



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IX kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WPP.4521.18.2022

Druk nr 2758
Warszawa, 2 listopada 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 2021 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 2021 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

SPIS TABEL	2
WSTĘP	5
ROZDZIAŁ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ INFORMACJE EPIDEMIOLOGICZNE	6
1.1. ROZWÓJ DEMOGRAFICZNY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	6
1.2. URODZENIA I DZIETNOŚĆ KOBIEC	7
1.3. UMIERALNOŚĆ	7
ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIECĄ W CIĄŻY	9
2.1. OPIEKA REALIZOWANA W RAMACH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	9
2.2. PROGRAMY POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PLANOWANIA RODZINY, ŚWIADOMEGO MACIERZYŃSTWA ORAZ OPIEKI MEDYCZNEJ NAD KOBIECĄ W CIĄŻY	25
2.3. DZIAŁANIA O CHARAKTERZE PROFILAKTYCZNYM KIEROWANE DO KOBIEC W CIĄŻY ORAZ OSÓB W WIEKU PROKREACYJNYM PROMUJĄCE ODPOWIEDZIALNE ZACHOWANIA W CIĄŻY ORAZ W OKRESIE PREKONCEPCYJNYM	30
ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIECAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH	43
3.1. ŚWIADCZENIA RODZINNE	44
3.2. ZAPEWNIENIE POMOCY MATERIALNEJ I OPIEKI NAD KOBIECAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH PRZEZ ZAPEWNIENIE WSPARCIA W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	53
3.3. UPRAWNIENIA PRACOWNIKÓW ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM	58
3.4. POMOC SPOŁECZNA	69
3.5. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ROLNIKÓW	72
ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI	73
ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH	78
ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY	82
6.1. POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA UDZIELANA PRZEZ SZKOŁĘ	82
6.2. INDYWIDUALNE NAUCZANIE DZIECI I MŁODZIEŻY, W TYM UCZENNIC W CIĄŻY	83
6.3. WSPARCIE UDZIELANE PRZEZ PORADNIE PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE	84
6.4. SPEŁNIENIE OBOWIĄZKU SZKOLNEGO ORAZ OBOWIĄZKU NAUKI POZA SZKOŁĄ	86
6.5. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU EGZAMINÓW ZEWNĘTRZNYCH	88
ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY	94
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	94
7.2. NAUCZYCIELE REALIZUJĄCY ZAJĘCIA EDUKACYJNE „WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE”	97
7.3. PODRĘCZNIKI WYKORZYSTYWANE DO REALIZACJI ZAJĘĆ EDUKACYJNYCH „WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE”	98
ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY	100
ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY	105
9.1. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ ORGANY ŚCIGANIA I WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI	105
9.2. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA	108
9.3. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ NACZELNY SĄD LEKARSKI I OKRĘGOWE SĄDY LEKARSKIE	112

SPIS TABEL

Tabela 1. Współczynnik dzietności kobiet w latach 2015–2021	7
---	---

Tabela 2. Świadczenia udzielone w 2021 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii.....	13
Tabela 3. Wykonanie w 2021 r. świadczeń rozliczanych jako porady związane z prowadzeniem ciąży	13
Tabela 4. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I w 2021 r.....	15
Tabela 5. Liczba porodów rozliczonych w 2021 r.	15
Tabela 6. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2021 r.	16
Tabela 7. Liczba i wartość znieczuleń wykonanych w trakcie porodu, rozliczanych jako dodatkowa procedura przy porodzie drogami natury).....	18
Tabela 8. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2021 r.....	21
Tabela 9. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2021 r.	22
Tabela 10. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej – liczba i wartość udzielonych świadczeń.....	23
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	24
Tabela 12. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w rodzaju psychiatria i leczenie uzależnień	25
Tabela 13. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży realizowanej na III poziomie referencyjnym.....	25
Tabela 14. Liczba porad ginekologicznych udzielonych w roku 2021, w tym kobietom poniżej 18. roku życia	73
Tabela 15. Produkty lecznicze o działaniu antykoncepcyjnym refundowane w 2021 r.	74
Tabela 16. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2021 r.	75
Tabela 17. Realizacja programu badań prenatalnych w 2021 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę osób objętych programem)	80
Tabela 18. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno- pedagogicznych w roku szkolnym 2020/2021	85
Tabela 19. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2020/2021	85
Tabela 20. Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” w roku szkolnym 2020/2021	95
Tabela 21. Etaty nauczycieli uczących w roku szkolnym 2020/2021 r. przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”	97
Tabela 22. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2010–2021 (w skali kraju) – według przyczyn	101
Tabela 23. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2021 r. – w podziale na województwa i przyczynę	102
Tabela 24. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2021 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	102
Tabela 25. Liczba spraw prowadzonych w 2021 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury przepisów ustawy	106
Tabela 26. Liczba spraw zakończonych w 2021 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury	106
Tabela 27. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego w latach 2010–2021 – czyn główny	107

Tabela 28. 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 2021 r.....112

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. z 2022 r. poz. 1575), 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 2021 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 Generalnego;
- 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) Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom;
- 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 2021 r. ludność Rzeczypospolitej Polskiej liczyła 38 080 tys., tj. o 184,5 tys. mniej niż na koniec 2020 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 kilkadziesiąt lat, ponieważ procesy demograficzne charakteryzują się długofalowością. Zmniejszenie się liczby ludności kraju na skutek zwiększenia się liczby zgonów i zmniejszenia liczby urodzeń w 2021 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 wchodzi 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 2021 r. zarejestrowano 331 511 urodzeń żywych, tj. o ok. 24 tys. mniej niż w 2020 r.; współczynnik urodzeń spadł o 0,6 pkt do 8,7‰.

Na sytuację demograficzną w 2021 r. największy wpływ miała najwyższa od kilkadziesiąt lat liczba zgonów. Ich liczba przekroczyła o blisko 154 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 50 lat (519,5 tys. do 366 tys.), natomiast współczynnik zgonów na 100 tys. ludności osiągnął wartość wyższą o blisko 117 w stosunku do 2020 r. Niekorzystna sytuacja w zakresie umieralności wraz z bardzo niskim poziomem urodzeń w 2021 r. przyczyniły się do nadal niskiego poziomu przyrostu naturalnego. Współczynnik przyrostu naturalnego (na 1 000 ludności) wyniósł w 2021 r. – 4,9 (wobec –3,2 w 2020 r. i –0,9 w 2019 r.). Dla porównania w okresie wyżu

demograficznego lat 50. na każde 10 tysięcy osób przybywało ok. 200 osób, natomiast w latach 70. i 80. – ok. 100.¹⁾

1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

W 2021 r. zarejestrowano 331 511 urodzeń żywych, podczas gdy w 2020 r. zarejestrowano 355,3 tys. urodzeń żywych, tj. o ok 23,8 tys. mniej niż w poprzednim roku. Po dwóch latach wzrostu (w 2016 r. i 2017 r.) w kolejnych latach liczba urodzeń zaczęła spadać – w 2021 r. o ponad 20 tys. w porównaniu do poprzedniego roku. W stosunku do 2020 r. zmniejszył się też współczynnik urodzeń – o 0,6 pkt do 8,7‰.

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 stopniowy spadek.

Tabela 1. Współczynnik dzietności kobiet w latach 2015–2021

Rok	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Wartość TFR	1,29	1,36	1,45	1,43	1,42	1,38	1,32

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

W 2021 r. współczynnik dzietności wyniósł 1,32 (dla porównania w 2020 r. wyniósł on 1,38), co oznacza liczbę dzieci, które urodziłyby przeciętnie kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15–49 lat) przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłyby z intensywnością obserwowaną w badanym roku 2021.

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 2021 r. po raz kolejny odnotowano spadek liczby urodzeń żywych u kobiet, których wiek wynosił 19 lat i mniej. W 2021 r. było 5 937 takich urodzeń, w 2020 r. – 7 118, w 2019 r. – 8 277, w 2018 r. – 9 224, a w 2017 r. – 10 076.

¹⁾ „Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2021 r. Stan w dniu 31 XII”, Główny Urząd Statystyczny.

1.3. Umieralność

W 2021 r. zmarło ponad 519,5 tys. osób, tj. o ok. 42 tys. więcej niż przed rokiem (gdy liczba zgonów wyniosła 477 tys. i była o ok. 68 tys. wyższa niż w 2019 r.). Współczynnik umieralności wzrósł z 12,4‰ w 2020 r. do 13,6‰ w 2021 r. (w latach przed pandemią oscylował wokół 10%). Na tak duży wzrost wpłynęło przede wszystkim zwiększenie umieralności w I półroczu 2021 r., kiedy zarejestrowano 270,7 tys. zgonów, tj. o blisko 30% więcej niż w analogicznym okresie roku poprzedniego. W II półroczu 2021 r. liczba zgonów była również wysoka (wyniosła ok. 250 tys.), choć niższa niż rok wcześniej (kiedy sięgnęła 268,8 tys.). Średnia tygodniowa liczba zgonów w 2021 r. wyniosła ok. 10 tys. (wobec ponad 9 tys. w 2020 r.). Około 52% osób zmarłych w 2021 r. stanowili mężczyźni.

