania informacyjno-edukacyjna pn.: „Depresja. Rozumiesz-Pomagasz” trafiła do szerokiego grona odbiorców – przedstawicieli grup zwiększonego ryzyka depresji oraz osób z ich otoczenia, jak również przedstawicieli zawodów medycznych. Pozytywny przekaz materiałów kampanii przyczynił się do rozpropagowania wiedzy na temat specyfiki choroby, jej zapobiegania, konieczności podejmowania leczenia i możliwej profilaktyki. Tym samym wpłynął na poprawę świadomości społeczeństwa w temacie depresji. Realizatorom Programu w 2019 r. przekazano 2 712 938,50 zł na realizację zadań Programu.

2.3. Zgony niemowląt i umieralność niemowląt

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

Pozytywnym zjawiskiem jest obserwowany nieprzerwanie trend malejącej umieralności niemowląt. W 2019 r. zmarło 1 412 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych był nieco niższy niż przed rokiem (o 0,1 p. prom.) i kształtował się na poziomie 3,8‰ (w miastach 3,7‰, na wsi 3,9‰).

Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt około 70% umiera przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia (w okresie noworodkowym), w tym ponad połowa w okresie pierwszego tygodnia życia. W 2019 r. odnotowano 1 023 zgonów noworodków (tj. niemowląt w wieku 0–27 dni).

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

Krajowe Centrum do Spraw AIDS, będące jednostką podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, prowadzi m.in. działania o charakterze profilaktycznym kierowane do kobiet w ciąży oraz osób w wieku prokreacyjnym.

Działalność prowadzona przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS jest wpisana w całości w zakres zagadnień z zakresu zdrowia prokreacyjnego. Profilaktyka HIV/AIDS obejmuje szeroką informację, m.in. na temat zachowań ryzykownych i w tym zakresie wypełnia ona ogólne cele ustawy. Działania Krajowego Centrum do Spraw AIDS obejmują swoim spektrum m.in. profilaktykę zakażeń wertykalnych. Kobiety w ciąży, planujące macierzyństwo, ich partnerzy oraz noworodki i niemowlęta urodzone przez matki zakażone HIV są grupą docelową bezpośrednią lub pośrednią działań prowadzonych i finansowanych z budżetu Krajowego Centrum ds. AIDS

Z kolei działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w kontekście zdrowia kobiet w ciąży i matek z dziećmi są realizowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), jednostkę podległą

i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W 2019 r. PARPA podjęła w rozważanym obszarze szereg działań, wśród których szczególne znaczenie mają przedsięwzięcia o charakterze informacyjno-edukacyjnym podejmowane w kwestii FAS/FASD.

2.4.1. Profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (odmatczynych)

Zgodnie z obowiązującym od dnia 1 stycznia 2019 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wszystkie kobiety w ciąży powinny mieć wykonane badanie w kierunku zakażenia HIV do 10. tygodnia ciąży (lub w chwili pierwszego zgłoszenia się) oraz pomiędzy 33. a 37. tygodniem ciąży.

Według analizy przeprowadzonej przez prof. dr hab. n. med. Magdalenę Marczyńską procent wykonywanych badań w kierunku zakażenia HIV w trakcie ciąży u matek dzieci objętych opieką i leczeniem, w kierowanym przez nią ośrodku, wynosił około 30–33%. W Unii Europejskiej badania te są wykonywane średnio u 60% kobiet, a w niektórych państwach takich jak: Anglia, Holandia, Francja nawet u 98%. Od 1985 r. w Polsce zarejestrowano ok. 240 zakażeń wertykalnych. Na AIDS zmarło do tej pory 18 dzieci (wg danych prof. M. Marczyńskiej). W ponad 90% przypadków do zakażenia HIV dzieci dochodzi w czasie ciąży, porodu i karmienia piersią.

Ryzyko zakażenia HIV jest większe w przypadku dzieci urodzonych przez kobiety z zaawansowanym klinicznie i immunologicznie zakażeniem HIV, również przez kobiety, które uległy zakażeniu bezpośrednio przed ciążą lub w czasie ciąży. Sposób prowadzenia porodu, stosowanie inwazyjnych procedur i inne czynniki mogą również zwiększać ryzyko zakażenia. Ryzyko transmisji wertykalnej HIV (w grupie kobiet niepoddających się profilaktyce) na terenie Europy wynosi 15–30%.

Ryzyko transmisji wertykalnej HIV 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.

Z informacji zebranych z ośrodków pediatrycznych prowadzących terapię ARV wynika, że w opiece medycznej nad dziećmi najważniejsze jest wczesne rozpoznanie zakażenia HIV i wczesne wdrożenie leczenia antyretrowirusowego, bez względu na poziom CD4 i wiremii HIV. Rokowania co do dalszego rozwoju dziecka, jego stanu klinicznego i dalszej przyszłości

są ściśle związane z kompleksową opieką nad matką w ciąży, odpowiednio przeprowadzonym porodem i dalszą opieką medyczną nad noworodkiem, a później niemowlakiem. Po czterech tygodniach podawania noworodkowi leków ARV (w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych) istotne jest wczesne wykluczenie lub potwierdzenie zakażenia HIV, a jeśli do niego doszło, pilne rozpoczęcie terapii HAART, najlepiej jeszcze przed upływem 3. miesiąca życia dziecka. Wczesne zastosowanie leczenia daje szansę na szybkie opanowanie replikacji wirusa oraz chroni układ immunologiczny przed uszkodzeniami. Gorzej rokują dzieci nie objęte profilaktyką wertykalną (tj. których matki nie miały wykonanego testu w kierunku HIV i nie brały w ciąży leków ARV), u których zakażenie HIV zostało późno rozpoznane i dopiero wtedy włączono u nich leczenie ARV. Nadal w Rzeczypospolitej Polskiej zdarzają się przypadki późnego rozpoznania nawet u kilkunastoletnich dzieci. Dzieci te mają głęboko uszkodzony układ immunologiczny, opóźniony rozwój fizyczny i bardzo trudno jest ograniczyć replikację wirusa.

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

W 2019 r. w ramach Programu profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV zostało objętych 91 kobiet ciężarnych zakażonych HIV. Odbyło się 66 porodów kobiet zakażonych HIV, na koniec roku w ciąży pozostawało 25 kobiet (poród planowany był w 2020 r.). Leki antyretrowirusowe otrzymało 66 noworodków.

Wartość profilaktyki zakażeń wertykalnych

Na koszt profilaktyki zakażeń wertykalnych (porody) składają się następujące części:

1A. Szacunkowy koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży pierwszym kwartale 2019 r.:

a) ciążę zakończone porodem 3 mies. x 3200,00 zł x 26 kobiet = 249 600,00 zł.

1B. Szacunkowy koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży od dnia 1 kwietnia do dnia 31 grudnia 2019 r.:

a) ciążę zakończone porodem 9 mies. x 2250,00 zł x 40 kobiet = 810 000,00 zł,

b) pozostałe ciążę średnio 5 mies. x 2250,00 zł x 25 kobiet = 281 250,00 zł.

2. Zestaw leków dożylnych do porodu: 235,00 zł x 66 porodów = 15 510,00 zł.

3. Leki dla dzieci urodzonych przez matki HIV+: 1752,00 zł x 66 dzieci = 115 632,00 zł.

Łącznie na profilaktykę wertykalną w 2019 r. wydatkowano środki finansowe w wysokości: 1 471 992,00 zł.

2.4.2. Leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV

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

U młodzieży i dzieci starszych do zakażenia HIV może dojść, tak jak u dorosłych, najczęściej przez zanieczyszczone krwią igły i strzykawki przy stosowaniu dożylnych narkotyków, narzędzia wielokrotnie używane do przerywania ciągłości tkanek (np. tatuaże). Wykorzystywanie seksualne dzieci, pedofilia, wczesna inicjacja seksualna mogą mieć wpływ na poziom incydencji zakażeń HIV w tej grupie.

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.

Leczenie dzieci rozpoczynane jest zawsze w warunkach szpitalnych. Poza lekami ARV wszystkie dzieci urodzone przez matki zakażone HIV (w wieku 0–18 lat) otrzymują bezpłatnie szczepionki według specjalnego kalendarza szczepień opracowanego indywidualnie dla każdego z dzieci przez ośrodek referencyjny leczenia dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS (zalecenia zostały umieszczone w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS – www.ptnaids.pl 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. 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 a także ich opiekunów

zakażonych HIV). Dzieci zakażone HIV gorzej odpowiadają na wakcynację i wiele szczepionek jest podawanych w systemie wielokrotnych powtórzeń u tego samego dziecka. Wynika to ze specyfiki samych szczepionek, a także przebiegu zakażenia HIV – dzieci te gorzej odpowiadają na wakcynację, szybciej obniża się u nich poziom przeciwciał poszczepiennych. Dzieci otrzymujące skuteczne leczenie antyretrowirusowe zdecydowanie lepiej odpowiadają na szczepienia. Kalendarz szczepień dla dzieci HIV(+) jest stale modyfikowany, zgodnie z postępem wiedzy medycznej i zmianami sytuacji epidemiologicznej. Terminy szczepień są ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego terapię antyretrowirusową. U dzieci, u których rozpoznano zakażenie HIV na etapie AIDS lub z głębokim niedoborem odporności, należy odroczyć do uzyskania stabilnej poprawy immunologicznej. Najlepiej odpowiadają dzieci z prawidłowymi (dla danej grupy wiekowej) wartościami CD4.

Na dzień 31 grudnia 2019 r. leczeniem ARV objęto 97 dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS (poniżej 18. roku życia).

Przybliżony koszt leczenia ARV 97 dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS w 2019 r. wyniósł 2 189 763,36 zł (średni koszt leków antyretrowirusowych na dwanaście miesięcy terapii, w przeliczeniu na jedno dziecko wyniósł 22 574,88 zł, a na 1 miesiąc terapii 1 881,24 zł).

Wszystkie wymienione koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV.

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

Jednym z zadań Krajowego Centrum do Spraw AIDS jest zapewnienie dostępu do informacji w zakresie profilaktyki HIV/AIDS. W celu jego realizacji, w trosce o rzetelną i łatwo dostępną wiedzę z zakresu HIV/AIDS Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadzi działalność profilaktyczną m.in. przez Internet, za pośrednictwem portalu www.aids.gov.pl, na którym są zamieszczone materiały dotyczące HIV i AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Działalność informacyjno-edukacyjna jest także realizowana przez Internetową Poradnię HIV i AIDS. Wejście na stronę Poradni jest możliwe bezpośrednio ze strony Centrum www.aids.gov.pl. Korzystający ze strony poradni mogą znaleźć informacje o HIV/AIDS, drogach zakażenia HIV, testowaniu w kierunku HIV, a także odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania. Specjaliści zatrudnieni w poradni odpowiadają na adres podany przez pytającego.

W Krajowym Centrum ds. AIDS działa *Telefon informacyjny* (022 331 77 66) – czynny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Centrum. Umożliwia on uzyskanie podstawowych informacji z zakresu HIV i AIDS. Poza Telefonem Informacyjnym działa również bezpłatny *Telefon Zaufania AIDS* (800 888 448). Program *Telefon Zaufania AIDS* jest profilaktycznym programem ogólnopolskim, skierowanym do populacji ogólnej. Adresowany jest do osób zainteresowanych problematyką HIV i AIDS, ze szczególnym uwzględnieniem osób podejmujących zachowania ryzykowne, sprzyjające zakażeniu wirusem. Odbiorcą jest indywidualny rozmówca, który może poszerzyć swoją wiedzę, obniżyć poziom lęku, lepiej zadbać o własne bezpieczeństwo, otrzymać aktualną informację medyczną lub adres punktu testowania.

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

1. „*Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie*” – broszura skierowana do ogółu społeczeństwa, przekazująca podstawowe informacje na temat najczęściej występujących zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym HIV (przenoszenie poszczególnych zakażeń, objawy, jak unikać zakażeń, możliwości diagnostyki i leczenia). Środki finansowe przeznaczone na to zadanie: 10 436,23 zł. Nakład: 27 631 szt.
2. „*HIV?! AIDS?! O co kaman?*” – broszura wyjaśniająca podstawowe pojęcia dotyczące HIV/AIDS, zawiera informacje na temat dróg zakażenia. W broszurze znajdują się istotne informacje dotyczące sposobów postępowania w razie wystąpienia ryzyka zakażenia. Środki finansowe przeznaczone na to zadanie: 20 999,84 zł. Nakład: 85 123 szt.
3. „*PrEP*” – ulotka informacyjna przeznaczona do dystrybucji w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz ośrodkach będących realizatorami programu polityki zdrowotnej pn.: „*Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce*”. Umieszczone są w niej informacje na temat profilaktyki przedekspozycyjnej PrEP (Pre-exposure Prophylaxis). Środki finansowe przeznaczone na to zadanie: 3 199,94 zł. Nakład: 44 943 szt.
4. „*Minirozmówki rodzinne*” – broszura edukacyjna skierowana do ogółu społeczeństwa, przygotowana z intencją zainspirowania do dialogu międzypokoleniowego i zachęcenia rodziny do podjęcia tematyki HIV/AIDS i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Środki finansowe przeznaczone na to zadanie: 15 400 zł. Nakład: 70 000 szt.

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

W 2019 r. Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadziło:

1. Szkolenie certyfikacyjne na doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS

Osoby, które pomyślnie ukończyły szkolenie, otrzymały certyfikat poświadczający zdobycie wiedzy i umiejętności niezbędnych m.in. do pracy w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), w których są wykonywane anonimowo i nieodpłatnie testy w kierunku HIV oraz można otrzymać poradnictwo przed wykonaniem badania i po nim.

Program szkolenia obejmował sześć etapów:

- 1) wykłady teoretyczne za pośrednictwem platformy e-learning www.hiv-aids.edu.pl;
 - 2) zajęcia teoretyczne (wykładowo-warsztatowe), które miały na celu ugruntowanie i poszerzenie wiedzy zdobytej w ramach e-learningu oraz dodatkowo obejmowały kolejną tematykę;
 - 3) zajęcia teoretyczne c.d. (wykładowo-warsztatowe), których celem było nabycie umiejętności, tj.: prowadzenie poradnictwa przed testem, prowadzenie poradnictwa po teście, w zależności od wydawanego wyniku – ujemnego, wątpliwego i dodatniego, prowadzenie poradnictwa okołotestowego w wybranych grupach;
 - 4) staż polegający m.in. na: obserwacji uczestniczącej oraz samodzielnego wykonania czynności z zakresu poradnictwa okołotestowego;
 - 5) superwizja;
 - 6) egzamin certyfikacyjny (egzamin pisemny w formie testu i egzamin ustny).
2. Szkolenia mające na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych z zakresu HIV/AIDS dla:
- 1) pracowników wykonujących zawód medyczny takich jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień itp.;
 - 2) psychologów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 3) pracowników laboratoriów, punktów krwiodawstwa oraz innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV.

W 2019 r. był prowadzony również portal edukacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS (<http://www.hiv-aids.edu.pl>). Portal jest przeznaczony dla pracowników wykonujących zawód medyczny, takich jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, pracownicy laboratoriów, punktów krwiodawstwa oraz innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV zainteresowanych problematyką HIV/AIDS, którzy chcą poszerzyć swoją wiedzę oraz dla doradców punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową.

Ponadto w 2019 r. Krajowe Centrum ds. AIDS kontynuowało realizację kampanii społecznej o charakterze edukacyjno-profilaktycznym pod hasłem: „*Mam czas rozmawiać*” (#mamczasrozmawiac). Jej ideą było zachęcenie do podejmowania rozmów z bliskimi na tematy związane ze zdrowiem, np. zakażeniami przenoszonymi drogą płciową. Przekazując rzetelną wiedzę o profilaktyce, możemy uchronić przed zakażeniem albo zachęcić do zrobienia testu i w przypadku potrzeby podjęcia leczenia. Rodzina ma wpływ na kształtowanie postaw prozdrowotnych.

Grupą docelową były osoby w różnym wieku i ich rodziny. Celem kampanii było przypomnienie, że problem HIV/AIDS może dotyczyć każdego – bez względu na wiek, status społeczny, miejsce zamieszkania, przekonania, czy płeć. Ważna jest rozmowa na trudne tematy z osobami, które darzymy zaufaniem.

W ramach działań informacyjnych i kampanijnych, będących kontynuacją kampanii społecznej #mamczasrozmawiac:

- 1) zrealizowano wysyłkę informacji prasowej do 950 tytułów prasowych na terenie kraju;
- 2) zamieszczono informację edukacyjną dotyczącą możliwości testowania w kierunku HIV:
 - a) w drukowanych wydaniach 22 gazet regionalnych na terenie całej Rzeczypospolitej Polskiej oraz w ich serwisach internetowych (w dniu 22.11.2019 r.),
 - b) w wydaniu bezpłatnej gazety Naszemiasto.pl. w 16 miastach (w dniu 21.11.2019 r.);
- 3) zamieszczono artykuł dotyczący profilaktyki HIV/AIDS/STI w serwisach internetowych 25 gazet regionalnych oraz w ponad 500 serwisach naszemiasto.pl (18.11–01.12. 2019 r.);
- 4) przeprowadzono emisję spotów video m.in. w TVP, metrze, sieci kin Helios oraz na dworcach PKP w całej Rzeczypospolitej Polskiej, a także emisję spotu radiowego w Radiu Kolor;
- 5) zrealizowano działania w Internecie, w tym:

- wpisy na Facebooku oraz Instagramie ambasadora tegorocznych działań: Macieja Musiała (jednego z najbardziej rozpoznawalnych młodych polskich aktorów),
 - kampanię bannerową typu pre-roll oraz typu display na internetowych portalach informacyjnych, takich jak: Wp.pl, Onet.pl oraz Interia.pl;
- 6) na stronach współrealizatorów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS – Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych, Urzędów Marszałkowskich oraz Urzędów Wojewódzkich zamieszczono informacje o działaniach informacyjno-edukacyjnych wraz ze spotem tv lub bannerem graficznym, które zachęcały do sprawdzenia swojego statusu serologicznego oraz odsyłały na stronę z listą dostępnych punktów testowania <https://aids.gov.pl/pkd>.

Wartą zaznaczenia jest również działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD). W 2019 r. funkcjonowało 30 PKD wykonujących anonimowo i bezpłatnie badanie w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. Podstawowym zadaniem realizowanym w punktach jest wykonywanie bezpłatnie i anonimowo testów na obecność HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzono poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane były porady w zakresie bezpieczniejszych zachowań seksualnych i inne wynikające z sytuacji pacjenta. Dzięki poradnictwu jest możliwe 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 dane statystyczne i epidemiologiczne, dotyczące m.in. dróg zakażenia oraz trendów ryzykownych zachowań. Każdy test jest poprzedzany rozmową z doradcą. Podczas rozmowy szacuje się ryzyko zakażenia HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową w odniesieniu do indywidualnych zachowań klienta.

Jeżeli wynik testu okazuje się ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłości nie zakażać się wirusem. Natomiast jeżeli wynik jest dodatni, doradca rozmawia o możliwościach leczenia i pomocy.

W 2019 r. punkty konsultacyjno-diagnostyczne w Rzeczypospolitej Polskiej przyjęły 42 154 klientów (w tym 337 osób nie zostało skierowanych na test, otrzymały informację i poradę). Wykonano testy przesiewowe u 41 817 osób, wykryto 536 zakażeń HIV.

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

Nie ulega wątpliwości, że alkohol spożywany przez kobiety w ciąży wywiera negatywny wpływ na rozwój dziecka, może spowodować mniejszą wagę urodzeniową, zaburzenia wzrostu, mniej lub bardziej poważne uszkodzenia mózgu czy wady w budowie organów (np. wady serca), zmniejszenie odporności na choroby i wiele innych, czasem trudnych do rozpoznania, uszkodzeń. Najpoważniejszym uszkodzeniem płodu związanym ze spożywaniem alkoholu przez ciężarną matkę jest płodowy zespół alkoholowy (FAS). Osoby z FAS w związku z uszkodzeniami m.in. mózgu mają obniżony poziom sprawności intelektualnej, problemy z pamięcią, trudności w uczeniu się, problemy z koordynacją ruchów, jak również zaburzenia emocjonalne (są najczęściej nadpobudliwe). Nawet sporadyczne wypicie niewielkich ilości alkoholu może wywołać określony rodzaj uszkodzeń u rozwijającego się płodu. Płodowy zespół alkoholowy jest rzadko rozpoznawany z uwagi na brak odpowiedniego przygotowania diagnostycznego grup zawodowych, które zajmują się opieką nad matką i dzieckiem. 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 jednak mniej widoczne ze względu na mniejszy stopień nasilenia, a częstotliwość ich występowania jest prawdopodobnie ok. 10-krotnie wyższa niż FAS. Zgodnie z wynikami projektu ALICJA (PARPA, 2015), rozpowszechnienie FASD wśród dzieci w wieku 7–9 lat w Rzeczypospolitej Polskiej jest nie mniejsze niż 20 dzieci na 1000. Należy podkreślić, że nie jest znana bezpieczna dawka alkoholu, która może być wypijana przez ciężarne kobiety.

