



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
IX kadencja  
Prezes Rady Ministrów  
DSP.WPP.4521.3.2022.SZ

**Druk nr 2261**

Warszawa, 10 maja 2022 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 2020 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 2020 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 2022 r.**

## SPIS TREŚCI

<b>SPIS TABEL:</b> .....	3
<b>WSTĘP</b> .....	5
<b>ROZDZIAŁ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ INFORMACJE EPIDEMIOLOGICZNE</b> .....	6
1.1. ROZWÓJ DEMOGRAFICZNY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ .....	6
1.2. URODZENIA I DZIETNOŚĆ KOBIET .....	7
1.3. UMIERALNOŚĆ .....	8
<b>ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY</b> .....	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 KOBIETĄ W CIĄŻY .....	27
2.3. DZIAŁANIA O CHARAKTERZE PROFILAKTYCZNYM KIEROWANE DO KOBIET W CIĄŻY ORAZ OSÓB W WIEKU PROKREACYJNYM PROMUJĄCE ODPOWIEDZIALNE ZACHOWANIA W CIĄŻY ORAZ W OKRESIE PREKONCEPCYJNYM .....	33
<b>ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIETAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH</b> .....	47
3.1. ŚWIADCZENIA RODZINNE .....	48
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 .....	57
3.3. UPRAWNIENIA PRACOWNIKÓW ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM .....	63
3.4. UPRAWNIENIA BEZROBOTNYCH ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM .....	73
3.5. POMOC SPOŁECZNA .....	77
3.6. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ROLNIKÓW .....	81
<b>ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI</b> .....	82
<b>ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH</b> .....	87
<b>ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY</b> .....	91
6.1. POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA UDZIELANA PRZEZ SZKOŁĘ .....	91
6.2. INDYWIDUALNE NAUCZANIE DZIECI I MŁODZIEŻY, W TYM UCZENNIC W CIĄŻY .....	92
6.3. WSPARCIE UDZIELANE PRZEZ PORADNIE PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE .....	94
6.4. SPEŁNIENIE OBOWIĄZKU SZKOLNEGO ORAZ OBOWIĄZKU NAUKI POZA SZKOŁĄ .....	95
6.5. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU EGZAMINÓW ZEWNĘTRZNYCH .....	97
<b>ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY</b> .....	105
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 .....	105
7.2. NAUCZYCIELE REALIZUJĄCY ZAJĘCIA EDUKACYJNE „WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE” .....	108
7.3. PODRĘCZNIKI WYKORZYSTYWANE DO REALIZACJI ZAJĘĆ EDUKACYJNYCH „WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE” .....	109
<b>ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY</b> .....	111
<b>ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY</b> .....	117
9.1. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ ORGANY ŚCIGANIA I WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI .....	117
9.2. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA .....	119
9.3. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ NACZELNY SĄD LEKARSKI I OKRĘGOWE SĄDY LEKARSKIE .....	121

## SPIS TABEL:

Tabela 1. Współczynnik dzietności kobiet w latach 2015–2020 .....	7
Tabela 2. Świadczenia udzielone w 2020 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii.....	12
Tabela 3. Wykonanie w 2020 r. świadczeń rozliczanych jako porady związane z prowadzeniem ciąży .....	13
Tabela 4. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I w 2020 r.....	15
Tabela 5. Liczba porodów rozliczonych w 2020 r.....	15
Tabela 6. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2020 r.....	16
Tabela 7. Liczba i wartość znieczuleń wykonanych w trakcie porodu, rozliczanych jako dodatkowa procedura przy porodzie drogami natury.....	19
Tabela 8. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2020 r.....	21
Tabela 9. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2020 r.....	22
Tabela 10. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej – liczba i wartość udzielonych świadczeń.....	24
Tabela 11. Opieka psychologiczna w ramach leczenia szpitalnego skierowana do kobiet po niepowodzeniu położniczym, podczas pobytu w szpitalu, w oddziale położniczym o III poziomie referencyjności .....	25
Tabela 12. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w rodzaju psychiatria i leczenie uzależnień .....	25
Tabela 13. Zakresy świadczeń, w ramach których finansowane są produkty dedykowane programowi „Za życiem” w rodzaju psychiatria – realizacja 2020 .....	25
Tabela 14. Realizacja w 2020 r. produktów dedykowanych programowi „Za życiem” w rodzaju psychiatria .....	26
Tabela 15. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w ramach KOC II/III .....	27
Tabela 16. Zasiłki macierzyńskie wypłacone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w 2020 r. ....	60
Tabela 17. Liczba porad ginekologicznych udzielonych w roku 2020, w tym kobietom poniżej 18. r.ż.....	83
Tabela 18. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2020 r. ....	85
Tabela 19. Realizacja programu badań prenatalnych w 2020 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę osób objętych programem) .....	89
Tabela 20. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2019/2020.....	92
Tabela 21. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w roku szkolnym 2019/2020 .....	94
Tabela 22. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2019/2020.....	95
Tabela 23. Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” w roku szkolnym 2020/2021 .....	106
Tabela 24. Etaty nauczycieli uczących w roku szkolnym 2020/2021 r. przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie” .....	108
Tabela 25. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2010–2020 (w skali kraju) – według przyczyn .....	112
Tabela 26. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2020 r. – w podziale na województwa i przyczynę .....	113

Tabela 27. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2020 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 .....	113
Tabela 28. Realizacja w 2020 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury przepisów ustawy .....	118
Tabela 29. Dane za 2020 r. dotyczące udziału prokuratorów powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w charakterze oskarżycieli publicznych w postępowaniach jurysdykcyjnych w sprawach o przestępstwa związane z naruszeniem przepisów ustawy .....	118
Tabela 30. 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 2020 r.....	122

## 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 2020 r. przygotowano na podstawie informacji, danych statycznych i opinii uzyskanych od:

- 1) Ministra Edukacji i Nauki;
- 2) Ministra Rodziny 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.

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 2020 r. ludność Rzeczypospolitej Polskiej liczyła 38 265 tys., tj. o 117,5 tys. mniej niż na koniec 2019 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. Jest to konsekwencją zdarzeń sprzed kilkudziesięciu lat, ponieważ procesy demograficzne charakteryzują się długofalowością. Zmniejszenie się liczby ludności kraju na skutek zwiększenia się liczby zgonów i zmniejszenia liczby urodzeń w 2020 r. jest wynikiem dwóch zjawisk. W latach powojennych, między rokiem 1946 a 1960, miał miejsce wyż demograficzny i rodziło się około 700 tys. dzieci rocznie. Osoby z powojennego wyżu demograficznego są obecnie starsze i wchodzą w wiek wyższej śmiertelności. Jednocześnie w wiek najwyższej rozrodczości wchodzą roczniki niżu demograficznego z końca wieku i jego przełomu, kiedy rodziło się około 350–400 tys. dzieci. Pomimo, że ogólny współczynnik dzietności wzrósł z poziomu 1,26 w roku 2013 do około 1,4 od wprowadzenia programu 500+ w 2016 r., dzieci rodzi się coraz mniej, ponieważ jest coraz mniej potencjalnych rodziców.

W 2020 r. liczba urodzeń była niższa od liczby zgonów o ponad 122 tys. Współczynnik przyrostu naturalnego (na 1000 ludności) wyniósł -3,2 ‰ w stosunku do -0,9‰ w 2019 r. i -0,7‰ w 2018 r.

Na sytuację demograficzną w 2020 r. największy wpływ miała najwyższa od kilkudziesięciu lat liczba zgonów. Ich liczba przekroczyła o ponad 100 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 50 lat (477 tys. do 364 tys.), natomiast współczynnik na 1000 ludności osiągnął najwyższą wartość od 1951 r. Podwyższona umieralność ludności kraju w 2020 r. dotknęła w podobnym stopniu zarówno kobiety, jak i mężczyzn. Niekorzystna sytuacja w zakresie umieralności wraz z bardzo niskim poziomem urodzeń w 2020 r. przyczyniły się do rekordowo niskiego poziomu przyrostu naturalnego. Jego ujemna wartość była ponad trzykrotnie wyższa niż w 2019 r., kiedy to odnotowywano ubytek na poziomie 9 osób na 10 tysięcy ludności. Dla porównania

w okresie wyżu demograficznego lat 50 na każde 10 tysięcy osób przybywało ok. 200 osób, natomiast w latach 70 i 80 – ok. 100.<sup>1)</sup>

## 1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

W 2019 r. zarejestrowano 375 tys. urodzeń żywych, podczas gdy w 2020 r. zarejestrowano 355,3 tys. urodzeń żywych, tj. o ok 19,6 tys. mniej niż w poprzednim roku. Po dwóch latach wzrostu (w 2016 r. i 2017 r.) liczba urodzeń spadła o prawie 20 tys. w porównaniu do poprzedniego roku. W stosunku do 2019 r. zmniejszył się też współczynnik urodzeń – o 0,5 p. prom. – do poziomu 9,3‰. Na wsi rodzi się relatywnie więcej dzieci – w 2020 r. współczynnik urodzeń kształtował się tam na poziomie 9,6‰, a w miastach 9‰, co oznacza natężenie niższe o – 0,6 p. prom. w miastach, a na wsi o 0,5 p. prom. – w porównaniu z 2019 r.

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, notując powolny spadek.

**Tabela 1. Współczynnik dzietności kobiet w latach 2015–2020**

Rok	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Wartość TFR	1,29	1,36	1,45	1,43	1,42	1,38

*Źródło: Roczniki Demograficzne z lat 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 GUS*

W 2020 r. współczynnik dzietności wyniósł 1,38 (dla porównania w 2019 r. wyniósł on 1,42), co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) przypadało 138 urodzonych dzieci.

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.

Jednocześnie w 2020 r. po raz kolejny odnotowano spadek liczby urodzeń żywych u kobiet, których wiek wynosił 19 lat i mniej. W 2020 r. było 7 118 takich urodzeń, w 2019 r. – 8 277, w 2018 r. – 9 224, a w 2017 r. – 10 076.

<sup>1)</sup> „Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r. Stan w dniu 31 XII”, Główny Urząd Statystyczny.

### 1.3. Umieralność

W 2020 r. zmarło ponad 477 tys. osób. Wzrost liczby zgonów w stosunku do 2019 r. wyniósł prawie 68 tys., najwyższe natężenie zanotowano w IV kwartale 2020 r. – zarejestrowano o ponad 60% więcej zgonów niż w analogicznym okresie roku poprzedniego. W 2020 r. wzrósł również współczynnik zgonów – o 1,7 p. prom. i wyniósł 12,4‰ (wobec 10,7‰ w 2019 r. i 10,8‰ w 2018 r.).

Pozytywnym zjawiskiem jest utrzymująca się od lat niska umieralność niemowląt. W 2020 r. zmarło prawie 1,3 tys. dzieci w wieku poniżej 1. roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych był nieco niższy niż przed rokiem (o 0,2 p. prom.) i kształtował się na poziomie 3,6‰ (w miastach 3,5‰, na wsi 3,7‰). Dla porównania w 2019 r. współczynnik ten wyniósł 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 2020 r. odnotowano 909 zgonów noworodków (tj. niemowląt w wieku 0–27 dni).

Umieralność okołoporodowa płodów i noworodków jest ogólnie uznanym wskaźnikiem jakości opieki w czasie ciąży i porodu oraz wczesnego okresu poporodowego. W tym okresie stan zdrowia dziecka jest w największym stopniu zależny od przebiegu ciąży oraz porodu.

## **ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIECĄ 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 2021 r. poz. 1285, 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 położenia, mającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub 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 2021 r. poz. 2354).

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i położenia w 2020 r. regulowały:

- 1) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 540);
- 2) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, 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 2021 r. poz. 2148);
- 6) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756);
- 7) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2019 r. w sprawie programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy” (Dz. U. z 2021 r. poz. 329).

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 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Standard wyznacza 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 szczególności 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 godz. 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, podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad noworodkiem informuje jednostki organizacyjne 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 połogu odbywa się w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kwestie dotyczące świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa, postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie 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 2. Świadczenia udzielone w 2020 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii**

	dotyczy kobiet do 35 r.ż.	dotyczy kobiet w 35 r.ż. i starszych
Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	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	6 625 703	70 231	15 914	192	1 614 670	18 170	4 588	184
KUJAWSKO-POMORSKI	4 610 947	55 458	12 672	176	938 068	11 584	2 964	169
LUBELSKI	4 456 365	48 565	9 335	94	1 009 231	11 553	2 495	93
LUBUSKI	2 288 696	24 900	5 258	43	508 963	5 656	1 376	42
ŁÓDZKI	3 929 779	54 073	11 530	156	889 193	12 685	3 041	149
MAŁOPOLSKI	9 092 422	94 492	18 824	179	2 192 278	23 668	5 224	175
MAZOWIECKI	12 468 781	146 224	36 960	280	3 677 640	45 667	11 884	270
OPOLSKI	1 292 921	15 793	4 542	54	268 436	3 283	1 027	54
PODKARPACKI	6 454 823	68 647	11 636	119	1 399 965	15 328	2 932	117
PODLASKI	3 804 193	42 261	7 074	54	776 939	8 818	1 658	53
POMORSKI	7 061 961	79 222	15 688	121	1 572 630	18 356	3 971	119
ŚLĄSKI	9 905 185	126 105	21 878	377	2 129 382	27 792	5 452	366
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 851 865	20 986	5 051	112	442 436	5 107	1 326	107
WARMINSKO-MAZURSKI	3 999 452	48 804	8 985	96	874 806	11 045	2 350	94
WIELKOPOLSKI	6 278 232	67 656	16 947	211	1 412 218	15 634	4 151	204
ZACHODNIOPOMORSKI	3 618 433	44 121	9 248	108	745 116	9 277	2 193	107
<b>RAZEM</b>	<b>87 739 758</b>	<b>1 007 538</b>	<b>211 542</b>	<b>2 372</b>	<b>20 451 971</b>	<b>243 623</b>	<b>56 632</b>	<b>2 303</b>

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

**Tabela 3. Wykonanie w 2020 r. 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				02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii			
	02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
	Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie 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	2 212 433	13 387	5 087	110	472 057	2 859	1 144	100
KUJAWSKO-POMORSKI	3 513 037	21 563	6 562	108	693 241	4 251	1 328	102
LUBELSKI	562 931	3 493	1 182	26	118 883	741	267	23
LUBUSKI	501 251	3 158	1 192	18	111 957	717	280	16
ŁÓDZKI	996 480	6 154	2 483	76	236 467	1 457	577	67
MAŁOPOLSKI	733 695	4 338	1 717	42	170 483	994	410	41
MAZOWIECKI	5 461 204	33 311	11 002	163	1 427 512	8 684	3 055	149
OPOLSKI	1 822 139	10 859	3 099	47	355 272	2 124	616	47
PODKARPACKI	2 721	15	7	1	2 276	12	5	2
PODLASKI	235 335	1 507	678	8	43 924	276	138	8
POMORSKI	2 989 221	19 797	6 001	68	536 172	3 569	1 196	66
ŚLĄSKI	489 407	3 309	1 556	75	107 563	726	341	61
ŚWIĘTOKRZYSKI	661 685	4 192	1 563	52	154 658	989	387	45
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 303 617	8 181	2 453	34	279 055	1 756	552	34
WIELKOPOLSKI	5 615 319	34 258	10 865	164	1 142 874	6 996	2 304	156
ZACHODNIOPOMORSKI	1 525 416	10 442	3 497	56	276 771	1 860	672	56
<b>RAZEM</b>	<b>28 625 891</b>	<b>177 964</b>	<b>58 944</b>	<b>1 048</b>	<b>6 129 165</b>	<b>38 011</b>	<b>13 272</b>	<b>973</b>

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 porożu 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 porożu. 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.

Od 1 października 2017 r. jest realizowany produkt rozliczeniowy: KOC I, tj. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na I poziomie referencyjnym. W ramach tego zakresu finansuje się kilka ryczałtów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży w chwili objęcia pacjentki opieką oraz wydzielony ryczałt w przypadku prowadzenia ciąży przez położną. 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 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 „premię” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych, m.in.:

- 1) odsetek porodów fizjologicznych;
- 2) odsetek cięć cesarskich;

- 3) przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną, i uzyskanie co najmniej 60% zwrotnych odpowiedzi;
- 4) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągle.

KOC I jest obecnie realizowana w kilku województwach.

**Tabela 4. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I w 2020 r.**

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeniodawców	Wartość umów	Wartość świadczeń - ogółem - w zł	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba porodów - ogółem	Liczba cięć cesarskich	Liczba znieczuleń podanych do porodu drogami natury
DOLNOŚLĄSKI	2	20 318 788	19 843 953	3 886	3 661	1 120	4
LUBUSKI	1	5 616 714	5 611 714	1 055	1 025	529	0
MAŁOPOLSKI	1	19 659 683	19 464 061	2 525	2 483	1 361	428
MAZOWIECKI	1	6 064 437	6 060 951	1 217	1 102	355	138
POMORSKI	2	15 288 603	15 288 014	2 817	2 646	680	0
ŚLĄSKI	2	10 468 078	10 457 986	2 020	1 906	1 020	137
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1	6 093 522	6 061 868	1 088	1 089	387	240
ZACHODNIOPOMORSKI	1	3 076 605	3 076 604	609	554	285	0
<b>RAZEM</b>	<b>11</b>	<b>86 586 430</b>	<b>85 865 151</b>	<b>15 217</b>	<b>14 466</b>	<b>5 737</b>	<b>947</b>

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

### 2.1.3. Porody, w tym porody zakończone cięciem cesarskim

W 2020 r. rozliczono 294 790 porodów sześcioma produktami rozliczeniowymi (Jednorodnymi Grupami Pacjentów).