Pozytywnym zjawiskiem jest utrzymująca się niska umieralność niemowląt. W 2021 r. zmarło ok. 1,3 tys. dzieci w wieku poniżej 1 roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych w 2021 r. wzrósł o 0,4 pkt do 4,0‰, ale nie odbiegał istotnie od wartości obserwowanych w kilku poprzednich latach i był znacznie niższy niż wcześniej (w 2000 r. wynosił 8,1‰, a w 1990 r. 19,3‰).

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 2006 r. poz. 1471 oraz z 2009 r. poz. 946), 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.²⁾) w art. 2 w ust. 1 pkt 4 zapewnia prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie kobietom w okresie ciąży, porodu i połogu, mającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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. 2354³⁾).

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

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427 i 2469 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, i 807, 974, 1002, 1079, 1265 i 1352.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 91, 583, 830, 835, 1383 i 1561.

- 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.

Określony przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia⁴⁾ z dnia 16 sierpnia 2018 r. standard organizacyjny opieki okołoporodowej 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

⁴⁾ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

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.

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 2021 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	dotyczy kobiet do 35 r.ż.				dotyczy kobiet w 35 r.ż. i starszych			
	02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
	rozpoznanie – ciąży (O00 – O99 oraz Z32 – Z36)				rozpoznanie – ciąży (O00 – O99 oraz Z32 – Z36)			
	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	7 209 569	65 027	14 344	190	1 833 464	17 347	4 330	183
KUJAWSKO-POMORSKI	4 868 127	51 674	11 943	172	1 006 514	10 910	2 758	163
LUBELSKI	4 660 719	43 389	8 365	94	1 077 457	10 378	2 324	89
LUBUSKI	2 209 915	22 164	4 750	44	504 917	5 206	1 286	42
ŁÓDZKI	4 179 445	50 126	10 766	150	1 009 569	12 391	3 197	142
MAŁOPOLSKI	9 621 563	86 827	17 427	178	2 460 192	22 653	5 052	170
MAZOWIECKI	13 806 300	140 894	34 817	273	4 215 671	45 538	11 988	267
OPOLSKI	1 360 816	13 046	3 893	50	306 003	2 988	907	51
PODKARPACKI	6 558 042	60 572	10 238	115	1 586 200	14 985	2 738	115
PODLASKI	4 186 647	40 942	6 652	56	874 861	8 633	1 634	52
POMORSKI	7 683 305	73 571	14 523	117	1 781 282	17 575	3 792	115
ŚLĄSKI	11 188 927	115 160	19 750	366	2 588 443	27 023	5 258	359
ŚWIĘTOKRZYSKI	2 184 146	21 583	4 886	109	514 820	5 226	1 326	105
WARMIŃSKO-MAZURSK	4 615 476	44 416	8 143	92	1 036 924	10 224	2 145	91
WIELKOPOLSKI	6 832 977	64 518	15 796	205	1 561 688	14 920	3 941	197
ZACHODNIOPOMORSKI	3 911 393	40 625	8 556	107	851 427	9 003	2 093	103
RAZEM	95 077 367	934 534	194 849	2 318	23 209 432	235 000	54 769	2 244

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela 3. Wykonanie w 2021 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	2 484 833	13 784	4 943	106	625 398	3 471	1 262	97
KUJAWSKO-POMORSKI	3 414 562	19 683	5 918	103	678 582	3 916	1 216	96
LUBELSKI	608 351	3 365	1 026	23	129 872	702	248	21
LUBUSKI	458 918	2 773	1 005	20	93 953	569	218	18
ŁÓDZKI	958 406	5 650	2 131	71	245 668	1 226	476	63
MAŁOPOLSKI	821 774	4 505	1 683	44	190 127	1 045	408	39
MAZOWIECKI	5 444 278	31 025	9 790	153	1 560 459	8 666	2 861	147
OPOLSKI	1 740 026	9 616	2 671	42	330 816	1 826	549	42
PODKARPACKI	1 959	12	5	1	1 426	9	2	1
PODLASKI	251 450	1 439	587	11	53 474	300	138	10
POMORSKI	3 168 027	19 461	5 752	61	617 287	3 808	1 203	60
ŚLĄSKI	468 436	2 740	1 369	72	108 010	639	319	59
ŚWIĘTOKRZYSKI	754 092	4 332	1 486	50	174 275	993	369	47
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 318 480	7 456	2 316	35	262 404	1 498	487	32
WIELKOPOLSKI	5 855 814	33 436	10 155	161	1 211 484	6 932	2 240	157

ZACHODNIOPOMORSKI	1 591 945	9 430	3 223	61	313 189	1 882	654	58
RAZEM	29 341 351	168 707	54 060	1 014	6 596 424	37 482	12 650	947

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 płoгу 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 płoгу. 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 2021 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	25 056 602	25 014 663	4 077	3 991	1 276	32
LUBUSKI	1	1 437 057	1 398 709	265	254	122	0
MAŁOPOLSKI	1	17 538 697	17 405 062	2 311	2 242	1 223	376
MAZOWIECKI	1	8 065 229	8 063 749	1 691	1 554	480	232
POMORSKI	2	15 124 247	15 116 742	2 824	2 731	752	0
ŚLĄSKI	2	12 186 280	12 175 482	2 345	2 169	1 193	186
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1	5 917 937	5 866 979	1 065	1 050	447	162
ZACHODNIOPOMORSKI	1	2 447 073	2 447 072	508	439	242	0
RAZEM	11	87 773 122	87 488 458	15 086	14 430	5 735	988

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.3. Porody, w tym porody zakończone cięciem cesarskim

W 2021 r. rozliczono 267 002 porody sześcioma produktami rozliczeniowymi (Jednorodnymi Grupami Pacjentów).

Tabela 5. Liczba porodów rozliczonych w 2021 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	13 164	239	1 140	2 019	83	2 870	19 515
KUJAWSKO-POMORSKI	12 417	219	566	2 070	1	1 187	16 460
LUBELSKI	4 952	42	341	856	4	987	7 182
LUBUSKI	2 682	22	76	450		977	4 207
ŁÓDZKI	9 256	213	899	2 081	28	898	13 375
MAŁOPOLSKI	17 304	262	3 746	433	7	482	22 234
MAZOWIECKI	39 497	791	3 753	2 783	38	3 877	50 739
OPOLSKI	4 059	136	322	242		819	5 578
PODKARPACKI	13 393	243	1 005	637	1	2 109	17 388
PODLASKI	6 901	35	73	396	27	389	7 821
POMORSKI	14 361	319	1 009	947	2	1 591	18 229
ŚLĄSKI	23 704	472	2 106	1 594	23	1 466	29 365

ŚWIĘTOKRZYSKI	3 943	55	1 315	1 185	85	1 451	8 034
WARMIŃSKO-MAZURSKI	7 058	127	469	762	108	702	9 226
WIELKOPOLSKI	25 053	417	1 879	1 312	1	2 411	31 073
ZACHODNIOPOMORSKI	5 988	52	70	116	3	347	6 576
RAZEM	203 732	3 644	18 769	17 883	411	22 563	267 002

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W ramach powyższej liczby porodów 121 062 porody zakończyły 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 2021 r.

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba porodów
1	DOLNOŚLĄSKI	9 861
2	KUJAWSKO-POMORSKI	6 010
2	LUBELSKI	4 087
4	LUBUSKI	2 111
5	ŁÓDZKI	6 698
6	MAŁOPOLSKI	11 095
7	MAZOWIECKI	20 361
8	OPOLSKI	2 641
9	PODKARPACKI	9 534
10	PODLASKI	4 594
11	POMORSKI	6 062
12	ŚLĄSKI	13 672
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	4 294
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	4 477
15	WIELKOPOLSKI	12 527
16	ZACHODNIOPOMORSKI	3 038
RAZEM		121 062

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2021 r. wskaźnik cięć cesarskich wyniósł 45,3%. Dla porównania w 2017 r. wskaźnik ten wyniósł 44,2%, w 2018 r. – 43,65%, w 2019 – 43,01%, a w 2020 r. – 43,8%.

Wskaźnik cesarskich cięć jest na bieżąco monitorowany za pomocą dostępnych danych statystycznych otrzymywanych z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia, jak również za pośrednictwem konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii wraz z kierowanymi przez nich zespołami konsultantów wojewódzkich.