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

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

- a) neonatologicznej,
 - b) rehabilitacyjnej,
 - c) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
 - d) neurologicznej,
 - e) reumatologicznej,
 - f) chirurgii dziecięcej,
 - g) endokrynologii dziecięcej,
 - h) diabetologii dziecięcej lub
 - i) 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:
- a) do 7. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - b) 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.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), będąca jednostką podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, podejmowała w 2019 r. szereg działań mających na celu rozwój wiedzy dotyczącej szkodliwego wpływu alkoholu na dziecko w okresie płodowym i związanych z tym konsekwencji, a także ulepszenia dostępności do wysokiej jakości usług diagnostycznych i terapeutycznych dla chorych i ich rodzin. Działania są adresowane do różnych grup odbiorców, aby skutecznie przeciwdziałać występowaniu FASD w populacji polskiej lub zmniejszyć wielkość tego zjawiska.

Działania te są podejmowane m.in. w związku z realizacją rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020* (Dz. U. poz. 1492), w ramach którego ogłoszono konkurs na organizację szkoleń dla rodziców

adopcyjnych i zastępczych wychowujących dzieci z FASD. W 2019 r. zrealizowano dwa pilotażowe programy szkoleniowe, w oparciu o różne formuły oddziaływań. Celem projektów było udzielenie konkretnego wsparcia grupie rodziców uczestniczących w szkoleniach. Realizatorem szkoleń był Szpital Św. Ludwika z Krakowa oraz Fundacja „Rodzina od A do Z” z Żywca. Łącznie w szkoleniach wzięło udział 50 osób.

Ponadto w związku z realizacją Narodowego Programu Zdrowia:

1. Fundacja Wsparcie z siedzibą w Ostrowie Wielkopolskim realizowała zadanie, którego celem było przygotowanie i emisja cyklu odcinków poświęconych problemom zdrowotnym i społecznym spowodowanym piciem alkoholu, sposobom radzenia sobie z poszczególnymi problemami. Tematem jednego odcinka była „Cięża i alkohol”. Odcinek był transmitowany w ramach programu zatytułowanego: „HISTORIE OBOK NAS”, emitowanego w telewizji regionalnej PROART, która jest liderem na rynku medialnym południowej Wielkopolski.
2. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika z siedzibą w Krakowie kontynuował realizację 3-letniej umowy na realizację badania na temat zaburzeń snu u pacjentów z FASD w porównaniu z populacją dzieci zdrowych. Celem badania jest ocena częstości występowania oraz scharakteryzowanie zaburzeń snu u pacjentów z FAS, pFAS oraz ARND. W okresie od stycznia do grudnia 2019 r. zrealizowano następujące działania:
 - a) rekrutacja pacjentów z grupy badanej,
 - b) rekrutacja pacjentów z grupy kontrolnej,
 - c) konsultacje neurologiczne u pacjentów z grupy badanej i pacjentów z grupy kontrolnej,
 - d) badania polisomnograficzne w Pracowni Polisomnografii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddziale Terenowy im. Jana i Ireny Rudników (wyniki badań zostały zinterpretowane i przekazane rodzicom i opiekunom oraz przekazane do kierownika projektu).
3. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika z siedzibą w Krakowie, kontynuował badania pn.: „*Teoria umysłu i funkcjonowanie psychospołeczne dzieci z FASD*”. Przeprowadzono badania kwestionariuszowe opiekunów oraz badania teorii umysłu u dzieci i analizę statystyczną wyników uzyskanych w badaniu. Na bazie zebranego materiału przygotowano dwa artykuły: pt.: „*Impairment of mindreading abilities in children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder*” oraz pt.: „*Specificity of the theory of mind development in children with FASD*” (przyjęty do publikacji w czasopiśmie *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis Studia Psychologica* tom 12,2019).

4. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika z siedzibą w Krakowie, zorganizował w dniach 9 i 10 września 2019 r. międzynarodową konferencję naukową pn.: *„FASD – wiele aspektów, wielu specjalistów, wspólne cele”*.

W 2019 r. zakończono również realizację 3-letniego projektu pn.: „Wsparcia pilotażowego programu działania placówki medycznej wyspecjalizowanej w dziedzinie FASD”. Był on realizowany przez dwa podmioty: Centrum Medyczne MEDYK w Rzeszowie, jak również Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie. Celem powyższego projektu było utworzenie ośrodka(ów) specjalizujących się w diagnozie, terapii i pracy z rodziną i najbliższym środowiskiem dziecka dotkniętego deficytami z zakresu FASD. W ramach prowadzonego działania opieką objęto łącznie grupę 60 pacjentów.

W ramach edukacji publicznej PARPA zleciła prowadzenie kampanii edukacyjnej w mediach społecznościowych. Stowarzyszenie Diakonia Ruchu Światło-Życie w 2019 r. prowadziło różnorodne działania, których celem była edukacja kobiet w ciąży w zakresie zachowań zdrowotnych i konieczności zachowania abstynencji w ciąży. Prowadzony był również blog www.ciazabezalkoholu.info oraz portale na Facebooku i Instagramie. Do Kampanii zaangażowano Ambasadorki Kampanii – osoby znane i rozpoznawalne: aktorki, dziennikarki, sportswomenki, blogerkę, bizneswoman, które udzielały wywiadów, nagrały filmiki z przekazem edukacyjnym, angażowały się w różne wydarzenia medialne. Powstało 8 spotów – filmików edukacyjno-promocyjnych w zakresie konieczności zachowania abstynencji w czasie ciąży. Upowszechniane były projekty graficzne plakatu i ulotki, które mogą być wykorzystywane przez samorządy lokalne. Na podstawie analiz prowadzonych na stronie Facebooka można oszacować, że przekazy Kampanii docierały do ponad 6 mln odbiorców.

W ramach strony internetowej www.ciazabezalkoholu.pl prowadzono działania mające na celu upowszechnianie wiedzy dotyczącej zagadnienia Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych z perspektywy różnorodnych odbiorców. Zebrane informacje adresowane są do specjalistów zajmujących się tematyką Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, wychowawców pracujących na co dzień z dziećmi z grupy FASD, opiekunów i rodziców dzieci z deficytami typowymi dla FASD. Strona www.ciazabezalkoholu.pl jako źródło informacyjne PARPA w zakresie powyższej tematyki funkcjonuje pod honorowym patronatem Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, jak również Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników. Dotychczasowa liczba wejść na stronę wynosi ok. 70 tysięcy.

W ramach propagowania wiedzy z zakresu FASD i dzielenia się wiedzą na arenie międzynarodowej przedstawiciele PARPA uczestniczyli w *8th International Conference on Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Research, Results and Relevance*. W zakresie tematyki oceny neuropsychologicznej FASD wygłoszona została prezentacja, jak również w ramach współpracy z ośrodkami diagnostycznymi FASD w Kanadzie wymieniono się doświadczeniami w powyższej tematyce. Przedstawiciel PARPA przedstawił również prezentację pt.: *“Challenges associated with Diagnosis and Managing Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)”* na *17th Annual Congress of International Drug Discovery Science and Technology*.

Ponadto kontynuowano rozpoczęte w drugiej połowie 2018 r. prace nad *polskimi rekomendacjami diagnostycznymi FASD*. W powyższym przedsięwzięciu udział biorą eksperci różnych specjalizacji, niezbędnych w pracy multidyscyplinarnej procesu diagnostycznego. Swym doświadczeniem pochodzącym z wieloletniej praktyki i posiadanych specjalizacji dzieli się grupa prawie 40 specjalistów. Kontynuacja działań w powyższym zakresie ma miejsce w roku bieżącym. Celem prowadzonych działań jest stworzenie i opublikowanie Polskich Standardów Diagnostycznych FASD, które obowiązywałyby wśród ośrodków diagnostycznych FASD. Wprowadzenie jednorodnych standardów diagnostycznych FASD w ramach opracowanych Rekomendacji umożliwi ujednoczenie stawianych diagnoz.

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

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

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

- 1) ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.),
- 2) ustawa z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych* (Dz. U. z 2020 r. poz. 266, z późn. zm.);
- 3) ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa* (Dz. U. z 2020 r. poz. 870, z późn. zm.);
- 4) ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. z 2020 r. poz. 111, z późn. zm.);
- 5) ustawa z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876);
- 6) ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1409, z późn. zm.);
- 7) ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* (Dz. U. z 2020 r. poz. 218, z późn. zm.);
- 8) ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3* (Dz. U. z 2021 r. poz. 75);
- 9) ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (Dz. U. z 2020 r. poz. 821);
- 10) ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. *o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci* (Dz. U. z 2019 r. poz. 2407, z późn. zm.);

- 11) ustawa z dnia 7 września 2007 r. *o pomocy osobom uprawnionym do alimentów* (Dz. U. z 2020 r. poz. 808, z późn. zm.);
- 12) ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329).

3.1. Świadczenia rodzinne

3.1.1. Świadczenia wspierające rodziny z dziećmi

3.1.1.1. Świadczenie wychowawcze w ramach programu „Rodzina 500+”

Najważniejsze narzędzie polityki rodzinnej i demograficznej w Rzeczypospolitej Polskiej stanowi rządowy program „Rodzina 500+”, wprowadzony w dniu 1 kwietnia 2016 r. ustawą z dnia 11 lutego 2016 r. *o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci*. W ramach programu „Rodzina 500+” rodzinom z dziećmi na utrzymaniu przysługuje świadczenie wychowawcze w wysokości 500 zł miesięcznie na dziecko w wieku do ukończenia 18. roku życia. Prawo do świadczenia wychowawczego przysługuje matce albo ojcu dziecka, opiekunowi prawnemu lub opiekunowi faktycznemu dziecka (tj. osobie faktycznie opiekującej się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka), a od 1 lipca 2019 r. w określonych przypadkach także dyrektorowi domu pomocy społecznej.

Do dnia 30 czerwca 2019 r. świadczenie wychowawcze przysługiwało na pierwsze dziecko, definiowane jako jedyne lub najstarsze dziecko w rodzinie w wieku do ukończenia 18. roku życia, jeżeli przeciętny miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę nie przekraczał kwoty 800 zł lub 1200 zł w przypadku rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym. Z kolei na drugie i każde następne dziecko w rodzinie w wieku do ukończenia 18. roku życia świadczenie wychowawcze przysługiwało wszystkim rodzinom, bez względu na osiągnięty dochód.

Od dnia 1 lipca 2019 r. program działa w nowej, rozszerzonej odsłonie – świadczenie wychowawcze ma charakter powszechny i przysługuje na każde dziecko w wieku do ukończenia 18. roku życia, niezależnie od dochodu rodziny oraz na każde dziecko umieszczone w pieczy zastępczej, już nie tylko w rodzinnych jej formach, ale także instytucjonalnych.

Istota programu „Rodzina 500+” polega na realnym wsparciu rodziców wychowujących dzieci wysoką kwotą świadczenia – 6 tys. zł rocznie na każde dziecko od urodzenia do ukończenia

18. roku życia. Jest najbardziej znaczącą i realnie odczuwalną pomocą finansową ze strony państwa dla rodzin wychowujących dzieci. Program zagwarantował lepsze warunki zakładania rodzin i wychowania dzieci i dlatego jest uznawany za jeden z najlepszych sposobów wspierania rodzin z dziećmi niemal we wszystkich grupach społecznych, przy jednoczesnym poszanowaniu jej autonomii.

Rozszerzenie od dnia 1 lipca 2019 r. programu „Rodzina 500+” na każde dziecko, niezależnie od dochodu rodziny to dodatkowa gwarancja na utrwalenie i wzmocnienie jego pozytywnych efektów.

W grudniu 2019 r. świadczenie wychowawcze przysługiwało na 6 387,3 tys. dzieci (wartość ta nie obejmowała dzieci, którym prawo do świadczenia ustalił wojewoda w ramach unijnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego).

Na realizację w 2019 r. Programu „Rodzina 500+” wydatkowano z budżetu państwa 31 182,2 mln zł, w tym 30 862,4 mln zł na wypłaty świadczenia wychowawczego (łącznie z kosztami obsługi).

Program „Rodzina 500+” jest finansowany z budżetu państwa.

3.1.1.2. Świadczenia rodzinne

Do rodzin o niższych dochodach są kierowane świadczenia przyznawane na dzieci z funkcjonującego od kilkunastu lat systemu świadczeń rodzinnych, realizowanego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych*.

W ramach systemu świadczeń rodzinnych funkcjonują – finansowane ze środków budżetu państwa – świadczenia rodzinne ściśle związane z urodzeniem lub wychowywaniem małego dziecka.

Są nimi:

- 1) zasiłek rodzinny – świadczenie podstawowe, którego wysokość od dnia 1 listopada 2016 r. wynosi 95 zł miesięcznie na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia, 124 zł – na dziecko w wieku od 5. do ukończenia 18. roku życia, 135 – na dziecko w wieku od 18. Do ukończenia 24. roku życia; prawo do zasiłku rodzinnego na dziecko przysługuje rodzicowi dziecka, opiekunowi prawnemu dziecka oraz opiekunowi faktycznemu dziecka; podstawowym warunkiem nabycia prawa do zasiłku rodzinnego jest spełnianie kryterium

dochodowego, które od 1 listopada 2015 r. wynosi 674 zł netto w przeliczeniu na osobę w rodzinie lub 764 zł, jeśli w rodzinie wychowuje się dziecko niepełnosprawne;

2) dodatki przyznawane do zasiłku rodzinnego:

- a) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka przysługujący w kwocie 1000 zł jednorazowo,
- b) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, przysługujący w kwocie 400 zł miesięcznie; dodatek przysługuje przez okres:
 - 24 miesiące,
 - 36 miesięcy – w przypadku opieki nad co najmniej dwojgiem dzieci, które urodziły się podczas jednego porodu,
 - 72 miesięcy – w przypadku opieki nad dzieckiem, które legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności bądź orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;

3) jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. „becikowe”) przysługująca matce lub ojcu dziecka, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka w kwocie 1000 zł jednorazowo. Warunkiem nabycia prawa do tego świadczenia jest spełnianie kryterium dochodowego, które wynosi 1922 zł miesięcznie na osobę w rodzinie.

W przypadku ubiegania się rodzica o przyznanie dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka warunkiem dodatkowym ich otrzymania jest przedstawienie zaświadczenia o pozostawaniu kobiety w ciąży pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży. Rozwiązanie uzależniające prawo do świadczeń związanych z urodzeniem dziecka od podjęcia przez kobietę jak najwcześniejszej profilaktyki pozwala na zwiększenie świadomości zdrowotnej kobiety w ciąży, prawidłowy monitoring ciąży oraz na szybkie podjęcie działań profilaktycznych bądź leczniczych w przypadkach występowania powikłań lub zagrożeń we wczesnej ciąży. Wzór zaświadczenia został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w *sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką* (Dz. U. poz. 1234, z późn. zm.);

4) świadczenie rodzicielskie – świadczenie rodzinne mające na celu zagwarantowanie rodzicom, bez względu na formę zatrudnienia, w pierwszym roku życia dziecka przynajmniej minimum bezpieczeństwa socjalnego; świadczenie rodzicielskie w wysokości 1000 zł miesięcznie przysługuje osobom, które nie otrzymują zasiłku macierzyńskiego

lub uposażenia macierzyńskiego (np.: bezrobotni, studenci, osoby pracujące na podstawie umów cywilnoprawnych).

Świadczenie rodzicielskie przysługuje:

- matce albo ojcu dziecka,
- opiekunowi faktycznemu dziecka w przypadku objęcia opieką dziecka w wieku do ukończenia 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do ukończenia 10. roku życia,
- rodzinie zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, w przypadku objęcia opieką dziecka w wieku do ukończenia 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do ukończenia 10. roku życia,
- osobie, która przysposobiła dziecko, w przypadku objęcia opieką dziecka w wieku do ukończenia 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do ukończenia 10. roku życia.

Świadczenie rodzicielskie nie jest uzależnione od kryterium dochodowego i przysługuje przez 52 tygodnie od urodzenia dziecka, przysposobienia lub objęcia opieką dziecka, a w przypadku urodzenia, przysposobienia lub objęcia opieką dwojga lub więcej dzieci okres ten może być wydłużony maksymalnie do 71 tygodni.

Przepisy ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* dają również gminom możliwość przyznawania i wypłaty zapomogi z tytułu urodzenia dziecka oraz podwyższenia ustawowej wysokości kwot dodatków do zasiłku rodzinnego ze środków własnych gminy (ww. świadczenia zależą od uchwały rady gminy).

Ponadto gminy mają możliwość przyznawania dodatkowych świadczeń na rzecz rodziny finansowanych ze środków własnych gminy. Decyzja o tym czy oraz w jakiej wysokości wprowadzić takie dodatkowe świadczenie, należy do wyłącznej właściwości rady gminy.

W ramach systemu świadczeń rodzinnych funkcjonują także inne dodatki do zasiłku rodzinnego. W zależności od spełnienia określonych przesłanek osoby uprawnione mogą ubiegać się o dodatki do zasiłku rodzinnego z następujących tytułów:

- 1) wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej (95 zł miesięcznie);
- 2) samotnego wychowywania dziecka (193 zł miesięcznie na dziecko, nie więcej niż 386 zł miesięcznie na wszystkie dzieci, w przypadku dzieci niepełnosprawnych kwotę dodatku zwiększa się o 80 zł, nie więcej niż o 160 zł na wszystkie dzieci);

- 3) kształcenia i rehabilitacji niepełnosprawnego dziecka (90 zł miesięcznie na dziecko do 5. roku życia, 110 zł miesięcznie – na dziecko od 5. do 24. roku życia);
- 4) rozpoczęcia roku szkolnego (100 zł jednorazowo);
- 5) podjęcia nauki poza miejscem zamieszkania (113 zł miesięcznie w związku z zamieszkiwaniem dziecka w miejscowości, w której znajduje się szkoła lub 69 zł miesięcznie w związku z dojazdem dziecka do szkoły).

W omawianym obszarze funkcjonują także świadczenia opiekuńcze:

- 1) zasiłek pielęgnacyjny – adresowany do osób niepełnosprawnych, w tym niepełnosprawnych dzieci; w ramach ostatnio przeprowadzonej weryfikacji świadczeń rodzinnych przyjęto dwuetapowy proces podwyższenia wysokości zasiłku pielęgnacyjnego; od dnia 1 listopada 2019 r. wszedł w życie drugi etap podwyższenia wysokości zasiłku pielęgnacyjnego do kwoty 215,84 zł miesięcznie (od dnia 1 listopada 2018 r. do dnia 31 października 2019 r. zasiłek pielęgnacyjny wynosił 184,42 zł miesięcznie);
- 2) świadczenie pielęgnacyjne oraz specjalny zasiłek opiekuńczy – adresowane do opiekunów osób niepełnosprawnych.

Świadczeniem opiekuńczym, o które mogą ubiegać się przede wszystkim rodzice sprawujący opiekę nad niepełnosprawnym dzieckiem, jest świadczenie pielęgnacyjne.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje matce albo ojcu, opiekunowi faktycznemu dziecka, osobie będącej rodziną zastępczą spokrewnioną oraz innym osobom, na których, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1359), ciąży obowiązek alimentacyjny względem osoby niepełnosprawnej. O świadczenie pielęgnacyjne mogą ubiegać się osoby, które nie podejmują zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub rezygnują z nich, aby osobiście opiekować się niepełnosprawnym dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o szczególnych wskazaniach co do opieki osoby trzeciej lub osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

W 2019 r. kwota świadczenia pielęgnacyjnego wynosiła 1583 zł miesięcznie.

Od 1 dnia stycznia 2019 r. w ramach corocznej waloryzacji wysokości świadczenia pielęgnacyjnego o procentowy wskaźnik wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę, kwota świadczenia pielęgnacyjnego została podwyższona z kwoty 1477 zł do kwoty 1583 zł.

Jak wynika z danych o realizacji ustawy z dnia 23 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych*, w 2019 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- 1) przeciętnie miesięcznie 545,8 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 606,5 mln zł;
- 2) 126,8 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 99,6 mln zł;
- 3) przeciętnie miesięcznie 49,3 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 221,9 mln zł;
- 4) przeciętnie miesięcznie 20,4 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego w wieku do 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 21,6 mln zł;
- 5) 252,4 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 252,4 mln zł;
- 6) przeciętnie miesięcznie 84,3 tys. świadczeń rodzicielskich na kwotę ogółem w skali roku 920,2 mln zł.