**Tabela 5. Liczba porodów rozliczonych w 2020 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	14 009	334	1 440	1 930	69	3 172	20 954
KUJAWSKO-POMORSKI	14 212	266	566	1 674	2	1 193	17 913
LUBELSKI	7 137	50	507	986	3	1 073	9 756
LUBUSKI	3 277	24	97	439	0	958	4 795
ŁÓDZKI	10 780	285	1 232	1 885	44	963	15 189
MAŁOPOLSKI	19 794	389	3 757	590	0	877	25 407
MAZOWIECKI	43 227	863	3 834	2 633	37	3 552	54 146
OPOLSKI	5 025	94	361	219	0	745	6 444
PODKARPACKI	15 462	271	944	624	0	1 833	19 134

PODLASKI	7 485	19	67	337	21	389	8 318
POMORSKI	15 637	329	1 085	846	0	1 691	19 588
ŚLĄSKI	27 448	571	2 143	1 404	20	1 452	33 038
ŚWIĘTOKRZYSKI	4 688	55	1 528	1 100	56	1 449	8 876
WARMIŃSKO-MAZURSKI	8 588	138	540	788	63	657	10 774
WIELKOPOLSKI	27 117	459	2 124	1 394	3	2 063	33 160
ZACHODNIOPOMORSKI	6 715	42	63	78	2	398	7 298
<b>RAZEM</b>	<b>230 601</b>	<b>4 189</b>	<b>20 288</b>	<b>16 927</b>	<b>320</b>	<b>22 465</b>	<b>294 790</b>
<b>2019:</b>	<b>251 828</b>	<b>4 643</b>	<b>25 819</b>	<b>18 424</b>	<b>497</b>	<b>22 909</b>	<b>324 120</b>

*Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia*

W ramach powyższej liczby porodów 129 098 porodów zakończyło się cięciem cesarskim. Zestawienie liczby cięć cesarskich w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia poniższa tabela.

**Tabela 6. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2020 r.**

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba porodów
1	DOLNOŚLĄSKI	10 375
2	KUJAWSKO-POMORSKI	6 151
3	LUBELSKI	5 203
4	LUBUSKI	2 363
5	ŁÓDZKI	7 642
6	MAŁOPOLSKI	12 391
7	MAZOWIECKI	20 395
8	OPOLSKI	2 849
9	PODKARPACKI	10 175
10	PODLASKI	4 719
11	POMORSKI	6 483
12	ŚLĄSKI	14 664
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	4 669
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	4 912
15	WIELKOPOLSKI	12 805
16	ZACHODNIOPOMORSKI	3 302
<b>RAZEM</b>		<b>129 098</b>

*Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia*

W 2020 r. wskaźnik cięć cesarskich wyniósł 43,8%. Dla porównania w 2017 r. wskaźnik ten 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.

Jednocześnie, należy zaznaczyć, że w związku z obowiązującym od 20 marca 2020 r. na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanem epidemii oraz dynamicznym rozwojem sytuacji epidemicznej na terenie kraju, a także wiedzy na temat wirusa SARS-CoV-2 (w tym dróg jego transmisji), towarzystwa naukowe we właściwych dziedzinach medycyny wydawały adekwatnie do sytuacji zalecenia w zakresie opieki okołoporodowej. Zalecenia opublikowane na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Medycy Perinatalnej 30 marca 2020 r. odnosiły się m.in. do metody ukończenia porodu pacjentki zakażonej wirusem SARS-CoV-2 i rekomendowały w tym przypadku zakończenie ciąży poprzez cesarskie cięcie.

Na skutek rozwoju wiedzy na temat transmisji wirusa Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii wraz z Konsultantem Krajowym w dziedzinie perinatologii wydali wspólne zalecenia dla lekarzy położników dotyczące metody ukończenia ciąży i porodu u pacjentek z rozpoznaniem/podejrzeniem COVID-19. W zaleceniach tych wskazano, że w związku z systematycznym pojawianiem się nowych doniesień dotyczących ryzyka wertykalnej i śródporodowej transmisji wirusa SARS-CoV-2, które według obecnej wiedzy naukowej wydaje się być niskie, nie wskazuje się cięcia cesarskiego jako jedynej metody ukończenia ciąży i porodu u pacjentek z rozpoznaniem/podejrzeniem COVID-19, dopuszczając tym samym prowadzenie porodu drogami natury – w zależności od aktualnej sytuacji położniczej, z uwzględnieniem lokalnych warunków organizacyjnych, związanych ze stanem epidemii. Zalecenia zostały opublikowane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w dniu 15 lipca 2020 r.

Sytuacja epidemiologiczna miała zatem realny wpływ na wartość wskaźnika cięć cesarskich w 2020 r.

#### **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 niefarmakologiczne i farmakologiczne.

Metody niefarmakologiczne 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) dożylną lub domięśniową 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 2020 r. wykonano 17 060 znieczuleń zewnątrzoponowych. Dalszemu zwiększeniu uległa wycena samej procedury, wartość produktu do sumowania „Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu nie zawarte w JGP<sup>2)</sup>” wynosiła w 2020 r. 600 punktów.

**Tabela 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	1 317	790 800
KUJAWSKO-POMORSKI	253	152 400
LUBELSKI	62	37 200
LUBUSKI	25	15 000
ŁÓDZKI	1 957	1 130 580
MAŁOPOLSKI	892	535 200
MAZOWIECKI	8 879	5 327 400
OPOLSKI	86	51 600
PODKARPACKI	744	446 400
PODLASKI	423	253 800
POMORSKI	621	372 600
ŚLĄSKI	1335	801 000
ŚWIĘTOKRZYSKI	111	65 904
WARMIŃSKO-MAZURSKI	304	182 400
WIELKOPOLSKI	51	30 600
<b>RAZEM</b>	<b>17 060</b>	<b>10 192 884</b>

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2020 r. rozliczono łącznie 294 790 świadczeń związanych z porodem. Po odliczeniu porodów w wyniku cesarskiego cięcia (129 098), 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.

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

<sup>2)</sup> Przez JGP należy rozumieć „Jednolite Grupy Pacjentów”.

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, z późn. zm.). 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. Natomiast Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” przewiduje realizację szeregu działań określonych w ramach sześciu priorytetów, zmierzających do osiągnięcia celu jakim jest umożliwienie rzeczywistej i pełnej integracji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wsparcie psychologiczne, społeczne, funkcjonalne i ekonomiczne ich rodzin. 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 koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II i III poziomie referencyjnym (KOC II/III) szczególna pomoc medyczna finansowana przez NFZ, dedykowana jest kobietom 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. W ramach opieki finansuje się kilka ryczałtów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży oraz świadczenia wskazane jako możliwe do sumowania z ryczałtem. Wycena poszczególnych ryczałtów obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem. W przypadku wystąpienia wskazań medycznych do dłuższej hospitalizacji dziecka istnieje możliwość odrębnego rozliczenia świadczeń w oparciu o odrębną wycenę świadczeń w ramach grup noworodkowych. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń, możliwe jest uzyskanie przez świadczeniodawcę „premi” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych.

**Tabela 8. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2020 r.**

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeniodawców	Wartość świadczeń – ogółem (w zł)	Liczba porodów – ogółem	Liczba cięć cesarskich	Liczba znieczuleń podanych do porodu
LUBELSKI	7	70 756 718	6 870	2 957	4
LUBUSKI	2	23 431 707	2 046	1 104	1
ŁÓDZKI	5	43 842 750	5 199	2 658	833
MAŁOPOLSKI	2	80 873 573	7 289	3 334	1 669
OPOLSKI	2	9261 717	1 097	521	0
PODLASKI	1	22 143 815	2 034	987	448
POMORSKI	1	7 775 493	1 032	341	20
ŚLĄSKI	2	22 774 337	2 649	1 190	72
WIELKOPOLSKI	1	26 223 284	1 947	993	0
ZACHODNIOPOMORSKI	3	69 418 794	5 818	3 197	18

<b>RAZEM</b>	<b>26</b>	<b>376 502 188</b>	<b>35 981</b>	<b>17 282</b>	<b>3065</b>
--------------	-----------	--------------------	---------------	---------------	-------------

*Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia*

Zgodnie z powyższymi danymi w 2020 r. wartość świadczeń zrealizowanych w ramach KOC II/III wyniosła ogółem 376 502 188 zł (dla porównania w 2019 r. wartość tych świadczeń wyniosła 346 095 008 zł, w 2018 r. 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 (DOK) ma na celu wczesne diagnozowanie i leczenie dzieci urodzonych z ciężkimi dysfunkcjami. Ta forma rozliczania świadczeń pozwala sfinansować zintegrowaną opiekę neonatologiczną, wielospecjalistyczną opiekę pediatryczną, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami oraz programy rehabilitacyjne dla tych dzieci. Świadczenia skierowane są 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 dedykowane są 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 oraz wczesną rehabilitację.

**Tabela 9. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2020 r.**

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeniodawców	Liczba rozliczonych świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń	Liczba dzieci objętych opieką
DOLNOŚLĄSKI	1	4 572	564 692	187
KUJAWSKO-POMORSKI	1	0	0	0
LUBELSKI	1	4	1 034	5
ŁÓDZKI	2	792	117 560,80	78
OPOLSKI	1	640	85 786	41
PODKARPACKI	1	0	0,	0
ŚLĄSKI	1	388	93 652	109
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1	0	0	0

WIELKOPOLSKI	1	488	97 738,16	166
<b>RAZEM:</b>	<b>10</b>	<b>6 884</b>	<b>960 462,96</b>	<b>586</b>

*Zródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia*

W świetle powyższych danych w 2020 r. opieką w ramach DOK objęto 586 pacjentów, a wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła ogółem 960 462,96 (dla porównania w 2019 r. świadczenia w ramach DOK udzielono 540 pacjentom, w 2018 r – 521 pacjentom, 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.

W 2020 r. świadczeniem perinatalnej opieki paliatywnej objęto 501 pacjentów. Umowy zawarte zostały z 16 świadczeniodawcami. Wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 487 477,47 zł. W przypadku stwierdzenia wady letalnej płodu, pacjenci mają zagwarantowane prawo do korzystania z opieki lekarza i psychologa również poza perinatalną opieką paliatywną, tj. w ramach świadczeń opieki psychiatrycznej oraz w leczeniu szpitalnym.

**Tabela 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	23	24 664,04
LUBELSKI	8	5 803,30
ŁÓDZKI	15	18 860,74
MAŁOPOLSKI	5	7 254,13
MAZOWIECKI	395	372 862,23
OPOLSKI	0	0
PODKARPACKI	18	23 213,21
PODLASKI	3	1 450,83
POMORSKI	14	15 959,08
ŚLĄSKI	11	13 057,43
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1	1 450,83
WIELKOPOLSKI	8	2 901,6
<b>RAZEM</b>	<b>501</b>	<b>487 477,47</b>

*Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia*

Narodowy Fundusz Zdrowia podejmował próby zawarcia umowy w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej w części województw, w których dotychczas tej opieki nie zakontraktowano. Z uwagi na brak deklaracji świadczeniodawców do udziału w postępowaniu konkursowym w części województw, konkursy ofert nie odbyły się, bądź w ogłoszonym postępowaniu nie wpływała żadna oferta od świadczeniodawców. W tym zakresie będą podejmowane dalsze działania (otwierane nowe konkursy).

#### **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 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	3	353
LUBELSKI	172	19 431
LUBUSKI	48	5 641
MAZOWIECKI	35	4 057
OPOLSKI	34	4 597
PODKARPACKI	98	11 438
POMORSKI	1	113
ŚLĄSKI	25	2 889
ŚWIĘTOKRZYSKI	51	5 782
WARMINSKO-MAZURSKI	1	108
WIELKOPOLSKI	83	9 498
<b>RAZEM:</b>	<b>551</b>	<b>63 907</b>

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

**Tabela 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	55	7 621
PODKARPACKI	1	130

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

**Tabela 13. Zakresy świadczeń, w ramach których finansowane są produkty dedykowane programowi „Za życiem” w rodzaju psychiatria – realizacja 2020**

Nazwa zakresu świadczeń	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń
świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	818	975 008	4 422 320	294 587 967
świadczenia psychologiczne	181	35 867	256 798	27 854 308

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Zarządzeniem nr 41/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, umożliwiono kobietom w ciąży powikłanej, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, w okresie roku po porodzie lub niepowodzenia położniczego, skorzystanie ze świadczeń psychologicznych (z uwzględnieniem wsparcia psychologicznego udzielanego na rzecz rodziny), takich jak: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, porada lekarska diagnostyczna, porada lekarska terapeutyczna, wizyta/ porada domowa/ środowiskowa realizowana przez lekarza lub psychologa, w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, świadczenia psychologiczne, wartość punktowa tych świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,5.

W 2020 r. z powyższego wsparcia skorzystało 16 kobiet. Wartość świadczeń wyniosła 2,5 tys. zł. Ponadto, pacjentki w ciąży powikłanej mają również możliwość korzystania ze świadczeń psychologiczno-psychiatrycznych oraz psychologicznych ogólnodostępnych w ramach świadczeń kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Poniżej przedstawiono w tabeli świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,5) rozliczone u kobiet w ciąży powikłanej i w okresie jednego roku od porodu.

**Tabela 14. Realizacja w 2020 r. produktów dedykowanych programowi „Za życiem” w rodzaju psychiatria**

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Nazwa świadczenia	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	porada psychologiczna (w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu) -ze współczynnikiem	1	1	136,38
	porada psychologiczna diagnostyczna (w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu) -ze współczynnikiem	1	1	153,43
LUBELSKI	porada psychologiczna (w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu) -ze współczynnikiem	2	2	256,22
	porada psychologiczna diagnostyczna (w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu) -ze współczynnikiem	3	3	431,93
	sesja wsparcia psychospołecznego (w przypadku kobiet w ciąży z wadą letalną płodu) ze współczynnikiem	1	1	24,17
	wizyta / porada domowa/ środowiskowa (w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu) -ze współczynnikiem	1	1	228,07
MAŁOPOLSKI	wizyta / porada domowa/ środowiskowa (w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu) -ze współczynnikiem	1	1	230,01
PODKARPACKI	porada psychologiczna (w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu) -ze współczynnikiem	1	1	130,32
PODLASKI	porada psychologiczna diagnostyczna (w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu) -ze współczynnikiem	2	2	283,33
ŚLĄSKI	wizyta / porada domowa/ środowiskowa (w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu) -ze współczynnikiem	2	2	487,08
ŚWIĘTOKRZYSKI	porada psychologiczna diagnostyczna (w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu) -ze współczynnikiem	1	1	144,91
<b>RAZEM</b>		<b>16</b>	<b>16</b>	<b>2 505,86</b>

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Pomoc psychologiczną m.in. w przypadkach prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu, w tym ciężkich nieuleczalnych chorób płodu oraz w sytuacji niepowodzenia położniczego podczas jej pobytu w oddziale, mają zapewnioną również pacjentki objęte KOC II/III. Poniższa tabela przedstawia szczegółowe dane dotyczące świadczeń z zakresu opieki psychologicznej udzielonych na rzecz kobiet w ciąży w ramach KOC II/III z uwzględnieniem podziału na liczbę kobiet, liczbę świadczeniodawców, wartość świadczeń.

**Tabela 15. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w ramach KOC II/III**

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba kobiet objętych opieką	Wartość świadczeń (w zł)	Liczba świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń
LUBELSKI	8	4 792	1
LUBUSKI	2	1 198	1
ŁÓDZKI	0	0	0
MAŁOPOLSKI	23	13 777	1
OPOLSKI	0	0	0
PODLASKI	0	0	0
POMORSKI	0	0	0
ŚLĄSKI	0	0	0
WIELKOPOLSKI	5	3 115	1
ZACHODNIOPOMORSKI	135	80 865	2
<b>RAZEM:</b>	<b>173</b>	<b>103 747</b>	<b>6</b>

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 2020 r. z budżetu państwa, w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, były finansowane następujące 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, poprzez zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dzieci nienarodzonych. Cel ten jest osiągany poprzez 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, poprzez poprawienie wewnątrzmacicznego stanu płodu;
- 3) wydłużenie czasu trwania ciąży przez zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej;
- 4) wyposażenie/doposażenie krajowych ośrodków prowadzących terapię wewnątrzmaciczną w aparaturę i sprzęt niezbędny do wykonywania zabiegów wewnątrzmacicznych.

W 2020 r. w ramach programu sfinansowanych zostało: 214 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. Ponadto sfinansowano zakup materiałów medycznych do prowadzenia terapii wewnątrzmacicznych oraz zakup specjalistycznego sprzętu dla potrzeb ośrodków realizujących program (5 ośrodków). Realizacja zadań przyczyniła się do podniesienia jakości wykonywanych zabiegów.

W 2020 r. na realizację programu przekazano realizatorom środki w wysokości 3.754 tys. zł.

### **2.2.2. „Rządowy program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019–2022”**

Głównym celem zadań realizowanych w ramach „Rządowego programu badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019–2022” jest obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu chorób wrodzonych oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu upośledzeniu fizycznemu i intelektualnemu, wynikającemu z tych chorób. W 2020 r. realizowane badania przesiewowe w ramach Programu umożliwiały: 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 1:1000 urodzeń żywych. Kryterium włączającym do udziału w omawianym Programie jest urodzenie dziecka w Rzeczypospolitej Polskiej. Podejmowane interwencje w ramach Programu przewidują objęcie badaniem w pierwszych dobach życia każdego dziecka. Kryterium wyłączającym z udziału w Programie jest brak akceptacji na wykonanie badania przesiewowego wyrażony na piśmie przez matkę lub opiekuna prawnego dziecka. W 2020 r. odnotowano 93 odmowy wykonania badań przesiewowych.

W 2020 r. wykonano badania w kierunku:

- hipotyreozy – 357 000 badań,
- fenyloketonurii – 397 000 badań,
- mukowiscydozy – 357 000 badań,
- rzadkich wad metabolicznych (grupa ponad 20 chorób) – 357 000 badań,
- wrodzonego przerostu nadnerczy – 357 000 badań,
- deficytu biotynidazy – 357 000 badań.

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

- 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;
- 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;
- druk ulotek dla matek, materiałów informacyjnych, plakatów, instrukcji, etykiet z kodem;
- 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 całym kraju,
- szkolenia, konferencje, informacje statystyczne.

W 2020 r. badania przesiewowe umożliwiły wykrycie 333 przypadków chorób wrodzonych.

W 2020 r. na realizację programu przekazano realizatorom środki w wysokości 33.395 tys. 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*.