2.1.4. Łagodzenie bólu porodowego

Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej w rozdziale VII przewidują regulacje dotyczące łagodzenia bólu porodowego. W świetle powyższych przepisów rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego. Rodzącej przyjmowanej do podmiotu wykonującego działalność leczniczą w celu porodu przekazuje się, w sposób dla niej zrozumiały, informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w tym podmiocie. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą oraz zapewniają rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu, uwzględniając jej zdanie w tym zakresie.

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

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

Metody nefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:

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

Natomiast metody farmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:

- 1) analgezję wziewną;
- 2) 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 2021 r. wykonano 15 572 znieczulenia zewnątrzoponowe. Wartość produktu do sumowania „Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu nie zawarte w JGP⁵⁾” wynosiła w 2021 r. 600 punktów.

Tabela 7. Liczba i wartość znieczuleń wykonanych w trakcie porodu, rozliczanych jako dodatkowa procedura przy porodzie drogami natury⁶⁾

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba wykonanych produktów	Wartość wykonanych produktów (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	1 276	775 773
KUJAWSKO-POMORSKI	164	98 838
LUBELSKI	81	48 636
LUBUSKI	30	18 000
ŁÓDZKI	1 747	1 022 880
MAŁOPOLSKI	688	419 538
MAZOWIECKI	8 518	5 162 754
OPOLSKI	60	36 465
PODKARPACKI	373	227 187
PODLASKI	372	224 364
POMORSKI	765	466 611
ŚLĄSKI	1 027	617 820
ŚWIĘTOKRZYSKI	191	113 652
WARMIŃSKO-MAZURSKI	254	156 300
WIELKOPOLSKI	26	15 960
RAZEM	15 572	9 404 778

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2021 r. rozliczono łącznie 267 002 świadczenia związane z porodem. Po odliczeniu porodów w wyniku cesarskiego cięcia (121 062), 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

⁵⁾ Przez JGP należy rozumieć „Jednolite Grupy Pacjentów”.

⁶⁾ Tabela nie zawiera informacji o znieczuleniach wykonanych w ramach KOC I i KOC II/III.

do zapewnienia na oddziale położnictwa i ginekologii stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – w lokalizacji. W oddziale ginekologicznym i położniczym o II i III poziomie referencyjnym jest wymagana stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii albo lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem zapewnienia w strukturze szpitala oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, 655, 974 i 1079) – 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 z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” 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 KOC II/III szczególna pomoc medyczna finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia 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 2021 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeniodawców	Wartość świadczeń – ogółem (w zł)	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba porodów – ogółem	Liczba cięć cesarskich	Liczba znieczuleń podanych do porodu drogami
LUBELSKI	8	87 126 468	9 336	8 077	3 907	1
LUBUSKI	3	27 473 314	2 988	2 640	1 535	0
ŁÓDZKI	6	50 468 285	6 956	5 848	3 332	680
MAŁOPOLSKI	3	94 377 798	9 669	8 706	4 246	1 822
OPOLSKI	2	10 755 792	1 377	1 174	598	0
PODLASKI	1	21 931 859	2 214	1 981	970	459
POMORSKI	1	7 004 256	998	882	287	5
ŚLĄSKI	2	23 034 030	2 831	2 655	1 334	58
WIELKOPOLSKI	1	26 348 505	2 072	1 890	1 003	0
ZACHODNIOPOMORSKI	3	65 322 512	6 233	5 701	3 069	38
RAZEM	30	413 842 819	44 674	39 554	20 281	3 063

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Zgodnie z powyższymi danymi w 2021 r. wartość świadczeń zrealizowanych w ramach KOC II/III wyniosła ogółem 413 842 819 zł (dla porównania w 2020 r. wartość tych świadczeń wyniosła 383 428 480 zł, 2019 r. – 346 095 008 zł, a w 2018 r. 294 494 889 zł).

2) Dziecięca opieka koordynowana

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. 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. roku życia, 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.

W związku z ograniczoną dostępnością do świadczeń w zakresie DOK, biorąc pod uwagę zalecenia pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli oraz postulaty świadczeniodawców

realizujących DOK, zarządzeniem Nr 211/2021/DSOZ z dnia 21 grudnia 2021 r. wprowadzono modyfikację rozliczania świadczeń, pozwalającą bardziej elastycznie realizować plan opieki. Zmiany polegają na możliwości udziału w ocenie kwartalnej i rocznej zamiast (obowiązkowego dotychczas) okulisty, innego lekarza specjalisty, w zależności od wskazań medycznych (zgodnie z decyzją lekarza koordynującego) oraz dodaniu do katalogu świadczeń produktu rozliczeniowego: „dodatkowa konsultacja jednego lekarza specjalisty innego niż uczestniczący w poradach kompleksowych (częstotliwość: 24 razy w 3 letnim cyklu leczenia tj. 8 porad rocznie)” z możliwością jej rozliczania na zasadach określonych w zarządzeniu. Przepisy ww. zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 stycznia 2022 r.

Tabela 9. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2021 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentów	Wartość rozliczonych świadczeń	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKI	145	521 952	1
LUBELSKI	1	296	1
ŁÓDZKI	72	121 900	1
OPOLSKI	52	144 802	1
ŚLĄSKI	128	185 658	1
WIELKOPOLSKI	206	145 493	1
RAZEM:	604	1 120 101	6

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W świetle powyższych danych w 2021 r. opieką w ramach DOK objęto 604 pacjentów, a wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła ogółem 1 120 101 (dla porównania w 2020 r. w ramach DOK udzielono świadczeń 586 pacjentom, w 2019 r. – 540 pacjentom, a w 2018 r – 521 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 2021 r. świadczeniem perinatalnej opieki paliatywnej objęto 466 pacjentów. Wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 436 688 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	Liczba pacjentów	Wartość świadczeń – ogółem (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	133	32	36 271
LUBELSKI	13	13	15 959
ŁÓDZKI	32	13	17 410
MAŁOPOLSKI	12	12	15 959
MAZOWIECKI	701	276	226 329
OPOLSKI	5	5	7 243
PODKARPACKI	59	37	49 328
PODLASKI	15	5	7 254
POMORSKI	66	18	24 664

ŚLĄSKI	18	14	11 607
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1	1	1 451
WIELKOPOLSKI	113	40	23 213
RAZEM	1 168	466	436 688

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 w 2021 r. 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	6	729
KUJAWSKO-POMORSKI	5	609
LUBELSKI	171	20 786
LUBUSKI	31	4 104
MAZOWIECKI	39	4 668
OPOLSKI	15	2 366
PODKARPACKI	166	20 467
POMORSKI	9	1 064
ŚLĄSKI	20	2 376
ŚWIĘTOKRZYSKI	37	4 531
WARMIŃSKO-MAZURSKI	17	2 061
WIELKOPOLSKI	65	8 303
ZACHODNIOPOMORSKI	6	717
RAZEM:	587	72 781

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 udzielonych świadczeń	Wartość udzielonych świadczeń w zł
DOLNOŚLĄSKI	1	153,43
ŁÓDZKI	1	228,93
MAŁOPOLSKI	1	139,79
MAZOWIECKI	6	836,89
POMORSKI	1	131,23
ŚLĄSKI	1	243,54
WIELKOPOLSKI	1	136,38
ZACHODNIOPOMORSKI	2	289,81
ZACHODNIOPOMORSKI	6	772,83

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela 13. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży realizowanej na III poziomie referencyjnym

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba kobiet objętych opieką	Wartość świadczeń (w zł)
LUBELSKI	16	9 584
LUBUSKI	4	2 396
MAŁOPOLSKI	16	9 584
WIELKOPOLSKI	2	1 246
ZACHODNIOPOMORSKI	141	84 459

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 2021 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. „Rządowy program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2018–2023”

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. Realizacji celu poprawy stanu zdrowia dzieci nienarodzonych służy prowadzenie kompleksowej terapii płodu z wykorzystaniem wszystkich dostępnych możliwości tak, aby uzyskać jak najwyższy wynik sukcesu w zastosowanej terapii. Ocena sukcesu terapii będzie polegała 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 lub doposażenie krajowych ośrodków prowadzących terapię wewnątrzmaciczną w aparaturę i sprzęt niezbędny do wykonywania zabiegów wewnątrzmacicznych.

W 2021 r. w ramach programu sfinansowanych zostały: 172 zabiegi ukierunkowane 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. Realizacja zadań przyczyniła się do podniesienia jakości wykonywanych zabiegów.

Środki wydatkowane w roku 2021 to kwota 1 646 tys. zł.