Ponadto gminy wypłaciły ze środków własnych 11,4 tys. zapomóg z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 9,2 mln zł oraz 2,2 tys. podwyższeń ustawowej kwoty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 0,7 mln zł.

Powyższe dane dotyczą wsparcia z systemu świadczeń rodzinnych dla rodzin z dziećmi na utrzymaniu w okresie następującym bezpośrednio po urodzeniu dziecka albo w pierwszych latach jego życia i nie obejmują pozostałych świadczeń z systemu świadczeń rodzinnych.

3.1.1.3. Świadczenie z funduszu alimentacyjnego

Pomoc w postaci świadczenia z funduszu alimentacyjnego dla dzieci, których rodzic nie płaci zasądzonych alimentów, przewiduje ustawa z dnia 7 września 2007 r. *o pomocy osobom uprawnionym do alimentów*. Prawo do świadczeń z funduszu alimentacyjnego ma osoba uprawniona do alimentów od rodzica na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd, jeżeli egzekucja alimentów okazała się bezskuteczna.

Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują w wysokości bieżąco ustalonych alimentów, jednakże nie więcej niż 500 zł miesięcznie. Przyznanie prawa do świadczenia z funduszu alimentacyjnego jest uzależnione od spełnienia kryterium dochodowego.

Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują osobie uprawnionej do alimentów tj. dziecku do ukończenia 18. roku życia albo do ukończenia 25. roku życia, w przypadku gdy dziecko uczy się w szkole lub szkole wyższej, a w przypadku posiadania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności – bezterminowo.

Ponadto, dostrzegając potrzebę wsparcia materialnego osób o najniższych dochodach, które nie otrzymują alimentów w 2019 r. – po raz pierwszy od 2008 r. – podniesiono kryterium dochodowe uprawniające do świadczeń z funduszu alimentacyjnego z kwoty 725 zł netto miesięcznie do kwoty 800 zł. Podwyższone kryterium dochodowe obowiązuje od okresu świadczeniowego, który rozpoczął się dnia 1 października 2019 r.

W 2019 r. przeciętnie miesięcznie wypłacano 233,1 tys. świadczeń z funduszu alimentacyjnego na kwotę ogółem w skali roku 1 136,1 mln zł. Świadczenie to jest finansowane z budżetu państwa.

3.1.1.4. Jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł, przyznawane na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (działanie 2.7. Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”)

W obowiązującym stanie prawnym matka lub ojciec, opiekun prawny dziecka albo opiekun faktyczny dziecka (osoba faktycznie zajmująca się dzieckiem, jeżeli wystąpiła do sądu z wnioskiem o przysposobienie dziecka) mogą ubiegać się w gminie właściwej dla swojego miejsca zamieszkania o jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł, przyznawane na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*.

Jednorazowe świadczenie przysługuje z tytułu urodzenia się żywego dziecka z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu. Wniosek o ww. świadczenie należy złożyć w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka.

Podstawowym warunkiem otrzymania ww. świadczenia jest posiadanie przez dziecko zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Zaświadczenie takie może być wystawione wyłącznie przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.

Ponadto, aby jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł mogli otrzymać biologiczni rodzice, matka dziecka powinna pozostawać pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do dnia porodu, co należy potwierdzić zaświadczeniem lekarskim

lub wystawionym przez położną. Jednorazowe świadczenie przysługuje bez względu na osiągnięte dochody.

W 2019 r. wypłacono 4 339 świadczeń na kwotę 17 356 tys. zł. Świadczenie to jest finansowane z budżetu państwa.

3.1.2. Infrastruktura społeczna na rzecz dziecka i rodziny

Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3* stworzyła warunki do powstawania zróżnicowanych form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3. Obok żłobków od 2011 r. mogą funkcjonować kluby dziecięce i dzienni opiekunowie. Ustawa ta reguluje także warunki zatrudniania niań. Aby przyczynić się do powstawania nowych instytucji opieki w jak największej liczbie gmin i doprowadzić do stopniowego zaspokojenia zapotrzebowania na miejsca opieki oraz do systematycznego zwiększania odsetka dzieci objętych opieką, w ramach ustawy z dnia 7 lipca 2017 r. *o zmianie niektórych ustaw związanych z systemami wsparcia rodzin* (Dz. U. poz. 1428), wprowadzono zmiany w opiece nad dziećmi w wieku do lat 3. Obejmują one m.in. rozszerzenie listy podmiotów, które mogą założyć żłobek lub klub dziecięcy, optymalizację wymagań w zakresie lokalu, w którym ma być prowadzony żłobek lub klub dziecięcy, zmiany w zakresie kwalifikacji kadry zatrudnionej w żłobku lub klubie dziecięcym. Wprowadzone zmiany mają na celu obniżenie kosztów funkcjonowania miejsc, co powinno wiązać się z obniżeniem opłat ponoszonych przez rodziców. Zmiany wprowadzone w ustawie 7 lipca 2017 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3* weszły w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.

Według Rejestru Żłobków na koniec 2019 r. funkcjonowało już ok. 6 tys. instytucji opieki (żłobki, kluby dziecięce, dzienni opiekunowie) na ok. 172,2 tys. miejsc opieki. Z kolei pod opieką niań znajdowało się 6 496 dzieci (dane ZUS, stan na dzień 31 grudnia 2019 r.). Szacuje się, że opieką było objętych, uwzględniając dzieci pod opieką niań, ok. 22,6% dzieci w wieku 1–2 lata (w 2010 r. było to tylko 3,8% dzieci).

Co roku, od 2011 r., jest ogłaszany przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej konkurs w ramach Resortowego programu rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 Maluch+. W edycji 2019 programu „Maluch+” był gwarancją przyznania dofinansowania w zgłoszonej wysokości dla jednostek samorządu terytorialnego na terenie gmin, w których do tej pory nie funkcjonowały żłobki lub kluby dziecięce, a zadanie dotyczyło utworzenia miejsc dla nie więcej niż 20% dzieci w rocznikach 1–2 w gminie i wnioskowana wysokość

dofinansowania nie przekraczała 3 000 000 zł. Wymienione powyżej jednostki samorządu terytorialnego, podobnie jak pozostałe podmioty aplikujące o środki w innych modułach, mogły ubiegać się o dofinansowanie wynoszące nie więcej niż 80% wartości kosztów realizacji projektu. Dofinansowanie na utworzenie lub utrzymanie miejsc opieki nad maluchami mogły otrzymać: jednostki samorządu terytorialnego, a także osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej. Dzięki programowi „Maluch+” 2019 powstało ok. 13 tys. nowych miejsc opieki i dofinansowano ok. 60,4 tys. w tym 485 dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki.

Na realizację programu przeznaczono kwotę 450 mln zł, z tego 250 mln zł z rezerwy celowej, a 200 mln zł z Funduszu Pracy. Z rezerwy celowej wydatkowano ok. 127,4 mln zł (po uwzględnieniu zwrotów), a ze środków Funduszu Pracy ok. 163,4 mln zł.

Edycja programu „Maluch+” na 2020 r. została ogłoszona w dniu 2 października 2019 r., a jego uzupełnienie z przeznaczeniem na dofinansowanie do funkcjonowania miejsc w instytucjach niepublicznych (moduł 4) w dniu 6 grudnia 2019 r. W programie „Maluch+” na 2020 r. wzrosły kwoty dofinansowania dla gmin do utworzenia nowego miejsca – w module skierowanym do gmin, w których nie funkcjonowały żadne żłobki lub kluby dziecięce utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego, to wzrost do 33 tys. zł, a w module dla pozostałych gmin do 25 tys. zł. Wzrosła również kwota dofinansowania do funkcjonowania miejsc opieki do 135 zł miesięcznie na dziecko. W edycji 2020 r. przeznaczono na ten cel 450 mln zł.

Działanie 2.5. Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (Maluch+ 2017 – edycja specjalna „Za Życiem”) zostało włączone do podstawowego programu „Maluch+” 2018 oraz „Maluch+” 2019, a także „Maluch+” 2020.

Ponadto istnieje możliwość dofinansowywania tworzenia lub funkcjonowania instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 ze środków pochodzących z Europejskiego Funduszu Społecznego lub Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych. W okresie programowania 2014–2020 przewidziano na ten cel 396,7 mln euro. W 2019 r. było do rozdysponowania na ten cel 386,3 mln zł.

3.1.3. Wspieranie rodziny i system pieczy zastępczej

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* reguluje kwestie organizacji systemu opieki nad dzieckiem i rodziną je wychowującą, jeżeli ma ona trudności w prawidłowym wypełnianiu swoich funkcji, głównie natury opiekuńczo-

wychowawczej. Działania podejmowane w ramach tego systemu mają zapewnić rodzinie taką pomoc, aby w jej efekcie wyeliminowane zostało zagrożenie zabrania dziecka z rodziny lub zapewniony został szybki powrót do rodziny dziecka, które z uwagi na jego dobro okresowo musiało zostać umieszczone poza rodziną. Istotna jest w tym rola asystenta rodziny, do 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) są realizowane przede wszystkim przez gminy. Działaniom profilaktycznym, mającym na celu stworzenie dziecku odpowiednich warunków życia w jego środowisku rodzinnym, towarzyszą działania na rzecz doskonalenia i rozwoju różnych form pieczy zastępczej nad dzieckiem. Niemniej jednak pobyt dziecka w pieczy zastępczej powinien mieć – o ile to możliwe – charakter okresowy i zmierzać do integracji dziecka z jego rodziną. Wśród instytucji sprawujących pieczę zastępczą nad dzieckiem szczególnie uprzywilejowane miejsce zajmują rodzinne formy pieczy zastępczej. Towarzyszą temu działania na rzecz ograniczania roli form instytucjonalnych (głównie placówek opiekuńczo-wychowawczych) w zakresie pełnienia funkcji opiekuńczo-wychowawczych. Umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej następuje – poza szczególnymi przypadkami – na podstawie orzeczenia sądu, który decyduje o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej, zawodowej, w tym pełniącej funkcję pogotowia rodzinnego, zawodowej specjalistycznej, rodzinnym domu dziecka) albo w placówce opiekuńczo-wychowawczej (interwencyjnej, socjalizacyjnej, specjalistyczno-terapeutycznej, rodzinnej). Organem odpowiedzialnym za organizację pieczy zastępczej na szczeblu lokalnym jest powiat (bezpośrednio zadanie to jest realizowane przez organizatora rodzinnej pieczy zastępczej). Z kolei do wyłącznej kompetencji ośrodków adopcyjnych należy m.in. prowadzenie procedur związanych z przysposobieniem dzieci oraz przygotowanie osób zgłaszających gotowość do przysposobienia dzieci, a także zapewnienie pomocy psychologicznej kobietom w ciąży oraz pacjentkom oddziałów ginekologiczno-położniczych, które sygnalizują zamiar pozostawienia dziecka bezpośrednio po jego urodzeniu. Ponadto do kompetencji ośrodków adopcyjnych należy również prowadzenie szkoleń dla kandydatów do pieczy zastępczej. Ośrodki adopcyjne – jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej – są prowadzone przez marszałków województw. Dodatkowo na szczeblu samorządu wojewódzkiego funkcjonują interwencyjne ośrodki preadopcyjne, w których umieszcza się dzieci wymagające specjalistycznej opieki, a które w okresie oczekiwania na przysposobienie nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy

zastępczej, a także regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne, gdzie są umieszczane dzieci wymagające szczególnej opieki (specjalistycznej i rehabilitacyjnej) i z tego powodu nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Zgodnie z art. 119¹ ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* 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.

Na mocy ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”* kobiety w ciąży oraz ich rodziny objęte zostały poradnictwem, które jest koordynowane przez asystenta rodziny (rozszerzony został zakres zadań asystenta rodziny określony w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*).

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

Do nowych zadań należy:

- 1) koordynacja wsparcia w zakresie dostępu do instrumentów polityki na rzecz rodziny;
- 2) koordynacja poradnictwa w zakresie:
 - a) przewycięzania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka,
 - b) wsparcia psychologicznego,
 - c) pomocy prawnej, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych,
 - d) dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej.

Realizacja zadań koordynacyjnych polega przede wszystkim na:

- 1) opracowywaniu wspólnie z osobami zainteresowanymi, katalogu możliwego do uzyskania wsparcia;
- 2) występowaniu przez asystenta rodziny w ich imieniu w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia.

Wsparcie dla rodzin oraz kobiet w ciąży jest realizowane przez pomoc w zapewnieniu dostępu do informacji w zakresie rozwiązań wspierających, a w obszarze opieki medycznej do diagnostyki prenatalnej oraz możliwości przeprowadzenia porodu w szpitalu III stopnia referencyjności.

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

Ponadto został opracowany przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informator o dostępnych usługach dla rodzin, który jest dystrybuowany przez asystenta rodziny. Asystenci pełnią rolę edukacyjną i promocyjną oraz niejednokrotnie stają się przewodnikami rodzin po systemie wsparcia.

W związku z realizacją zadania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej mającego na celu wsparcie jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego w rozwoju systemu wspierania rodzin i pieczy zastępczej, w tym zwiększenie dostępu do usług asystenta rodziny w gminie oraz do usług koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej w powiecie corocznie – na podstawie art. 247 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej – jest ogłaszany *„Program asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej”*.

Program stanowi wsparcie finansowe realizacji zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego. Jednakże pośrednio mogą z niego korzystać także organizacje pozarządowe, które wykonują na zlecenie zadania gminy lub powiatu, na podstawie art. 190 ww. ustawy.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach *„Program asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej na rok 2019”* przyznał jednostkom samorządu terytorialnego dofinansowanie na łączną kwotę do 75 mln zł w podziale:

- 1) na zatrudnienie asystentów przyznano kwotę 49,2 mln zł, co umożliwiło zatrudnienie ponad 3,5 tys. asystentów rodziny, w tym 3,1 tys. na umowę o pracę;
- 2) na zatrudnienie koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej przyznano kwotę 25,7 mln zł, co umożliwiło zatrudnienie 1,6 tys. koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej, w tym 1,5 tys. na umowę o pracę.

W 2019 r. na dofinansowanie zatrudnienia asystentów rodziny, w związku z realizacją „Programu asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej na rok 2019” (działanie 5.1. Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”) uruchomiono ze stosowej rezerwy celowej: 49,2 mln zł. Ponadto na dofinansowanie zatrudnienia koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej uruchomiono kwotę 25,7 mln zł. Asystenci zatrudnieni w ramach ww. programu objęli swoim działaniem rodziny wymagające wsparcia, w tym rodziny uprawnione na podstawie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*.

Jak wynika z danych o realizacji w 2019 r. ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej w pieczy zastępczej* (na poziomie samorządu powiatu) przebywało łącznie 72 107 dzieci, z tego:

- a) w rodzinach zastępczych spokrewnionych 29 868 dzieci, w tym 136 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- b) w rodzinach zastępczych niezawodowych 14 287 dzieci, w tym 220 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- c) w rodzinach zastępczych zawodowych 6 817 dzieci, w tym 454 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- d) w rodzinnych domach dziecka 4 486 dzieci, w tym 100 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- e) w placówkach opiekuńczo-wychowawczych 16 649 dzieci, w tym 162 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia.

W różnych formach pieczy zastępczej przebywały łącznie 203 małoletnie matki.

W funkcjonujących w Rzeczypospolitej Polskiej 10 regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych oraz 2 interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych (na poziomie samorządu województwa) przebywało, wg stanu na koniec grudnia 2019 r., łącznie 343 dzieci, z tego 309 w regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych i 34 w interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych, w tym w wieku poniżej 1. roku życia odpowiednio 10 i 34 dzieci.

W 2019 r. przysposobiono 2 308 dzieci, w tym 285 dzieci w wieku do 1. roku życia.

W grudniu 2019 r. świadczeniem z programu „Rodzina 500+” (dodatkiem wychowawczym lub dodatkiem w wysokości świadczenia wychowawczego albo dodatkiem do zryczałtowanej kwoty) było objętych także 60,9 tys. dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej.

3.1.4. Zapewnienie dostępu 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

Wszelkie szczegółowe informacje na temat świadczeń w ramach systemów wsparcia materialnego rodzin z dziećmi na utrzymaniu (tj.: świadczenia wychowawczego, świadczeń rodzinnych, świadczeń z funduszu alimentacyjnego oraz jednorazowego świadczenia w kwocie 4 tys. zł) są powszechnie dostępne u ich realizatorów, tj. w urzędzie miasta lub gminy, ośrodku pomocy społecznej lub innej jednostce organizacyjnej gminy, właściwych ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o dane świadczenia. Informacje dotyczące warunków przyznawania są dostępne także pod adresem: www.gov.pl/web/rodzina.

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

Informacje na temat systemu wspierania rodziny, pieczy zastępczej oraz adopcji znajdują się bezpośrednio w jednostkach organizacyjnych wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (samorządowych poszczególnych szczebli samorządu oraz w podmiotach, którym zlecono realizację zadań z tego obszaru), a także na stronie internetowej resortu rodziny www.gov.pl/web/rodzina.

3.2. Zapewnienie pomocy materialnej i opieki nad kobietami w ciąży, znajdującymi się w trudnych warunkach materialnych przez zapewnienie wsparcia w ramach systemu ubezpieczeń społecznych

Świadczenia z tytułu choroby dla kobiet w ciąży objętych ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, zwanym „ubezpieczeniem chorobowym”, są określone przepisami

ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Przepisy ww. ustawy przewidują preferencyjne zasady dotyczące wysokości zasiłków przysługujących kobietom w ciąży. Przepisy te przewidują także świadczenia z tytułu macierzyństwa i rodzicielstwa przysługujące zarówno ubezpieczonym matkom, jak i ojcom z tytułu urodzenia się dziecka albo z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie.

1) zasiłek chorobowy

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy – nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży – nie dłużej niż przez 270 dni.

Miesięczny zasiłek chorobowy wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku, jeżeli niezdolność do pracy lub niemożność wykonywania pracy przypada w okresie ciąży.

Odnosząc się do samej skali absencji chorobowej z tytułu niezdolności do pracy, także przypadającej w okresie ciąży kobiet ubezpieczonych w ZUS – informacja ZUS podaje, że w 2019 r. ogólna absencja chorobowa w liczbie dni wynosiła – 226 097,3 tys.; wypłacono – 19 748 754,1 tys. zł, przy czym są to dane zawierające łącznie zasiłki chorobowe finansowane z FUS oraz pozostałą absencję pracowników. Szczegółowo – liczba dni zasiłkowych wynosiła – 142 850,7 tys.; wypłacono zasiłki chorobowe w wysokości – 12 181 959,1 tys.; przeciętna dzienna wysokość zasiłku chorobowego wyniosła – 85,28 zł.

2) zasiłek macierzyński

Zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego albo w okresie urlopu wychowawczego:

- a) urodziła dziecko,
- b) przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10. roku życia, i wystąpiła do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia,
- c) przyjęła na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, dziecko w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10. roku życia.

Pkt b i c stosuje się odpowiednio do ubezpieczonego.

Zasiłek macierzyński przysługuje przez okres ustalony przepisami *Kodeksu pracy* jako okres urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego.

Pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze:

- a) 20 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- b) 31 tygodni – w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie,
- c) 33 tygodni – w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie,
- d) 35 tygodni – w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie,
- e) 37 tygodni – w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie.

Po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego albo zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego pracownik ma prawo do urlopu rodzicielskiego w wymiarze do:

- a) 32 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- b) 34 tygodni – w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

Zasiłek macierzyński przysługuje również w razie urodzenia dziecka po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało w okresie ciąży:

- a) wskutek ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy,
- b) z naruszeniem przepisów prawa, stwierdzonym prawomocnym orzeczeniem sądu.

Ubezpieczonej będącej pracownicą, z którą rozwiązano stosunek pracy w okresie ciąży z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy i której nie zapewniono innego zatrudnienia, przysługuje do dnia porodu zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

Ubezpieczonej będącej pracownicą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę na czas określony, z którą umowa o pracę na podstawie art. 177 § 3 *Kodeksu pracy* została przedłużona do dnia porodu – przysługuje prawo do zasiłku macierzyńskiego po ustaniu ubezpieczenia.

Miesięczny zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami *Kodeksu pracy* jako okres urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz okres urlopu ojcowskiego wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku.