Cele Programu:

- 1) ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS, poprzez zapewnienie dostępu do leczenia ARV;
- 2) zmniejszenie śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) zmniejszenie zakaźności osób żyjących z HIV/AIDS (skuteczne leczenie ARV);
- 4) zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji Polaków;
- 5) zwiększenie dostępności do leków antyretrowirusowych pacjentów zakażonych HIV w Polsce;
- 6) zapewnienie leków antyretrowirusowych niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+;
- 7) zapewnienie leków ARV na postępowanie poekspozycyjne na zakażenie HIV pozazawodowe wypadkowe.

W ramach programu w 2020 r. była prowadzona kontynuacja leczenia antyretrowirusowego pacjentów leczonych w 2019 r. i włączanie do terapii nowych pacjentów wymagających leczenia.

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 Wieków Dziecięcego AM w Warszawie.

W 2020 r. w ramach Programu profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV zostało objętych 58 kobiet ciężarnych zakażonych HIV. Odkonano 41 porodów kobiet zakażonych HIV, na koniec roku w ciąży pozostawało 17 kobiet (poród był planowany w 2021 r.). Lekami antyretrowirusowymi otrzymano 41 noworodków.

Na dzień 31 grudnia 2020 r. leczeniem ARV objęto 94 dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS (poniżej 18 roku życia).

Przybliżony koszt leczenia antyretrowirusowego 94 dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS wyniósł: 2 229 210,00 zł (średni koszt leków antyretrowirusowych na dwanaście miesięcy terapii, w przeliczeniu na jedno dziecko – wyniósł 23 715,00 zł). Ww. koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV.

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

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

- 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.

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.

W drugiej połowie 2017 r. ośrodki referencyjne rozpoczęły realizację kompleksowej diagnostyki niepłodności. Interwencja ta zakładała skoordynowane działania diagnostyczne ukierunkowane na stan zdrowia i sytuację danej pary, których celem było określenie przyczyny niepłodności oraz możliwości późniejszego wdrażania terapii. 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 ośrodku referencyjnym jest przeprowadzana pełna diagnostyka w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych z możliwością przeprowadzania badań inwazyjnych i nieinwazyjnych oraz zabiegów operacyjnych.

Zaplanowane szkolenia dla kadr medycznych (lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii i/lub lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i/lub położnych) w zakresie zdrowia prokreacyjnego i standardów leczenia niepłodności na zasadach i w zakresie określonym w programie, podobnie jak w latach poprzednich nie odbyły się z uwagi na problemy z rekrutacją uczestników i osiągnięciem wskaźników projektów, a także z uwagi na sytuację epidemiologiczną. Na kompleksową diagnostykę niepłodności realizowaną w ramach programu w 2020 r. przekazano realizatorom środki w wysokości 5.732 tys. zł.

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

Głównym celem „Programu Zapobiegania Depresji w Polsce na lata 2016–2020” był wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych.

W 2020 r. w ramach Programu 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 2020 r. kontynuowano dystrybucję przez social media oraz stronę internetową [www.wyleczdepresje.pl](http://www.wyleczdepresje.pl), treści edukacyjno-informacyjne skierowane zarówno do ogółu społeczeństwa, jak i wybranych grup o podwyższonym ryzyku zachorowania. Podmiotom leczniczym, specjalistom medycznym oraz innym osobom potencjalnie mającym kontakt z osobami chorującymi na depresję przekazywano broszury i ulotki dotyczące depresji. Pozytywny przekaz materiałów kampanii

przyczynił się do rozpropagowania wiedzy na temat specyfiki choroby, jej zapobiegania, konieczności podejmowania leczenia i możliwej profilaktyki. Tym samym wpłynął on na poprawę świadomości społeczeństwa na temat depresji, w tym depresji okołoporodowej. Realizatorom Programu w 2020 r. przekazano 2 306 270,63 zł na realizację zadań Programu.

### **2.3. 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 całokształt zagadnień z zakresu zdrowia prokreacyjnego. Profilaktyka HIV/AIDS obejmuje szeroką informację, m.in. na temat zachowań ryzykownych i w tym zakresie wypełnia ona ogólne cele ustawy. Działania Krajowego Centrum do Spraw AIDS obejmują swoim spektrum m.in. profilaktykę zakażeń wertykalnych. 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 2020 r. PARPA podjęła w rozważanym obszarze szereg działań, wśród których szczególne znaczenie mają przedsięwzięcia o charakterze informacyjno-edukacyjnym podejmowane w kwestii FAS/FASD.

#### **2.3.1. 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 kraju zarejestrowano ok. 240 zakażeń wertykalnych. Na AIDS zmarło do tej pory 18 dzieci (wg danych prof. dr hab. n. med. Magdaleny 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 kobietą 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 nieobjęte profilaktyką wertykalną (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. W Polsce 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.

#### Wartość profilaktyki zakażeń wertykalnych

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

1. Szacunkowy koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży w 2020 r.:

- a) ciążę zakończone porodem w 2020 r. tj. leczenie ARV w ciągu 9 mies. x 2 150,00 zł x 41 kobiet = 793 350,00 zł,
- b) pozostałe ciążę na 2021 r. średnio 5 mies. x 2 150,00 zł x 17 kobiet = 182 750,00 zł.

2. Zestaw leków dożylnych do porodu: 235,00 zł x 41 porodów = 9 635,00 zł.

3. Leki dla noworodków urodzonych przez matki HIV+: 1800,00 zł x 41 dzieci = 73 800,00 zł.

Łącznie na profilaktykę wertykalną wydatkowano: 1 059 535,00 zł.

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

#### **2.3.2. 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 PTN AIDS – [www.ptnaids.pl](http://www.ptnaids.pl) rozdział Program szczepień ochronnych), znajdujący się przy Klinice Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. 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 jak i 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 ARV zdecydowanie lepiej odpowiadają na szczepienia. Kalendarz szczepień dla dzieci HIV(+) jest stale modyfikowany, zgodnie z postępem wiedzy medycznej i zmianami sytuacji epidemiologicznej.

Terminy szczepień ustalane są 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 2020 r. leczeniem ARV objęto 94 dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS (poniżej 18. roku życia).

Przybliżony koszt leczenia antyretrowirusowego 94 dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS wyniósł 2 229 210,00 zł (średni koszt leków antyretrowirusowych na dwanaście miesięcy terapii, w przeliczeniu na jedno dziecko – wyniósł 23 715,00 zł). Ww. koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV.

### **2.3.3. Profilaktyka w zakresie HIV/AIDS wobec kobiet w ciąży, planujących macierzyństwo oraz ich partnerów**

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](http://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/AIDS*. Wejście na stronę tej Poradni możliwe jest bezpośrednio ze strony Krajowego Centrum ds. AIDS: [aids.gov.pl](http://aids.gov.pl). Korzystający ze strony mogą znaleźć na niej informacje o HIV/AIDS, drogach zakażenia HIV, testowaniu w kierunku HIV, odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

W Krajowym Centrum ds. AIDS działa *Telefon informacyjny* (022 331 77 66) czynny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Krajowego Centrum ds. AIDS. Umożliwia on uzyskanie podstawowych informacji z zakresu HIV/AIDS. Podczas rozmów odbywanych tą drogą poruszano głównie takie problemy, jak: interpretacja wyniku testu przesiewowego, ocena ryzyka narażenia na zakażenie HIV, diagnostyka HIV, dostępność profilaktyki poekspozycyjnej PEP. Poza *Telefonem Informacyjnym* działa również bezpłatny *Telefon Zaufania AIDS* (800 888 448). Program *Telefon Zaufania AIDS* jest profilaktycznym programem ogólnopolskim, skierowanym do populacji ogólnej, zainteresowanej problematyką HIV/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. Wychodząc naprzeciw potrzebom, w drugim półroczu 2020 r. wydłużono godziny pracy *Telefonu Zaufania HIV/AIDS* o dyżury w weekendy.

Krajowego Centrum ds. AIDS wydaje również biuletyn informacyjny – *Kwartalnik „Kontra”*. Publikowane w nim w 2020 r. artykuły dotyczyły m.in.: sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce i na świecie, omówienia badania społecznego przeprowadzonego wśród studentów podkarpackich uczelni wyższych, aspektów prawnych w sytuacji narażenia drugiej osoby na zakażenie HIV, aspektów prawnych w odniesieniu do dzieci i HIV oraz aspektów prawnych w kontekście zwodów medycznych.

Bieżące informacje z zakresu HIV/AIDS do odbiorców indywidualnych, organizacji i instytucji są również przekazywane poprzez *newsletter e-Kontra*.

Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi także fanpage na portalu społecznościowym Facebook.

Na portalu umieszczane są posty dotyczące bieżącej działalności Krajowego Centrum ds. AIDS, komunikaty związane z pracą punktów konsultacyjno-diagnostycznych, doniesienia z międzynarodowych i krajowych konferencji na temat HIV/AIDS oraz informacje umożliwiające budowanie świadomości i promowanie kompleksowego podejścia do profilaktyki HIV.

W 2020 r. W ramach działań informacyjno-edukacyjnych zrealizowano pierwszą odsłonę kampanii pod hasłem „Czy wiesz, że...”, zaplanowanej do przeprowadzenia w latach 2020–2021.

Grupą docelową był ogół społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem osób, które traktują temat HIV/AIDS jako problem abstrakcyjny, niedotyczący ich bezpośrednio. Przekaz kampanii dotyczył wzmocnienia podstawowej wiedzy nt. HIV/AIDS.

Główne cele komunikacyjne:

- 1) odczarowanie mitów i przybliżenie faktów na temat wirusa HIV, choroby AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową, w tym:
  - zakażenia lub jego braku nie da się rozpoznać po wyglądzie – tylko test w kierunku HIV daje wiarygodną odpowiedź na to pytanie,
  - w czasie ciąży, porodu lub podczas karmienia piersią, matka zakażona HIV, która nie wie o swoim zakażeniu, może zakazić swoje dziecko – test w kierunku HIV, bezpłatny w ramach NFZ, jest zalecany każdej kobiecie ciężarnej. Wykrycie HIV i włączenie leczenia antyretrowirusowego (ARV) u matki sprawia, że ryzyko zakażenia dziecka jest bliskie zeru,
  - nie można zakazić się HIV od psów, kotów czy innych zwierząt – wirus przenosi się wyłącznie z człowieka na człowieka,
  - można uniknąć zakażenia HIV drogą płciową, wybierając abstynencję seksualną, wzajemnie wierny związek lub zmniejszyć to ryzyko, stosując prezerwatywę;
- 2) zwiększenie świadomości, że istnieje możliwość szybkiej diagnostyki:
  - wykonanie testu jest jedyną metodą rozpoznania zakażenia HIV,
  - test w kierunku HIV – możliwość bezpłatnego, bez skierowania i anonimowego wykonania testu w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Adresy i godziny otwarcia punktów dostępne są na stronie: <https://aids.gov.pl/pkd/>.

- 3) wzmocnienie wiedzy na temat osiągnięć współczesnej medycyny, które pozwalają obecnie na skuteczne leczenie osób zakażonych i prowadzenie przez nich normalnego życia – nowoczesna, bezpłatna dla pacjenta terapia antyretrowirusowa (ARV) sprawia, że z HIV można żyć wiele lat.
- 4) upowszechnienie informacji o stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS: [aids.gov.pl](https://aids.gov.pl), poradni internetowej oraz o bezpłatnym telefonie zaufania HIV/AIDS: 800 888 448.

#### Działania kampanijne:

- 1) usługa wynajmu zewnętrznych tablic informacyjnych, tzw. Citylightów (umieszczonych głównie na przystankach komunikacji miejskiej, ale też w najbardziej uczęszczanych miejscach miast, tj. pasażach handlowe, deptaki, dworce kolejowe) wraz z wydrukiem, montażem, ekspozycją, demontażem, utylizacją pięciu plakatów kampanijnych. Łącznie 500 nośników w 13 województwach;
- 2) usługa przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych pn. „*Czy wiesz, że...*” z wykorzystaniem gazet regionalnych: zamieszczenie plakatu kampanijnego w drukowanych wydaniach gazet regionalnych na terenie całej Polski oraz artykułu dotyczącego profilaktyki HIV/AIDS/STIs w serwisach internetowych tych gazet;
- 3) usługa przeprowadzenia zintegrowanych działań informacyjno-edukacyjnych pn. „*Czy wiesz, że...*”, z wykorzystaniem sieci internet:
  - social media (Facebook, Instagram) – przy współpracy z ambasadorkami działań: Natalią Tur (blog <https://www.nishka.pl/>), Wiolą Wołoszyn – Matka Wariatka (blog <https://wiolawoloszyn.pl/>);
  - sieć reklamowa Google Display Network (GDN) – wyświetlanie reklam banerowych i displayowych na stronach internetowych i w aplikacjach, które należą do sieci reklamowej lub są dla niej partnerami;
  - szeroko zasięgowe portale informacyjne, takie jak: Wp.pl, Onet.pl. – na stronach głównych ww. portali wyświetlały się graficzne bannery odsyłające na stronę Krajowego Centrum ds. AIDS: <https://aids.gov.pl/>. Ponadto, w serwisach tematycznych parentingowych, kobiecych i lifestylowych oraz o tematyce zdrowotnej, takich jak: [medonet.pl](https://medonet.pl/), [kobieta.onet.pl/dziecko](https://kobieta.onet.pl/dziecko) oraz [ofeminin.pl](https://ofeminin.pl) ukazały się artykuły promujące testowanie w kierunku HIV i wyjaśniające dlaczego kobiety, szczególnie te będące w ciąży i planujące macierzyństwo, powinny wykonać taki test.

Środki finansowe przeznaczone na realizację tego zadania (kampania i działania informacyjne): 503 556,00 zł.

Ponadto, w 2020 r. w celu realizacji zadania podnoszenia kwalifikacji wybranych grup zawodowych z zakresu HIV/AIDS, we współpracy z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji, przygotowano postępowanie na realizację usługi kompleksowej organizacji szkoleń w postaci webinarium, mających na celu podniesienie kwalifikacji dla pracowników służb interwencyjnych: Policji, Straży Pożarnej i Straży Granicznej.

Łącznie w szkoleniach wzięło udział 600 osób: 241 funkcjonariuszy Policji, 177 przedstawicieli Państwowej Straży Pożarnej oraz 182 pracowników Służby Granicznej.

Środki finansowe przeznaczone na realizację wyżej przedstawionego zadania: 71 400,00 zł.

Równocześnie, Krajowe Centrum ds. AIDS kontynuowało działalność szkoleniową prowadzoną z wykorzystaniem portalu edukacyjnego <http://www.hiv-aids.edu.pl>. Portal edukacyjny przeznaczony jest 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 tematyką 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. Co kwartał, w zakładce Aktualności na portalu, umieszczane są bieżące informacje, dotyczące różnych wydarzeń związanych z tematem HIV/AIDS, a także aktualne numery kwartalnika „Kontra” w formacie .pdf.

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 broszura pt. *„Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to, gdzie mieszkasz czy pracujesz”*. Broszura skierowana do ogółu społeczeństwa zawiera podstawowe informacje na temat HIV/AIDS (jaka jest różnica między wirusem HIV a chorobą AIDS; kiedy nasze zachowanie niesie ze sobą ryzyko, a w jakich sytuacjach nie dochodzi do zakażenia wirusem; gdzie można wykonać test w kierunku HIV i jak interpretować jego wynik). Broszura podkreśla potrzebę zrozumienia problemów ludzi żyjących z HIV/AIDS oraz ich bliskich, uświadamia jak ważna dla samopoczucia osób seropozytywnych jest możliwość kontynuowania nauki lub pracy.

W 2020 r. funkcjonowało 29 punktów konsultacyjno–diagnostycznych (PKD). Podstawowym zadaniem realizowanym w punktach jest wykonywanie bezpłatnie i anonimowo testów w kierunku HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzono poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane były porady w zakresie bezpieczniejszych zachowań seksualnych i inne odpowiadające na potrzeby pacjenta. Dzięki poradnictwu możliwe jest uzyskanie niezbędnych informacji dotyczących statusu serologicznego, a także adresów instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Informacje gromadzone w punktach anonimowego testowania pozwalają uzyskać dane statystyczne i epidemiologiczne, dotyczące m.in. dróg zakażenia oraz trendów ryzykownych zachowań. Każdy test poprzedzany jest rozmową z doradcą. Podczas rozmowy szacuje się ryzyko zakażenia HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową w odniesieniu do indywidualnych zachowań pacjenta.

Jeżeli wynik testu okazuje się ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłość uniknąć zakażenia. Natomiast jeśli wynik jest dodatni, doradca rozmawia o możliwościach leczenia i pomocy.

W 2020 r. punkty konsultacyjno-diagnostyczne przyjęły 23 276 klientów (w tym 186 osób nie zostało skierowanych na test, otrzymały informację i poradę). Wykonano testy przesiewowe u 23 090 osób, wykryto 308 zakażeń HIV.

#### **2.3.4. 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. 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 265). 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 2020 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.

W wyniku tych działań w 2020 r. powołany przez PARPA interdyscyplinarny zespół ekspertów opracował rekomendacje do rozpoznawania spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (opublikowane w *Medycynie Praktycznej – Pediatria*, wydanie specjalne 1 (2020) – <http://www.ciazabezalkoholu.pl/images/file/20052021/Rozpoznawanie%20Spektrum%20Plodowych%20Zaburzen%20Alkoholowych.pdf>.) Rekomendacje są obecnie pilotażowo implementowane w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie. W oparciu o ww. rekomendacje są też prowadzone szkolenia specjalistów w zakresie diagnozy FASD.