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

Głównym celem realizowanych zadań w ramach Programu jest obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu chorób wrodzonych oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu upośledzeniu fizycznemu i intelektualnemu, wynikającemu z tych chorób. Obecnie badania przesiewowe realizowane w ramach Programu umożliwiają: wykrycie noworodków, u których podejrzewa się występowanie jednej z 30 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).

Należy przy tym zaznaczyć, że od kwietnia 2021 r. jedną z 30 chorób wrodzonych, w kierunku których prowadzone są badania w ramach Programu, jest SMA (rdzeniowy zanik mięśni) – jako

pilotaż wprowadzany sukcesywnie na terenie poszczególnych województw. Obecnie badania te są prowadzone już we wszystkich województwach.

Szacuje się, że w Polsce rodzi się ponad 400 dzieci rocznie z wadami metabolicznymi. Łączna częstość występowania tych chorób wynosi około 1:1 000 urodzeń żywych. Kryterium włączającym do udziału w Programie jest urodzenie dziecka w Polsce. 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 wyrażonego na piśmie przez matkę/opiekuna prawnego dziecka. W 2021 r. odnotowano 139 odmów wykonania badań przesiewowego.

W 2021 r. wykonano badania w kierunku:

- hipotyreozy – 326 423 badań,
- fenylketonurii – 353 442 badań,
- mukowiscydozy – 326 423 badań,
- rzadkich wad metabolicznych (grupa ponad 20 chorób) – 326 423 badań,
- wrodzonego przerostu nadnerczy – 326 423 badań,
- deficytu biotynidazy – 322 071 badań,
- SMA (od IV.2021) – 112 092 badań.

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

- 1) centralny rejestr noworodków oraz bazy danych leczonych objętych badaniami przesiewowymi w oparciu o dane przekazane w systemie elektronicznej transmisji danych ze wszystkich ośrodków przesiewowych w kraju do bazy realizatora Programu;
- 2) dystrybucję kodów paskowych i bibuł do pobrań do ośrodków wykonujących badania oraz wysyłkę bibuł do pobrań krwi, listów do rodziców oraz wyników badań kontrolnych i molekularnych do lekarzy prowadzących poszczególnych pacjentów;
- 3) druk ulotek dla matek, materiałów informacyjnych, plakatów, instrukcji, etykiet z kodem;
- 4) 3 strony internetowe:
 - ogólnodostępną zawierającą informacje o badaniach przesiewowych dla rodziców i lekarzy <http://przesiew.imid.med.pl>,
 - kodowaną, interaktywną dostępną dla uprawnionych osób (w tym dla kierowników laboratoriów przesiewowych), która umożliwia m. in.: uzyskanie informacji o badanych noworodkach w całej Polsce,
 - stronę serwisu internetowego pn. „pkuWEB” (<http://pkuweb.pl>) umożliwiającego podgląd online wyników badań kontrolnych w ramach leczenia fenylketonurii

i hiperfenyloalaninemii (PKU/HPA); serwis jest przeznaczony dla lekarzy, dietetyków oraz pacjentów i opiekunów prawnych pacjentów chorych na PKU/HPA;

5) szkolenia, konferencje, informacje statystyczne.

W 2021 r. badania przesiewowe umożliwiły wykrycie 374 przypadków chorób wrodzonych.

Kwota wydatkowana na realizację programu w 2021 r. wyniosła 35 435 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 kraju;
- 3) zmniejszenie zakaźności osób żyjących z HIV/AIDS (skuteczne leczenie ARV);
- 4) zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji;
- 5) zwiększenie dostępności do leków antyretrowirusowych pacjentów zakażonych HIV;
- 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.

Korzyści płynące z zapewnienia dostępu do leczenia ARV to m.in. wydłużenie okresu przeżycia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS, pozwalające na powrót do funkcji społecznych i rodzinnych, zmniejszenie zakaźności tych osób dla populacji osób zdrowych (co stanowi ważny aspekt epidemiologiczny pozwalający na ograniczenie liczby nowych zakażeń), spadek liczby zachorowań na AIDS oraz śmiertelności z powodu AIDS, a także zmniejszenie zapadalności na gruźlicę, która u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS występuje, jako zakażenie oportunistyczne oraz na inne choroby wskaźnikowe AIDS.

2.2.4. „Rządowy program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021–2023”

Program stanowi kontynuację jednego z elementów programu polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia pn.: „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020”.

Jego celem głównym jest zwiększenie dostępności do wysokiej jakości kompleksowej opieki w szeroko pojętym obszarze zdrowia prokreacyjnego, z uwzględnieniem wszystkich jego aspektów, w szczególności świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności. Dodatkowo, w celu zapewnienia kompleksowej opieki w szeroko pojętym obszarze zdrowia prokreacyjnego, z uwzględnieniem wszystkich jego aspektów, przewiduje się, że podmiotom, które są referencyjnymi ośrodkami leczenia niepłodności oraz dodatkowo spełniają określone w Programie wymagania, może zostać przyznany status Centrum Zdrowia Prokreacyjnego. Powstanie Centrów Zdrowia Prokreacyjnego skupiających w jednym miejscu kompleksową opiekę zarówno prekoncepcyjną, perinatalną, poporodową oraz opiekę nad noworodkiem powinno sprzyjać w podjęciu decyzji przez rodziców objętych tą opieką o staraniu się o kolejne dziecko.

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

Do Programu mogą zostać zakwalifikowane pary spełniające łącznie następujące kryteria:

- pary pozostające w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu,
- pary bez zdiagnozowanej niepłodności,
- osoby pełnoletnie w wieku prokreacyjnym,
- pary, które co najmniej przez 12 miesięcy bezskutecznie starały się o ciążę,
- pary objęte ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

W ramach programu sfinansowano katalog 136 świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności.

Wydatki na kompleksową diagnostykę niepłodności realizowaną w ramach programu w 2021 r. wyniosły 1 875 tys. zł (według sprawozdania przekazanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia).

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), która do 31 grudnia 2021 r.⁷⁾ była jednostką podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W 2021 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 (odmatczyńnych)

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.

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

⁷⁾ Z dniem 1 stycznia 2022 r. na mocy ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2469), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zostały przekształcone w Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

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.

W 2021 r., w ramach programu profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV zostały objęte 73 kobiety ciężarne zakażone HIV. Odbyły się 34 porody kobiet zakażonych HIV, w ciąży na koniec 2021 r. było 39 kobiet (poród planowany w 2022 r.). Leki antyretrowirusowe otrzymały 34 noworodki.

Wartość profilaktyki zakażeń wertykalnych

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

1. Szacunkowy koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży w 2021 r.:

a) ciąży zakończone porodem w 2021 r., tj. leczenie ARV w ciągu 9 mies. x 2 150,00 zł x 34 kobiety = 657 900,00 zł,

b) pozostałe ciąży w 2022 r., średnio 5 mies. x 2 150,00 zł x 39 kobiet = 419 250,00 zł.

2. Zestaw leków dożylnych do porodu: 235,00 zł x 34 porodów = 7 990,00 zł.

3. Leki dla noworodków urodzonych przez matki HIV+: 1799,16,00 zł x 34 dzieci = 61 171,44 zł.

Łącznie na profilaktykę wertykalną wydatkowano: 1 146 311,44 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 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 postęпами 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, szczepienia należy odroczyć do uzyskania stabilnej poprawy immunologicznej. Najlepiej odpowiadają dzieci z prawidłowymi (dla danej grupy wiekowej) wartościami CD4.

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, na którym są zamieszczone aktualne i kompleksowe materiały i informacje 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. 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* (22- 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 listopadzie i grudniu 2021 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 2021 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, aktualnie prowadzonymi kampaniami profilaktycznymi, doniesienia z międzynarodowych i krajowych konferencji na temat HIV/AIDS oraz informacje umożliwiające budowanie świadomości i promowanie kompleksowego podejścia do profilaktyki HIV.

W 2021 r. w ramach działań informacyjno-edukacyjnych zrealizowano kolejną odsłonę kampanii pod hasłem „*Czy wiesz, że...*”. Celem kampanii było wzmocnienie już posiadanej wiedzy, obalenie mitów i podanie kolejnych faktów na temat HIV, choroby AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs). Grupą docelową kampanii był ogół społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem osób w podziale na wiek: 18–34 lata oraz 35–49 lat. Działania kampanijne zostały przeprowadzone w dwóch etapach.

Etap I zrealizowano w dniach 16–30 czerwca 2021 r. Kampania prowadzona była w mediach społecznościowych (Facebook/Instagram) oraz poprzez ekspozycję plakatów kampanijnych na zewnętrznych tablicach informacyjnych, tzw. citylightach, umieszczonych głównie na przystankach komunikacji miejskiej oraz w uczęszczanych miejscach miast (np. pasaż

handlowe czy deptaki). Przygotowano 500 nośników w 12 województwach, z wyłączeniem województw: lubuskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego i warmińsko-mazurskiego.