Miesięczny zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami *Kodeksu pracy* jako okres urlopu rodzicielskiego wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku – za okres do 6 tygodni urlopu rodzicielskiego w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie, natomiast za pozostały okres ustalony przepisami *Kodeksu pracy* jako okres urlopu rodzicielskiego po wykorzystaniu 6 tygodni wynosi 60% podstawy wymiaru zasiłku.

Miesięczny zasiłek macierzyński w przypadku ubezpieczonej będącej pracownicą, która nie później niż 21 dni po porodzie złożyła pisemny wniosek o udzielenie jej, bezpośrednio po urlopie macierzyńskim, urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze, wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku za cały okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego.

W przypadku gdy miesięczna kwota zasiłku macierzyńskiego pomniejszonego o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych jest niższa niż kwota świadczenia rodzicielskiego, określonego w ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych*, kwotę zasiłku macierzyńskiego pomniejszonego o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych podwyższa się do wysokości świadczenia rodzicielskiego. Minimalna wysokość zasiłku macierzyńskiego odpowiada zatem kwocie świadczenia rodzicielskiego i wynosi 1 000 zł.

Ubezpieczony ojciec wychowujący dziecko ma prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu ojcowskiego przez okres do 2 tygodni, nie dłużej jednak niż:

- a) do ukończenia przez dziecko 24 miesięcy życia albo
- b) do upływu 24 miesięcy od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie dziecka i nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, nie dłużej niż do ukończenia przez nie 10. roku życia.

Miesięczny zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami *Kodeksu pracy* jako okres urlopu ojcowskiego wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku.

Zgodnie z informacją ZUS liczba osób korzystających z zasiłku macierzyńskiego z tytułu urlopu ojcowskiego za 2019 r. wynosiła 199,8 tys. osób, liczba dni zasiłkowych wynosiła 2 425,3, wypłacono zasiłki macierzyńskie z tytułu urlopu ojcowskiego na kwotę 357 144,1 tys. zł, natomiast przeciętna dzienna wysokość zasiłku macierzyńskiego z tytułu urlopu ojcowskiego kształtowała się na poziomie – 147,26 zł.

Na podstawie art. 29a ust. 1 w związku z art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa* przysługuje ostatnia forma zasiłku macierzyńskiego dla obojga rodziców. Ojciec dziecka ma prawo do 32 lub 34 (w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie) tygodni urlopu rodzicielskiego. Dokładnie tak samo jak matka. Zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami *Kodeksu pracy* jako okres urlopu rodzicielskiego – w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku za okres do:

- a) 6 tygodni urlopu rodzicielskiego – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie oraz w przypadku przyjęcia na wychowanie jednego dziecka,
- b) 8 tygodni urlopu rodzicielskiego – w przypadku urodzenia przy jednym porodzie dwojga lub więcej dzieci oraz w przypadku równoczesnego przyjęcia na wychowanie dwojga lub więcej dzieci,
- c) 3 tygodni urlopu rodzicielskiego – w przypadku przyjęcia na wychowanie dziecka, w przypadku gdy ubezpieczony ma prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w minimalnym wymiarze wynoszącym 9 tygodni.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego przysługujący po upływie powyższych okresów wynosi 60% podstawy wymiaru zasiłku.

Zgodnie z informacją ZUS liczba osób korzystających z zasiłku macierzyńskiego z tytułu urlopu rodzicielskiego za 2019 r. wynosiła 410,3 tys. osób, liczba dni zasiłkowych wynosiła 58 183,4, wypłacono zasiłki macierzyńskie z tytułu urlopu rodzicielskiego na kwotę 4 499 000,3 tys. zł, natomiast przeciętna dzienna wysokość zasiłku macierzyńskiego z tytułu urlopu rodzicielskiego kształtowała się na poziomie 77,32 zł.

Tabela nr 14. Liczba osób pobierających zasiłek macierzyński w 2019 r.

Płeć	Liczba osób pobierających zasiłek macierzyński z tytułu ^{1) 2)} :				
	Ogółem ^{3) 4)}	urlopu podstawowego	dodatkowego urlopu macierzyńskiego ⁵⁾	urlopu ojcowskiego	urlopu rodzicielskiego
	w tys.				
0	1	2	3	4	5
Ogółem⁶⁾ z tego:	727,8	380,3	3,3	199,8	410,3
mężczyzna	212,8	12,5	0,1	199,8	4,2
kobieta	515,0	367,8	3,2	x	406,1

Źródło: Zakład Ubezpieczeń Społecznych

¹⁾ Liczby prezentują osoby, którym w danym okresie wypłacono (pobierały) zasiłek macierzyński choć za jeden dzień (bez osób, za które dokonano korekt w dokumentach za lata wsteczne).

²⁾ Unikalność osoby w danym okresie, tzn. jeśli ta sama osoba pobierała zasiłek macierzyński w kilku miesiącach została wykazana raz.

³⁾ Dane oprócz osób pobierających zasiłek macierzyński z tytułu podstawowego urlopu macierzyńskiego zawierają również osoby, które pobierały zasiłek macierzyński z tytułu dodatkowego urlopu macierzyńskiego, z tytułu urlopu ojcowskiego oraz z tytułu urlopu rodzicielskiego.

⁴⁾ Osoba występuje tylko raz, niezależnie od liczby pobieranych w danym okresie rodzajów zasiłku macierzyńskiego, np. w przypadku, gdy w danym okresie osoba pobierała zasiłek macierzyński z tytułu podstawowego urlopu macierzyńskiego i z tytułu urlopu rodzicielskiego – wystąpi raz. W związku z tym kol. 1 nie stanowi sumy kol. od 2 do 5.

⁵⁾ Od początku 2016 r. dodatkowy urlop macierzyński (6 tygodni) został włączony do urlopu rodzicielskiego (do końca 2015 r. wynosił on 26 tygodni, od początku 2016 r. – 32 tygodnie).

⁶⁾ Ze względu na zaokrąglenia danych, w niektórych przypadkach sumy składników mogą się nieznacznie różnić od podanych wielkości „ogółem”.

4) zasiłek opiekuńczy

W okresie zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem, chorym dzieckiem czy chorym członkiem rodziny pracownikowi przysługuje zasiłek opiekuńczy na zasadach i przez okres oznaczony w przepisach ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*. Zgodnie z art. 32 ww. ustawy zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad:

a) dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat w przypadku:

- nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3* lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
- porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki,
- pobytu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;

b) chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat,

c) chorym dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do ukończenia 18 lat,

d) dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do ukończenia 18 lat w przypadku:

- porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki,
- pobytu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,

f) innym chorym członkiem rodziny.

Za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym w okresie sprawowania opieki.

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

- 60 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka jest sprawowana nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat w przypadkach wskazanych powyżej i chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat,
- 30 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka jest sprawowana nad chorym dzieckiem legitymującym się określonym w ustawie orzeczeniem o niepełnosprawności do ukończenia przez nie 18 lat i dzieckiem legitymującym się wymaganym w ustawie orzeczeniem o niepełnosprawności do ukończenia 18 lat w przypadkach o których mowa powyżej (lit. c),
- 14 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka jest sprawowana nad innymi chorymi członkami rodziny.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie na opiekę nad dziećmi i innymi członkami rodziny za okres nie dłuższy niż 60 dni w roku kalendarzowym. W przypadku gdy opieka jest sprawowana wyłącznie nad chorym dzieckiem legitymującym się określonym w ustawie

orzeczeniem o niepełnosprawności do ukończenia 18 lat, dzieckiem legitymującym się określonym w ustawie orzeczeniem o niepełnosprawności do ukończenia 18 lat w przypadku porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki oraz w przypadku pobytu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i innym chorym członkiem rodziny, zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie za okres nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym. Przedmiotowe przepisy stosuje się niezależnie od liczby osób uprawnionych do zasiłku opiekuńczego oraz bez względu na liczbę dzieci i innych członków rodziny wymagających opieki.

Dodatkowo, stosownie do art. 32a ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*, w przypadku gdy ubezpieczona matka dziecka przed upływem 8 tygodni po porodzie:

- a) przebywa w szpitalu albo w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem albo
- b) legitymuje się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo
- c) porzuciła dziecko

– ubezpieczonemu – ojcu dziecka przysługuje dodatkowo, niezależnie od zasiłku określonego w art. 32, zasiłek opiekuńczy w wymiarze do 8 tygodni, jeżeli przerwie zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Przepis art. 32a ust. 1 ww. ustawy stosuje się odpowiednio do innego ubezpieczonego członka najbliższej rodziny.

Zgodnie z danymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych liczba dni zasiłkowych dla osób korzystających z zasiłku opiekuńczego za 2019 r. wynosiła 11 555,9 tys., wypłacono zasiłki opiekuńcze na kwotę 1 076 763,3 tys. zł, natomiast przeciętna dzienna wysokość zasiłku opiekuńczego kształtowała się na poziomie 93,18 zł.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zapewnia dostęp obywateli do informacji na temat uprawnień w zakresie świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa, w tym do świadczeń przysługujących kobietom w ciąży, matkom i ojcom, głównie przez publikację informacji dotyczących tych świadczeń na stronie internetowej Zakładu Ubezpieczeń

Społecznych www.zus.pl. Na stronie tej w sposób przystępny i zrozumiały dla przeciętnego odbiorcy przedstawione są całościowo zagadnienia dotyczące prawa do poszczególnych świadczeń, ich wysokości i zasad obliczania.

Zamieszczane są także aktualne wyjaśnienia obowiązujących przepisów, które mogą budzić wątpliwości interpretacyjne w praktyce, jak również informacje o wejściu w życie zmian przepisów w tym zakresie. Ponadto informacje o przysługujących świadczeniach są dostępne w mediach, telewizji i prasie. Przedstawiciele Zakładu biorą udział w programach telewizyjnych (np. „ZUS dla Ciebie”) i radiowych dotyczących tematyki świadczeń pieniężnych. Dotyczą one także świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przysługujących kobietom w ciąży oraz matkom i ojcom. Zakład publikuje także artykuły prasowe w dziennikach o zasięgu ogólnopolskim, np. w „Rzeczpospolitej” i „Gazecie Prawnej”. Zakład wydaje również dla swoich klientów ulotki informacyjne, poradniki, informatory i inne wydawnictwa, np. „ZUS dla Ciebie”, „ZUS dla Biznesu”. Publikacje Zakładu są bezpłatne i dostępne w jego placówkach oraz na stronie internetowej Zakładu.

Osoby zainteresowane mogą uzyskać informacje dotyczące uprawnień do zasiłków, w tym zasiłku chorobowego i macierzyńskiego, telefonicznie w utworzonym przez Zakład Centrum Obsługi Telefonicznej, przez komunikator Skype albo w formie czatu na stronie www.zus.pl. Dodatkowo w każdej indywidualnej sprawie osoby zainteresowane na mocy przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych mogą wystąpić do Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień, a także o ustalenie uprawnień do zasiłku w drodze decyzji. Z wnioskiem takim może wystąpić osoba ubezpieczona albo płatnik składek tej osoby. Od wydanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzji, stronie przysługuje prawo do wniesienia odwołania do sądu powszechnego (sądu pracy i ubezpieczeń społecznych).

Ponadto zgodnie z ustawą z dnia 14 czerwca 1960 r. – *Kodeks postępowania administracyjnego* (Dz. U. z 2020 r. poz. 256) osoby, których dotyczy prowadzone postępowanie, są informowane o przysługującym im prawie do czynnego udziału w każdym stadium postępowania. W szczególności mają prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania notatek, kopii lub odpisów, zgłaszania dowodów, przedstawiania wyjaśnień oraz do czasu wydania decyzji lub do czasu otrzymania zawiadomienia o zakończeniu postępowania – wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

3.3. Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

Zagadnienia związane z ochroną rodzicielstwa pracowników są określone w dziale ósmym ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*.

3.3.1. System urlopów związanych z opieką nad dzieckiem

W obecnym stanie prawnym system urlopów związanych z opieką nad dzieckiem obejmuje:

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

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

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

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

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

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

Przepisy Kodeksu pracy wskazują także krąg osób uprawnionych do urlopu macierzyńskiego oraz katalog sytuacji, w których istnieje możliwość „przejęcia” tego uprawnienia. W przypadkach określonych w ustawie z urlopu macierzyńskiego może bowiem skorzystać także pracownik – ojciec wychowujący dziecko oraz pracownik – inny członek najbliższej rodziny. Przepisy *Kodeksu pracy* określają również, w jakich sytuacjach pracownik – ojciec wychowujący dziecko ma prawo do wykorzystania urlopu macierzyńskiego, gdy matka nie pozostaje w stosunku pracy, ale jest objęta ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, jak również gdy nie jest objęta tym ubezpieczeniem lub nie posiada tytułu do objęcia tym ubezpieczeniem:

- a) przejęcie części urlopu macierzyńskiego przez pracownika – ojca wychowującego dziecko albo przez pracownika – innego członka najbliższej rodziny jest możliwe w przypadku:
 - rezygnacji z części urlopu macierzyńskiego przez pracownicę legitymującą się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, po wykorzystaniu przez nią po porodzie co najmniej 8 tygodni urlopu macierzyńskiego (rezygnacji z zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego przez ubezpieczoną-matkę dziecka po wykorzystaniu przez nią tego zasiłku za okres co najmniej 8 tygodni po porodzie),
 - rezygnacji z części urlopu macierzyńskiego przez pracownicę, która przebywa w szpitalu albo w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, po wykorzystaniu po porodzie co najmniej 8 tygodni urlopu macierzyńskiego (rezygnacji z części zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną-matkę dziecka, która przebywa w szpitalu albo w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, po wykorzystaniu przez nią tego zasiłku za okres co najmniej 8 tygodni po porodzie),
 - zgonu pracownicy w czasie urlopu macierzyńskiego (zgonu ubezpieczonej – matki dziecka w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego),

- porzucenia dziecka przez pracownicę w czasie urlopu macierzyńskiego; przejęcie pozostałej części urlopu macierzyńskiego jest możliwe nie wcześniej niż po wykorzystaniu przez pracownicę po porodzie co najmniej 8 tygodni urlopu macierzyńskiego (porzucenia dziecka przez ubezpieczoną – matkę w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego; przejęcie pozostałej części urlopu macierzyńskiego jest możliwe nie wcześniej jednak niż po wykorzystaniu przez ubezpieczoną-matkę dziecka zasiłku macierzyńskiego za okres co najmniej 8 tygodni),
- zgonu matki dziecka nieobjętej ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych*, albo nieposiadającej tytułu do objęcia takim ubezpieczeniem, a także w razie porzucenia dziecka przez taką matkę,
- niemożności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem przez matkę dziecka nieobjętą ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa albo nieposiadającą tytułu do takiego ubezpieczenia, legitymującą się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Wystąpienie powyższych okoliczności będzie także uprawniało drugiego pracownika albo pracownika-innego członka najbliższej rodziny do przejęcia części urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo części urlopu rodzicielskiego.

- b) korzystanie z części urlopu macierzyńskiego przez pracownika – ojca wychowującego dziecko jest możliwe w przypadku:
- rezygnacji przez pracownicę z części urlopu macierzyńskiego po wykorzystaniu po porodzie co najmniej 14 tygodni takiego urlopu (rezygnacji przez ubezpieczoną – matkę dziecka z pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego, po wykorzystaniu przez nią tego zasiłku za okres co najmniej 14 tygodni po porodzie),
 - podjęcia przez matkę dziecka nieposiadającą tytułu do objęcia ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych*, zatrudnienia w wymiarze nie niższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy.

Wystąpienie powyższych okoliczności będzie także uprawniało drugiego pracownika do korzystania z części urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo części urlopu rodzicielskiego.

2) **urlop rodzicielski** (art. 182^{1a}–182^{1g} oraz art. 183 § 4 i 5 *Kodeksu pracy*)

Po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego (albo zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego) pracownik ma prawo do urlopu rodzicielskiego w wymiarze do:

- a) 32 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- b) 34 tygodni – w przypadku jednoczesnego urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

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

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

- a) pierwszej części urlopu rodzicielskiego, która w przypadku:
 - urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie nie może być krótsza niż 6 tygodni,

- przyjęcia przez pracownika na wychowanie dziecka w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, do 10. roku życia, nie może być krótsza niż 3 tygodnie,

b) sytuacji, gdy pozostała do wykorzystania część urlopu jest krótsza niż 8 tygodni.

Urlop rodzicielski w wymiarze do 16 tygodni może być także udzielony w terminie nieprzypadającym bezpośrednio po poprzedniej części tego urlopu albo nieprzypadającym bezpośrednio po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający części tego urlopu. Liczba wykorzystanych w tym trybie części urlopu pomniejsza liczbę części przysługującego urlopu wychowawczego. W przypadku złożenia odrębnego wniosku o udzielenie urlopu rodzicielskiego zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego i pierwszych 6 lub 8 tygodni urlopu rodzicielskiego przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku, a za pozostały okres urlopu rodzicielskiego – 60% podstawy wymiaru zasiłku.

Pracownica, nie później niż 21 dni po porodzie, może także złożyć pisemny wniosek o udzielenie jej, bezpośrednio po urlopie macierzyńskim, urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze. W takim przypadku pracownica może dzielić się z pracownikiem-ojcem wychowującym dziecko albo ubezpieczonym-ojcem dziecka korzystaniem z urlopu rodzicielskiego albo pobieraniem zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi tego urlopu, zgodnie z zasadami określonymi w *Kodeksie pracy*. Miesięczny zasiłek macierzyński w tym przypadku wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku za cały okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego.

Wszystkie wnioski o udzielenie urlopu rodzicielskiego są wiążące dla pracodawcy.

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

przy jednym porodzie oraz 68 tygodni – w przypadku jednoczesnego urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie. Pracownik określa sposób wykorzystania tej części urlopu rodzicielskiego, o którą urlop zostanie proporcjonalnie wydłużony, w pisemnym wniosku o łączenie przez pracownika korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika, chyba że nie jest to możliwe ze względu na organizację pracy lub rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika. O przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku pracodawca informuje pracownika na piśmie.

Analogiczne prawa przysługują również pracownikowi uprawnionemu do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego.

3) **urlop ojcowski** (art. 182³ *Kodeksu pracy*)

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

- a) do ukończenia przez dziecko 24. miesiąca życia albo
- b) do upływu 24 miesięcy od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie dziecka i nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, nie dłużej niż do ukończenia przez nie 10. roku życia.

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

Urlop ten jest prawem przysługującym wyłącznie pracownikowi – ojcu dziecka, którego nie może przenieść na inną osobę. Za okres urlopu ojcowskiego przysługuje zasiłek macierzyński w wysokości 100% podstawy zasiłku macierzyńskiego.

4) **urlop wychowawczy** (art. 186–186⁵ *Kodeksu pracy*)

Pracownik zatrudniony co najmniej 6 miesięcy ma prawo do urlopu wychowawczego w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Wymiar urlopu wychowawczego wynosi do 36 miesięcy. Urlop jest udzielany na okres nie dłuższy niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6. rok życia.

W przypadku pracowników – rodziców wychowujących dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, które z powodu stanu zdrowia wymaga osobistej opieki pracownika, niezależnie od przysługującego 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. r.ż. Urlop ten jest udzielany na takich samych zasadach jak podstawowy urlop wychowawczy.

Urlopy powyższe przysługują łącznie obojgu rodzicom lub opiekunom dziecka. Natomiast każdemu z rodziców lub opiekunów dziecka przysługuje wyłączone prawo do jednego miesiąca urlopu wychowawczego z wymiaru urlopu do 36 miesięcy. Prawa tego nie można przenieść na drugiego z rodziców lub opiekunów dziecka (tzw. nieprzenoszalna część urlopu).

Urlop wychowawczy nie musi, ale może być wykorzystywany bezpośrednio po skorzystaniu z urlopu rodzicielskiego najwyżej w 5 częściach.

Rodzice lub opiekunowie dziecka mogą jednocześnie korzystać z urlopu wychowawczego. Jednakże w takim przypadku łączny wymiar urlopu wychowawczego nie może przekraczać jego maksymalnego wymiaru.

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

3.3.2. 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, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego. Ochrona stosunku pracy obejmuje także pracowników w okresie korzystania z urlopu wychowawczego. Pracownik ma prawo być dopuszczonym – po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego – 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, za wynagrodzeniem za pracę, jakie otrzymywałby, gdyby nie korzystał z urlopu (art. 183² *Kodeksu pracy*).

Pracodawca dopuszcza pracownika do pracy także po zakończeniu urlopu wychowawczego na dotychczasowym stanowisku, a jeżeli nie jest to możliwe, na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu lub na innym stanowisku odpowiadającym jego kwalifikacjom zawodowym, za wynagrodzeniem nie niższym od wynagrodzenia za pracę przysługującego pracownikowi w dniu podjęcia pracy na stanowisku zajmowanym przed tym urlopem (art. 186⁴ *Kodeksu pracy*).