W ramach obchodów Światowego Dnia Świadomości FASD PARPA zorganizowała konferencję prasową pod hasłem „Światowy Dzień Świadomości FASD. Polskie rekomendacje diagnostyczne FASD”. Konferencja odbyła się 9 września 2020 r. o godz. 10.00 w siedzibie Polskiej Agencji Prasowej. Do udziału w konferencji zaproszono przedstawicieli mediów oferując zarówno możliwość stacjonarnego udziału w konferencji (z uwzględnieniem limitu miejsc związanego z COVID-19), jak i uczestnictwa on-line za pomocą platformy ZOOM. Konferencja miała na celu zwiększanie świadomości ryzyka związanego z piciem alkoholu przez kobiety w ciąży oraz prezentację opisanych powyżej polskich rekomendacji diagnostycznych FASD. Podczas konferencji zostały przedstawione następujące zagadnienia:

- 1) FASD na tle innych wad wrodzonych;
- 2) zaburzenia neurorozwojowe u dzieci z FASD;

- 3) rola lekarzy, pielęgniarek i położnych w profilaktyce FASD;
- 4) polskie rekomendacje diagnostyczne FASD.

Powstałe w ramach konferencji materiały prasowe dostępne są pod adresem: <http://www.parpa.pl/index.php/aktualnosci/1337-konferencja-prasowa-swiatowy-dzien-swiadomosci-fasd-polskie-rekomendacje-diagnostyczne-fasd>.

Ponadto, w ramach obchodów Światowego Dnia Świadomości FASD podjęto współpracę z Fundacją Fastryga przy organizacji kampanii edukacyjnej z wykorzystaniem przekazów w mediach społecznościowych i internecie. Publikowane były posty, grafiki, specjalnie nagrane filmiki z ekspertami działającymi w obszarze profilaktyki picia alkoholu przez kobiety w ciąży.

W ramach działań o charakterze edukacyjnym i wsparcia rodziców wychowujących dzieci ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych zakupiono publikację dr Teresy Jadczyk-Szumilo „Tylko mnie kochaj. Wyzwania dla rodziców adopcyjnych dzieci z FASD”. Powyższa publikacja przekazana została wszystkim ośrodkom adopcyjnym w Polsce oraz do placówek świadczących pomoc dla dzieci z FASD i ich rodzin.

Ponadto, zostało przeprowadzone „Szkolenie dla nauczycieli w zakresie udzielania wsparcia dzieciom z FASD w szkole”. W szkoleniu uczestniczyło 60 nauczycieli z całej Polski, jego realizacja miała miejsce na platformie internetowej. W ramach sesji nagrano 9 godzin wykładów oraz utworzono szkolenie e-learningowe z wykorzystaniem materiałów szkoleniowych do samodzielnego zapoznania oraz różnego rodzaju zadania, kart pracy, „casów” do wykonania na platformie. Uczestnicy otrzymali zaświadczenia o udziale w szkoleniu.

Ponadto zrealizowano dwie edycje szkolenia dla rodziców adopcyjnych i zastępczych. Szkolenie przeprowadziła Fundacja Rodzina od A do Z a uczestniczyła w nim grupa 32 osób z całej Polski. Każde ze szkoleń obejmowało 48 godz. zajęć wykładowo-warsztatowych, podzielonych na 3 zjazdy po 16 godzin zajęć każdy, w tym 6 godz. wykładów i 10 godzin warsztatów. Ze względu na pandemię koronawirusa część zjazdów realizowana była w formie zdalnej.

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie zorganizował szkolenie, w którym wzięło udział 30 uczestników – rodziców i opiekunów dzieci z FASD. Ze względu na warunki epidemiologiczne zjazdy szkoleniowe (4 weekendowe spotkania) realizowane były w formie zdalnej. Do uczestników zostały rozesłane materiały edukacyjne w formie elektronicznej zgodnie z konspektem i harmonogramem szkolenia. Program

obejmował wykłady (28 godzin) oraz 14 godzin specjalistycznych konsultacji indywidualnych w formie telepracy/teleporad.

W 2020 r. kontynuowano także realizację 3-letniej umowy obejmującej badanie 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. Powyższe zadanie realizował Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie.

Ponadto, od 2019 r. PARPA realizuje również projekt badawczy „FAR SEAS Far Seas | Developing & Extending Evidence and Practice with the Standard European Alcohol Survey (far-seas.eu)”, finansowany przez Komisję Europejską. Jego nadrzędnym celem jest ograniczenie powszechności występowania Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD), w tym Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS). Regionem europejskim wybranym do pilotażu działań profilaktycznych, obejmujących kobiety w różnym stopniu narażone na picie alkoholu w czasie ciąży, zostało województwo mazowieckie. Doświadczenia zebrane w ramach pilotażu mają w przyszłości służyć politykom i specjalistom z różnych dziedzin (medycyny, psychologii, pomocy społecznej, terapii uzależnień itp.) do planowania i realizacji profilaktyki FASD zarówno w Polsce, jak i w innych miejscach w Europie.

Testowane w ramach FAR SEAS rozwiązania dotyczą kompleksowej profilaktyki FASD, polegającej na ograniczaniu ryzyka picia alkoholu przez kobiety w czasie ciąży, i obejmują:

- 1) na poziomie profilaktyki uniwersalnej, skierowanej do ogółu populacji – działania mające na celu podniesienie świadomości społecznej w zakresie zdrowia kobiet oraz badania przesiewowe i krótka interwencja pod kątem problemów związanych z alkoholem wśród kobiet w wieku rozrodczym, w tym kobiet w ciąży;
- 2) na poziomie profilaktyki selektywnej, skierowanej do kobiet z grup szczególnie zagrożonych, o wyższym niż przeciętne ryzyku ciąży narażonej na działanie alkoholu – działania dające możliwość bezpiecznej dyskusji na temat zdrowia reprodukcyjnego, antykoncepcji, ciąży, spożywania alkoholu i związanych z tym zagadnień;
- 3) na poziomie profilaktyki wskazującej, skierowanej do kobiet, które potrzebują indywidualizowanego wsparcia, aby poradzić sobie z czynnikami w wysokim stopniu zwiększającymi ryzyko urodzenia dziecka z FASD – indywidualne pakiety pomocowe dostosowane do specyficznych potrzeb każdej kobiety, obejmujące pomoc w zakresie

problemów alkoholowych (i innych uzależnień), przemocy, traumy oraz problemów zdrowotnych.

### **ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIECAMI 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 właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, rodziny oraz pracy, 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 2021 r. poz. 423, 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 2021 r. poz. 1133, z późn. zm.);
- 4) ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. z 2022 r. poz. 615, z późn. zm.);
- 5) ustawa z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.);
- 6) ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1100, z późn. zm.);
- 7) ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249);
- 8) ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3* (Dz. U. z 2021 r. poz. 75, z późn. zm.);
- 9) ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (Dz. U. z 2022 r. poz. 447);

- 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 2021 r. poz. 877, z późn. zm.);
- 12) ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*.

### **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 Polsce stanowi rządowy program „Rodzina 500+” wprowadzony dnia 1 kwietnia 2016 r. ustawą z dnia 11 lutego 2016 r. *o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci* (Dz. U. z 2019 r. poz. 2407, z późn. zm.). 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.

Świadczenie wychowawcze ma charakter powszechny i przysługuje na każde dziecko w wieku do ukończenia 18. roku życia, niezależnie od dochodu rodziny.

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.

Program „Rodzina 500+” 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 ich autonomii.

W grudniu 2020 r. świadczenie wychowawcze przysługiwało na 6537,8 tys. dzieci.

Na realizację w 2020 r. programu „Rodzina 500+” wydatkowano z budżetu państwa 40 626 mln zł, w tym 40 264 mln zł na wypłaty świadczenia wychowawczego (łącznie z kosztami obsługi).

### **3.1.1.2. Świadczenia rodzinne**

Do rodzin o niższych dochodach kierowane są 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 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 zł – 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 miesięcy,
    - 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”) przysługuje 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. Powyższe 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 w 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. z 2021 r. poz. 199);

- 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:

- a) matce albo ojcu dziecka,
- b) 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,
- c) 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,
- d) 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 albo 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 – mogą się o nie ubiegać osoby, którym przyznano prawo 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 wysokości 215,84 zł miesięcznie bez względu na osiągnięty dochód;
- 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 2020 r. kwota świadczenia pielęgnacyjnego wynosiła 1830 zł miesięcznie.

W 2020 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- 1) przeciętnie miesięcznie 441,8 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 491,8 mln zł;
- 2) 98,5 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 77,4 mln zł;
- 3) przeciętnie miesięcznie 39,0 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 176,6 mln zł;
- 4) przeciętnie miesięcznie 17,3 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego w wieku do 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 18,3 mln zł;
- 5) 208,3 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 208,3 mln zł;
- 6) przeciętnie miesięcznie 79,1 tys. świadczeń rodzicielskich na kwotę ogółem w skali roku 862,9 mln zł.

Ponadto gminy wypłaciły ze środków własnych 10,4 tys. zapomóg z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 7,3 mln zł oraz 1,5 tys. podwyższeń ustawowej kwoty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 0,5 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 świadczeń 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.

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.

Przyznanie prawa do świadczenia z funduszu alimentacyjnego jest uzależnione od spełnienia kryterium dochodowego, które w ostatnim czasie zostało podwyższone dwukrotnie – do 800 zł miesięcznie na osobę w rodzinie od okresu świadczeniowego rozpoczynającego się 1 października 2019 r., a następnie do wysokości 900 zł miesięcznie od okresu świadczeniowego rozpoczynającego się 1 października 2020 r. Jednocześnie należy wskazać, że przy ustalaniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego od okresu świadczeniowego rozpoczynającego się 1 października 2020 r. wprowadzono tzw. mechanizm „złotówka za złotówkę”.

W 2020 r. przeciętnie miesięcznie wypłacano 215,7 tys. świadczeń z funduszu alimentacyjnego na kwotę ogółem w skali roku 1 065,7 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<sup>3)</sup>. Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”)**

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

---

<sup>3)</sup> Zgodnie z numeracją działań Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” w wersji obowiązującej do 31 grudnia 2021 r.

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 2020 r. wypłacono 3 894 świadczenia na kwotę 15 576 tys. zł.

### **3.1.2. Wspieranie rodziny i system pieczy zastępczej**

We okresie objętym sprawozdaniem był realizowany „*Program asystent rodziny na rok 2020*”, którego celem było wzmocnienie asystentów rodziny w systemie wspierania rodziny, w tym realizacji przez asystenta rodziny wsparcia, o którym mowa w art. 8 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*, poprzez przyznanie asystentom rodziny jednorazowego dodatku do wynagrodzenia w wysokości 1700 zł na każdego zatrudnionego asystenta rodziny w gminie (podstawa zatrudnienia: zarówno umowa o pracę, jak i umowa zlecenie), proporcjonalnie do wymiaru etatu i zgodnie z zasadami określonymi w Programie. Dodatek został przyznany w dowód uznania za zaangażowanie w walkę z pandemią w pierwszym okresie jej wystąpienia w Rzeczypospolitej Polskiej.

Program zakładał zatem dofinansowanie dodatku do wynagrodzenia dla asystentów rodziny aktywnie działających w okresie zwalczania pandemii COVID-19. Programem zostały objęte

osoby, które pracowały przed 1 stycznia 2020 r. lub rozpoczęły pracę na stanowisku asystenta rodziny najpóźniej 1 stycznia 2020 r. i na dzień 19 czerwca 2020 r. nadal pracowały na stanowisku asystenta. Nie wykazywano natomiast osób, które w okresie od 1 stycznia do 19 czerwca 2020 r. nie świadczyły pracy łącznie przez co najmniej 90 dni kalendarzowych (zwolnienia lekarskie, urlopy macierzyńskie i rodzicielskie itp.).

Dofinansowanie w ramach ww. Programu było adresowane do jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego, których obowiązkiem jest realizacja zadań wynikających z ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. W ramach Programu ze środków finansowych mogły korzystać również podmioty niepubliczne, które zgodnie z art. 190 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej realizowały zadanie pracy z rodziną na zlecenie samorządu.

Ostateczna kwota środków przekazanych przez urzędy wojewódzkie jednostkom samorządu terytorialnego wyniosła ogółem 4 310 665,68 zł, a programem zostało objętych 2 874 asystentów rodziny.

W 2020 r. opieką asystenta rodziny było objętych 33 067 rodzin, zaś liczba dzieci w rodzinach objętych opieką asystenta wyniosła 75 272. Liczba rodzin, którym udzielono porad dla kobiet i rodzin w ramach programu „Za życiem”, wyniosła 809, z tego zaś było 147 rodzin, w których znajdowała się kobieta w zagrożonej ciąży.

W 2020 r. na poziomie samorządu powiatowego w pieczy zastępczej przebywało łącznie 71 707 dzieci, z tego:

- 1) w rodzinach zastępczych spokrewnionych 29 877 dzieci, w tym 148 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;
- 2) w rodzinach zastępczych niezawodowych 14 232 dzieci, w tym 212 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;
- 3) w rodzinach zastępczych zawodowych 6 874 dzieci, w tym 398 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;
- 4) w rodzinnych domach dziecka 4 789 dzieci, w tym 95 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;
- 5) w placówkach opiekuńczo-wychowawczych 15 935 dzieci, w tym 132 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia.

W różnych formach pieczy zastępczej przebywały łącznie 174 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 2020 r., łącznie 356 dzieci, z tego 317 w regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych i 39 w interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych, w tym w wieku poniżej 1. roku życia, odpowiednio 13 i 39 dzieci.

W 2020 r. przysposobiono 1 923 dzieci, w tym 286 dzieci w wieku do 1. roku życia.

W grudniu 2020 r. świadczeniem z programu „Rodzina 500+” (dodatkiem wychowawczym lub dodatkiem w wysokości świadczenia wychowawczego albo dodatkiem do zryczałtowanej kwoty) było objętych także 61,5 tys. dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej.

### **3.1.3. 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, ośrodka 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](http://www.gov.pl/web/rodzina).

Na stronach internetowych prowadzonych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (obecnie Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej) – [www.gov.pl/rodzina](http://www.gov.pl/rodzina) oraz [empatia.mpips.gov.pl](http://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 rodzajów samorządu oraz w podmiotach, którym zlecono

realizację zadań z tego obszaru), a także na stronie internetowej resortu rodziny [www.gov.pl/web/rodzina](http://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 są określone przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*. Przepisy tej ustawy przewidują preferencyjne zasady dotyczące wysokości zasiłków przysługujących kobietom w ciąży. Przepisy te przewidują także świadczenia z tytułu macierzyństwa i rodzicielstwa przysługujące zarówno matkom, jak i ojcom z tytułu urodzenia się dziecka albo z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie.

W przywołanej ustawie są przewidziane następujące świadczenia dla ubezpieczonych kobiet w czasie ciąży, po porodzie oraz ubezpieczonych ojców dzieci:

- 1) zasiłek chorobowy;
- 2) świadczenie rehabilitacyjne;
- 3) zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego;
- 4) zasiłek macierzyński;
- 5) zasiłek opiekuńczy.

Ponadto w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.) jest przewidziane przysługiwanie dodatkowego zasiłku opiekuńczego.

#### **1) zasiłek chorobowy**

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

Wysokość wynagrodzenia za okres choroby przypadającej w czasie ciąży, do którego pracownica zachowuje prawo w ciągu roku kalendarzowego wynosi 100%. Ubezpieczonej będącej w ciąży zasiłek chorobowy przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy przypadającej w trakcie trwania ciąży, nie dłużej jednak niż przez 270 dni.

Ubezpieczonej będącej w ciąży zasiłek chorobowy przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku również za okres pobytu w szpitalu.

Liczba kobiet ubezpieczonych w ZUS, którym przynajmniej raz w 2020 r. wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy przypadającej w okresie ciąży (kod B niezdolności do pracy), wynosiła 392,0 tys.

## **2) świadczenie rehabilitacyjne**

Ubezpieczonej będącej w ciąży przysługuje świadczenie rehabilitacyjne przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. O potrzebie przyznania tego świadczenia orzeka lekarz orzecznik ZUS. Jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży, prawo do świadczenia rehabilitacyjnego przysługuje w wysokości 100% zwaloryzowanej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Waloryzacji podstawy wymiaru dla celów wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego dokonuje się, jeżeli w kwartale, w którym przypada pierwszy dzień przyznanego świadczenia rehabilitacyjnego, wskaźnik waloryzacji jest wyższy niż 100%.

## **3) zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego**

Pracownicy, z którą rozwiązano stosunek pracy w okresie ciąży z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy i której nie zapewniono innego zatrudnienia albo w przypadku kiedy umowa wygasła z powodu śmierci pracodawcy przysługuje do dnia porodu zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Wysokość tego zasiłku wynosi 100% podstawy wymiaru.

## **4) zasiłek macierzyński**

Zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która urodziła dziecko w okresie ubezpieczenia chorobowego lub w okresie urlopu wychowawczego lub przyjęła dziecko w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego w wieku do 10 roku życia – na wychowanie i wystąpiła do sądu opiekuńczego w sprawie przysposobienia albo przyjęła dziecko w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej.

Prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje bez okresu wyczekiwania.

Zasiłek macierzyński przysługuje przez okres ustalony przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego. Urlop i zasiłek macierzyński z tytułu urodzenia dziecka przysługują przez okres:

- 1) 20 tygodni (140 dni) w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie;

- 2) 31 tygodni (217 dni) w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie;
- 3) 33 tygodni (231 dni) w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie;
- 4) 35 tygodni (245 dni) w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie;
- 5) 37 tygodni (259 dni) w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie.

Na wniosek ubezpieczonej, bezpośrednio po zasiłku macierzyńskim za okres urlopu macierzyńskiego przysługuje prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* jako okres urlopu rodzicielskiego w wymiarze do:

- 1) 32 tygodni (224 dni) – w przypadku urodzenia jednego dziecka;
- 2) 34 tygodni (238 dni) – w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

Powyższe okresy urlopu rodzicielskiego mogą ulec wydłużeniu, jeżeli pracownica łączy korzystanie z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy, który tego urlopu udzielił w wymiarze nie wyższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy. W takim przypadku wymiar urlopu rodzicielskiego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy wykonywanej przez pracownika w trakcie korzystania z urlopu rodzicielskiego, jednak na okres nie dłuższy niż do:

- 1) 64 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka;
- 2) 68 tygodni – w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

Zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* jako okres urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu ojcowskiego przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku.

Zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* jako okres urlopu rodzicielskiego przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku za okres do:

- 1) 6 tygodni urlopu rodzicielskiego – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie;
- 2) 8 tygodni urlopu rodzicielskiego – w przypadku urodzenia przy jednym porodzie dwojga lub więcej dzieci.

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

Zasiłek macierzyński za okresy wszystkich wymienionych wyżej urlopów przysługuje w wysokości 80% podstawy wymiaru, pod warunkiem że ubezpieczona nie później niż w ciągu 21 dni po porodzie złoży pisemny wniosek o udzielenie po urlopie macierzyńskim albo urlopie

na warunkach urlopu macierzyńskiego urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze i wypłatę zasiłku macierzyńskiego.

W przypadku gdy miesięczna kwota zasiłku macierzyńskiego pomniejszonego o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych jest niższa od kwoty świadczenia rodzicielskiego wynoszącej od 1 stycznia 2016 r. 1000 zł, kwotę zasiłku netto podwyższa się do kwoty świadczenia rodzicielskiego.

#### 5) zasiłek macierzyński za okres urlopu ojcowskiego

Ubezpieczony ojciec wychowujący dziecko ma prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu ojcowskiego przez okres do 2 tygodni, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 24 miesięcy życia.

Do zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu ojcowskiego ma prawo ubezpieczony ojciec wychowujący dziecko przysposobione, nie dłużej niż do upływu 24 miesięcy od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie i nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 10. roku życia. Zasiłek macierzyński przysługuje za okres urlopu ojcowskiego, nawet jeśli matka dziecka nie jest osobą ubezpieczoną i nie ma uprawnień do zasiłku macierzyńskiego. Przysługuje także niezależnie od urlopu macierzyńskiego przysługującego ubezpieczonej matce dziecka oraz ewentualnego korzystania przez ubezpieczonego ojca wychowującego dziecko z zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego.

**Tabela 16. Zasiłki macierzyńskie wypłacone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w 2020 r.**

Płeć	ZASIŁKI MACIERZYŃSKIE OGÓŁEM <sup>1)</sup>				za okres urlopu ojcowskiego				za okres urlopu rodzicielskiego			
	liczba dni w tys.	liczba osób <sup>2)3)</sup> w tys.	kwota wypłat w tys.	przeciętna dzienna wys. zasiłku	liczba dni w tys.	liczba osób <sup>3)</sup> w tys.	kwota wypłat w tys.	przeciętna dzienna wys. zasiłku	liczba dni w tys.	liczba osób <sup>3)</sup> w tys.	kwota wypłat w tys.	przeciętna dzienna wys. zasiłku
<b>Ogółem<sup>4)</sup> z tego:</b>	<b>100 757,0</b>	<b>698,5</b>	<b>8 954 624,6</b>	<b>88,87</b>	<b>2 276,8</b>	<b>188,4</b>	<b>350 230,9</b>	<b>153,82</b>	<b>57 276,3</b>	<b>399,7</b>	<b>4 824 892,6</b>	<b>84,24</b>
kobieta	97 923,2	498,4	8 528 407,9	87,09	X	X	X	X	56 905,7	395,9	4 774 533,5	83,90

mężczyzna	2 833,8	200,1	426 216,6	150,41	276,8 <sup>2</sup>	188,4	350 230,9	153,82	370,6	3,9	50 359,0	135,87
-----------	---------	-------	-----------	--------	--------------------	-------	-----------	--------	-------	-----	----------	--------

*Źródło: Zakład Ubezpieczeń Społecznych*

<sup>1)</sup> Powyższe dane oprócz osób pobierających podstawowy zasiłek macierzyński zawierają również osoby, które pobierały zasiłek macierzyński z tytułu dodatkowego urlopu macierzyńskiego, z tytułu urlopu ojcowskiego oraz z tytułu urlopu rodzicielskiego, a w przypadku kwoty od 2016 r. również dane dotyczące podwyższenia zasiłku macierzyńskiego.

<sup>2)</sup> Osoba występuje tylko raz, niezależnie od liczby pobieranych w danym okresie rodzajów zasiłku macierzyńskiego, np. w przypadku gdy w danym okresie osoba pobierała podstawowy zasiłek macierzyński oraz zasiłek z tytułu urlopu rodzicielskiego – wystąpi raz.

<sup>3)</sup> Unikalność osoby w ramach okresu – jeżeli ta sama osoba pobierała zasiłek w kilku miesiącach – zostanie wykazana raz.

<sup>4)</sup> Ze względu na zaokrąglenia danych w niektórych przypadkach sumy składników mogą się nieznacznie różnić od podanych wielkości „ogółem”.

## **6) zasiłek opiekuńczy**

Zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym, zwolnionym od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki. Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat w przypadkach określonych w ustawie, chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat albo innym chorym członkiem rodziny.

Prawo do zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad dzieckiem przysługuje na równi matce i ojcu dziecka. Zasiłek ten wypłaca się tylko jednemu z rodziców – temu który wystąpi z wnioskiem o jego wypłatę za dany okres.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres do:

- 1) 60 dni w roku kalendarzowych – z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do lat 14, w tym także dziećmi niepełnosprawnymi w tym wieku;
- 2) 14 dni w roku kalendarzowym – z tytułu opieki nad innymi członkami rodziny, w tym chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat;
- 3) 30 dni w roku kalendarzowym, jeśli opieka sprawowana jest nad chorym dzieckiem niepełnosprawnym w wieku powyżej 14 do ukończenia 18 lat albo dzieckiem niepełnosprawnym w wieku powyżej 8 do ukończenia 18 lat, jeśli w wyniku porodu, choroby albo pobytu w szpitalu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, którzy stale opiekują się dzieckiem, nie mogą oni opiekować się dzieckiem niepełnosprawnym.

Okresy te są niezależne od liczby osób uprawnionych do zasiłku opiekuńczego oraz liczby dzieci, w tym dzieci niepełnosprawnych i innych chorych członków rodziny wymagających opieki.

Zasiłek opiekuńczy wynosi 80% podstawy wymiaru.

### **7) dodatkowy zasiłek opiekuńczy**

W przypadku zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola, szkoły lub innej placówki, do których uczęszcza dziecko, albo niemożności sprawowania opieki przez nianię lub dziennego opiekuna z powodu COVID-19 rodzicom dzieci do lat 8 przysługuje dodatkowy zasiłek opiekuńczy, jeżeli rodzic sprawuje osobistą opiekę nad dzieckiem. Dodatkowy zasiłek opiekuńczy przysługuje w wyżej wymienionych przypadkach ubezpieczonym rodzicom dzieci w wieku do 16 lat, które mają orzeczenie o niepełnosprawności, dzieci w wieku do 18 lat, które mają orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz dzieci w wieku do 24 lat, które mają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.

Dodatkowy zasiłek opiekuńczy przysługuje także rodzicom lub opiekunom pełnoletnich osób niepełnosprawnych zwolnionych od wykonywania pracy z powodu konieczności zapewnienia opieki nad taką osobą w przypadku zamknięcia z powodu COVID-19 placówki, do której uczęszcza dorosła osoba niepełnosprawna, tj. szkoły, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, ośrodka wsparcia, warsztatu terapii zajęciowej lub innej placówki pobytu dziennego o podobnym charakterze. Dodatkowy zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad dorosłymi osobami niepełnosprawnymi przysługuje również w przypadku, gdy placówka jest otwarta, ale nie może zapewnić opieki, np. ze względu na ograniczenie w liczbie podopiecznych.

Informacje dotyczące zasad przyznawania i wypłacania świadczeń w razie choroby i macierzyństwa przysługujących osobom ubezpieczonym są dostępne na stronie internetowej ZUS: [www.zus.pl](http://www.zus.pl). W terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS dostępne są informacje o świadczeniach w formie ulotek. Dodatkowo ZUS publikuje informacje dotyczące świadczeń w razie choroby i macierzyństwa w informatorach, broszurach i wydawnictwach (np. ZUS dla Ciebie, ZUS dla Biznesu, Kawa z FUS-em) i udostępnia je w terenowych jednostkach organizacyjnych Zakładu.

Informacje o przysługujących świadczeniach osoba ubezpieczona może również uzyskać w jednostkach ZUS na salach obsługi klientów albo dzwoniąc do infolinii ZUS (COT). ZUS organizuje także Dni Ubezpieczonego oraz Dni Przedsiębiorcy, w czasie których ubezpieczeni mogą uzyskać informacje o przysługujących im świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa. Z kolei szczegółowe informacje dotyczące przyznanych i wypłaconych zasiłków w razie choroby i macierzyństwa konkretnym osobom są udostępnione na ich kontaktach PUE ZUS. Osoby

posiadające swój profil na PUE ZUS mają na bieżąco dostęp do danych o wypłaconych im świadczeniach. Mogą także uzyskać informacje o przysługujących im świadczeniach za pośrednictwem COT.

### **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; przejście 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; przejście 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<sup>1a</sup>–182<sup>1g</sup> 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. 182<sup>3</sup> *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. 186–186<sup>5</sup> *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 (art. 186<sup>8</sup> § 1 pkt 1 *Kodeksu pracy*). Ochrona stosunku pracy obejmuje także pracowników w okresie korzystania z urlopu wychowawczego (art. 186<sup>8</sup> § 1 pkt 1 *Kodeksu pracy*). 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. 183<sup>2</sup> *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. 186<sup>4</sup> *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. 186<sup>7</sup> *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](http://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. 142<sup>1</sup> § 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 wsparciu 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 wspomagania 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 2021 r. poz. 1082, 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. 140<sup>1</sup> *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. 142<sup>1</sup> § 1 pkt 2 i 3 *Kodeksu pracy*) mogą skorzystać również po ukończeniu przez dziecko 18. roku życia.

Ponadto, zgodnie z art. 67<sup>6</sup> § 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. 142<sup>1</sup> § 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 którego opiekę 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 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* – przyznawany jest 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.

W ww. ustawie funkcjonują narzędzia wspierające tworzenie miejsc pracy i powrót do zatrudnienia osób bezrobotnych, w tym dla powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka, którymi są grant na telepracę (art. 60a ustawy) i świadczenie aktywizacyjne (art. 60b 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 w umowie musi zagwarantować 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.

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.

Ponadto, zgodnie z art. 71 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* 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 w wieku do lat 3*.

Z kolei zgodnie z art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* okresem podlegającym zaliczeniu do okresu uprawniającego do uzyskania prawa do zasiłku dla bezrobotnych, jest 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).

Warto także nadmienić, że w związku z realizacją programu „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 kierowane są do opiekunów

osoby niepełnosprawnej, z wyłączeniem opiekunów pobierających świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna.

W ramach tych zmian katalog osób uznawanych za będące w szczególnej sytuacji na rynku pracy (art. 49 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*) 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 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*), 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 zobowiązany 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 będzie

następować 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 między 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.

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.

W 2020 r. z działań wspierających aktywizacyjnych skorzystało 239 osób będących opiekunami osób niepełnosprawnych.

### **3.5. Pomoc społeczna**

Kobiety w ciąży i matki samotnie wychowujące dzieci, zwłaszcza znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej, podobnie jak inne osoby, na zasadach ogólnych, mogą ubiegać

się o przyznanie pomocy w ramach systemu pomocy społecznej. Pomoc ta jest świadczona w formie pieniężnej, rzeczowej i usługowej.

### **3.5.1. Świadczenia finansowe z pomocy społecznej**

Jeżeli dochód kobiet w ciąży nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego, które w 2020 r. wynosiło 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 z dnia 12 marca 2004 r. *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. Prowadzenie tych ośrodków wsparcia zgodnie z art. 19 pkt 11 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* jest zadaniem powiatów. Na mocy tej ustawy zostało wydane obowiązujące w 2020 r. 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)<sup>4)</sup>, 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. Domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży zapewniają nie tylko możliwość schronienia do 12 miesięcy, ale również specjalistyczne wsparcie zmierzające do przezwyciężenia kryzysowej sytuacji.

Schronienia w takim domu może szukać kobieta w ciąży, matka lub ojciec z małoletnimi dziećmi, a także inna osoba sprawująca opiekę prawną nad dzieckiem, ze względu np. na doznawanie przemocy lub inną sytuację kryzysową. Możliwe jest ich przyjęcie bez skierowania w razie zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa, ale o dalszym pobycie osób 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 i ochrony praw lokatorów.

Poradnictwo psychologiczne w pomocy społecznej to proces diagnozowania, profilaktyki i terapii.

---

<sup>4)</sup> Przywołane rozporządzenie zostało uchylone z dniem wejścia w życie obecnie obowiązującego w przedmiotowym zakresie rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 17 stycznia 2022 r. w *sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży* (Dz. U. poz. 150).

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 zajdzie taka potrzeba, rodzinom oferuje się przede wszystkim pomoc pedagoga, psychologa, często prawnika. W niektórych ośrodkach pomocy społecznej funkcjonują zespoły konsultantów, które przejmują pieczę nad rodziną wskazaną przez pracownika socjalnego. Jest to także współpraca z pedagogami szkolnymi, kuratorami społecznymi, lokalnymi organizacjami pozarządowymi zajmującymi się działalnością na rzecz rodzin i dzieci.

#### **3.5.4. Świadczenia niepieniężne z pomocy społecznej**

Ogółem w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2020 r. z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa udzielono pomocy 75 581 rodzinom, w tym 44 133 rodzinom ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy rodzin 48 351 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na potrzebę ochrony wielodzietności (32 612 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2020 r. 129 599 rodzin, w tym 50 055 rodzin ze środowisk wiejskich.

W 2020 r. funkcjonowały następujące domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży:

- 1) 3 domy prowadzone przez samorząd powiatowy o zasięgu ponadgminnym, które dysponowały 45 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 66 osób;
- 2) 17 domów prowadzonych na zlecenie powiatów przez inne podmioty (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia kościelne i inne) z 521 miejscami, z których skorzystało w ciągu roku 751 osób;
- 3) 7 domów o zasięgu lokalnym, prowadzonych przez gminy, w których ze 175 miejsc skorzystało 246 osób;
- 4) 4 domy prowadzone na zlecenie gmin przez inne podmioty, które dysponowały 75 miejscami, a skorzystało z nich 90 osób.

W 2020 r. działało 171 ośrodków interwencji kryzysowej. Prowadzenie ośrodka interwencji kryzysowej jest zadaniem własnym powiatu, jednakże zadanie to realizowane jest również przez gminy. W 2020 r. powiaty prowadziły samodzielnie 129 ośrodków interwencji kryzysowej, w których pomoc uzyskiwały 33 684 osoby, natomiast podmioty niepubliczne

prowadziły na zlecenie powiatów 24 takie ośrodki, udzielając pomocy 4675 osobom. Jednocześnie gminy prowadziły samodzielnie 11 ośrodków tego typu, w których pomoc uzyskało 2249 osób, a podmioty niepubliczne na zlecenie gmin prowadziły 7 takich ośrodków, z pomocy których skorzystały 2604 osoby.

W 2020 r. z porad specjalistycznych skorzystały 19 354 osoby w 67 placówkach specjalistycznego poradnictwa rodzinnego prowadzonych samodzielnie przez gminy oraz 4 064 osoby w 15 takich ośrodkach prowadzonych na zlecenie gmin przez podmioty niepubliczne.

W powiatach funkcjonowało 76 placówek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego o zasięgu ponadgminnym prowadzonych samodzielnie przez powiaty oraz 19 placówek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego prowadzonych przez podmioty niepubliczne na zlecenie powiatów. Z usług powiatowych jednostek skorzystało odpowiednio 20 341 osób, a 5 321 osób skorzystało z poradni 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. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych rolników**

Zgodnie z art. 35a i 35b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników* (Dz. U. z 2021 r. poz. 266, z późn. zm.), zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej matce lub ojcu dziecka. Świadczenie to przyznawane jest z tytułu urodzenia dziecka, a także z tytułu przysposobienia lub przyjęcia dziecka w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzje o odroczeniu obowiązku szkolnego, do 10. roku życia. Zasiłek

macierzyński przysługuje przez okres 52 tygodni w przypadku urodzenia lub przyjęcia na wychowanie jednego dziecka. Okres ten ulega wydłużeniu w razie jednoczesnego urodzenia/przysposobienia większej liczby dzieci, maksymalnie do 71 tygodni. Miesięczna wysokość zasiłku macierzyńskiego wynosi 1.000 zł.

W 2020 r. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wypłaciła 174 409 zasiłków macierzyńskich na kwotę 172 518 636,32 zł, z tytułu urodzenia, przysposobienia oraz przyjęcia dziecka na wychowanie, na podstawie postanowień art. 35a i art. 35b ww. ustawy.

Przepisy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników* (art. 16a–f) 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 na dzieckiem przez okres do 3 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 5. roku życia, a w przypadku dziecka, które z powodu stanu zdrowia potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wymaga osobistej opieki tej osoby, przez okres do 6 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia.

Na podstawie postanowień art. 16a–f ww. ustawy, z prawa do finansowania składek z budżetu państwa na ubezpieczenie emerytalno-rentowe w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem skorzystały 51.572 osoby ubezpieczone (tj. rolnicy, domownicy, członkowie rodzin rolnika lub domownika). W 2020 r. dotacja budżetowa z tego tytułu stanowiła kwotę 61.848.051,00 zł.

Ponadto, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 31 stycznia 2019 r. *o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym* (Dz. U. z 2021 r. poz. 419, z późn. zm.), Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wypłaciła przeciętnie miesięcznie 974 rodzicielskie świadczenia uzupełniające na kwotę 14.393.100,51 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 2020 r., w tym również pacjentkom poniżej 18 r.ż., zostały zwarte w poniższej tabeli.