Etap II zrealizowano w dniach od 18 listopada do 8 grudnia 2021 r. Dzięki temu wzmocniono przekaz związany z Europejskim Tygodniem Testowania, przypadającym w dniach 19–26 listopada 2021 r., oraz z obchodami Światowego Dnia AIDS (1 grudnia). W drugim etapie wzmocniono przekaz dotyczący zagadnień związanych z profilaktyką farmakologiczną HIV/AIDS:

- PrEP – profilaktyka przed narażeniem na zakażenie HIV,
- PEP – profilaktyka po narażeniu na zakażenie HIV,
- profilaktyka wertykalna – zapobieganie przeniesienia zakażenia HIV z zakażonej matki na dziecko w czasie ciąży, porodu i podczas karmienia piersią,
- leczenie antyretrowirusowe (ARV).

Głównym zadaniem kampanii było przede wszystkim budowanie świadomości i promowanie całościowego podejścia do profilaktyki zakażeń. Wiedza, w jakim stopniu konkretne działania przekładają się na spadek liczby nowych przypadków zakażeń HIV, wydaje się kluczowa.

Środki finansowe przeznaczone na zadanie (kampania i działania informacyjne): 578 556,03 zł.

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

Szkolenia zostały przeprowadzone w 11 cyklach. Każdy z cykli trwał po 5 godzin dydaktycznych podzielonych na następujące bloki tematyczne: podstawowe informacje i aspekty medyczne na temat HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową, aspekty dotyczące testowania i poradnictwa okołotestowego, ekspozycje zawodowe na materiał potencjalnie zakaźny, aspekty psychologiczne i prawne. Łącznie w szkoleniach wzięło udział 600 osób.

We współpracy ze Stowarzyszeniem Profilaktyki Zdrowotnej „JEDEN ŚWIAT”, przeprowadzono szkolenie certyfikacyjne na doradców, upoważniające do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Przeprowadzono także szkolenie dla doradców, którzy wcześniej uzyskali certyfikaty terminowe (tzw. prolongata certyfikatu). W 2021 roku, ze względu na sytuację epidemiologiczną, po raz pierwszy szkolenie dla doradców odbyło się zdalnie, na platformie

ZOOM. Szkolenie rozpoczęło się 6 sierpnia testem kwalifikacyjnych, a zakończyło 5 grudnia egzaminem. Równoległe zjazdy dwóch grup odbywały się w terminach: 3–5 września, 17–19 września i 2–3 października. Częścią szkolenia były też staż w wybranym punkcie konsultacyjno-diagnostycznym, warsztaty i superwizja oraz – w szkoleniu na prolongatę certyfikatu – studium przypadku. Na szkolenie certyfikacyjne przyjęto 30 osób, do egzaminu zostało ostatecznie dopuszczonych 29 osób. Ostatecznie certyfikat doradcy uzyskały 24 osoby. W szkoleniu na prolongatę wzięły udział 4 osoby, 2 z nich zrezygnowały, w ich miejsce przyjęto 2 kolejne z listy rezerwowej. Wszyscy uczestnicy zdali egzamin.

Środki finansowe przeznaczone na te zadania: 136 115,00 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: lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, pracowników laboratoriów, punktów krwiodawstwa, innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV, oraz osób zainteresowanych tematyką HIV/AIDS, którzy chcą poszerzyć swoją wiedzę, jak i doradców zatrudnionych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową. Co kwartał, na portalu w zakładce „Aktualności”, umieszczane są bieżące informacje, dotyczące wydarzeń związanych z tematem HIV/AIDS, a także aktualne numery kwartalnika „Kontra”.

Działalność profilaktyczna związana z zapobieganiem zakażeniom HIV i zapewnieniem odpowiedniego dostępu do informacji w tym zakresie była prowadzona przez Krajowe Centrum ds. AIDS również przez dystrybucję publikacji tematycznych, takich jak ulotka dotycząca postępowania po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV). Ulotka zawiera informacje o zasadach bezpiecznej pracy oraz o tym, kiedy może dojść do zakażenia w czasie ekspozycji zawodowej oraz jak należy postępować przy podejrzeniu zakażenia HBV, HCV i HIV. Umieszczono w niej także wykaz ośrodków specjalistycznych, w których można znaleźć pomoc w przypadku ekspozycji zawodowej i informacje dla osób zakwalifikowanych do profilaktyki zakażenia HIV.

W 2021 r. funkcjonowało 28 punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD). Podstawowym zadaniem realizowanym w PKD jest wykonywanie bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania testów w kierunku HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzono poradnictwo okołotestowe, podczas którego były udzielane porady w zakresie bezpieczniejszych

zachowań seksualnych i inne wynikające z sytuacji pacjenta. Dzięki poradnictwu jest możliwe uzyskanie niezbędnych informacji dotyczących statusu serologicznego, a także adresów instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Informacje gromadzone w punktach anonimowego testowania pozwalają uzyskać dane statystyczne i epidemiologiczne dotyczące m.in. dróg zakażenia oraz trendów ryzykownych zachowań. Każdy test jest poprzedzany rozmową z doradcą. Podczas rozmowy szacuje się ryzyko zakażenia HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową w odniesieniu do indywidualnych zachowań klienta.

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

W 2021 r. punkty konsultacyjno-diagnostyczne przyjęły 28 646 klientów (w tym 223 osoby nie zostały skierowane na test, otrzymały informację i poradę). Wykonano testy przesiewowe u 28 423 osób, w wyniku których wykryto 448 zakażeń HIV.

W 2021 r. zaobserwowano spadek liczby osób zgłaszających się do punktów anonimowego i bezpłatnego testowania. Było to spowodowane szczególną sytuacją epidemiczną związaną z pandemią COVID-19 i wprowadzonymi obostrzeniami, które skutkowały okresowym zamknięciem punktów, skróceniem czasu ich pracy, a także niechęcią i obawami ludzi do korzystania z nich w dobie pandemii.

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 1 000. 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 *Plodowy 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.

PARPA podejmowała w 2021 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 były adresowane do różnych grup odbiorców, aby skutecznie przeciwdziałać występowaniu FASD w populacji polskiej lub zmniejszyć wielkość tego zjawiska.

W ramach edukacji publicznej w zakresie profilaktyki picia alkoholu przez kobiety w ciąży PARPA prowadziła stronę internetową www.ciazabezalkoholu.pl. Na stronie znajdują się wiadomości zarówno dla kobiet w wieku prokreacyjnym upowszechniające wiedzę dotyczącą zagadnień ze Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, jak i informacje adresowane do specjalistów zajmujących się tematyką Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, wychowawców pracujących na co dzień z dziećmi z grupy FASD, opiekunów i rodziców dzieci z deficytami typowymi dla FASD. PARPA zleciła również prowadzenie kampanii edukacyjnej w mediach społecznościowych, których celem jest edukacja kobiet w ciąży w zakresie zachowań zdrowotnych i konieczności zachowania abstynencji w ciąży. Prowadzone są portale na Facebooku, Instagramie. Odbiorcami postów edukacyjnych jest ok 100 000 osób.

W ramach współpracy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) podjęto temat profilaktyki spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży i przeciwdziałania Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych u dzieci. W celu nagłaśniania powyższego tematu wśród grona medycznego zorganizowano webinar pt.: „Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) w praktyce pielęgniarki i położnej”, w którym prelegenci poruszyli takie tematy jak: Alkohol a ciąża; Czym jest FASD? Charakterystyka pacjenta; Jak skutecznie motywować kobiety do zachowania abstynencji alkoholowej w ciąży. Ponadto temat alkoholu w ciąży (FASD) był treścią artykułów opublikowanych na łamach specjalistycznego Magazynu Pielęgniarki i Położnej. Kolejno dotyczyły one tematów: Alkohol a ciąża; Ciąża a alkohol w zaleceniach specjalistów; Rekomendacje diagnostyczne Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD). Dodatkowo przygotowano dodruk broszury „Zapobieganie FASD. Wczesne rozpoznanie ryzyka i krótka interwencja lekarska” i dołączono jako insert do Magazynu

Pielęgniarki i Położnej w nakładzie 10 000 egzemplarzy. Szacowana liczba odbiorców to ponad 10 000 osób.

W ramach działań związanych z budowaniem systemu pomocy dla dzieci z FASD i ich rodzin realizowano różnorodne pilotażowe projekty w wielu obszarach. Z taką intencją, w ramach Narodowego Programu Zdrowia, ogłoszono konkurs na organizację szkoleń dla rodziców adopcyjnych i zastępczych wychowujących dzieci z FASD. W 2021 r. zrealizowano dwa programy szkoleniowe, w oparciu o różne formuły oddziaływań. Celem projektów było nie tylko udzielenie konkretnego wsparcia grupie rodziców uczestniczących w szkoleniach, ale także weryfikacja i ocena efektywności założeń opracowanych programów edukacyjnych. Realizatorem szkoleń był Szpital Św. Ludwika z Krakowa oraz Fundacja „Rodzina od A do Z” z Żywca. Łącznie w szkoleniu wzięło udział 78 osób.