3.3.3. Inne uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

1) zakaz pracy powyżej 8 godzin na dobę

W systemie równoważnego czasu pracy, systemie skróconego tygodnia pracy, pracy przy dozorcze urzędzeń oraz przy pilnowaniu mienia lub ochronie osób, pracy w ruchu ciągłym oraz w przypadku przedłużonego dobowego wymiaru czasu pracy – czas pracy pracownic w ciąży oraz pracowników opiekujących się dzieckiem do ukończenia przez nie 4 roku życia, bez ich zgody – nie może przekraczać 8 godzin. Pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia za czas nieprzepracowany w związku ze zmniejszeniem z tego powodu wymiaru jego czasu pracy (art. 148 pkt 2 i 3 *Kodeksu pracy*).

2) zakaz wykonywania prac uciążliwych

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

3) zakaz pracy nadliczbowej i delegowania poza stałe miejsce pracy

Pracownicy w ciąży nie wolno również zatrudniać w godzinach nadliczbowych ani w porze nocnej, delegować bez jej zgody poza stałe miejsce pracy ani zatrudniać w systemie przerywanego czasu pracy (art. 178 § 1 *Kodeksu pracy*).

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

4) zwolnienia od pracy na badania związane z ciążą

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*).

5) przerwa na karmienie dziecka piersią

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.

6) obniżenie wymiaru czasu 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 wniosek pracownika. Wniosek składa się na 21 dni przed rozpoczęciem wykonywania pracy w obniżonym wymiarze czasu pracy. Jeżeli wniosek został złożony bez zachowania terminu, pracodawca obniża wymiar czasu pracy nie później niż z upływem 21 dni od dnia złożenia wniosku (art. 186⁷ *Kodeksu pracy*).

7) tzw. opieka na dziecko do lat 14

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

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

3.3.4. Rozwiązania wprowadzone do Kodeksu pracy w związku z Programem „Za życiem”

Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 1076), uchwaloną w ramach realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, wprowadzono zmiany m.in. do przepisów *Kodeksu pracy*, których celem

jest ułatwienie pracownikom łączenia pracy zawodowej z opieką nad niepełnosprawnym dzieckiem. Przepisy te weszły w życie od dnia 6 czerwca 2018 r.

Zgodnie z art. 142¹ § 1 *Kodeksu pracy* pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek:

- 1) pracownika – małżonka albo pracownika – rodzica dziecka w fazie prenatalnej, w przypadku ciąży powikłanej,
- 2) pracownika – rodzica dziecka posiadającego zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o *wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*,
- 3) pracownika – rodzica:
 - a) dziecka legitymującego się orzeczeniem o niepełnosprawności albo orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności określonym w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz
 - b) dziecka posiadającego odpowiednio opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe* (Dz. U. z 2020 r. poz. 910, z późn. zm.)

– o wykonywanie pracy w systemie przerywanego czasu pracy (art. 139 *Kodeksu pracy*) lub w ruchomym czasie pracy (o którym mowa w art. 140¹ *Kodeksu pracy*) albo w indywidualnym rozkładzie czasu pracy (art. 142 *Kodeksu pracy*), złożony w postaci papierowej lub elektronicznej.

Pracodawca może odmówić uwzględnienia ww. wniosku, jeżeli jego uwzględnienie nie jest możliwe ze uwagi na organizację pracy lub rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika. O przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku pracodawca informuje pracownika w postaci papierowej lub elektronicznej.

Z powyższych rozwiązań uprawnieni pracownicy (wymienieni w art. 142¹ § 1 pkt 2 i 3 *Kodeksu pracy*) mogą skorzystać również po ukończeniu przez dziecko 18. roku życia.

Ponadto, zgodnie z art. 67⁶ § 5–7 *Kodeksu pracy*, wykonywanie pracy w formie telepracy jest także dopuszczalne na wniosek pracownika złożony w postaci papierowej lub elektronicznej, niezależnie od zawarcia porozumienia określającego warunki stosowania telepracy albo określenia tych warunków w regulaminie.

Pracodawca uwzględnia wnioski pracownika, o którym mowa w art. 142¹ § 1 pkt 2 i 3 *Kodeksu pracy*, o wykonywanie pracy w formie telepracy, chyba że nie jest to możliwe ze względu na organizację pracy lub rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika. O przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku pracodawca informuje pracownika w postaci papierowej lub elektronicznej. Uprawnieni pracownicy mogą skorzystać z tego rozwiązania również po ukończeniu przez dziecko 18. roku życia.

3.4. Uprawnienia bezrobotnych związane z rodzicielstwem

W ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* znajduje się szereg rozwiązań mających na celu ułatwienie pogodzenia życia rodzinnego z zawodowym.

Zgodnie z przepisem art. 33 ust. 4d ww. ustawy starosta nie może pozbawić statusu bezrobotnego kobiety w ciąży z powodu niezdolności do pracy związanej z ciążą trwającą przez nieprzerwany okres 90 dni, z wyłączeniem przypadku złożenia wniosku o pozbawienie tego statusu przez samą bezrobotną.

Ponadto, w myśl art. 33 ust. 4g ww. ustawy, starosta nie może pozbawić statusu bezrobotnego:

- 1) matki dziecka,
- 2) ojca dziecka, w przypadku śmierci matki dziecka, porzucenia dziecka przez matkę albo rezygnacji przez matkę z prawa do korzystania z zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub okres urlopu rodzicielskiego,
- 3) bezrobotnego po przysposobieniu dziecka,
- 4) bezrobotnego po przyjęciu dziecka na wychowanie i wystąpieniu do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub po przyjęciu dziecka na wychowanie jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej

– z uwagi na brak zdolności i gotowości do podjęcia zatrudnienia spowodowany opieką nad tym dzieckiem przez okres, przez który przysługiwałby im, zgodnie z odrębnymi przepisami, zasiłek macierzyński w okresie urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego, z wyłączeniem przypadku złożenia wniosku o pozbawienie tego statusu przez samego bezrobotnego.

Warto także zwrócić uwagę na instrument uregulowany w art. 104a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*, zgodnie z którym pracodawcy oraz inne jednostki organizacyjne nie opłacają składek na Fundusz Pracy za zatrudnionych pracowników powracających z urlopu macierzyńskiego, 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, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego.

Bezrobotnym (zarówno kobietom, jak i mężczyznom) posiadającym co najmniej jedno dziecko do 6. roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18. roku życia – zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* – starosta może, po udokumentowaniu poniesionych kosztów, refundować koszty opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 w wysokości uzgodnionej, nie wyższej jednak niż połowa zasiłku dla bezrobotnych, na każde dziecko, na opiekę którego poniesiono koszty, jeżeli bezrobotny podejmie zatrudnienie lub inną pracę zarobkową lub zostanie skierowany na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych lub szkolenie oraz pod warunkiem osiągnięcia z tego tytułu miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia za pracę. Na takich samych zasadach następuje refundacja kosztów opieki nad osobą zależną.

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* w art. 73 ust. 3 wskazuje także, że w razie urodzenia dziecka przez kobietę pobierającą zasiłek dla bezrobotnych w okresie jego pobierania lub w ciągu miesiąca po jego zakończeniu okres ten ulega przedłużeniu o czas, przez który przysługiwałby jej, zgodnie z odrębnymi przepisami, zasiłek macierzyński. W związku z wydłużeniem okresu, przez który przysługuje zasiłek macierzyński, wydłużeniu uległ też okres przysługiwania zasiłku dla bezrobotnych w takiej sytuacji.

Zasiłek na okres 365 dni – zgodnie z art. 73 ust. 1 pkt 2 lit. c i d ww. ustawy – jest przyznawany bezrobotnym, 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 lub samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat.

Narzędziem wspierającym tworzenie miejsc pracy i powrót do zatrudnienia osób bezrobotnych, w tym dla powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka są grant na telepracę (art. 60a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*) i świadczenie aktywizacyjne (art. 60b tej ustawy).

W przypadku grantu na telepracę na podstawie umowy zawartej ze starostą pracodawca albo przedsiębiorca otrzymuje z Funduszu Pracy grant w wysokości do 6-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę brutto na utworzenie stanowiska pracy dla bezrobotnego rodzica powracającego na rynek pracy, wychowującego co najmniej jedno dziecko w wieku do 6 lat, lub bezrobotnego sprawującego opiekę nad osobą zależną, który w okresie 3 lat przed rejestracją w urzędzie pracy jako bezrobotny zrezygnował z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowywania dziecka lub sprawowania opieki nad osobą zależną. Pracodawca musi zagwarantować w umowie utrzymanie zatrudnienia przez 12 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy lub przez okres 18 miesięcy w wymiarze ½ etatu – w przypadku niewywiązania się z tego warunku następuje zwrot grantu z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia jego otrzymania. Od początku wprowadzenia tego rozwiązania pracę w ramach telepracy rozpoczęło 12 osób, w tym w 2019 r. 2 osoby.

Natomiast świadczenie aktywizacyjne jest wypłacane pracodawcy przez 12 miesięcy (w wysokości 1/2 minimalnego wynagrodzenia) lub 18 miesięcy (w wysokości 1/3 minimalnego wynagrodzenia) za zatrudnienie bezrobotnego rodzica powracającego na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka lub bezrobotnego sprawującego opiekę nad osobą zależną, który w okresie 3 lat przed rejestracją w urzędzie pracy jako bezrobotny zrezygnował z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowywania dziecka lub sprawowania opieki nad osobą zależną. Pracodawca musi zagwarantować dalsze zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, po okresie przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego, przez kolejne 6 lub 9 miesięcy. W przypadku niewywiązania się z tego zobowiązania następuje zwrot uzyskanych świadczeń z odsetkami ustawowymi. Od początku wprowadzenia tego rozwiązania pracę w ramach świadczenia aktywizacyjnego rozpoczęło 109 osób, w tym w 2019 r. 2 osoby.

W przywołanej nowelizacji ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* zaproponowano także zmiany dotyczące prawa do zasiłku dla bezrobotnych polegające na dodaniu nowych okresów uprawniających do zasiłku. Zgodnie bowiem z art. 71 ust. 2 pkt 6 ww. ustawy do 365 dni uprawniających do nabycia prawa do zasiłku dla bezrobotnych wlicza się również okres świadczenia usług na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece na dziećmi do lat 3*.

Z kolei ustawą z dnia 6 października 2016 r. *o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz ustawy o świadczeniach przedemerytalnych* (Dz. U. poz. 1940)

dokonano zmiany w art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*. Wprowadzono nowy okres podlegający zaliczeniu do okresu uprawniającego do uzyskania prawa do zasiłku dla bezrobotnych, tj. okres pobierania świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna, jeżeli utrata prawa do nich była spowodowana śmiercią osoby, nad którą opieka była sprawowana (art. 71 ust. 2 pkt 9). Na koniec 2019 r. w urzędach pracy było 2 723 zarejestrowanych bezrobotnych, którym do części lub całości okresu uprawniającego do pobierania zasiłku zaliczono okres z art. 71 ust. 2 pkt 9.

Warto także nadmienić, że w związku z realizacją Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” wprowadzono do ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* instrumenty mające na celu ułatwienie powrotu na rynek pracy opiekunom osób niepełnosprawnych oraz członkom ich rodzin. Instrumenty wsparcia są kierowane do opiekunów osoby niepełnosprawnej, z wyłączeniem opiekunów pobierających świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna.

W ramach ww. zmian katalog osób uznawanych za będące w szczególnej sytuacji na rynku pracy (art. 49 ww. ustawy) został rozszerzony o grupę poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu oraz niewykonyjących innej pracy zarobkowej opiekunów osób niepełnosprawnych – z wyłączeniem jednak opiekunów osób niepełnosprawnych pobierających z tego tytułu świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna. Osobom tym po zarejestrowaniu w urzędzie pracy przysługuje pierwszeństwo w skierowaniu do programów specjalnych, których istotą jest możliwość optymalnego doboru dostępnych form wsparcia i elastycznego oddziaływania na bariery, które utrudniają osobie podjęcie pracy, w celu umożliwienia powrotu lub wejścia na rynek pracy.

Ponadto wprowadzony został instrument (art. 51a ww. ustawy), w ramach którego starosta ma możliwość refundacji pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres do 6 miesięcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy skierowanych bezrobotnych opiekunów osoby niepełnosprawnej. Refundacja nie może przekroczyć kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz kwoty połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Pracodawca jest obowiązany do dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego opiekuna osoby niepełnosprawnej przez okres 3 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji pod rygorem

zwrotu otrzymanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi. Pomoc dla pracodawcy jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

W celu ułatwienia godzenia obowiązków opiekuńczych z pracą wprowadzona została przepisem art. 60aa ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* możliwość przyznania pracodawcy lub przedsiębiorcy grantu na telepracę za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego opiekuna osoby niepełnosprawnej. Na podstawie umowy zawartej ze starostą pracodawca albo przedsiębiorca otrzymuje z Funduszu Pracy grant w wysokości do 12-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na utworzenie stanowiska pracy dla bezrobotnego opiekuna osoby niepełnosprawnej. Pracodawca w umowie gwarantuje utrzymanie zatrudnienia przez 12 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy lub przez okres 18 miesięcy w wymiarze ½ etatu – w przypadku niewywiązania się z tego warunku następował będzie proporcjonalny zwrot grantu z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia jego otrzymania. Natomiast zwrot grantu w całości z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia jego otrzymania następuje w sytuacji wykorzystania środków niezgodnie z umową lub ich niewykorzystania. W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez samego pracownika objętego grantem, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* lub wygaśnięcia stosunku pracy przed upływem 12 lub 18 miesięcy starosta ma prawo skierować na zwolnione miejsce pracy innego bezrobotnego. Pomoc dla pracodawcy jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

Zgodnie z przepisem art. 61aa ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* opiekunom osób niepełnosprawnych, zarejestrowanym w powiatowym urzędzie pracy jako poszukujący pracy, którzy jednocześnie nie pozostają w zatrudnieniu lub nie wykonują innej pracy zarobkowej, zapewniony został dostęp do usług rynku pracy i instrumentów rynku pracy wskazanych w tym przepisie (tj. pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego, szkoleń, stażu, prac interwencyjnych, przygotowania zawodowego dorosłych, badań lekarskich lub psychologicznych, studiów podyplomowych, szkoleń na podstawie trójstronnych umów szkoleniowych zawieranych pomiędzy starostą, pracodawcą i instytucją szkoleniową, bonu na zasiedlenie, bonu szkoleniowego oraz bonu stażowego) – na takich samych zasadach jak osobom bezrobotnym. Z zakresu podmiotowego tego przepisu – w związku ze zdefiniowaniem grupy osób uprawnionych przez odesłanie do nowego pkt 7 w art. 49 ustawy – wyłączeni zostali opiekunowie osób niepełnosprawnych pobierający z tego tytułu świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna.

W 2019 r. z działań aktywizacyjnych skorzystało 395 osób będących opiekunami osób niepełnosprawnych.

Wprowadzono również zmianę w przepisie art. 73a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*, która ma na celu wsparcie opiekunów osób niepełnosprawnych w realizacji codziennych obowiązków domowych w ramach prac społecznie użytecznych.

3.5. 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.

3.5.1. Świadczenia finansowe z pomocy społecznej

Jeżeli dochód kobiet w ciąży nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego, które wynosi 701 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 528 zł dla osoby w rodzinie, mogą one ubiegać się o przyznanie zasiłku okresowego, zasiłku celowego, w szczególności na zakup żywności, leków, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu. Przepisy ustawy o pomocy społecznej przewidują także możliwość udzielenia pomocy w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobom i rodzinom o dochodach przekraczających kryterium dochodowe (w formie bezzwrotnego specjalnego zasiłku celowego lub innych świadczeń na zasadach zwrotnych). 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, a dochodem tej osoby albo 50% różnicy między kryterium dochodowym rodziny, a dochodem tej rodziny, przy czym w obydwu przypadkach nie mniej niż 20 zł).

3.5.2. Instytucjonalne formy pomocy społecznej

Jedną z form instytucjonalnej pomocy kobietom w ciąży są domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Domy te od dnia 1 maja 2004 r. zyskały status ośrodków wsparcia, prowadzonych przez samorząd powiatowy. Na mocy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* zostało wydane rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. *w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży* (Dz. U. poz. 418), które określa standardy podstawowych usług świadczonych przez te placówki. Gwarantuje ono nie tylko godne warunki bytowe, ale także zadbanie o ich potrzeby psychiczne i duchowe. Schronienia w takim domu może szukać kobieta w ciąży, kobieta lub mężczyzna z małoletnimi dziećmi, 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.

3.5.3. 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. Rozpoznanie potrzeb w zakresie poradnictwa rodzinnego dokonuje przede wszystkim pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej przez rodzinny wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osób i rodzin. Gdy znajdzie taką potrzebę 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.

3.5.4. Świadczenia niepieniężne z pomocy społecznej

Ogółem w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2019 r. z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa udzielono pomocy 86 013 rodzinom, w tym 50 828 rodzinom ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy rodzin 54 691 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na wielodzietność (37 328 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2019 r. 143 434 rodziny, w tym 58 422 rodziny ze środowisk wiejskich.

W 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonowały następujące domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży:

- 1) 2 domy prowadzone przez samorząd powiatowy o zasięgu ponadgminnym, które dysponowały 45 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 46 osób;
- 2) 15 domów prowadzonych na zlecenie powiatów przez inne podmioty (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia kościelne i inne) z 458 miejscami, z których skorzystało w ciągu roku 836 osób;
- 3) 8 domów o zasięgu lokalnym, prowadzonych przez gminy, w których ze 183 miejsc skorzystały 252 osoby;
- 4) 3 domy prowadzone przez inny podmiot na zlecenie gmin, które dysponowały 60 miejscami, a skorzystały z nich 83 osoby.

W 2019 r. działało 168 ośrodków interwencji kryzysowej. Prowadzenie ośrodka interwencji kryzysowej jest zadaniem własnym powiatu, jednakże zadanie to realizowane jest również przez gminy. W 2019 r. powiaty prowadziły samodzielnie 130 ośrodków interwencji kryzysowej, w których pomoc uzyskało 49 209 osób, natomiast podmioty niepubliczne prowadziły na zlecenie powiatów 27 takich ośrodków, udzielając pomocy 5 789 osobom. Jednocześnie gminy prowadziły samodzielnie 7 ośrodków tego typu, w których pomoc uzyskało 1 887 osób, podmioty niepubliczne na zlecenie gmin prowadziły 4 ośrodki, z których pomocy skorzystało 1 614 osób.

W 2019 r. z porad specjalistycznych skorzystało 33 537 osób w 72 jednostkach specjalistycznego poradnictwa rodzinnego prowadzonych samodzielnie przez gminy oraz 3 234 osoby w 12 ośrodkach prowadzonych na zlecenie gmin przez podmioty niepubliczne. W powiatach funkcjonowały 82 jednostki specjalistycznego poradnictwa rodzinnego o zasięgu ponadgminnym, prowadzone samodzielnie przez powiaty oraz 20 jednostek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego prowadzonych przez podmioty niepubliczne na zlecenie powiatów. Z usług powiatowych jednostek skorzystało odpowiednio 22 325 osób oraz 6 122 osoby w poradniach prowadzonych przez podmioty niepubliczne.

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

3.6. Przeciwdziałanie przemocy domowej

Zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej są realizowane w oparciu o ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* oraz w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020 i mają na celu skuteczną ochronę różnych kategorii osób doznających przemocy, w szczególności kobiet i dzieci.

W 2019 r. w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020 Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej realizowało następujące zadania:

1. Finansowanie tworzenia i utrzymania specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie.

Placówki te świadczą różnorodną specjalistyczną pomoc osobom doświadczającym przemocy w rodzinie w tym w formie schronienia oraz specjalistycznego poradnictwa (np. prawnego, psychologicznego czy medycznego). Prowadzenie tych placówek jest zadaniem zleconym powiatom z zakresu administracji rządowej, a ich utrzymanie finansowane jest ze środków budżetu państwa. W 2019 r. funkcjonowało 36 placówek tego typu placówek.

2. Finansowanie prowadzenia oddziaływań wobec osób stosujących przemoc domową.

Oddziaływania wpływające na zmianę postaw i zachowań sprawców przemocy domowej są ważnym elementem systemu przeciwdziałania przemocy. W ramach powyższych działań są opracowywane i realizowane programy oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie, jako zadanie realizowane przez samorzady powiatowe przy wsparciu finansowym z budżetu państwa.