**Tabela 17. Liczba porad ginekologicznych udzielonych w roku 2020, w tym kobietom poniżej 18. r.ż.**

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	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			
	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	43 854 093	538 725	204 690	194	688 358	7 287	3 462	183
KUJAWSKO-POMORSKI	29 315 487	397 145	143 264	179	666 751	7 101	3 030	153
LUBELSKI	22 043 603	317 995	118 168	95	425 868	4 909	2 251	91
LUBUSKI	12 676 234	172 993	65 283	44	192 687	2 281	1 018	44
ŁÓDZKI	22 882 798	390 134	143 777	156	374 303	5 099	2 425	143
MAŁOPOLSKI	40 833 378	559 204	193 152	180	442 365	5 118	2 410	173
MAZOWIECKI	72 380 026	1 024 874	361 895	286	1 114 040	12 933	6 024	255
OPOLSKI	12 406 207	157 176	59 811	56	183 005	2 131	1 090	54
PODKARPACKI	26 379 201	354 616	121 656	119	422 821	4 693	2 143	116
PODLASKI	16 655 624	219 216	74 905	55	300 277	3 117	1 716	40
POMORSKI	35 563 105	457 931	169 021	122	555 167	6 236	2 831	120
ŚLĄSKI	55 871 504	872 542	305 098	383	1 089 472	11 661	5 183	314
ŚWIĘTOKRZYSKI	14 987 613	211 599	74 289	115	285 143	2 656	1 268	108
WARMINSKO-MAZURSKI	20 575 508	278 491	95 681	96	454 195	4 658	1 897	93
WIELKOPOLSKI	53 110 593	620 799	235 298	219	772 700	7 722	4 016	198
ZACHODNIOPOMORSKI	24 363 938	350 971	127 034	109	793 418	7 402	3 377	96
<b>RAZEM</b>	<b>503 898 912</b>	<b>6 924 411</b>	<b>2 481 979</b>	<b>2 408</b>	<b>8 760 570</b>	<b>95 004</b>	<b>43 950</b>	<b>2 181</b>

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 2022 r. poz. 463.) 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 2020 r. w okresie sprawozdawczym zostały objęte refundacją na kolejny okres refundacyjny wyłącznie te leki o działaniu antykoncepcyjnym, które były refundowane już przed 2020 r.

W 2020 r. nie zostały objęte refundacją nowe leki zawierające w swoim składzie substancje czynne *Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum* oraz *Cyproteronum + Ethinylestradiolum* wykazujące działanie antykoncepcyjne oraz nie zostały złożone przez podmioty odpowiedzialne wnioski o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla nowych leków o działaniu antykoncepcyjnym.

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 2020 r. obrazuje poniższa tabela.

**Tabela 18. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2020 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	169	168	484	481
KUJAWSKO-POMORSKI	122	121	268	267
LUBELSKI	59	58	222	219
LUBUSKI	73	73	240	213
ŁÓDZKI	89	87	238	231
MAŁOPOLSKI	69	69	134	123
MAZOWIECKI	180	176	494	482
OPOLSKI	134	130	187	186
PODKARPACKI	50	49	94	94
PODLASKI	34	34	79	77
POMORSKI	265	260	524	518
ŚLĄSKI	190	185	597	588
ŚWIĘTOKRZYSKI	74	73	222	218
WARMIŃSKO-MAZURSKI	221	218	549	541
WIELKOPOLSKI	186	180	486	481
ZACHODNIOPOMORSKI	119	118	309	306
<b>RAZEM</b>	<b>2034</b>	<b>1999</b>	<b>5127</b>	<b>5025</b>

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 2021 r. poz. 2345, 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.*

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. *w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* każda osoba sprawująca opiekę nad kobietą w ciąży ma obowiązek wykonania lub skierowania m.in. na nieinwazyjne badania prenatalne w postaci badań ultrasonograficznych, przeprowadzanych zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników. Kobieta w okresie ciąży ma prawo skorzystać z badań ultrasonograficznych w następujących okresach ciąży: 11–14 tyg. ciąży, 18–22 tyg. ciąży, 27–32 tyg. ciąży, niezwłocznie po 40 tyg. ciąży. Badania te są jedną z podstaw do ewentualnego wykonania pogłębionej diagnostyki zgodnie z programem badań prenatalnych. Jednocześnie, osoba sprawująca opiekę nad kobietą w okresie ciąży może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub połoгу. Możliwość zakwalifikowania ciężarnej do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu powinna zostać uwzględniana również w planie opieki przedporodowej<sup>5)</sup>, który obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania. Po przeprowadzeniu szczegółowego wywiadu z pacjentką, osoba sprawująca opiekę powinna umożliwić jej skorzystanie z programu w sytuacjach związanych z jej niekorzystną historią położniczą, w tym wcześniejszym urodzeniem dziecka z wadą genetyczną, stwierdzeniem zwiększonego ryzyka urodzenia dziecka z wadą genetyczną oraz przede wszystkim włączenie do programu w przypadku wykrycia u każdej kobiety w ciąży nieprawidłowości w ocenie płodu mogących sugerować wystąpienie u niego wad genetycznych. Obowiązek opracowania planu opieki spoczywa na osobie sprawującej tę opiekę. Stosowanie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej jest obowiązkiem wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających

---

<sup>5)</sup> Obowiązek ten wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. *w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*.

świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem.

Jednocześnie, kobiety w okresie ciąży, które spełniają co najmniej jedno z następujących kryteriów:

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

na podstawie skierowania lekarza prowadzącego ciążę są kwalifikowane do programu badań prenatalnych, uregulowanego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. W ramach programu badań prenatalnych realizowane są procedury związane z poradnictwem, badaniami biochemicznymi, USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych, badaniami genetycznymi, pobraniem materiału płodowego do badań genetycznych (amniopunkcja, biopsja trofoblastu lub kordocenteza). Program skierowany jest do wszystkich kobiet w ciąży ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia wad wrodzonych, które wymagają pogłębionej diagnostyki prenatalnej.

W ramach programu są wykonywane następujące procedury:

- 1) poradnictwo i badania biochemiczne:
  - a) estriol,
  - b)  $\alpha$ -fetoproteina (AFP),
  - c) gonadotropina kosmówkowa - podjednostka beta ( $\beta$ -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).

Odnosząc się do praktycznej realizacji programu badań prenatalnych należy wskazać, że systematycznie zwiększeniu ulega liczba kobiet, u których wykonywane są badania w ramach programu. Obecnie przekracza ona 100 tys. pacjentek rocznie (w 2015 r. – 90 695 pacjentek, w 2019 r. 111 730), co stanowi ok. 25 – 30% wszystkich ciąży. Systematycznemu zwiększeniu ulega również liczba świadczeniodawców realizujących program (w 2015 r. – 102 świadczeniodawców, w 2020 r. – 126) zapewniając dostępność do badań wszystkim potrzebującym kobietom w okresie ciąży.

**Tabela 19. Realizacja programu badań prenatalnych w 2020 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę osób objętych programem)**

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentek			Wartość rozliczonych świadczeń* (w zł)			Liczba świadczeniodawców	Liczba rozliczonych świadczeń
	do 35 lat	35 r. ż. i powyżej	Razem	do 35 lat	35 r. ż. i powyżej	Razem		
DOLNOŚLĄSKI	2 255	5 069	7 324	1 459 443	3 342 748	4 802 191	10	24 923
KUJAWSKO-POMORSKI	3 596	2 679	6 275	3 030 162	2 306 650	5 336 812	6	35 752
LUBELSKI	539	2 628	3 167	340 565	1 644 300	1 984 865	4	10 614
LUBUSKI	2 730	1 386	4 116	1 714 005	918 938	2 632 943	5	14 219
ŁÓDZKI	1 912	3 595	5 507	1 571 440	2 944 438	4 515 878	6	23 690
MAŁOPOLSKI	4 535	5 892	10 427	3 205 880	4 493 208	7 699 088	8	35 062
MAZOWIECKI	3 102	7 720	10 822	2 609 069	6 282 917	8 891 986	17	36 533
OPOLSKI	1 473	1 473	2 946	853 718	1 071 513	1 925 231	4	9 334
PODKARPACKI	1 812	2 994	4 806	1 146 117	1 932 247	3 078 364	3	15 310
PODLASKI	522	2 089	2 611	457 029	1 699 206	2 156 234	1	11 247
POMORSKI	1 295	2 943	4 238	867 898	2 103 124	2 971 022	5	17 032
ŚLĄSKI	20 206	9 098	29 304	12 201 614	6 050 230	18 251 844	36	107183

ŚWIĘTOKRZYSKI	1 331	1 643	2 974	911 400	1 147 498	2 058 898	3	12 266
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 017	1 745	2 762	549 798	1 105 676	1 655 475	3	9 477
WIELKOPOLSKI	5 652	4 393	10 045	3 374 055	2 880 014	6 254 069	11	33 969
ZACHODNIOPOMORSKI	632	2 888	3 520	488 886	2 237 381	2 726 268	4	14 456
<b>RAZEM:</b>	<b>52 609</b>	<b>58 235</b>	<b>110 844</b>	<b>34 781 079</b>	<b>42 160 088</b>	<b>76 941 168</b>	<b>126</b>	<b>411 067</b>

*Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia*

## ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY

Zgodnie z art. 2 ust. 3 ustawy szkoła ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połóg powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła 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. Zgodnie z przepisami 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) 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.

W 2020 r. uczennice w ciąży miały możliwość korzystania w sposób dobrowolny z pomocy psychologiczno-pedagogicznej organizowanej w szkole<sup>6)</sup>. Pomocy udzielali nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych oraz specjaliści wykonujący w szkole zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności psychologowie, pedagodzy, doradcy zawodowi i terapeuci pedagogiczni<sup>7)</sup>.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczną organizuje dyrektor szkoły<sup>8)</sup>, podejmując współpracę z innymi podmiotami, np. poradnią psychologiczno-pedagogiczną w tym specjalistyczną, innymi szkołami, placówkami, organizacjami pozarządowymi, instytucjami i podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży<sup>9)</sup>.

---

<sup>6)</sup> Zgodnie z § 3 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.

<sup>7)</sup> Zgodnie z § 4 ust. 2 ww. rozporządzenia.

<sup>8)</sup> Zgodnie z § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia.

<sup>9)</sup> Zgodnie z § 4 ust. 3 ww. rozporządzenia.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana była w szkole w trakcie bieżącej pracy z uczennicą oraz przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów w formie np. zajęć rozwijających umiejętności uczenia się, zajęć dydaktyczno-wyrównawczych, zajęć specjalistycznych m.in. rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne, o charakterze terapeutycznym, porad i konsultacji<sup>10)</sup>. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana była również w szkole dla dorosłych. W tym przypadku były to zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu, porady, konsultacje.

**Tabela 20. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2019/2020**

Typ miejsca pełnienia obowiązku	Liczba osób objęta pomocą
Szkoła podstawowa	2 233 287
Liceum ogólnokształcące	350 583
Technikum	255 475
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	5 642
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	3 710
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	1 671
Ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	846
Liceum sztuk plastycznych	4 391
<b>RAZEM</b>	<b>2 855 605</b>

Zródło: Ministerstwa Edukacji i Nauki

## 6.2. Indywidualne nauczanie dzieci i młodzieży, w tym uczniowie w ciąży

Zgodnie z art. 127 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082, z późn. zm.) indywidualnym nauczaniem obejmuje się dzieci i młodzież, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.

Indywidualne nauczanie organizowane jest na podstawie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania wydanego przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-

<sup>10)</sup> Zgodnie z § 6 ust. 2 ww. rozporządzenia.

pedagogicznej, w tym specjalistycznej, na pisemny wniosek rodzica dziecka lub na pisemny wniosek pełnoletniego ucznia<sup>11)</sup>.

Zajęcia indywidualnego nauczania prowadzi się<sup>12)</sup> w miejscu pobytu ucznia, w szczególności w domu rodzinnym, placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe*, u rodziny zastępczej, w rodzinnym domu dziecka, w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*.

Natomiast, z uwagi na ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty wprowadzane w związku z sytuacją epidemiologiczną wynikającą z obowiązującego stanu epidemii<sup>13)</sup>, od 25 marca 2020 r. zadania jednostek systemu oświaty, były realizowane głównie z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość. Uczniowie posiadający orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania realizowali w tym czasie program nauczania również za pomocą metod i technik kształcenia na odległość.

W roku szkolnym 2020/2021 wprowadzono rozwiązania prawne<sup>14)</sup> umożliwiające dyrektorowi zorganizowanie wszystkich zajęć indywidualnego nauczania z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość w wymiarze wskazanym w przepisach rozporządzenia lub zorganizowanie tych zajęć w wersji mieszanej (częściowo w bezpośrednim kontakcie z nauczycielem i częściowo w inny sposób, np. z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość).

Taki sposób organizacji zajęć jest możliwy bez względu na przyjęty model edukacyjny związany z sytuacją epidemiologiczną (stacjonarny, hybrydowy, zdalny). Dyrektor szkoły w roku szkolnym

---

<sup>11)</sup> § 5 rozporządzenia 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, z późn. zm.).

<sup>12)</sup> § 5 rozporządzenia 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.).

<sup>13)</sup> Ograniczenia zostały wprowadzone m.in. przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 410, z późn. zm.).

<sup>14)</sup> § 13a rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży wprowadzony rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 września 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. poz. 1537), § 11b rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2014 r. w sprawie indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. poz. 1157, z późn. zm.) wprowadzony rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 września 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. poz. 1538) – dotyczy uczniów klas dotychczasowej szkoły ponadgimnazjalnej objętych indywidualnym nauczaniem.

2020/2021 mógł wprowadzić taką organizację zajęć wyłącznie na wniosek rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia.

### 6.3. Wsparcie udzielane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne

Publiczne poradnie psychologiczno-pedagogicznym udzielają pomocy i wsparcia małoletnim uczennicom i uczniom (którzy zostaną rodzicami) oraz ich rodzicom poprzez prowadzenie terapii dla uczennicy i ucznia oraz ich rodziców/prawnych opiekunów w rozwiązywaniu problemów edukacyjnych i wychowawczych.

Każda uczennica w ciąży może z takiego wsparcia korzystać. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne realizują także działania wspierające wychowawczą i edukacyjną funkcję szkoły i placówki, polegające m.in. na udzielaniu nauczycielom, wychowawcom grup wychowawczych lub specjalistom pomocy w rozpoznawaniu indywidualnych potrzeb dzieci/uczniów i rozwiązywaniu problemów.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczną organizuje dyrektor szkoły. Dyrektor szkoły może podjąć współpracę np. z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, w tym specjalistyczną, innymi szkołami, placówkami, organizacjami pozarządowymi, instytucjami i podmiotami działającymi na rzecz rodziny, małoletnich rodziców, dzieci i młodzieży.

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.

**Tabela 21. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w roku szkolnym 2019/2020**

Rodzaj diagnozy przeprowadzonej przez poradnię	Uczniowie szkoły podstawowej	Uczniowie szkół ponadpodstawowych	Inne osoby	Razem
psychologiczna	215 890	26 017	2 328	336 446
pedagogiczna	203 984	17 753	1 586	281 726
logopedyczna	38 655	1 361	157	120 641
lekarska	20 783	5 259	393	42 191
związana z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej	10 289	4 978	108	15 482
rehabilitacja	1 137	49	12	5 188

<b>Razem</b>	<b>490 738</b>	<b>55 417</b>	<b>4 584</b>	<b>801 674</b>
--------------	----------------	---------------	--------------	----------------

Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki.

**Tabela 22. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2019/2020.**

Typ miejsca pełnienia obowiązku	Liczba osób objęta pomocą
Szkoła podstawowa	2 233 287
Liceum ogólnokształcące	350 583
Technikum	255 475
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	5 642
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	3 710
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	1 671
Ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	846
Liceum sztuk plastycznych	4 391
<b>Razem</b>	<b>2 855 605</b>

Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki

#### **6.4. Spełnienie obowiązku szkolnego oraz obowiązku nauki poza szkołą**

Zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe* obowiązek szkolny oraz obowiązek nauki może być realizowany poza szkołą, w ramach tzw. edukacji domowej. Rodzic nie musi uzasadniać potrzeby realizacji obowiązku szkolnego lub nauki przewidzianej w ww. przepisie. Możliwość realizacji obowiązku szkolnego lub nauki poza szkołą istnieje niezależnie od sytuacji epidemii.

Na wniosek rodziców dyrektor odpowiednio publicznej lub niepublicznej szkoły podstawowej i szkoły ponadpodstawowej, do której dziecko zostało przyjęte, może zezwolić, w drodze decyzji, na spełnianie obowiązku szkolnego lub nauki poza szkołą. Zezwolenie to może być wydane przed rozpoczęciem roku szkolnego lub w trakcie jego trwania, jeżeli szkoła podstawowa lub szkoła ponadpodstawowa, do której dziecko zostało przyjęte, znajduje się na terenie województwa, w którym zamieszkuje dziecko. Do wniosku należy dołączyć wymaganą przepisami dokumentację, tj.:

- opinię publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej,

- oświadczenie rodziców o zapewnieniu dziecku warunków umożliwiających realizację podstawy programowej obowiązującej na danym etapie edukacyjnym,
- zobowiązanie rodziców do przystępowania w każdym roku szkolnym przez dziecko spełniające obowiązek szkolny lub nauki poza szkołą do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych.

W przypadku braku zgody dyrektora szkoły na ww. formę realizacji obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki, rodzic może odwołać się od decyzji dyrektora szkoły do właściwego terytorialnie kuratora oświaty.

Zgodnie z § 13b ust. 5 pkt 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie *szczególnych rozwiązań w okresie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19* (Dz. U. poz. 493, z póź. zm.), w roku szkolnym 2020/2021 – w okresie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostki systemu oświaty – nie stosowano przepisów art. 37 ust. 2 pkt 2 lit. a ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe*. Tym samym do wniosku składanego dyrektorowi szkoły o zezwolenie na realizację obowiązku szkolnego lub nauki poza szkołą w roku szkolnym 2020/2021 nie dołączano opinii z publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Realizacja obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą jest rezygnacją z instytucjonalnej formy kształcenia. Co do zasady, uczeń taki nie jest oceniany częściowo, a nauczyciele nie są zobowiązani do systematycznego sprawdzania zakresu opanowanego materiału z poszczególnych przedmiotów. Nie oznacza to jednak braku jakiegokolwiek pomocy ze strony szkoły. Przepisy szczegółowo wskazują zakres wsparcia, do udzielania którego jest zobowiązana szkoła w przypadku realizacji obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą.