W nawiązaniu do wypracowanych standardów diagnozy FASD, opracowanych przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów, w ramach zadania realizowanego przez Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, podjęto działania związane z implementacją zaleceń oraz oceny ich funkcjonowania w praktyce. Monitorowano wypełnianie kart przesiewowych oraz reagowano na bieżąco na problemy z ich wypełnianiem. Zrealizowano 118 kart przesiewu dla lekarzy ginekologów, neonatologów, położnych, pielęgniarek środowiskowych, lekarzy POZ; 67 kart przesiewu dla lekarzy POZ, pediatrów oraz 124 karty przesiewu dla psychologa szkolnego, pedagoga szkolnego. W części przesiewowej łącznie przebadanych zostało 309 pacjentów. W części diagnostycznej uczestniczyło 20 pacjentów. Diagnozy w kierunku FASD były stawiane podczas hospitalizacji pacjentów w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie. Pacjenci i opiekunowie po zakończonym procesie otrzymali opinie podsumowujące proces diagnostyczny. Po zakończeniu etapu badań przesiewowych oraz diagnostycznych otrzymano od uczestników projektu 13 opinii dotyczących dalszych zaleceń. Opinie zostały przeanalizowane przez koordynatora merytorycznego zadania i na podstawie wniosków zawartych w opiniach została przeprowadzona dyskusja w formie badania fokusowego.

Dodatkowo, w ramach zadania „Szkolenia specjalistów w zakresie diagnozy FASD w oparciu o rekomendacje opublikowane w 2020 roku (Medycyna Praktyczna – Pediatria)” zrealizowano szkolenie dla 26 osób, przygotowując je do realizacji procesu diagnostycznego. Wszystkie wykłady i warsztaty zostały przygotowane i opracowane w oparciu o wytyczne rozpoznawania FASD, opublikowanych w wydaniu specjalnym nr 1 Medycyny Praktycznej – Pediatrii w 2020 r.

Przeprowadzono również „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 szkolenia nauczyciele zwiększyli swoją wiedzę i umiejętności w zakresie wsparcia dzieci z FASD w edukacji.

Ponadto, w ramach organizacji szkoleń dla terapeutów uzależnień w zakresie profilaktyki FASD zrealizowano 3 edycje szkolenia dla terapeutów uzależnień w wymiarze 25 godzin dydaktycznych każde. W szkoleniach uczestniczyło 48 terapeutów, którzy poszerzyli swoją wiedzę i umiejętności w zakresie rozmowy z kobietami nadużywającym alkoholu w kontekście profilaktyki FASD. Opracowano także specjalną publikację dla terapeutów uzależnień dotyczącą pracy z kobietami w temacie ich płodności i rozumienia FASD pt.: „Co powinniśmy wiedzieć o FASD kiedy pomagamy osobom uzależnionym od alkoholu”. Publikacja została wydrukowana w nakładzie 10 000 egzemplarzy i przekazana do ośrodków uzależnień.

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 FASD, w tym 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, czyli ograniczania 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.

Projekt zostanie zakończony w październiku 2022 r.

ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIECIAMI 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 2022 r. poz. 1510);
- 2) ustawa z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych* (Dz. U. z 2022 r. poz. 1009, 1079, 1115 i 1265);
- 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, 1621 i 1834 oraz z 2022 r. poz. 655 i 1265);
- 4) ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. z 2022 r. poz. 615 i 1265);
- 5) ustawa z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 1, 66 i 1079);
- 6) ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2022 r. poz. 690, 830, 1079, 1383 i 1561);
- 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 2022 r. poz. 1324 i 1383);
- 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 2022 r. poz. 1577);
- 11) ustawa z dnia 7 września 2007 r. *o pomocy osobom uprawnionym do alimentów* (Dz. U. z 2022 r. poz. 1205);
- 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+”

W zakresie świadczeń wspierających rodziny z dziećmi najważniejsze narzędzie polityki rodzinnej w Polsce stanowi rządowy program „Rodzina 500+” wprowadzony 1 kwietnia 2016 r. ustawą z dnia 11 lutego 2016 r. *o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci*. W ramach programu „Rodzina 500+” rodzinom z dziećmi na utrzymaniu przysługuje świadczenie wychowawcze w wysokości 500 zł miesięcznie na dziecko od urodzenia do ukończenia 18. roku życia.

W 2021 r. o prawo do świadczenia wychowawczego mogła ubiegać się matka albo ojciec dziecka, opiekun prawny lub opiekun faktyczny dziecka (tj. osoba faktycznie opiekująca się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka) oraz w określonych przypadkach także dyrektor 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.

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

W 2021 r. przeciętna liczba dzieci uprawnionych do świadczeń w ramach programu „Rodzina 500+” wynosiła 6 540,5 tys., w tym 60,1 tys. dzieci w pieczy zastępczej. Na realizację w 2021 r. programu „Rodzina 500+” wydatkowano z budżetu państwa 40 577,5 mln zł, w tym 40 213,3 mln zł na wypłaty świadczenia wychowawczego (bez kosztów 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 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 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 1 000 zł jednorazowo,
 - b) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, przysługujący w kwocie 400 zł miesięcznie; dodatek przysługuje przez okres:
 - 24 miesiące,
 - 36 miesięcy – w przypadku opieki nad co najmniej dwojgiem dzieci, które urodziły się podczas jednego porodu,
 - 72 miesięcy – w przypadku opieki nad dzieckiem, które legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności bądź orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 3) jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. „becikowe”) przysługuje matce lub ojcu dziecka, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka w kwocie 1 000 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 1 000 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 2021 r. kwota świadczenia pielęgnacyjnego wynosiła 1971 zł miesięcznie.

W 2021 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- 1) przeciętnie miesięcznie 370,9 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 412,3 mln zł;
- 2) 83,2 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 65,2 mln zł;
- 3) przeciętnie miesięcznie 32,2 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 145,0 mln zł;
- 4) przeciętnie miesięcznie 15,6 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego w wieku do 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 16,4 mln zł;
- 5) 189,3 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 189,3 mln zł;
- 6) przeciętnie miesięcznie 72,6 tys. świadczeń rodzicielskich na kwotę ogółem w skali roku 784,6 mln zł;
- 7) przeciętnie miesięcznie 191,03 tys. świadczeń pielęgnacyjnych na kwotę ogółem w skali roku 4460,2 mln zł.; za osoby pobierające to świadczenie opłacane są również z budżetu państwa składki emerytalno-rentowe i zdrowotne, w 2021 r. przeznaczono na ten cel 981,9 mln zł;
- 8) przeciętnie miesięcznie 911,58 tys. zasiłków pielęgnacyjnych na kwotę ogółem w skali roku 2351,1 mln zł.

Ponadto gminy wypłaciły ze środków własnych 8,7 tys. zapomóg z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 6,4 mln zł oraz 1,3 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 świadczeń z funduszu alimentacyjnego jest uzależnione od spełnienia kryterium dochodowego, które wynosi 900 zł miesięcznie w przeliczeniu na osobę w rodzinie. Ponadto przy ustalaniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego ma zastosowanie tzw. mechanizm „złotówka za złotówkę”, który zakłada, że przekroczenie przez osobę uprawnioną progu dochodowego uprawniającego do świadczeń z funduszu alimentacyjnego, nie skutkuje utratą prawa do tych świadczeń, ale zmniejszeniem wysokości świadczeń o kwotę przekroczenia kryterium dochodowego. W 2021 r. przeciętnie miesięcznie wypłacano 206,9 tys. świadczeń z funduszu alimentacyjnego na kwotę ogółem w skali roku 1 030,5 mln zł.

3.1.1.4. Jednorazowe świadczenie w wysokości 4 000 zł, przyznawane na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (działanie 2.7⁸⁾. 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 w wysokości 4 000 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

⁸⁾ Zgodnie z numeracją działań Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” w wersji obowiązującej do 31 grudnia 2021 r.

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 4 000 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 2021 r. wypłacono 4 180 świadczeń na kwotę 16 720 tys. zł.