3. Realizacja programów psychologiczno-terapeutycznych dla osób stosujących przemoc domową.

Uzupełnieniem oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych są programy psychologiczno-terapeutyczne dla osób stosujących przemoc domową. Realizacja programów psychologiczno-terapeutycznych dla osób stosujących przemoc jest nowym zadaniem wynikającym z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, finansowanym po raz pierwszy ze środków budżetu państwa w ramach Programu od 2017 r. W 2019 r. programy te również były realizowane ze środków budżetu państwa.

4. Realizacja Programu Osłonowego „Wspieranie Jednostek Samorządu Terytorialnego w Tworzeniu Systemu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie”.

Corocznie na program jest przeznaczana kwota w wysokości 3 mln zł ze środków budżetu państwa. Przedmiotem programu jest dofinansowanie samorządów gminnych, powiatowych i województwa w tworzeniu zintegrowanego systemu przeciwdziałania przemocy domowej. W 2019 r. dofinansowanie otrzymało 70 projektów.

5. Prowadzenie badań dotyczących systemu przeciwdziałania przemocy domowej.

W celu poszerzania wiedzy ogółu społeczeństwa, w tym zainteresowanych służb na temat zjawiska przemocy domowej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zlecało przeprowadzenie badań, ekspertyz oraz analiz dotyczących zjawiska przemocy domowej. W 2019 r. na zlecenie Ministerstwa zostały przeprowadzone trzy badania: diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie, badanie skuteczności pomocy udzielanej osobom dotkniętym przemocą w rodzinie oraz efektywności oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie.

6. Organizowanie ogólnopolskich konferencji dotyczących zjawiska przemocy.

Ważnym elementem działań było również coroczne organizowanie ogólnopolskich konferencji dotyczących zjawiska przemocy. W grudniu 2019 r. Ministerstwo zorganizowało ogólnopolską konferencję, w której udział wzięło ok. 100 osób z całej Polski pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy.

7. Prowadzenie bezpłatnej infolinii dla osób szukający wsparcia.

W ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w 2019 r. działała całodobowa, bezpłatna infolinia dla osób szukający wsparcia. W wybranych godzinach były również prowadzone konsultacje w języku angielskim i rosyjskim, a w wybrane dni działała telefoniczna poradnia prawna. Rozmowy były bezpłatne dla osób dzwoniących. Infolinia – na zlecenie PARPA – jest prowadzona przez organizację pozarządową.

8. Dofinansowywanie organizacji szkoleń dla osób tzw. „pierwszego kontaktu”

Dofinansowywana jest również organizacja szkoleń dla osób tzw. „pierwszego kontaktu”, ponieważ ważnym elementem systemu jest profesjonalizacja służb. W tym celu w ramach Programu są prowadzone szkolenia dla osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie np. pracowników socjalnych, funkcjonariuszy policji, kuratorów, przedstawicieli oświaty czy ochrony zdrowia.

Rozwiązania zawarte w Krajowym Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020 obejmują również zadania przypisane do realizacji jednostkom samorządu terytorialnego, które obejmują m.in.:

- 1) prowadzenie poradnictwa, w szczególności przez działania edukacyjne służące wzmocnieniu opiekuńczych i wychowawczych, alternatywnych wobec stosowania przemocy metod i kompetencji rodziców w rodzinach zagrożonych przemocą oraz w stosunku do grup ryzyka, np. małych dzieci w ciąży;

- 2) opracowanie i realizacja programów służących działaniom profilaktycznym mającym na celu udzielenie specjalistycznej pomocy, zwłaszcza w zakresie promowania i wdrożenia prawidłowych metod wychowawczych w stosunku do dzieci w rodzinach zagrożonych przemocą w rodzinie;
- 3) prowadzenie lokalnych kampanii społecznych, które promują metody wychowawcze bez użycia przemocy i informują o zakazie stosowania kar cielesnych wobec dzieci przez osoby wykonujące władzę rodzicielską oraz sprawujące opiekę lub pieczę.

3.7. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych rolników

Przepisy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników* (Dz. U. z 2020 r., poz. 174, z późn. zm.) umożliwiają finansowanie z budżetu państwa składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolnikowi, domownikowi, a także osobie będącej członkiem rodziny rolnika lub domownika w związku ze sprawowaniem osobistej opieki nad dzieckiem przez okres 3 lat do ukończenia przez dziecko 5. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego przez okres 6 lat do ukończenia przez dziecko 18. roku życia.

Według stanu na koniec 2019 r. z prawa do finansowania składek z budżetu państwa na ubezpieczenie emerytalno-rentowe w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem skorzystało 58 691 osób ubezpieczonych (tj. rolników, domowników, członków rodzin rolnika lub domownika) na podstawie art. 16a–f ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników*. W 2019 r. dotacja budżetowa z tego tytułu stanowiła kwotę 66.676.250,00 zł.

Ponadto Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w 2019 r. wypłaciła 192 127 zasiłków macierzyńskich na kwotę 188 087 071,36 zł z tytułu urodzenia, przysposobienia oraz przyjęcia dziecka na wychowanie na podstawie postanowień art. 35a i art. 35b ww. ustawy.

W okresie od dnia 1 marca 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wypłacała przeciętnie, miesięcznie 622 rodzicielskie świadczenia uzupełniające, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 31 stycznia 2019 r. *o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym*. Kwota wypłaconych rodzicielskich świadczeń uzupełniających w 2019 r. wyniosła 9 096 193,09 zł.

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

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

Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane zapewnić obywatelom swobodny dostęp do metod i środków służących dla świadomej prokreacji.

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zapewniają kobietom opiekę zdrowotną obejmującą specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i położnictwa – są to dwa rodzaje świadczeń: porada położniczo-ginekologiczna i porada ginekologiczna dla dziewcząt. W ramach tych porad jest zapewniana w szczególności opieka w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Dane na temat liczby wszystkich porad z ww. zakresów udzielonych w 2019 r., w tym również pacjentkom poniżej 18 r.ż., zostały zwarte w poniższej tabeli.

Tabela nr 15. Liczba porad w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w zakresie ginekologii dla dziewcząt udzielonych w 2019 r., w tym pacjentkom poniżej 18 r.ż.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	02.1450.001.2 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.2 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				02.1450.001.2 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.2 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
	Wszystkie pacjentki				Pacjentki niepełnoletnie (poniżej 18 lat)			
	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	51 481 776	654 083	252 943	201	734 942	8 637	4 294	198
KUJAWSKO-POMORSKI	33 514 387	492 715	178 880	186	767 613	9 679	4 202	162
LUBELSKI	26 971 630	416 506	153 923	98	466 763	6 032	2 880	97
LUBUSKI	15 151 759	214 287	82 059	45	228 845	3 134	1 385	45
ŁÓDZKI	27 875 225	497 600	185 015	158	469 863	7 160	3 253	145
MAŁOPOLSKI	47 418 189	688 653	239 400	186	497 823	6 541	3 126	181
MAZOWIECKI	85 588 846	1 259 693	446 532	293	1 329 612	16 557	8 075	262
OPOLSKI	15 060 106	200 448	76 214	59	199 968	2 645	1 320	57
PODKARPACKI	31 288 789	437 722	153 215	117	471 676	5 973	2 743	117
PODLASKI	19 825 956	273 062	94 221	58	342 548	3 795	1 963	40
POMORSKI	40 162 775	523 623	204 555	123	611 467	7 537	3 583	122
ŚLĄSKI	67 038 721	1 083 595	385 172	392	1 266 150	15 361	6 910	332

ŚWIĘTOKRZYSKI	18 312 242	270 184	94 980	121	319 756	3 273	1 606	110
WARMIŃSKO-MAZURSKI	23 506 382	339 362	120 539	101	456 635	5 465	2 275	97
WIELKOPOLSKI	63 649 899	762 714	295 835	226	928 865	9 710	4 989	217
ZACHODNIOPOMORSKI	27 997 977	418 264	154 061	110	901 580	8 858	4 071	101
RAZEM	594 844 658	8 532 511	3 103 046	2 474	9 994 106	120 357	56 380	2 283

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

Zgodnie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, z późn. zm.) 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 2019 r. w okresie sprawozdawczym refundacją refundowane były i nadal są refundowane produkty lecznicze zawierające substancje czynne: Cyproteronum + Ethinylestradiolum oraz Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum.

W poniższej tabeli znajduje się zestawienie powyżej wskazanych leków, ich cen detalicznych i dopłat pacjentów w 2018 r. oraz dane dotyczące wielkości refundacji w 2018 r.

Tabela nr 16. Produkty lecznicze o działaniu antykoncepcyjnym refundowane w 2019 r.

Nazwa Kod EAN	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowa nie	Zapłata pacjenta	Liczba opakowań	Kwota refundacji
Levomine 05909990879465	tabl. powl.	30+150 µg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	63 szt.	6,40	34 187	513 518,58
Microgynon 21 05909990060023	tabl. powl.	30+150 µg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	6,57	202 987	3 117 420,92
Rigevidon 05909997223414	tabl. powl.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,76	17 742	90 765,90
Rigevidon 05909991383404	tabl. drażow.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,76	15	76,65
Levomine 05909990879458	tabl. powl.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,93	18 692	95 649,71

Rigevidon 05909991383817	tabl. drażowane	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,76	735	3 771,18
Rigevidon 05909990873319	tabl. powl.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	3,04	258 443	1 322 855,63
Microgynon 21 05909990060016	tabl. powl.	30+150 µg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt. (1 blist po 21 szt.)	3,09	110 200	563 581,90
Stediril 30 05909990072514	tabl. drażowane	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 tabl. (1 blist po 21 szt.)	3,09	34 267	175 511,71
Suma końcowa						677 268	5 883 152,18

Źródło: Departament Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2019 r. złożono jeden wniosek o refundację powyższych leków.

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

Ponadto, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje również wprowadzenie oraz usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej (bez kosztu wkładki, który ponosi pacjentka). Liczbę procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2019 r. obrazuje poniższa tabela.

Tabela nr 17. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2019 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej			
	Wprowadzenie leczniczej wkładki do macicy u kobiet do 35 r.ż. w AOS		Wprowadzenie leczniczej wkładki do macicy u kobiet w 35 r.ż. i starszych	
	Liczba procedur	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba procedur	Liczba kobiet objętych opieką
DOLNOŚLĄSKI	226	223	533	523
KUJAWSKO-POMORSKI	179	177	352	349
LUBELSKI	77	76	251	246
LUBUSKI	106	105	219	206
ŁÓDZKI	122	122	313	305
MAŁOPOLSKI	67	67	225	168
MAZOWIECKI	258	253	610	569

OPOLSKI	124	120	241	233
PODKARPACKI	69	66	126	124
PODLASKI	56	55	105	104
POMORSKI	347	341	641	635
ŚLĄSKI	364	361	753	740
ŚWIĘTOKRZYSKI	97	95	294	285
WARMIŃSKO-MAZURSKI	336	333	617	611
WIELKOPOLSKI	259	239	656	641
ZACHODNIOPOMORSKI	188	184	379	374
RAZEM	2 875	2 817	6 315	6 113

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

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

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

Dodatkowo zaznaczenia wymaga również fakt, że sterylizacja bez wyraźnych wskazań medycznych jest w prawie polskim zabroniona i podlega karze zgodnie z art. 156 § 1 pkt 1

ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.), zwanego dalej „k.k.”. W świetle przedmiotowego przepisu spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci m.in. pozbawienia człowieka zdolności płodzenia jest zagrożone karą pozbawienia wolności od roku do lat 10.

ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH

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

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

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

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

W ramach programu są wykonywane następujące procedury:

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

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

Tabela nr 18. Realizacja programu badań prenatalnych w 2019 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę osób objętych programem)

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentów			Wartość rozliczonych świadczeń		
	Do 35 lat	Powyżej 35 lat	Razem	Do 35 lat	Powyżej 35 lat	Razem
DOLNOŚLĄSKI	3 482	3 969	7 451	2 272 628	2 689 369	4 961 997
KUJAWSKO-POMORSKI	4 548	2 315	6 863	3 901 797	2 054 291	5 956 088
LUBELSKI	1 001	2 175	3 176	659 290	1 424 042	2 083 333
LUBUSKI	2 836	991	3 827	1 602 422	640 877	2 243 299
ŁÓDZKI	2 500	2 988	5 488	1 912 619	2 252 749	4 165 368
MAŁOPOLSKI	5 246	4 537	9 783	4 085 858	3 627 300	7 713 158
MAZOWIECKI	4 446	6 455	10 901	3 932 684	5 677 441	9 610 125
OPOLSKI	2 447	1 020	3 467	1 587 517	800 493	2 388 010
PODKARPACKI	2 337	2 370	4 707	1 431 113	1 511 857	2 942 970
PODLASKI	1 030	1 711	2 741	846 714	1 347 569	2 194 282
POMORSKI	1 968	2 407	4 375	1 275 792	1 684 707	2 960 499
ŚLĄSKI	21 310	7 260	28 570	13 386 116	5 033 316	18 419 432
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 763	1 323	3 086	1 226 075	911 145	2 137 220
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 298	1 434	2 732	693 586	885 764	1 579 350
WIELKOPOLSKI	7 161	3 648	10 809	4 135 152	2 340 433	6 475 585
ZACHODNIOPOMORSKI	1 284	2 470	3 754	944 715	1 783 481	2 728 196

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIAŻY

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

6.1. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana przez szkołę

System oświaty zapewnia każdemu uczniowi wsparcie w rozwoju i pomoc psychologiczno-pedagogiczną, stosownie do jego potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana jest także rodzicom uczniów oraz nauczycielom, w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń.

Przedmiotowe kwestie zostały uregulowane przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach (Dz. U. poz. 532, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020 r. poz. 1280).

W świetle przepisów ww. aktów prawnych organizacja i zapewnienie uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, adekwatnie do rozpoznanych potrzeb w tym zakresie należy do kompetencji dyrektora szkoły. Dyrektor szkoły organizując pomoc psychologiczno-pedagogiczną współpracuje w tym zakresie z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi (w tym poradniami specjalistycznymi), rodzicami uczniów, placówkami doskonalenia nauczycieli, innymi przedszkolami, szkołami i placówkami, a także organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży.

W szkole pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz w formie zajęć dydaktyczno-wyrównawczych oraz zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym. Korzystanie z pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznej szkole i placówce jest dobrowolne i nieodpłatne.

Tabela nr 19. Dane dotyczące liczby dzieci i młodzieży objętych pomocą psychologiczno-pedagogiczną

Typ szkoły	zajęcia rozwijające uzdolnienia	zajęcia korekcyjno-kompensacyjne	zajęcia logopedyczne	zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne	inne zajęcia o charakterze terapeutycznym	porady i konsultacje	klasa terapeutyczna	zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się	zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze	zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu	indywidualizowana ścieżka kształcenia	warsztaty	Liczba uczniów
Przedszkole	14 520	21 761	122 990	12 856	19 767	20 793	0	0	0	0	0	0	1 039 306
Szkola podstawowa	176 404	162 268	147 521	51 623	56 894	138 944	1 283	35 612	239 287	111 482	4 666	137 301	3 509 109
Gimnazjum	809	713	234	462	656	1 738	5	548	1 310	3 602	8	1 269	61 885
Liceum ogólnokształcące	12 043	2 270	274	12 753	5 744	36 267	254	14 767	11 973	49 445	529	54 213	484 666
Technikum	6 831	3 087	172	7 923	4 000	37 182	16	7 184	15 187	33 536	290	33 710	505 564
Szkola policealna	71	7	3	6	57	175	1	0	64	49	0	29	20 508
Szkola specjalna przysposabiająca do pracy	607	966	1 457	1 091	1 921	1 554	0	281	129	656	5	498	10 392
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	348	179	153	210	58	859	0	41	275	369	5	806	9 526
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	49	5	2	31	16	196	0	0	20	26	3	197	4 075
Ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	35	13	0	1	33	102	0	0	175	17	0	176	1 728
Liceum sztuk plastycznych	90	6	0	179	26	298	0	1	166	52	7	421	5 795
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	0	0	0	176	0	80	0	98	27	32	0	93	569
Zespół wychowania przedszkolnego	0	0	50	3	2	11	0	0	0	0	0	0	1 173
Punkt przedszkolny	251	197	1 711	357	663	386	0	0	0	0	0	0	24 664
Poznańska szkoła chóralna	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	193
Bednarska Szkoła Realna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	150
Policealna szkoła muzyczna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46
Policealna szkoła plastyczna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36
Branżowa szkoła I stopnia	1 388	1 608	618	4 196	2 961	13 697	133	1 633	4 058	10 697	149	8 939	145 727

Źródło: Ministerstwa Edukacji Narodowej, dane Systemu Informacji Oświatowej, stan na dzień 30 września 2019 r.

6.2. Indywidualne nauczanie dzieci i młodzieży

W zależności od potrzeb uczniowie, którym stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, obejmowani są indywidualnym nauczaniem¹⁾. Podstawę do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania²⁾ stanowi wniosek złożony przez rodziców (prawnych opiekunów) lub pełnoletniego ucznia do zespołu orzekającego działającego w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (znajdującej się w rejonie szkoły, do której uczęszcza uczeń), do którego dołączono zaświadczenie o stanie zdrowia wskazujące, że stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.

6.3. Wsparcie udzielane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne

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

Do zadań poradni³⁾ należy diagnozowanie dzieci i młodzieży, udzielanie pomocy bezpośredniej uczniom oraz rodzicom, realizacja zadań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję szkoły, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktyczno-wychowawczych oraz wspomaganie szkół.

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

Poradnie realizują także działania z zakresu profilaktyki oraz wspierają wychowawczą i edukacyjną funkcję szkoły, m.in. przez:

¹⁾ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. poz. 1616, z późn. zm.).

²⁾ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. poz. 1743).

³⁾ Zgodnie z rozporządzeniem 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, z późn. zm.).

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

Wsparcie dla małoletnich dziewcząt i chłopców, którzy zostali rodzicami i potrzebują wsparcia psychologiczno-pedagogicznego udzielane jest na zasadach wyżej wymienionych, tzn. takich samych jak wszystkim uczniom i uczennicom.

6.4. Spełnienie obowiązku szkolnego oraz obowiązku nauki poza szkołą

Uczennica w ciąży lub po porożeniu może skorzystać z możliwości realizacji obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą. Na wniosek rodziców lub pełnoletniej uczennicy dyrektor szkoły podstawowej, w obwodzie której mieszka, lub dyrektor szkoły ponadpodstawowej, 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.

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

Nauka w Rzeczypospolitej Polskiej jest obowiązkowa do ukończenia 18. r.ż. Obowiązek szkolny dziecka rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 7 lat, oraz trwa do ukończenia szkoły podstawowej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18. r.ż. Obowiązek szkolny spełnia się przez uczęszczanie do szkoły podstawowej publicznej

lub niepublicznej. Po ukończeniu szkoły podstawowej obowiązek nauki spełnia się przez uczęszczanie do publicznej lub niepublicznej szkoły ponadpodstawowej bądź realizowanie, zgodnie z odrębnymi przepisami, przygotowania zawodowego u pracodawcy. Niespełnianie obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego i obowiązku nauki podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektorzy publicznych szkół podstawowych kontrolują spełnianie obowiązku szkolnego przez dzieci zamieszkałe w obwodach tych szkół a gmina kontroluje spełnianie obowiązku nauki przez młodzież zamieszkałą na terenie gminy. Dyrektorzy szkół podstawowych, w obwodzie których dziecko mieszka, kontrolują również spełnianie obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego.

Dzieci objęte obowiązkiem szkolnym mają zagwarantowane miejsce w szkole obwodowej wyznaczonej na podstawie miejsca zamieszkania takiego dziecka. Dyrektor szkoły obwodowej nie może odmówić przyjęcia dziecka z obwodu. Dyrektor szkoły nieobwodowej przyjmuje dzieci spoza obwodu w zależności od wolnych miejsc. Szkoły ponadpodstawowe, do których uczęszcza młodzież objęta obowiązkiem nauki, nie mają wyznaczonego obwodu.

6.5. Wsparcie w ramach systemu egzaminów zewnętrznych

W polskim systemie edukacji każdy etap kształcenia kończy się egzaminem zewnętrznym. Przeprowadzane są następujące egzaminy: egzamin ósmoklasisty w szkole podstawowej, egzamin maturalny, egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodzie, egzamin zawodowy i egzaminy eksternistyczne. Warunki i sposób przeprowadzania egzaminów zewnętrznych regulują przepisy:

- 1) ustawy z dnia 7 września 1999 r. *o systemie oświaty* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1327), zwanej dalej „ustawą o systemie oświaty”;
- 2) rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w *sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego* (Dz. U. poz. 2223, z późn. zm.) – zwanego dalej „rozporządzeniem o egzaminach zewnętrznych”;
- 3) rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017 r. w *sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1361);

- 4) rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie *szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie* (Dz. U. poz. 1707, z późn. zm.);
- 5) rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 września 2019 r. w sprawie *egzaminów eksternistycznych* (Dz. U. poz. 1717).