Uczennica spełniająca obowiązek nauki poza szkołą, ma możliwość wraz z rodzicami korzystać ze wsparcia szkoły. Dyrektor umożliwia uczestniczenie w szkole w zajęciach edukacyjnych, o których mowa w art. 109 ust.1 pkt 2, 3 oraz 5–7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe*, tj.: prowadzonych w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej, rozwijających zainteresowania i uzdolnienia oraz w zajęciach z zakresu doradztwa zawodowego. Ponadto, dziecko objęte realizacją obowiązku szkolnego bądź obowiązku nauki ma możliwość korzystania z podręczników, materiałów edukacyjnych i ćwiczeniowych oraz pomocy dydaktycznych służących realizacji podstawy programowej znajdujących się w zasobach szkoły – w porozumieniu

z dyrektorem tej szkoły. Ma również prawo do udziału w konsultacjach umożliwiających przygotowanie do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych.<sup>15)</sup>

Uczniom spełniającym obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą ustala się roczne oceny klasyfikacyjne na podstawie rocznych egzaminów klasyfikacyjnych z zakresu części podstawy programowej obowiązującej na danym etapie edukacyjnym, uzgodnionej na dany rok szkolny z dyrektorem szkoły. Roczne egzaminy klasyfikacyjne są przeprowadzane przez szkołę, której dyrektor zezwolił na spełnianie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą. Przeprowadza je – w formie pisemnej i ustnej – komisja powołana przez dyrektora szkoły. Dla uczniów realizujących obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą nie przeprowadza się egzaminów klasyfikacyjnych z:

- 1) obowiązkowych zajęć edukacyjnych: plastyki, muzyki, techniki i wychowania fizycznego;
- 2) dodatkowych zajęć edukacyjnych<sup>16)</sup>.

Nie ustala się im również oceny z zachowania.

Roczna i końcowa klasyfikacja uczennicy spełniającej obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą odbywa się zgodnie z przepisami rozdziału 3a ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1915, z późn. zm.), w którym określono ocenianie, klasyfikowanie i promowanie uczniów w szkołach publicznych.

Cofnięcie zezwolenia na realizowanie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą następuje:

- 1) na wniosek rodziców;
- 2) w przypadku gdy uczeń z przyczyn nieusprawiedliwionych nie przystąpił do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych albo nie zdał rocznych egzaminów klasyfikacyjnych;
- 3) w razie wydania zezwolenia z naruszeniem prawa.

## **6.5. Wsparcie w ramach systemu egzaminów zewnętrznych**

System egzaminów zewnętrznych dotyczy:

- 1) egzaminu ósmoklasisty, przeprowadzanego w formie pisemnej w ostatnim roku nauki w szkole podstawowej (w klasie VIII);

---

<sup>15)</sup> Zgodnie z art. 37 ust. 7 pkt 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe*.

<sup>16)</sup> Zgodnie z § 15 ust. 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. *w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych* (Dz. U. poz. 373).

- 2) egzaminu maturalnego, przeprowadzanego dla absolwentów: liceów ogólnokształcących i techników;
- 3) egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie, przeprowadzanego dla uczniów, słuchaczy i absolwentów szkół ponadpodstawowych: branżowych szkół I i II stopnia, techników oraz szkół policealnych.

Egzamin ósmoklasisty jest co do zasady przeprowadzany w terminie głównym w maju oraz w terminie dodatkowym w czerwcu<sup>17)</sup>, egzamin maturalny jest przeprowadzany jeden raz w ciągu roku, w okresie od maja do września, w terminie głównym, dodatkowym i poprawkowym<sup>18)</sup>, zgodnie z ogłaszaniem corocznie<sup>19)</sup> na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, komunikatem dyrektora tej Komisji<sup>20)</sup>. Egzamin zawodowy i egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodzie są przeprowadzane w ciągu całego roku szkolnego, a w przypadku części praktycznej tego egzaminu – w szczególności w okresie ferii letnich lub zimowych<sup>21)</sup>, zgodnie z ogłaszaniem corocznie<sup>22)</sup> na stronie internetowej Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, komunikatami dyrektora tej Komisji<sup>23)</sup>. Egzamin zawodowy jest przeprowadzany w terminie głównym (między 2 listopada a 28 lutego danego roku szkolnego oraz między 1 kwietnia a 31 sierpnia danego roku szkolnego) i terminie

---

<sup>17)</sup> Zgodnie z art. 44zt ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

<sup>18)</sup> Zgodnie z art. 44zzc ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

<sup>19)</sup> Nie później niż do dnia 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany egzamin maturalny – zgodnie z § 6 pkt 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu maturalnego (Dz. U. poz. 2223, z późn. zm.).

<sup>20)</sup> Dotyczący roku szkolnego 2020/2021 – Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej z 20 sierpnia 2020 r. w sprawie harmonogramu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty oraz egzaminu maturalnego w 2021 roku.

[https://cke.gov.pl/images/\\_KOMUNIKATY/20201222%20E8%20EM%20Komunikat%20o%20harmonogramie%20AKTUALIZACJA.pdf](https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/20201222%20E8%20EM%20Komunikat%20o%20harmonogramie%20AKTUALIZACJA.pdf)

<sup>21)</sup> Art. 44zzc ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

<sup>22)</sup> Nie później niż do dnia 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany egzamin zawodowy – zgodnie z § 14 ust. 1 i § 70 ust. 1 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.).

<sup>23)</sup> Komunikaty dotyczące roku szkolnego 2020/2021: Komunikat dyrektora CKE z 20 sierpnia 2021 r. w sprawie harmonogramu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu eksternistycznego zawodowego w 2022 r.:

[https://cke.gov.pl/images/\\_KOMUNIKATY/3.2021\\_PP2019\\_EZ-%20aktualizacja%20ostateczna%20-30.12.2021.pdf](https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/3.2021_PP2019_EZ-%20aktualizacja%20ostateczna%20-30.12.2021.pdf)

Komunikat dyrektora CKE z 20 sierpnia 2021 r. w sprawie harmonogramu przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie oraz egzaminu eksternistycznego potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w 2022 r.:

[https://cke.gov.pl/images/\\_KOMUNIKATY/2.2022\\_PP2017\\_EPKwZ\\_ostateczna\\_aktualizacja%2030\\_12\\_2021.pdf](https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/2.2022_PP2017_EPKwZ_ostateczna_aktualizacja%2030_12_2021.pdf)

dodatkowym<sup>24)</sup>. Dla egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie nie jest organizowany termin dodatkowy.

W związku ze stanem epidemii terminy przeprowadzania w 2020 r. egzaminów uległy zmianie.

Zgodnie z § 11i rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 20 marca 2020 r. w *sprawie szczególnych rozwiązań w okresie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, dyrektor Centralnej Komisji Egzaminacyjnej 24 kwietnia 2020 r. ogłosił *komunikat w sprawie harmonogramu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty, egzaminu gimnazjalnego oraz egzaminu maturalnego w 2020 roku*<sup>25)</sup>. Komunikat zawierał informację dotyczącą części pisemnego egzaminu maturalnego, który miał się odbyć w terminie 8–29 czerwca 2020 r. Termin dodatkowych egzaminów maturalnych wyznaczono na 8–17 lipca 2020 r., a egzamin poprawkowy odbył się 8 września 2020 r. Natomiast 11 maja 2020 r. zostały opublikowane:

- 1) Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej w sprawie harmonogramu przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie oraz egzaminu eksternistycznego potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w 2020 roku według podstawy programowej kształcenia w zawodach z 7 lutego 2012 r. – Formuła 2012;
- 2) Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej w sprawie harmonogramu przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie oraz egzaminu eksternistycznego potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w 2020 roku według podstawy programowej kształcenia w zawodach z 31 marca 2017 r. – Formuła 2017;
- 3) Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej w sprawie harmonogramu przeprowadzania egzaminu zawodowego w 2020 roku według podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego z 16 maja 2019 r. – Formuła 2019<sup>26)</sup>.

---

<sup>24)</sup> Zgodnie z art. 9a ust. 2 pkt 10 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz § 6 ust. 15 i § 62 ust. 15 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2019 r. w *sprawie szczególnych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie*.

<sup>25)</sup> <https://cke.gov.pl/aktualizacja-harmonogramu-e8-eg-i-em-aktualizacja-informacji-o-sposobie-organizacji-i-przeprowadzania-e8-i-em/>

<sup>26)</sup> [https://cke.gov.pl/images/\\_KOMUNIKATY/20200511%20EPKwZ\\_Formula2012%20Harmonogram.pdf](https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/20200511%20EPKwZ_Formula2012%20Harmonogram.pdf)  
[https://cke.gov.pl/images/\\_KOMUNIKATY/20200511%20EPKwZ\\_Formula2017%20Harmonogram.pdf](https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/20200511%20EPKwZ_Formula2017%20Harmonogram.pdf)  
[https://cke.gov.pl/images/\\_KOMUNIKATY/20200511%20EPKwZ\\_Formula2019%20Harmonogram.pdf](https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/20200511%20EPKwZ_Formula2019%20Harmonogram.pdf)

Egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodzie był przeprowadzony w terminie od 22 czerwca do 9 lipca 2020 r. Natomiast egzamin zawodowy został przeprowadzony w dniach od 17 do 28 sierpnia 2020 r.

Możliwe sposoby dostosowania przeprowadzania egzaminu maturalnego są wymienione w ogłaszanych każdego roku w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej<sup>27)</sup> komunikacie w sprawie *szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu maturalnego*<sup>28)</sup>. 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 ucznia, do egzaminu maturalnego w warunkach dostosowanych do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, nieujętych w komunikacie dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej<sup>29)</sup>. Zdający może więc przystąpić do egzaminu w warunkach i formie dostosowanych do jego potrzeb i możliwości.

Centralna Komisja Egzaminacyjna przygotowuje arkusze maturalne w formie dostosowanej do potrzeb zdających, tym samym zasady oceniania rozwiązań zadań są dostosowane do zmieniionego arkusza.

Ponadto, w szczególnych przypadkach wynikających ze stanu zdrowia absolwentki, za zgodą dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej, egzamin maturalny może być przeprowadzony w innym miejscu niż szkoła<sup>30)</sup>. Wniosek o wyrażenie zgody składa do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej dyrektor szkoły, któremu absolwentka złożyła deklarację nie później niż na 2 miesiące przed terminem egzaminu maturalnego lub składa sama absolwentka

---

<sup>27)</sup> Dostępnej pod adresem: [www.cke.edu.pl](http://www.cke.edu.pl). Np. *Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej z 20 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu maturalnego w roku szkolnym 2020/2021*: [https://cke.gov.pl/images/\\_KOMUNIKATY/20200820%20EM%20Komunikat%20o%20dostosowaniach.pdf](https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/20200820%20EM%20Komunikat%20o%20dostosowaniach.pdf)

<sup>28)</sup> Komunikat jest ogłaszany nie później niż do dnia 10 września roku szkolnego, w którym jest przeprowadzany egzamin maturalny.

<sup>29)</sup> Zgodnie z art. 44zr ust. 17 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

<sup>30)</sup> Zgodnie z § 35 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie *szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu maturalnego*.

wraz z deklaracją<sup>31)</sup>. Uczeń powinien zwrócić się ze swoją sprawą przede wszystkim do dyrektora szkoły, którą ukończył lub do dyrektora właściwej terytorialnie okręgowej komisji egzaminacyjnej. W uzasadnionych przypadkach wniosek ten może być złożony w terminie późniejszym<sup>32)</sup>.

W uzasadnionych przypadkach absolwentka może także przystąpić do egzaminu maturalnego w innej szkole niż szkoła, którą ukończyła. Szkołę taką wskazuje dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na wniosek absolwentki. Wniosek wraz z uzasadnieniem oraz deklarację składa do dyrektora szkoły, którą ukończyła, nie później niż do dnia 31 grudnia roku szkolnego, w którym zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego<sup>33)</sup>. Dyrektor szkoły niezwłocznie przekazuje taki wniosek dyrektorowi okręgowej komisji egzaminacyjnej, który informuje absolwentkę oraz dyrektora szkoły, którą uczennica ukończyła, o sposobie rozpatrzenia wniosku nie później niż do dnia 10 marca roku szkolnego, w którym zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego<sup>34)</sup>.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*<sup>35)</sup>, 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 absolwentki lub jej rodziców, może wyrazić zgodę na przystąpienie przez nią do egzaminu maturalnego z tego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym. Rozstrzygnięcie dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej jest ostateczne<sup>36)</sup>. 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 egzaminu<sup>37)</sup>.

W przypadku egzaminu ósmoklasisty warunki przystąpienia do tego egzaminu w terminie dodatkowym regulują także przepisy ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*. Uczennica, która z przyczyn losowych lub zdrowotnych, w terminie głównym nie przystąpiła do egzaminu ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów albo przerwała egzamin

---

<sup>31)</sup> Zgodnie z § 35 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie szczególnych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu maturalnego.

<sup>32)</sup> Zgodnie z § 35 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie szczególnych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu maturalnego.

<sup>33)</sup> Zgodnie z § 34 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie szczególnych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu maturalnego.

<sup>34)</sup> Zgodnie z § 34 ust. 3 i 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie szczególnych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu maturalnego.

<sup>35)</sup> Zgodnie z art. 44zzj ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

<sup>36)</sup> Zgodnie z art. 44zzj ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

<sup>37)</sup> Zgodnie z art. 44zzj ust. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów – przystępuje do egzaminu z tego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym w szkole, której jest uczennicą lub słuchaczką<sup>38)</sup>.

Jeżeli ciąża, poród lub połów 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. Dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek dyrektora szkoły, może zwolnić uczennicę lub słuchaczkę z obowiązku przystąpienia do egzaminu ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów. Dyrektor szkoły składa wniosek w porozumieniu z rodzicami uczennicy lub słuchaczki<sup>39)</sup>.

Z kolei możliwe sposoby dostosowania przeprowadzania egzaminu zawodowego i egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie określają ogłaszane corocznie w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej komunikaty w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie<sup>40)</sup>. Regulacje w tym zakresie określają przepisy ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*. Zdający może przystąpić do egzaminu zawodowego lub egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w warunkach i formie dostosowanych do jego potrzeb i możliwości.

Rada pedagogiczna, spośród możliwych sposobów dostosowania warunków przeprowadzania egzaminu (ujętych w komunikacie) określa sposób lub sposoby dostosowania warunków lub formy przeprowadzania tego egzaminu. 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 ucznia, słuchacza albo absolwenta do egzaminu zawodowego lub egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w warunkach

---

<sup>38)</sup> Zgodnie z art. 44zz ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

<sup>39)</sup> Zgodnie z art. 44zz ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

<sup>40)</sup> Komunikat jest ogłaszany nie później niż do dnia 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany egzamin. Komunikaty dostępne są pod adresem: [www.cke.edu.pl](http://www.cke.edu.pl). Komunikaty dotyczące roku szkolnego 2020/2021 to:

1. Komunikat dyrektora CKE z 20 sierpnia 2021 r. w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w roku szkolnym 2021/2022: [https://cke.gov.pl/images/\\_KOMUNIKATY/7.%202022\\_Dostosowania-PP2012\\_2017-17%20VIII%202021-ostateczny.pdf](https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/7.%202022_Dostosowania-PP2012_2017-17%20VIII%202021-ostateczny.pdf);
2. Komunikat dyrektora CKE z 20 sierpnia 2021 r. w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu zawodowego w roku szkolnym 2021/2022: [https://cke.gov.pl/images/\\_KOMUNIKATY/8.%202022\\_Dostosowania-PP2019\\_17%20VIII%202021-ostateczny.pdf](https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/8.%202022_Dostosowania-PP2019_17%20VIII%202021-ostateczny.pdf).

dostosowanych do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, nieujętych w komunikacie<sup>41)</sup>.

Ponadto, w szczególnych przypadkach wynikających ze stanu zdrowia lub niepełnosprawności zdającego, na wniosek zdającego oraz za zgodą dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej, egzamin może być przeprowadzony w innym miejscu niż szkoła, placówka, centrum, u pracodawcy lub w podmiocie prowadzącym kwalifikacyjny kurs zawodowy. Wniosek składa się do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej nie później niż na miesiąc przed pierwszym dniem terminu głównego egzaminu zawodowego. W uzasadnionych przypadkach wniosek może być złożony w terminie późniejszym<sup>42)</sup>.

Zdający kształcący się zgodnie z podstawą programową kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego obowiązującą od 1 września 2019 r. (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 części<sup>43)</sup>.

Poza scharakteryzowanymi powyżej formami pomocy, 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, w formie odrębnego – jednoosobowego pokoju, w którym są zapewniane maksymalnie komfortowe warunki pobytu uczennicy do czasu urodzenia dziecka.

---

<sup>41)</sup> Zgodnie z 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.).

<sup>42)</sup> Zgodnie z § 17 i § 73 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie szczególnych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie.

<sup>43)</sup> Zgodnie z art. 44zzzga ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

W 2020 r. w ramach ww. zadania kontynuowano utrzymanie 219 miejsc dla uczennic w ciąży. Z tych miejsc skorzystały 3 uczennice. Na realizację zadania samorzady wydatkowały w 2020 r. kwotę 58 633,53 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 2020 r. uczniowie na mocy przepisów rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 395, z późn. zm.) realizowali treści nauczania w ramach zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” 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 oraz w klasach I–III branżowej szkoły I stopnia;
- 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.) – w klasach I i II 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 liceum ogólnokształcącego i technikum dla absolwentów dotychczasowych gimnazjów.