3.1.1.5. Rodzinny kapitał opiekuńczy

W 2021 r. przygotowano i uchwalono ustawę z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym (Dz. U. poz. 2270). Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. Rodzinny kapitał opiekuńczy to nowy instrument polityki rodzinnej. To świadczenie pieniężne dla rodziców na drugie i każde kolejne dziecko w wieku od 12. do 35. miesiąca życia, z uwzględnieniem dzieci urodzonych w 2019 r. i 2020 r., które w dniu 1 stycznia 2022 r. nie ukończyły 35. miesiąca życia. Świadczenie jest wypłacane w wysokości 500 zł przez okres 24 miesięcy lub w wysokości 1 000 zł przez okres 12 miesięcy (łącznie 12 tys. zł lub proporcjonalnie od stycznia do końca miesiąca, w którym dziecko kończy 35. miesiąc życia w przypadku dzieci urodzonych w 2019 r. i 2020 r.). Świadczenie przysługuje bez względu na dochód rodziny.

Szacuje się, że w 2022 r. wsparciem w postaci kapitału zostanie objętych ok. 615 tys. dzieci.

Ustawa o rodzinnym kapitale opiekuńczym przewiduje również dofinansowanie w kwocie 400 zł miesięcznie do pobytu w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna dziecka nieobjętego rodzinnym kapitałem opiekuńczym. Szacuje się, że w 2022 r. wsparciem w postaci dofinansowania zostanie objętych ok. 110 tys. dzieci.

3.1.2. Wspieranie rodziny i system pieczy zastępczej

W okresie objętym sprawozdaniem był realizowany „*Program asystent rodziny na rok 2021*”, 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 dodatków do wynagrodzenia asystentów rodziny w wysokości do 2 000 zł brutto w formie jednorazowej lub podzielonej na kilka części na każdego asystenta rodziny zatrudnionego w gminie na dzień ogłoszenia Programu, proporcjonalnie do wymiaru etatu, zgodnie z zasadami określonymi w Programie.

Celem programu była pomoc w realizacji zadań wykonywanych przez asystentów rodziny będących ważnym ogniwem w systemie wsparcia rodzin.

Dofinansowanie ww. Programu adresowane było 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 korzystać mogły również podmioty niepubliczne, które zgodnie z art. 190 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* realizują zadanie pracy z rodziną na zlecenie samorządu.

Urzędy wojewódzkie przekazały, ze środków z Funduszu Pracy otrzymanych z Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, jednostkom samorządu terytorialnego na realizację Programu kwotę 5,6 mln zł. Wsparciem finansowym z programu objętych zostało 3,2 tys. asystentów rodziny. W 2021 r. opieką asystenta rodziny było objętych 37,9 tys. rodzin, zaś liczba dzieci w rodzinach objętych opieką asystenta wyniosła 84,6 tys. Liczba rodzin, którym udzielono porad dla kobiet i rodzin w ramach programu „Za życiem” wyniosła 0,94 tys., zaś liczba dzieci w tych rodzinach wyniosła 1,7 tys. W przypadku 0,14 tys. rodzin pomoc asystenta rodziny dotyczyła kobiet znajdujących się w ciąży zagrożonej. W przypadku 0,27 tys. rodzin asystent rodziny udzielił pomocy w formie koordynacji wsparcia.

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 kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” wyniosła 809, z których w 147 rodzinach znajdowała się kobieta w zagrożonej ciąży.

Na koniec grudnia 2021 r., na poziomie samorządu powiatowego, w pieczy zastępczej przebywało łącznie 72,6 tys. dzieci, z tego:

- 1) w rodzinach zastępczych spokrewnionych 30,1 tys. dzieci, w tym 0,16 tys. dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;
- 2) w rodzinach zastępczych niezawodowych 14,4 tys. dzieci, w tym 0,27 tys. dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;

- 3) w rodzinach zastępczych zawodowych 7,0 tys. dzieci, w tym 0,40 tys. dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;
- 4) w rodzinnych domach dziecka 5,2 tys. dzieci, w tym 0,10 tys. dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;
- 5) w placówkach opiekuńczo-wychowawczych 15,9 tys. dzieci, w tym 0,11 tys. dzieci w wieku poniżej 1. roku życia.

W różnych formach pieczy zastępczej przebywały łącznie 0,17 tys. małoletnich matek.

W funkcjonujących w Rzeczypospolitej Polskiej 11 regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych oraz 3 interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych (na poziomie samorządu województwa) przebywało, wg stanu na koniec grudnia 2021 r., łącznie 0,37 tys. dzieci, z tego 0,32 tys. w regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych i 0,05 tys. w interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych. Liczba dzieci w wieku poniżej 1. roku życia wyniosła 0,05 tys.

W 2021 r. przysposobiono 2,4 tys. dzieci, w tym 0,3 tys. dzieci w wieku do 1. roku życia.

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

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.

Świadczenia rodzinne, świadczenia z funduszu alimentacyjnego oraz jednorazowe świadczenie w kwocie 4 000 zł przyznaje i wypłaca gminny organ właściwy, tj. odpowiednio wójt, burmistrz, prezydent miasta lub upoważniony kierownik/pracownik ośrodka pomocy społecznej lub innej jednostki organizacyjnej gminy, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o przyznanie wnioskowanych świadczeń.

Natomiast realizacją zadań związanych z przyjmowaniem wniosków i ustalaniem prawa do świadczenia wychowawczego w ramach programu „Rodzina 500+”, w sprawach z wniosków składanych od 1 stycznia 2022 r., zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), który przejął zadania związane z obsługą ww. świadczenia w miejsce dotychczasowych realizatorów programu – głównie gminnych organów właściwych. Od 1 stycznia 2022 r. ZUS realizuje także rodzinny kapitał opiekuńczy.

W celu uzyskania szczegółowych informacji w indywidualnej sprawie oraz wiążącego rozstrzygnięcia dotyczącego prawa do określonych świadczeń rodzinnych, świadczeń z funduszu alimentacyjnego oraz jednorazowego świadczenia 4 000 zł, osoba zainteresowana powinna zwrócić się do ww. gminnego organu właściwego dla swojego miejsca zamieszkania. Natomiast w sprawach prawa do świadczenia wychowawczego oraz rodzinnego kapitału opiekuńczego dana osoba powinna zwrócić się do ZUS. Szczegółowe informacje na temat ww. świadczeń realizowanych przez ZUS można także uzyskać na stronie: <https://www.zus.pl/>

Informacje dotyczące warunków przyznawania ww. świadczeń są powszechnie dostępne także na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pod adresem: www.gov.pl/web/rodzina.

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

Informacje na temat systemu wspierania rodziny, pieczy zastępczej oraz adopcji znajdują się bezpośrednio w jednostkach organizacyjnych wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (samorządowych poszczególnych szczebli samorządu oraz w podmiotach, którym zlecono realizację zadań z tego obszaru), a także na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej 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

W odniesieniu do wsparcia przewidzianego w systemie ubezpieczeń społecznych, w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1133, 1621 i 1834 oraz z 2022 r. poz. 655 i 1265) 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. 2095⁹⁾) jest przewidziane przysługiwanie dodatkowego zasiłku opiekuńczego.

1) zasiłek chorobowy

Wysokość wynagrodzenia za okres choroby przypadającej w czasie ciąży, do którego pracownica zachowuje prawo w ciągu roku kalendarzowego wynosi 100%.

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.

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 śmierci pracodawcy, ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy i której nie zapewniono innego zatrudnienia, przysługuje do dnia porodu zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

Wysokość zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego wynosi 100% podstawy wymiaru.

4) zasiłek macierzyński

Prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje bez okresu wyczekiwania.

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

⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 2120, 2133, 2262, 2269, 2317, 2368 i 2459 oraz z 2022 r. poz. 202, 218, 655, 830, 1301, 1370, 1488 i 1561.

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.

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 w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie;
- 2) 31 tygodni w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie;
- 3) 33 tygodni w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie;
- 4) 35 tygodni w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie;
- 5) 37 tygodni 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 – w przypadku urodzenia jednego dziecka;
- 2) 34 tygodni – 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. 1 000 zł, kwotę zasiłku netto podwyższa się do kwoty świadczenia rodzicielskiego.

W 2021 r. zasiłki macierzyńskie wypłacono dla 668,9 tys. osób na kwotę 9 023 029,4 tys. zł.

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 za okres urlopu ojcowskiego przysługuje 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.

W 2021 r. zasiłki macierzyńskie z tytułu urlopu ojcowskiego wypłacono dla 185,2 tys. osób na kwotę 369 411,4 tys. zł.

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.

W 2021 r. dodatkowy zasiłek opiekuńczy przysługiwał w okresach od dnia 1 stycznia do dnia 25 czerwca oraz od dnia 20 grudnia do dnia 31 grudnia.

Informacje dotyczące zasad przyznawania i wypłacania świadczeń w razie choroby i macierzyństwa przysługujących osobom ubezpieczonym są dostępne na stronie internetowej ZUS: 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 ZUS.