Zgodnie z przepisami *ustawy o systemie oświaty*⁴⁾ przygotowanie pytań, zadań i testów oraz ustalenie zestawów do przeprowadzenia egzaminów zewnętrznych należy do zadań Centralnej Komisji Egzaminacyjnej (CKE), a przeprowadzeniem tych egzaminów zajmuje się 8 okręgowych komisji egzaminacyjnych. Natomiast za organizację i przebieg egzaminu w danej szkole odpowiada dyrektor tej szkoły⁵⁾, który jest przewodniczącym zespołu egzaminacyjnego⁶⁾. Kieruje on pracą tego zespołu i zapewnia prawidłowy przebieg, bezpieczeństwo i higienę pracy podczas egzaminu⁷⁾. Nad prawidłowym przebiegiem egzaminu w poszczególnych salach egzaminacyjnych czuwa, powołany przez przewodniczącego, zespół nadzorujący⁸⁾.

Obowiązujące przepisy oświatowe umożliwiają wsparcie podczas egzaminów zewnętrznych dla osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Mają one prawo przystąpić do egzaminu maturalnego w warunkach i formie dostosowanej do ich potrzeb. Szczegółowe informacje dotyczące możliwych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu maturalnego⁹⁾ są zawarte w komunikacie¹⁰⁾ dyrektora CKE, podawanym do publicznej wiadomości na stronie internetowej CKE¹¹⁾.

Spośród możliwych sposobów dostosowania warunków przeprowadzania egzaminu maturalnego, wymienionych w powyższym komunikacie, rada pedagogiczna danej szkoły wskazuje sposób lub sposoby dostosowania przeprowadzania egzaminu maturalnego. Przystąpienie do egzaminu maturalnego w warunkach dostosowanych do potrzeb i możliwości absolwenta zapewnia przewodniczący zespołu egzaminacyjnego (dyrektor szkoły). W szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych dyrektor szkoły, na wniosek rady pedagogicznej, może wystąpić do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej z wnioskiem o wyrażenie zgody na przystąpienie

⁴⁾ Zgodnie z art. 9c *ustawy o systemie oświaty*.

⁵⁾ Zgodnie z art. 44zsz ust. 1 *ustawy o systemie oświaty*.

⁶⁾ Zgodnie z art. 44zsz ust. 2 *ustawy o systemie oświaty*.

⁷⁾ Zgodnie z § 41 ust. 1 *rozporządzenia o egzaminach zewnętrznych*.

⁸⁾ Zgodnie z § 41 ust. 3 *rozporządzenia o egzaminach zewnętrznych*.

⁹⁾ Zgodnie z art. 44zsz ust. 10 *ustawy o systemie oświaty*.

¹⁰⁾ Komunikat jest ogłaszany nie później niż do dnia 10 września roku szkolnego, w którym jest przeprowadzany egzamin maturalny, zgodnie z art. 9a ust. 2 pkt 10 lit. a tiret trzecie *ustawy o systemie oświaty*.

¹¹⁾ Stronie internetowa CKE jest dostępna pod adresem: www.cke.edu.pl.

ucznia, do egzaminu maturalnego w warunkach dostosowanych do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, nieujętych w komunikacie dyrektora CKE¹²⁾. Zdający może więc przystąpić do egzaminu w warunkach i formie dostosowanych do jego potrzeb i możliwości.

Dostosowanie warunków przeprowadzania egzaminu maturalnego dla ww. osób w części pisemnej polega na:

- 1) zminimalizowaniu ograniczeń wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym ucznia, słuchacza albo absolwenta;
- 2) zapewnieniu absolwentowi miejsca pracy odpowiedniego do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych;
- 3) wykorzystaniu odpowiedniego sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych;
- 4) odpowiednim przedłużeniu czasu przewidzianego na przeprowadzenie egzaminu maturalnego;
- 5) ustaleniu zasad oceniania rozwiązań zadań wykorzystywanych do przeprowadzania egzaminu maturalnego, uwzględniających potrzeby edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne absolwenta lub słuchacza;
- 6) zapewnieniu obecności i pomocy w czasie egzaminu maturalnego nauczyciela wspomagającego ucznia lub absolwenta w czytaniu lub pisaniu lub specjalisty odpowiednio z zakresu danego rodzaju niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym, jeżeli jest to niezbędne do uzyskania właściwego kontaktu z uczniem lub absolwentem lub pomocy w obsłudze sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych¹³⁾.

Dostosowanie formy egzaminu maturalnego polega na przygotowaniu odrębnych arkuszy dostosowanych do rodzaju niepełnosprawności zdających. CKE przygotowuje arkusze maturalne w formie dostosowanej do potrzeb zdających, tym samym zasady oceniania rozwiązań zadań są dostosowane do zmienionego arkusza.

Ponadto, w szczególnych przypadkach wynikających ze stanu zdrowia lub niepełnosprawności absolwenta, za zgodą dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej, egzamin maturalny może być przeprowadzony w innym miejscu niż szkoła¹⁴⁾. Wniosek o wyrażenie zgody składa do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej dyrektor szkoły, któremu absolwent złożył deklarację, w porozumieniu z tym absolwentem, nie później niż na 2 miesiące przed terminem egzaminu

¹²⁾ Zgodnie z art. 44zrz ust. 17 *ustawy o systemie oświaty*.

¹³⁾ Zgodnie z art. 44zrz ust. 10 *ustawy o systemie oświaty*.

¹⁴⁾ Zgodnie z § 35 ust. 1 *rozporządzenia o egzaminach zewnętrznych*.

maturalnego lub składa sam absolwent wraz z deklaracją¹⁵⁾. Uczennica albo uczeń powinni zwrócić się ze swoją sprawą przede wszystkim do dyrektora szkoły, którą ukończyli lub do dyrektora właściwej terytorialnie okręgowej komisji egzaminacyjnej. W uzasadnionych przypadkach wniosek ten może być złożony w terminie późniejszym¹⁶⁾. W uzasadnionych przypadkach absolwent może także przystąpić do egzaminu maturalnego w innej szkole niż szkoła, którą ukończył. Szkołę taką wskazuje dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na wniosek absolwenta. Wniosek wraz z uzasadnieniem oraz deklarację absolwent składa do dyrektora szkoły, którą ukończył, nie później niż do dnia 31 grudnia roku szkolnego, w którym zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego¹⁷⁾. Dyrektor szkoły niezwłocznie przekazuje taki wniosek dyrektorowi okręgowej komisji egzaminacyjnej, który informuje absolwenta oraz dyrektora szkoły, którą absolwent ukończył, o sposobie rozpatrzenia wniosku nie później niż do dnia 10 marca roku szkolnego, w którym absolwent zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego¹⁸⁾.

W przypadku egzaminów zewnętrznych, zgodnie z przepisami przywołanych aktów prawnych, egzamin ósmoklasisty jest przeprowadzany w terminie głównym w kwietniu oraz w terminie dodatkowym w czerwcu¹⁹⁾, natomiast egzamin maturalny jest przeprowadzany jeden raz w ciągu roku, w okresie od maja do września, w terminie głównym, dodatkowym i poprawkowym²⁰⁾, zgodnie z ogłaszaniem corocznie²¹⁾ na stronie internetowej Centralnej Komisji Egzaminacyjnej komunikatem dyrektora tej Komisji²²⁾.

Zgodnie z przepisami *ustawy o systemie oświaty*²³⁾, w szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych, uniemożliwiających przystąpienie do egzaminu maturalnego z danego przedmiotu lub przedmiotów w części ustnej lub części pisemnej w terminie głównym, dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek absolwenta lub jego rodziców, może wyrazić zgodę na przystąpienie przez absolwenta do egzaminu maturalnego z tego przedmiotu

¹⁵⁾ Zgodnie z § 35 ust. 2 pkt 1 i 2 *rozporządzenia o egzaminach zewnętrznych*.

¹⁶⁾ Zgodnie z § 35 ust. 3 *rozporządzenia o egzaminach zewnętrznych*.

¹⁷⁾ Zgodnie z § 34 ust. 2 *rozporządzenia o egzaminach zewnętrznych*.

¹⁸⁾ Zgodnie z § 34 ust. 3 i 4 *rozporządzenia o egzaminach zewnętrznych*.

¹⁹⁾ Zgodnie z art. 44zt *ustawy o systemie oświaty*.

²⁰⁾ Zgodnie z art. 44ztc *ustawy o systemie oświaty*.

²¹⁾ Komunikat jest ogłaszany nie później niż do dnia 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany egzamin ósmoklasisty i egzamin maturalny – zgodnie z § 6 pkt 1 *rozporządzenia o egzaminach zewnętrznych*.

²²⁾ W odniesieniu do roku szkolnego 2019/2020 obowiązujący był *Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej z 6 sierpnia 2019 r. w sprawie harmonogramu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty, egzaminu gimnazjalnego oraz egzaminu maturalnego w 2020 roku* - https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/20190806%20E8%20EG%20EM%20Komunikat%20o%20harmogramie%20AKT_20190819.pdf

²³⁾ Art. 44zzj ust. 1 *ustawy o systemie oświaty*.

lub przedmiotów w terminie dodatkowym. Przedmiotowy wniosek absolwent lub jego rodzice składają do dyrektora szkoły, w której absolwent przystępuje do egzaminu maturalnego, nie później niż w dniu, w którym odbywa się egzamin maturalny z danego przedmiotu. Dyrektor szkoły przekazuje następnie ten wniosek wraz z załączonymi do niego dokumentami dyrektorowi okręgowej komisji egzaminacyjnej nie później niż następnego dnia po jego otrzymaniu²⁴⁾. Dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej rozpatruje wniosek w terminie 2 dni od dnia jego otrzymania. Rozstrzygnięcie dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej jest ostateczne²⁵⁾. Do absolwentów, którzy nie przystąpili do egzaminu maturalnego z danego przedmiotu lub przedmiotów w terminie głównym albo w terminie dodatkowym, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad ponownego przystąpienia do egzaminu²⁶⁾.

W przypadku egzaminu ósmoklasisty warunki przystąpienia do tego egzaminu w terminie dodatkowym regulują także przepisy *ustawy o systemie oświaty*. Uczeń, który z przyczyn losowych lub zdrowotnych, w terminie głównym nie przystąpił do egzaminu ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów albo przerwał egzamin ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów – przystępuje do egzaminu z tego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym w szkole, której jest uczniem lub słuchaczem²⁷⁾. Także w szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych, uniemożliwiających przystąpienie do egzaminu ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym, dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek dyrektora szkoły, może zwolnić ucznia lub słuchacza z obowiązku przystąpienia do egzaminu ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów. Dyrektor szkoły składa wniosek w porozumieniu z rodzicami ucznia lub ze słuchaczem²⁸⁾.

Funkcjonujące rozwiązania przewidują również wsparcie dla osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi podczas egzaminu zawodowego i egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie, poprzez dostosowanie warunków i formy przeprowadzania tych egzaminów.

²⁴⁾ Zgodnie z art. 44zzj ust. 2 *ustawy o systemie oświaty*.

²⁵⁾ Zgodnie z art. 44zzj ust. 3 *ustawy o systemie oświaty*.

²⁶⁾ Zgodnie z art. 44zzj ust. 4 *ustawy o systemie oświaty*.

²⁷⁾ Zgodnie z art. 44zz ust. 1 *ustawy o systemie oświaty*.

²⁸⁾ Zgodnie z art. 44zz ust. 2 *ustawy o systemie oświaty*.

Regulacje w tym zakresie zawarte są w przepisach ustawy o systemie oświaty²⁹⁾. Szczegółowe informacje na temat sposobów dostosowania warunków lub/i form egzaminu wymienione są również w komunikacie dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, publikowanym do dnia 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany egzamin zawodowy lub egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodzie. Komunikat ten jest podawany do publicznej wiadomości na stronie internetowej Centralnej Komisji Egzaminacyjnej.

W przypadku egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie dostosowanie formy egzaminu polega na przygotowaniu odrębnych arkuszy egzaminacyjnych dla ucznia, słuchacza lub absolwenta niewidomego albo słabowidzącego.

W przypadku warunków przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie lub egzaminu zawodowego dostosowanie polega odpowiednio na:

- 1) zminimalizowaniu ograniczeń wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym ucznia, słuchacza albo absolwenta;
- 2) zapewnieniu uczniowi, słuchaczowi albo absolwentowi miejsca pracy odpowiedniego do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych;
- 3) wykorzystaniu odpowiedniego sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych;
- 4) odpowiednim przedłużeniu czasu przewidzianego na przeprowadzenie egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie lub egzaminu zawodowego;
- 5) zapewnieniu obecności i pomocy, w czasie egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie lub egzaminu zawodowego, specjalisty odpowiednio z zakresu danego rodzaju niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym, jeżeli jest to niezbędne do uzyskania właściwego kontaktu z uczniem lub absolwentem lub pomocy w obsłudze sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych.

Rada pedagogiczna, spośród możliwych sposobów dostosowania warunków przeprowadzania egzaminu, określa sposób lub sposoby dostosowania warunków lub formy przeprowadzania tego egzaminu dla danego ucznia/słuchacza/absolwenta.

W szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych dyrektor szkoły, na wniosek rady pedagogicznej, może wystąpić do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej z wnioskiem

²⁹⁾ Na podstawie art. 44zzzf ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty w związku z art. 130 ustawy z dnia 22 listopada 2018 r. o zmianie ustawy – Prawo oświatowe, ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2245, z późn. zm.).

o wyrażenie zgody na przystąpienie ucznia/słuchacza/absolwenta do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie lub egzaminu zawodowego w warunkach dostosowanych do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, nieujętych w komunikacie dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej³⁰⁾.

Ponadto zdający kształcący się zgodnie z podstawą programową kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego od września 2019 r. (i wobec którego zastosowanie ma obowiązek przystąpienia do egzaminu zawodowego), który z przyczyn losowych lub zdrowotnych, w terminie głównym nie przystąpił do części pisemnej lub części praktycznej egzaminu zawodowego albo przerwał egzamin zawodowy z części pisemnej lub części praktycznej, może przystąpić do części pisemnej lub części praktycznej tego egzaminu w terminie dodatkowym na udokumentowany wniosek ucznia lub słuchacza, a w przypadku niepełnoletniego ucznia lub słuchacza – jego rodziców.

Natomiast w szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych, uniemożliwiających przystąpienie do części pisemnej lub części praktycznej egzaminu zawodowego w terminie dodatkowym, dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek dyrektora szkoły, może zwolnić ucznia lub słuchacza z obowiązku przystąpienia do egzaminu zawodowego lub jego części³¹⁾.

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

Poza scharakteryzowanymi powyżej formami pomocy uczennice w ciąży mogą również korzystać z pomocy materialnej o charakterze socjalnym w postaci stypendiów i zasiłków szkolnych. W 2019 r. na pomoc materialną dla uczniów wydatkowano 234 220 868 zł. Stypendia szkolne otrzymało 269 278 uczniów, natomiast zasiłki – 7463 uczniów. W 2020 r. na pomoc materialną o charakterze socjalnym zaplanowano 315 139 000 zł.

Ponadto w ramach zadania 1.5 w priorytecie I Rządowego programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” przygotowano miejsca w bursach lub internatach dla uczennic w ciąży,

³⁰⁾ Zgodnie z art. 44zzzf ustawy *o systemie oświaty*.

³¹⁾ Zgodnie z art. 44zzzga ustawy *o systemie oświaty*.

w formie odrębnego – jednoosobowego pokoju, w którym są zapewniane maksymalnie komfortowe warunki pobytu uczennicy do czasu urodzenia dziecka. W 2019 r. w ramach ww. zadania kontynuowano utrzymanie 219 miejsc dla uczennic w ciąży. Z tych miejsc skorzystało 5 uczennic. Na realizację zadania uruchomiono środki w wysokości 65,7 tys. zł (tj. 219 miejsc x 300 zł), z których samorzady wydatkowały 59 tys. zł.

ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY

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

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

W 2019 r. uczniowie na mocy przepisów rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 czerwca 2017 r. *zmieniającego rozporządzenie 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. poz. 1117) realizowali ww. treści nauczania w ramach zajęć edukacyjnych „wychowanie do życia w rodzinie”, zwanych dalej „wdż”, zgodnie z podstawą programową określoną w:

- 1) rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. *w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej* (Dz. U. poz. 356, z późn. zm.) – w klasach IV–VIII szkoły podstawowej;
- 2) rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 stycznia 2018 r. *w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla liceum ogólnokształcącego, technikum oraz branżowej szkoły II stopnia* (Dz. U. poz. 467, z późn. zm.) – począwszy od 1 września 2019 r. w klasach I liceum ogólnokształcącego i technikum;
- 3) rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. *w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach*

szkół (Dz. U. poz. 977, z późn. zm.) – w klasach II–III liceum ogólnokształcącego oraz technikum;

- 4) rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lipca 2018 r. *zmieniającym rozporządzenie w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej* (Dz. U. poz. 1679) – począwszy od 1 września 2019 r. w klasach I branżowej szkoły I stopnia dla absolwentów szkoły podstawowej.

W szkole podstawowej realizację zajęć wdz wyznaczają następujące cele kształcenia:

1. Ukazywanie wartości rodziny w życiu osobistym człowieka. Wnoszenie pozytywnego wkładu w życie swojej rodziny.
2. Okazywanie szacunku innym ludziom, docenianie ich wysiłku i pracy, przyjęcie postawy szacunku wobec siebie.
3. Pomoc w przygotowaniu się do zrozumienia i akceptacji przemian okresu dojrzewania. Pokonywanie trudności okresu dorastania.
4. Kształcenie umiejętności przyjęcia integralnej wizji osoby. Wybór i urzeczywistnianie wartości służących osobowemu rozwojowi. Kierowanie własnym rozwojem, podejmowanie wysiłku samowychowawczego zgodnie z uznawanymi normami i wartościami. Poznawanie, analizowanie i wyrażanie uczuć. Rozwiązywanie problemów.
5. Pozyskanie wiedzy na temat organizmu ludzkiego i zachodzących w nim zmian rozwojowych w okresie prenatalnym i postnatalnym oraz akceptacja własnej płciowości. Przyjęcie integralnej wizji ludzkiej seksualności. Umiejętność obrony własnej intymności i nietykalności seksualnej oraz szacunek dla ciała innej osoby.
6. Uświadomienie i uzasadnienie potrzeby przygotowania do zawarcia małżeństwa i założenia rodziny. Zorientowanie w zakresie i komponentach składowych postawy odpowiedzialnego rodzicielstwa.
7. Korzystanie ze środków przekazu, w tym z internetu, w sposób selektywny, umożliwiający obronę przed ich destrukcyjnym oddziaływaniem.

Dla uczniów szkół ponadpodstawowych (branżowa szkoła I stopnia, liceum ogólnokształcące, technikum) nowa podstawa programowa wyznacza następujące cele kształcenia wdz:

1. Pogłębianie wiedzy związanej z funkcjami rodziny, miłością, przyjaźnią, pełnieniem ról małżeńskich i rodzicielskich, seksualnością człowieka i prokreacją; umiejętność podejmowania odpowiedzialnych decyzji dotyczących wyboru drogi życiowej, małżeństwa i rodziny.
2. Rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów związanych z okresem dojrzewania, dorastania i wyborem drogi życiowej; umiejętność świadomego kreowania własnej osobowości.
3. Uzyskanie lepszego rozumienia siebie i najbliższego otoczenia; umiejętność poszukiwania i udzielania odpowiedzi na pytania o istotę człowieczeństwa, sens, cele i zadania życiowe.
4. Przyjęcie pozytywnej postawy wobec życia ludzkiego, osób niepełnosprawnych i chorych; przygotowanie, na podstawie wiedzy i wykształconych umiejętności, do poszanowania godności życia ludzkiego i dojrzałego funkcjonowania w rodzinie.
5. Znajomość podstawowych zasad postępowania w sferze ludzkiej płciowości i płodności; kształtowanie postaw prozdrowotnych, prospołecznych i prorodzinnych.

W 2019 r. w zajęciach wdż nie brali udziału uczniowie:

- 1) niepełnoletni, których rodzice zgłosili dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnację z udziału ich dziecka zajęciach;
- 2) pełnoletni, którzy zgłosili dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnację ze swojego udziału w zajęciach.