W 2020 r. w zajęciach edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” nie brali udziału uczniowie:

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

**Tabela 23. Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” w roku szkolnym 2020/2021**

Typ miejsca pełnienia obowiązku	Liczba uczniów uczęszczających na zajęcia edukacyjne Wychowanie do życia w rodzinie	w tym	
		dziewczęta	chłopcy
Szkoła podstawowa	1 294 276	639 896	654 380
Liceum ogólnokształcące	133 845	85 345	48 500
Technikum	162 490	62 516	99 974
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	1 238	801	437
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	501	319	182
Ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	201	152	49
Liceum sztuk plastycznych	1 015	874	141
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	47	41	6
Poznańska szkoła chóralna	59	37	22
Branżowa szkoła I stopnia	66 577	20 399	46 178
<b>RAZEM:</b>	<b>1 660 249</b>	<b>810 380</b>	<b>849 869</b>

Zródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki (wg SIO na dzień 30.09.2020)

Uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z których jedną z niepełnosprawności jest niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym lub znacznym realizują odrębną podstawę programową kształcenia ogólnego, w której przewidziano treści dotyczące 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 ramach

odrębnych obowiązkowych zajęć edukacyjnych. Dla tych uczniów nie organizuje się zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie”.

W szkole podstawowej realizację zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” 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.

Celem kształcenia ogólnego w liceum ogólnokształcącym i technikum jest:

- 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.

## **7.2. Nauczyciele realizujący zajęcia edukacyjne „Wychowanie do życia w rodzinie”**

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017 r. *w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1289), kwalifikacje do nauczania przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie w szkołach podstawowych i szkołach ponadpodstawowych posiadają osoby, które ukończyły studia wyższe (odpowiednie do typu szkoły) na kierunku zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub studia wyższe, których zakres obejmował treści programowe nauczanego przedmiotu.

Nauczyciel każdego przedmiotu w szkole ma możliwość zdobycia dodatkowych kwalifikacji do nauczania wychowania do życia w rodzinie poprzez ukończenie studiów podyplomowych w tym zakresie.

Kształcenie nauczycieli jest prowadzone w uczelniach z uwzględnieniem standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela określonego przepisami rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 r. *w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela* (Dz. U. z 2021 r. poz. 890).

W większości przypadków nauczyciele prowadzący zajęcia „Wychowanie do życia w rodzinie” nabywają kwalifikacje przez ukończenie studiów podyplomowych z tego zakresu lub nabywali przez ukończenie kursów kwalifikacyjnych, które do końca 2015 r. mogły prowadzić publiczne placówki doskonalenia nauczycieli.

**Tabela 24. Etaty nauczycieli uczących w roku szkolnym 2020/2021 r. przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”**

Typ miejsca pełnienia obowiązku	Liczba nauczycieli Wychowania do życia w rodzinie	Etaty z godz. ponadwymiarowymi
Szkoła podstawowa	12 033	2 365,92
Liceum ogólnokształcące	1 077	168,90

Technikum	1 048	177,09
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	4	0,35
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	33	4,21
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	20	1,81
Ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	2	0,10
Liceum sztuk plastycznych	23	2,29
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	1	0,17
Poznańska szkoła chóralna	1	0,12
Branżowa szkoła I stopnia	963	98,52

*Zródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki (wg Systemu Informacji Oświatowej).*

### **7.3. Podręczniki wykorzystywane do realizacji zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie”**

Podręczniki do zajęć „Wychowanie do życia w rodzinie” dopuszczone 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 klasy 2 liceum ogólnokształcącego, technikum, szkoły branżowej I stopnia, autorzy: Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 8) Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, praca zbiorowa pod red. Teresy Król i Marii Ryś, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”.

## ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY

*Zgodnie z art. 4a ust. 1 ustawy – w brzmieniu obowiązującym w 2020 r. – przerwanie ciąży mogło 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 wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu przerwanie ciąży było 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 było dopuszczalne, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni. Ponadto, ustawa w art. 4b przewiduje, że „osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiotach leczniczych”.

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

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

prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz. U. poz. 49) określono, że przerwania ciąży może dokonać lekarz posiadający specjalizację pierwszego stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii. Ponadto wystąpienie okoliczności wskazujących, że ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej. 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 25. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2010–2020 (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
<b>2020</b>	<b>1076</b>	<b>21</b>	<b>1053</b>	<b>2</b>

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

Tabela 26. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2020 r. – w podziale na województwa i przyczynę

Województwo	Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2020 r.			
	Razem	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	96	1	95	0
KUJAWSKO-POMORSKIE	33	1	32	0
LUBELSKIE	12	1	11	0
LUBUSKIE	20	1	19	0
ŁÓDZKIE	112	3	109	0
MAŁOPOLSKIE	98	0	98	0
MAZOWIECKIE	239	2	237	0
OPOLSKIE	24	1	23	0
PODKARPACKIE	1	0	1	0
PODLASKIE	26	0	26	0
POMORSKIE	147	9	138	0
ŚLĄSKIE	123	1	120	2
ŚWIĘTOKRZYSKIE	19	0	19	0
WARMINSKO-MAZURSKIE	21	0	19	0
WIELKOPOLSKIE	62	1	61	0
ZACHODNIOPOMORSKIE	45	0	45	0
<b>POLSKA</b>	<b>1076</b>	<b>21</b>	<b>1053</b>	<b>2</b>

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

Tabela 27. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2020 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

Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2020 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	191

Trisomia 21 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	182
Trisomia 13 lub trisomia 18 bez współistniejących wad somatycznych	50
Trisomia 13 lub trisomia 18 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	88
inne trisomie i częściowe trisomie autosomów bez współistniejących wad somatycznych	8
inne trisomie i częściowe trisomie autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	19
monosomie i delecje autosomów bez współistniejących wad somatycznych	3
monosomie i delecje autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	15
zrównoważone translokacje bez współistniejących wad somatycznych	2
zrównoważone translokacje ze współistniejącymi wadami somatycznymi	2
zespół Turnera ze współistniejącymi wadami somatycznymi	22
choroby warunkowane monogenowo bez współistniejących wad somatycznych	4
choroby warunkowane monogenowo ze współistniejącymi wadami somatycznymi	18
zespoły genetyczne z obrzękiem płodu	27
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim bez współistniejących wad somatycznych	10
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	6
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim bez współistniejących wad somatycznych	0
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	3
inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej bez współistniejących wad somatycznych	12
inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej ze współistniejącymi wadami somatycznymi	51
wada izolowana (dotycząca jednego układu lub organu w badaniu obrazowym)	159
wady mnogie (wady dwóch i więcej układów lub organów w badaniu obrazowym)	181
<b>RAZEM:</b>	<b>1053</b>

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.

Powyższe dane przedstawione przez Centrum e-Zdrowia (tabele nr 20–22) nie obejmują 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 2020 r. w nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji szpitalach publicznych wykonano 2 zabiegi przerwania ciąży, obydwaj 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 2020 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 2020 r. zarejestrowano łącznie 1 078 zabiegów przerwania ciąży.

W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 21 zabiegów przerwania ciąży.

W sytuacji, w której badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, wykonano łącznie 1 055 zabiegów.

Odnotowano 2 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. Częstokwem 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., czyli 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 2020 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 art. 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.

Jednocześnie, należy wskazać, że w dniu 22 października 2020 r. Trybunał Konstytucyjny wydał orzeczenie sygn. akt K 1/20, w którym stwierdził, że art. 4a ust. 1 pkt 2 ww. ustawy jest niezgodny z art. 38 w związku z art. 30 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Zgodnie z art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* przerwanie ciąży było dopuszczalne w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu.

W świetle art. 190 Konstytucji RP orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, jednak Trybunał Konstytucyjny może określić inny termin utraty mocy obowiązującej aktu normatywnego. W przypadku orzeczenia z 22 października 2020 r. inny termin wejścia w życie nie został wyznaczony.

W związku z powyższym, przepis art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* utracił moc z dniem ogłoszenia w Dzienniku Ustaw RP orzeczenia TK z 22 października 2020 r. sygn. akt K 1/20, tj. z dniem 27 stycznia 2021 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 175).

Jednocześnie, pozostałe przesłanki dopuszczające możliwość przerwania ciąży wynikające z art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy (gdy ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety ciężarnej) oraz z art. 4a ust. 1 pkt 3 ustawy (gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego) pozostały w mocy.

## ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY

### 9.1. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości

Zgodnie z zadaniami prokuratury określonymi w art. 2 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. – *Prawo o prokuraturze* (Dz. U. z 2021 r. poz. 66, z późn. zm.), w przypadkach naruszeń przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* działania prokuratury były skupione zwłaszcza na tych regulacjach, które są ujęte jako znamiona czynów zabronionych określonych w przepisach Kodeksu karnego, w tym art. 152 § 1–3 k.k., z art. 154 § 1 k.k. w zw. z art. 152 § 1 lub § 2 k.k. oraz z art. 154 § 2 w zw. z art. 152 § 3 k.k.

Ponadto, prokuratura prowadziła sprawy o przestępstwa z art. 157a § 1 k.k., które mogą być związane z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*.

Poza działaniami polegającymi *stricto* na prowadzeniu lub nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w sprawach karnych o przywołane czyny zabronione oraz sprawowaniu funkcji oskarżyciela publicznego przed sądami w tych sprawach, których w 2020 r. w fazie postępowania jurysdykcyjnego pozostawało 47, na gruncie ustawy prokuratorzy w ramach realizacji wspomnianych zadań prokuratury, a konkretnie w zakresie ochrony praworządności, podejmowali również incydentalne działania pozakarne, o których mowa w art. 3 § 1 pkt 2 i 3 *Prawa o prokuraturze*, dotyczące w szczególności:

- ustalenia ojcostwa zmarłego dziecka,
- ustalenia treści aktu urodzenia dziecka,
- objęcia opieką poczętego, nienarodzonego dziecka,
- ustalenia treści aktu urodzenia dziecka,
- ustalenia treści aktu zgonu dziecka,
- pochówku dziecka na koszt gminy.

**Tabela 28. Realizacja w 2020 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury przepisów ustawy**

L.p.	Kwalifikacja prawna	Liczba spraw zarejestrowanych w jednostkach prokuratury w 2020 r.	Liczba spraw zakończonych w jednostkach prokuratury w 2020 r.	Liczba spraw skierowanych do sądu	Liczba spraw umorzonych	Liczba spraw zakończonych odmową wszczęcia postępowania przygotowawczego	Liczba spraw zakończonych w inny sposób
1.	art. 152 § 1 lub § 2 lub § 3 k.k.	204	213	26	118	59	10
2.	art. 154 § 1 k.k. lub art. 154 § 2 k.k. w zw. z art. 152 § 3 k.k.	237	251	34	141	65	11
3.	art. 157a § 1 k.k.*	63	73	5	45	21	2
4.	Ogółem (poz. 1-2)	441	464	60	259	124	21
5.	Ogółem (poz. 1-3)	504	537	65	304	145	23

Zródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

\* Mając na względzie znamiona czynu zabronionego z art. 157a § 1 k.k. nie każda z ujętych w tej pozycji spraw musiała wiązać się z naruszeniem przepisów ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Wyodrębnienie takich spraw nie jest jednak możliwe w oparciu o dane zawarte w informatycznych bazach.

**Tabela 29. Dane za 2020 r. dotyczące udziału prokuratorów powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w charakterze oskarżycieli publicznych w postępowaniach jurysdykcyjnych w sprawach o przestępstwa związane z naruszeniem przepisów ustawy**

Powszechne jednostki organizacyjne na obszarze właściwości	Liczba postępowań jurysdykcyjnych	Liczba wyroków	Liczba wyroków, które uprawomocniły się w 2020 r.	Uwagi
Prokuratura Regionalna w Białymstoku	7	5	5	
Prokuratura Regionalna w Gdańsku	6	6	3	wszystkie 6 wyroków to wyroki skazujące
Prokuratura Regionalna w Katowicach	6	0	0	
Prokuratura Regionalna w Krakowie	5	3	1	Uprawomocnił się wyrok uniewinniający. Jeden z wyników
Prokuratura Regionalna w Lublinie	4	4	4	wszystkie to wyroki skazujące
Prokuratura Regionalna w Łodzi	4	2	2	wszystkie to wyroki skazujące
Prokuratura Regionalna w Poznaniu	3	1	1	wyrok skazujący
Prokuratura Regionalna w Rzeszowie	0	0	0	
Prokuratura Regionalna w Szczecinie	3	2	0	wyroki skazujące, które uprawomocniły się w 2021 r.

Prokuratura Regionalna w Warszawie	3	1	0	nieprawomocny wyrok skazujący
Prokuratura Regionalna we Wrocławiu	6	3	3	jeden wyrok skazujący
<b>Ogółem</b>	<b>47</b>	<b>27</b>	<b>19</b>	

*Zródło: 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, z późn. zm.) 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 2020 r. do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta wniesiono 29 sprzeciwów od opinii albo orzeczenia lekarza, z których 12 zostało rozpatrzonych merytorycznie przez Komisję Lekarską. Pozostałe sprzeciwy z powodu niespełnienia wymagań formalnych zostały zwrócone wnioskodawcom.

Z 29 wniesionych sprzeciwów 5 dotyczyło odmowy wykonania zabiegu legalnego przerwania ciąży na bazie ówczesnie obowiązujących przepisów prawa: dwie sprawy zostały rozpatrzone merytorycznie przez Komisję Lekarską, jedna została z woli pacjentki wycofana, natomiast

w dwóch sprawach Rzecznik ustalił, że zabieg przerwania ciąży został przeprowadzony w innym podmiocie leczniczym przed złożeniem sprzeciwu.

Szczegóły ww. spraw – zgodnie z informacjami przekazanymi przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta – poniżej:

1. Sprzeciw wpłynął w dniu 24 kwietnia 2020 r. Lekarz szpitala stwierdził, iż zdiagnozowana wada płodu nie uprawnia do zabiegu. Jeszcze tego samego dnia wystąpiono do pacjentki o przesłanie kopii kwestionowanej opinii. Został także podjęty kontakt telefoniczny z pacjentką. Wobec braku odpowiedzi ze strony pacjentki, w dniu 27 kwietnia 2020 r. ponownie skierowano do niej pismo. W dniu 28 kwietnia 2020 r., w związku z poronieniem, pacjentka wycofała sprzeciw.
2. Sprzeciw wpłynął w dniu 1 czerwca 2020 r. Opinia lekarza o odmowie terminacji związana była z wiekiem ciąży. W dniu 9 czerwca 2020 r. Komisja Lekarska rozpatrzyła sprzeciw i uznała go za zasadny; komisja orzekła, że wiek ciąży należało obliczyć inaczej i pacjentka kwalifikuje się do zabiegu. Wada płodu pozwalała na wykonanie zabiegu.
3. Sprzeciw wpłynął dnia 15 lipca 2020 r. Opinia lekarza o odmowie terminacji związana była z wiekiem ciąży. W dniu 21 lipca 2020 r. Komisja Lekarska rozpatrzyła sprzeciw i uznała go za zasadny; komisja orzekła, że wiek ciąży był obliczony błędnie i pacjentka kwalifikuje się do zabiegu.
4. Sprzeciw wpłynął w dniu 13 października 2020 r. Z jego treści wynikało jednak, że pacjentka zwróciła się do innego podmiotu leczniczego, gdzie przeprowadzono zabieg. Tym samym pacjentka ostatecznie zrealizowała swoje prawo do świadczeń zdrowotnych. Wobec tego Rzecznik Praw Pacjenta uznał, że zakwestionowane orzeczenie nie ma już wpływu na prawa i obowiązki pacjentki, co stanowi przeszkodę formalną do merytorycznego rozpatrzenia sprzeciwu przez Komisję Lekarską, a jakiegokolwiek rozstrzygnięcie sprawy przez Komisję nie będzie miało już wpływu na realizację uprawnienia wynikającego z przepisu prawa. Z tych powodów sprzeciw zwrócono pacjentce, wskazując jednocześnie na możliwość przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w kontekście naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych, przysługującego jej jako pacjentce.
5. Sprzeciw wpłynął w dniu 30 listopada 2020 r. Z treści zgłoszenia wynikało, że pacjentce odmówiono wykonania zabiegu przerwania ciąży z powodu ciężkiego uszkodzenia płodu. Powodem odmowy wykonania zabiegu był późny wiek ciąży.

W wyniku niezwłocznie nawiązanego kontaktu z pacjentką ustalono, że uzyskała ona zabieg w innym podmiocie leczniczym. Z przyczyn analogicznych jak w sprawie opisaną w pkt 4 sprzeciw został zwrócony wraz ze wskazaniem możliwych do podjęcia dalszych kroków prawnych.

W 2020 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził również dwa postępowania wyjaśniające w sprawach dotyczących dostępu do zabiegu legalnego przerwania ciąży:

Pierwsze z ww. postępowań wyjaśniających zostało wszczęte na wniosek pacjentki, która złożyła sprzeciw omówiony powyżej w punkcie 5. Przedmiotem postępowania jest zbadanie czy doszło do naruszenia prawa pacjentki do świadczeń zdrowotnych, prawa do poszanowania intymności i godności oraz prawa do wyrażenia zgody na udział innych osób podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Postępowanie wyjaśniające na koniec 2020 r. pozostawało w toku.

Drugie z ww. postępowań zostało wszczęte w celu zbadania okoliczności, w których pacjentka spotkała się z odmową przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży po tym jak zgłosiła się do szpitala z wynikami badań oraz zaświadczeniem, że ciąża stanowi zagrożenie dla jej zdrowia i życia, uzyskanymi w innej placówce. W toku postępowania wyjaśniającego ustalono, że po przeprowadzeniu pogłębionej diagnostyki w szpitalu wykonano zabieg przerwania ciąży z powodu zagrożenia dla zdrowia i życia matki. Postępowanie zostało zatem umorzone.

W 2020 r. Rzecznik Praw Pacjenta podejmował także inne interwencje w związku ze zgłoszeniem pacjentek, które wskazywały na trudności w dostępie do zabiegu legalnego przerwania ciąży, przykładowo odnotowano trzy rozmowy przeprowadzone przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta za pośrednictwem bezpłatnej infolinii Rzecznika Praw Pacjenta i Narodowego Funduszu Zdrowia (TIP) dotyczące poruszanej problematyki. Rozmowy te nie dotyczyły jednak zgłoszenia odmowy przeprowadzenia zabiegu legalnego przerwania ciąży, a miały charakter informacyjny.

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

W 2020 r. odpowiedzialność zawodową lekarzy regulowały przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342). 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 2020 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 30. 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 2020 r.**

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

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.