7.2. Kwalifikacje nauczycieli realizujących zajęcia wychowania do życia w rodzinie

Kwestie kwalifikacji wymaganych od nauczycieli uregulowano przepisami ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – *Karta Nauczyciela* (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie *szczególonych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1289).

W myśl art. 9 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy stanowisko nauczyciela może zajmować osoba, która posiada wyższe wykształcenie z odpowiednim przygotowaniem pedagogicznym lub ukończyła zakład kształcenia nauczycieli i podejmuje pracę na stanowisku, do którego są to wystarczające kwalifikacje.

Zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela wychowania do życia w rodzinie w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych posiada osoba która ukończyła:

- 1) studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie na kierunku (specjalności) zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub
- 2) studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie, na kierunku, którego efekty uczenia się, o których mowa w ustawie z dnia 22 grudnia 2015 r. *o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji*, w zakresie wiedzy i umiejętności obejmują treści nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, wskazane w podstawie programowej dla tego przedmiotu na odpowiednim etapie edukacyjnym, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub,
- 3) studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie na kierunku (specjalności) innym niż wymieniony w pkt 1 i 2 i studia podyplomowe w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela wychowania do życia w rodzinie w szkołach podstawowych posiada również osoba, która ukończyła:

- 1) studia pierwszego stopnia na kierunku (specjalności) zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub
- 2) studia pierwszego stopnia, na kierunku, którego efekty uczenia się, o których mowa w ustawie z dnia 22 grudnia 2015 r. *o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji*, w zakresie wiedzy i umiejętności obejmują treści nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, wskazane w podstawie programowej dla tego przedmiotu na odpowiednim etapie edukacyjnym, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub,
- 3) studia pierwszego stopnia na kierunku (specjalności) innym niż wymieniony w pkt 1 i 2 i studia podyplomowe w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

W większości przypadków nauczyciele wychowania do życia w rodzinie nabywają kwalifikacje przez ukończenie studiów podyplomowych z tego zakresu lub nabywali przez ukończenie kursu kwalifikacyjnego (od 1 stycznia 2015 r. nie ma już takiej możliwości). Nauczyciele, którzy nabyli kwalifikacje do nauczania przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie przez ukończenie kursu kwalifikacyjnego, zachowali je do chwili obecnej.

7.3. Podręczniki wykorzystywane do realizacji zajęć „wychowania do życia w rodzinie”

W realizacji programu nauczania wychowania do życia w rodzinie w 2019 r. nauczyciele korzystali (jeżeli zdecydowali o realizacji programu nauczania z wykorzystaniem podręcznika³²⁾) z następujących podręczników zgodnych z obowiązującą podstawą programową dopuszczonych do użytku szkolnego przez ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania:

- 1) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 4 szkoły podstawowej*, red. Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 2) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 5 szkoły podstawowej*, Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, Grażyna Węglarczyk (pod red. Teresy Król), wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 3) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 6 szkoły podstawowej*, Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 4) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 7 szkoły podstawowej*, red. Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 5) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 8 szkoły podstawowej*, Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, Grażyna Węglarczyk (pod red. Teresy Król), wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 6) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 1 liceum ogólnokształcącego, technikum, szkoły branżowej I stopnia*, Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 7) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych*, praca zbiorowa pod red. Teresy Król i Marii Rys, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”.

³²⁾ Zgodnie z art. 22aa ust. 1 ustawy o systemie oświaty nauczyciel może zdecydować o realizacji programu nauczania:

- 1) z zastosowaniem podręcznika, materiału edukacyjnego lub materiału ćwiczeniowego lub
- 2) bez zastosowania podręcznika lub materiałów, o których mowa w pkt 1.

ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY

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

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

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

W przypadkach, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej. W przypadku gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego przerwanie ciąży jest dopuszczalne, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni. Ponadto ustawa w art. 4b przewiduje, że „osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiotach leczniczych”.

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

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

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

Tabela nr 20. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2010–2019 (w skali kraju) – według przyczyn

Rok	Ogółem	Przerwania ciąży przeprowadzone zgodnie z ustawą:		
		w przypadku, gdy ciąża stanowiła zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej	w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu	w przypadku, gdy zachodziło uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego
2010	641	27	614	0
2011	669	49	620	0
2012	752	50	701	1
2013	744	23	718	3
2014	971	48	921	2
2015	1040	43	996	1
2016	1098	55	1042	1
2017	1057	22	1035	0
2018	1076	25	1050	1
2019	1110	33	1074	3

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

Tabela nr 21. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2019 r. – w podziale na województwa, wiek kobiet i przyczynę

Województwo	Dokonano przerwania ciąży									
	Ogółem	w tym u kobiet w wieku lat						z rubryki Ogółem		
		poniżej 18	18-20	21-24	25-29	30-34	35 i więcej	w przypadku, gdy ciąża stanowiła zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej	w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu	w przypadku, gdy zachodziło uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego
Dolnośląskie	78	2	1	22	16	15	22	2	75	1
Kujawsko-Pomorskie	45	1	2	1	11	11	19	0	44	1
Lubelskie	12	5	1	0	1	1	4	4	8	0
Lubuskie	19	0	0	2	4	3	10	0	19	0
Łódzkie	92	1	1	6	18	20	46	3	89	0
Małopolskie	108	1	1	7	20	26	53	7	101	0
Mazowieckie	265	1	4	9	48	77	126	6	258	1
Opolskie	22	0	1	5	2	7	7	1	21	0
Podkarpackie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Podlaskie	28	3	1	1	5	6	12	2	26	0
Pomorskie	124	0	1	8	33	46	36	3	121	0
Śląskie	128	2	2	4	25	67	28	0	128	0
Świętokrzyskie	31	0	1	5	6	9	10	1	30	0
Warmińsko-Mazurskie	17	0	1	0	2	7	7	1	16	0
Wielkopolskie	91	1	0	8	15	29	38	2	89	0
Zachodniopomorskie	50	1	1	6	6	13	23	1	49	0
RAZEM	1110	18	18	84	212	337	441	33	1074	3

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

Tabela nr 22. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2018 r. w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu

Rozpoznanie	Liczba
Trisomia 21 bez współistniejących wad somatycznych	271
Trisomia 21 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	164
Trisomia 13 lub trisomia 18 bez współistniejących wad somatycznych	60

Trisomia 13 lub trisomia 18 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	88
inne trisomie i częściowe trisomie autosomów bez współistniejących wad somatycznych	5
inne trisomie i częściowe trisomie autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	7
monosomie i delecje autosomów bez współistniejących wad somatycznych	1
monosomie i delecje autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	14
zrównoważone translokacje bez współistniejących wad somatycznych	0
zrównoważone translokacje ze współistniejącymi wadami somatycznymi	0
zespół Turnera ze współistniejącymi wadami somatycznymi	13
choroby warunkowane monogenowo bez współistniejących wad somatycznych	7
choroby warunkowane monogenowo ze współistniejącymi wadami somatycznymi	8
zespoły genetyczne z obrzękiem płodu	21
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim bez współistniejących wad somatycznych	2
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	8
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim bez współistniejących wad somatycznych	8
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	9
inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej bez współistniejących wad somatycznych	17
inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej ze współistniejącymi wadami somatycznymi	15
wada izolowana (dotycząca jednego układu lub organu w badaniu obrazowym)	156
wady mnogie (wady dwóch i więcej układów lub organów w badaniu obrazowym)	200
RAZEM:	1074

Źródło: Centrum e-Zdrowia, sprawozdania Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej MZ-29

Dane dotyczące liczby wykonywanych w Rzeczypospolitej Polskiej zabiegów przerwania ciąży są gromadzone w oparciu o sprawozdania opracowywane w związku z realizacją *Programu badań statystycznych statystyki publicznej* na dany rok.

Sprawozdawczością zostały objęte szpitale publiczne nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej. Powyższe dane przedstawione przez Centrum e-Zdrowia (tabele nr 20–22)

nie obejmują jednak danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Sprawiedliwości. Jednocześnie należy wskazać, że z informacji uzyskanych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wynika, że w 2019 r. w nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji 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 2019 r. w szpitalach nadzorowanych przez Ministra Sprawiedliwości nie przeprowadzono żadnego zabiegu przerwania ciąży.

Łącznie (tj. z uwzględnieniem danych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji) w 2019 r. zarejestrowano łącznie 1 116 zabiegów przerwania ciąży, o 35 więcej niż w 2018 r. W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 33 zabiegi przerwania ciąży.

W sytuacji, w której badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, wykonano łącznie 1 074 zabiegów.

Odnotowano trzy przypadki przerwania ciąży w okolicznościach wskazujących, że ciąża była wynikiem czynu zabronionego.

Przedmiotowe dane z przyczyn obiektywnych, tj. z uwagi na pozaprawny charakter tego zjawiska, nie uwzględniają liczby zabiegów przerwania ciąży dokonanych w sposób nielegalny. Zjawisko to jest trudne do zbadania. Częstokwym 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 „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 2019 r. dotyczących m.in. przerywania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.) oraz przerwania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerwania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.) zostały przedstawione w pkt 9.1 rozdziału IX niniejszego *Sprawozdania*. Zaprezentowane zostały w nim również dane na temat liczby prawomocnych orzeczeń wykonywanych w odniesieniu do czynów zabronionych, w których przedmiotem ochrony jest zdrowie i życie dziecka w fazie

prenatalnej i bezpośrednio po urodzeniu oraz wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawa do macierzyństwa dotyczyła trzech osób, po jednej z art. 149 k.k., art 153 § 1 k.k. i 153 § 2 k.k.

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

ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY

9.1. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości

W 2019 r. Prokuratura Krajowa kontynuowała monitorowanie działań powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie realizacji przepisów ustawy. Działania prokuratury w zakresie realizacji ww. ustawy polegają, między innymi, na prowadzeniu i nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w zakresie czynów zabronionych stypizowanych w przepisach ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny*, w których przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia i bezpośrednio po urodzeniu oraz wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawo do macierzyństwa.

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

Przepisy k.k. przewidują następujące typy czynów zabronionych związanych z realizacją ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*:

- 1) dzieciobójstwo – art. 149 k.k.;
- 2) przerwanie za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy – art. 152 k.k.;
- 3) wymuszone przerwanie ciąży – art. 153 k.k.;
- 4) śmierć kobiety jako następstwo przerywania ciąży – art. 154 k.k.;
- 5) uszkodzenie ciała – art. 157 k.k.;
- 6) uszkodzenie ciała dziecka poczętego – art. 157a k.k.

W poniższych tabelach przedstawione zostały dane statystyczne dotyczące ww. przestępstw.

Tabela nr 23. Postępowania przygotowawcze prowadzone w 2019 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury dotyczące ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy

Okręg Prokuratury Regionalnej	Liczba spraw prowadzonych w okresie sprawozdawczym		w tym o czyn z art.									Liczba spraw zakończonych w okresie sprawozdawczym									
	Łącznie	w tym		Zabójstwa noworodka art. 149 k.k.	Zabójstwo art. 148 k.k.	Aborcja za zgodą kobiety art. 152 § 1, 2 i 3 k.k.	Wymuszona aborcja art. 153 k.k.	Śmierć kobiety jako następstwo aborcji art. 154 k.k.	Uszkodzenie ciała dziecka poczętego art. 157 a k.k.	Nieumyślne spowodowanie śmierci art. 155 k.k. i inne	Art. 160 § 2 kk	Ogółem	w tym								
		Liczba zarejestrowanych spraw w 2019 r.	Liczba spraw kontynuowanych z poprzednich okresów sprawozdawczych										Skierowano akt oskarżenia	Liczba osób oskarżonych	Skierowano wnioski w trybie art. 335 §1 kk	Liczba osób objętych wnioskiem z art. 335 §1 kk	Skierowano wnioski o warunkowe umorzenie postępowania	Umorzono postępowanie karne	Odmówiono wszczęcia postępowania	Zawieszono postępowanie karne	Pozostałe sposoby zakończenia
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
w Białymstoku	49	36	13	1	3	19	4	0	4	5	13	35	5	6	2	2	0	15	8	3	2
w Gdańsku	137	82	55	5	2	46	2	0	6	57	19	82	11	1	1	2	47	15	4	4	0
w Katowicach	96	69	27	2	1	34	6	0	10	12	8	55	5	7	1	1	1	32	11	1	4
w Krakowie	93	68	25	2	2	31	2	0	3	21	32	71	6	8	0	0	1	41	14	1	8
w Lublinie	70	54	16	1	3	36	4	0	4	15	21	44	6	8	1	1	0	23	10	1	3
w Łodzi	102	54	48	3	2	19	1	0	5	13	59	49	4	1	0	0	0	36	7	2	0
w Poznaniu	60	33	27	3	1	19	1	0	0	9	27	36	5	5	0	0	0	17	7	1	6
w Rzeszowie	26	10	16	0	0	8	1	0	2	11	4	12	0	0	0	0	0	10	0	1	1
w Szczecinie	24	19	5	0	0	14	4	0	5	2	14	32	2	1	0	0	2	14	11	0	3
w Warszawie	42	28	14	1	2	26	2	0	3	6	5	30	1	2	0	0	1	13	10	5	0
we Wrocławiu	58	47	11	7	3	11	1	0	11	7	18	48	6	9	0	0	0	28	7	4	3
Ogółem kraj	757	500	257	25	19	263	28	0	53	158	220	494	51	48	5	6	52	244	89	23	30

Źródło: Prokuratura Krajowa

Tabela nr 24. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego dotyczące przestępstw z art. 149, 152–154 i art. 157–157a Kodeksu karnego związanych z realizacją ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Wyszczególnienie - skazania wg art. Kk i ustaw szczególnych	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Art.149 kk	7	10	7	8	7	1	1	2	1	-	1
Art.152 §1 kk	14	11	6	11	8	9	2	2	2	3	6
Art.152 §2 kk	22	8	21	19	12	9	16	20	13	12	26
Art.152 §3 kk	1	2	1	-	1	-	1	-	-	-	-
Art.152 §3 kk w zw. z §2	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
Art.153 §1 kk	4	3	7	4	1	2	-	1	-	-	1
Art.153 §2 kk	-	2	1	-	-	1	-	-	2	-	-

Art.154 §1 kk	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-
Art.154 §1 kk w zw. z art. 152 § 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Art.154 §2 kk	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Art.157 §1 kk	4 549	4 162	4 094	4 127	4 023	3 758	3 748	3 209	3 580	3 425	3 516
Art.157 §2 kk	2 164	2 145	1 961	2 445	2 542	2 519	2 624	2 467	2 602	2 676	2 781
Art.157 §3 kk	140	122	113	134	131	76	93	59	86	65	74
Art.157 §3 kk w zw. z §1	-	-	-	-	4	48	25	21	6	7	23
Art.157 §3 kk w zw. z §2	-	-	-	-	1	15	10	6	1	3	10
Art.157 §4 kk	-	-	-	3	2	1	4	3	1	6	-
Art.157 §4 kk w zw. z § 2	-	-	1	20	24	1	-	-	-	-	-
Art.157a §1 kk	3	2	2	2	3	-	1	4	2	2	-
Art.157a §2 kk	-	-	-	-	1	2	1	1	-	-	-
RAZEM	420 729	415 272	432 891	423 464	408 107	353 208	295 353	260 034	289 512	241 436	275 768

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

9.2. Działania podejmowane przez Rzecznika Praw Pacjenta

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849) w rozdziale 8 przewiduje prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Prawo to przysługuje pacjentowi, a w jego imieniu także przedstawicielowi ustawowemu. Zgodnie z ww. ustawą sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia wydanego przez lekarza lub lekarza dentystę można wnieść do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Działanie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta normuje rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 244).

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

W latach 2018–2019 do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło łącznie 101 sprzeciwów (2018 r. – 31, 2019 r. – 70). Merytorycznie (spełnienie wymogów formalnych dotyczących m.in. konieczności wniesienia sprzeciwu od orzeczenia lub opinii co pozwala nadać sprawie dalszy bieg i powołać Komisje) Komisja Lekarska rozpatrzyła 23 sprzeciwy (2018 r. – 5, 2019 r. – 18). Wśród sprzeciwów, które wpłynęły 2019 r., jeden dotyczył kwestii przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży. Został on wniesiony w dniu 13 września 2019 r. i dotyczył orzeczenia lekarza ginekologa odmawiającego przyjęcia pacjentki do oddziału z powodu braku możliwości wykonania zabiegu.

Informacje o prawie pacjenta do sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza zostały zamieszczone na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta w kilku miejscach. Przede wszystkim prawo do sprzeciwu opisane zostało jako prawo pacjenta zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*³³⁾. W oddzielnej zakładce stanowiącej rozwinięcie tego zagadnienia, zostały zamieszczone m.in. przykłady orzeczeń lekarskich, od których sprzeciw do Komisji Lekarskiej przysługuje i takie od których nie przysługuje oraz informacje w jakiej formie i gdzie można zgłosić sprzeciw³⁴⁾. Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta omawiają również przedmiotowe prawo podczas szkoleń prowadzonych dla podmiotów leczniczych

W 2019 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził również jedno postępowanie wyjaśniające w sprawie dotyczącej dostępu do zabiegu legalnego przerwania ciąży. Pacjentka zgłosiła się do podmiotu leczniczego celem wykonania ww. zabiegu. Przedstawiła wyniki badania, które ujawniało wadę płodu. Przeprowadzono konsultację specjalistyczną, stosownie do której nie stwierdzono zagrożenia życia i zdrowia pacjentki. Wskazano jednocześnie, że wszyscy lekarze Oddziału Położniczo-Ginekologicznego, powołując się na tzw. „klauzulę sumienia”, odmówili wykonania terminacji ciąży. W konsekwencji powyższego pacjentka udała się do innego podmiotu leczniczego, gdzie została przyjęta. Postępowanie nie zakończyło się wraz z końcem 2019 r.

W 2019 r. Rzecznik Praw Pacjenta podejmował także inne interwencje w odniesieniu do pacjentek, które wskazywały na trudności w dostępie do zabiegu przerwania ciąży. W pierwszym zgłoszeniu skierowanym do jednego ze szpitali, a przekazanym do wiadomości Rzecznika Praw Pacjenta, podniesiono, iż pacjentka nie otrzymała informacji o możliwości

³³⁾ <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-zglaszania-sprzeciwu-wobec-opinii-albo-orzeczenia-lekarza>.

³⁴⁾ <https://www.gov.pl/web/rpp/sprzeciw-wobec-opinii-orzeczenia-lekarza>.

wykonania zabiegu przerwania ciąży w sytuacji, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Z uzyskanych wyjaśnień szpitala wynikało, że pacjentka otrzymała skierowanie na oddział ginekologiczny innego szpitala. Szpital ten uzgodnił z pacjentką termin przyjęcia i wykonania zabiegu. W drugim zgłoszeniu skierowanym do Rzecznika Praw Pacjenta drogą elektroniczną pacjentka podniosła, że pomimo uzyskanych badań prenatalnych wskazujących na wadę genetyczną i złożoną wadę serca u płodu, odmówiono jej przyjęcia do szpitala i przeprowadzenia w nim zabiegu przerwania ciąży. Jednakże z wyjaśnień szpitala wynikało, że pacjentka trafiła do tego podmiotu leczniczego z powodu odmowy wykonania rozważanego zabiegu w innym szpitalu. Działanie personelu medycznego było nakierowane na zmobilizowanie innego szpitala do prawidłowego postępowania wobec pacjentki. Szpital określił jednak, że pacjentce nie odmówiono wykonania ww. zabiegu. Z uwagi na przewidziany przepisami ustawy czas przeprowadzenia zabiegu, szpital wyznaczył stosowny termin jego przeprowadzenia, a pacjentka stawiała się w wyznaczonym czasie.

Dodatkowo w 2019 r. odnotowano jedną rozmowę przeprowadzoną za pośrednictwem bezpłatnej infolinii Rzecznika Praw Pacjenta i Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącą poruszanej problematyki. Rozmowa miała charakter informacyjny a pacjentka była jeszcze przed uzyskaniem wyników badań prenatalnych.

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

W 2019 r. odpowiedzialność zawodową lekarzy regulowały przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, 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 2018 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 25. 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 2019 r.

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

Źródło: Naczelny Sąd Lekarski

Jednocześnie, należy wskazać, że przez okręgowe sądy lekarskie jak i przez Naczelny Sąd Lekarski, nie były rozpatrywane sprawy związane z powoływaniem się przez lekarza na tzw. „klauzulę sumienia” w sprawie dotyczącej odmowy wystawienia skierowania na badania prenatalne lub odmowy wykonania zabiegu przerywania ciąży.