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 kontach 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy) i **urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego** (art. 183 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* określają również, w jakich sytuacjach pracownik – ojciec wychowujący dziecko ma prawo

do wykorzystania urlopu macierzyńskiego, gdy matka nie pozostaje w stosunku pracy, ale jest objęta ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, jak również gdy nie jest objęta tym ubezpieczeniem lub nie posiada tytułu do objęcia tym ubezpieczeniem:

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

- zgonu matki dziecka nieobjętej ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych*, albo nieposiadającej tytułu do objęcia takim ubezpieczeniem, a także w razie porzucenia dziecka przez taką matkę,
- niemożności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem przez matkę dziecka nieobjętą ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa albo nieposiadającą tytułu do takiego ubezpieczenia, legitymującą się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

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

b) korzystanie z części urlopu macierzyńskiego przez pracownika – ojca wychowującego dziecko jest możliwe w przypadku:

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

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

2) **urlop rodzicielski** (art. 182^{1a}–182^{1g} oraz art. 183 § 4 i 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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 ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*. Miesięczny zasiłek macierzyński w tym przypadku wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku za cały okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego.

Wszystkie wnioski o udzielenie urlopu rodzicielskiego są wiążące dla pracodawcy.

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

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

3) **urlop ojcowski** (art. 182³ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*)

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

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

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

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

4) **urlop wychowawczy** (art. 186–186⁵ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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. roku życia. 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 wyłączne prawo do jednego miesiąca urlopu wychowawczego z wymiaru urlopu do 36 miesięcy. Prawa tego nie można przenieść na drugiego z rodziców lub opiekunów dziecka (tzw. nieprzenoszalna część urlopu).

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

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

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

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. 186⁸ § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*). Ochrona stosunku pracy obejmuje także pracowników w okresie korzystania z urlopu wychowawczego (art. 186⁸ § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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. 183² ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*).

Pracodawca dopuszcza pracownika do pracy także po zakończeniu urlopu wychowawczego na dotychczasowym stanowisku, a jeżeli nie jest to możliwe, na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu lub na innym stanowisku odpowiadającym jego kwalifikacjom zawodowym, za wynagrodzeniem nie niższym od wynagrodzenia za pracę przysługującego pracownikowi w dniu podjęcia pracy na stanowisku zajmowanym przed tym urlopem (art. 186⁴ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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 dozorze urządzeń 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*).

5) przerwa na karmienie dziecka piersią

Pracownica karmiąca dziecko piersią ma prawo do przerw w pracy wliczanych do czasu pracy (art. 187 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*), których liczba i wymiar są zależne od liczby karmionych dzieci i dobowego wymiaru czasu pracy.

6) obniżenie wymiaru czasu pracy

Pracownik uprawniony do urlopu wychowawczego może złożyć pracodawcy pisemny wniosek o obniżenie jego wymiaru czasu pracy do wymiaru nie niższego niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy w okresie, w którym mógłby korzystać z takiego urlopu. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika. Wniosek składa się na 21 dni przed rozpoczęciem wykonywania pracy w obniżonym wymiarze czasu pracy. Jeżeli wniosek został złożony bez zachowania terminu, pracodawca obniża wymiar czasu pracy nie później

niż z upływem 21 dni od dnia złożenia wniosku (art. 186⁷ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*).

W Ministerstwie Rodziny 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 i Polityki Społecznej, strona internetowa: www.rodzicielski.gov.pl, skąd zainteresowane osoby mogą czerpać, przedstawioną w prosty i przystępny sposób, wiedzę na temat uprawnień rodzicielskich pracowników.

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

Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. *o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1076), uchwaloną w ramach realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, wprowadzono zmiany m.in. do przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeksu pracy*, których celem jest ułatwienie pracownikom łączenia pracy zawodowej z opieką nad niepełnosprawnym dzieckiem. Przepisy te weszły w życie od dnia 6 czerwca 2018 r.

Zgodnie z art. 142¹ § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *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 oraz z 2022 r. poz. 655, 1079, 1116 i 1383)

– o wykonywanie pracy w systemie przerywanego czasu pracy (art. 139 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*) lub w ruchomym czasie pracy (o którym mowa w art. 140¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*) albo w indywidualnym rozkładzie czasu pracy (art. 142 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*), złożony w postaci papierowej lub elektronicznej.

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

Z powyższych rozwiązań uprawnieni pracownicy (wymienieni w art. 142¹ § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*) mogą skorzystać również po ukończeniu przez dziecko 18. roku życia.

Ponadto, zgodnie z art. 67⁶ § 5–7 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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 wniosek pracownika, o którym mowa w art. 142¹ § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks 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. 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.

3.4.1. Świadczenia finansowe z pomocy społecznej

Jeżeli dochód kobiet w ciąży nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego, które w roku 2021 wynosiło 701 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 528 zł dla osoby w rodzinie, mogą 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 są finansowane ze środków własnych gminy, z tym, że w przypadku zasiłku okresowego istnieje gwarantowany poziom dofinansowania z budżetu państwa na poziomie minimalnej wysokości tego świadczenia (tj. 50 % różnicy między kryterium dochodowym dla osoby samotnie gospodarującej, a dochodem tej osoby albo 50% różnicy między kryterium dochodowym rodziny, a dochodem tej rodziny, przy czym w obydwu przypadkach nie mniej niż 20 zł).

3.4.2. 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 rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. *w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży* (Dz. U. poz. 418), które określa standardy podstawowych usług świadczonych przez te placówki. 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. W razie zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa jest możliwe ich przyjęcie bez skierowania, 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, a w sytuacjach uzasadnionych – schronienia do 3 miesięcy.

3.4.3. Poradnictwo

Poradnictwo specjalistyczne w ramach pomocy społecznej to w szczególności poradnictwo prawne, psychologiczne i rodzinne. Jest ono świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych. W ramach poradnictwa prawnego udziela się informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów.

Poradnictwo psychologiczne w pomocy społecznej to proces diagnozowania, profilaktyki i terapii. Natomiast poradnictwo rodzinne obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemy związane z opieką nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną. Rozpoznanie potrzeb w zakresie poradnictwa rodzinnego dokonuje przede wszystkim pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej przez 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.

Ogółem w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2021 r. z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa udzielono pomocy 64 426 rodzinom, w tym 37 453 rodzinom ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy 43 065 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na wielodzietność (28 180 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymały w 2021 r. 111 890 rodziny, w tym 42 772 rodzin ze środowisk wiejskich.

W 2021 r. funkcjonowało 35 domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, które dysponowały 885 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 1 233 osoby.

W 2021 r. działało 140 ośrodków interwencji kryzysowej, z których skorzystało 42 229 osób, a także 27 ośrodków prowadzonych na zlecenie powiatu, z których skorzystało 6 168 osób.

W 2021 r. z porad specjalistycznych skorzystało 22 410 osób w 65 placówkach specjalistycznego poradnictwa rodzinnego prowadzonych samodzielnie przez powiaty oraz 3 642 osoby w 18 takich ośrodkach prowadzonych na zlecenie powiatów 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.

3.5. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych rolników

W celu wsparcia osób objętych ubezpieczeniem społecznym rolników, które zajmują się wychowaniem dzieci ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2022 r. poz. 933 i 1155) umożliwia nabycie prawa do zasiłku macierzyńskiego.

Zgodnie z art. 35a i 35b ww. ustawy 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 2021 r. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wypłaciła 153 089 zasiłków macierzyńskich na kwotę 151 359 716,44 zł z tytułu urodzenia, przysposobienia oraz przyjęcia dziecka na wychowanie na podstawie postanowień art. 35a i art. 35b ww. ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników*.

Przepisy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników* (art. 16a–16f) 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–16f ww. ustawy, z prawa do finansowania składek z budżetu państwa na ubezpieczenie emerytalno-rentowe w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem skorzystało 46.075 osób (tj. rolnicy, domownicy, członkowie rodzin rolnika lub domownika). W 2021 r. dotacja budżetowa z tego tytułu stanowiła kwotę 57 136 700,00 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 udzielonych w 2021 r., w tym również pacjentkom poniżej 18 roku życia, zostały zwarte w poniższej tabeli.

Tabela 14. Liczba porad ginekologicznych udzielonych w roku 2021, w tym kobietom poniżej 18. roku życia

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	54 175 233	579 412	220 131	192	820 613	7 847	3 858	176
KUJAWSKO-POMORSKI	36 595 490	426 330	154 896	174	842 660	7 583	3 136	145
LUBELSKI	30 335 710	367 710	131 799	94	498 974	4 736	2 295	84
LUBUSKI	15 377 142	182 664	69 545	44	208 905	2 269	1 088	43
ŁÓDZKI	29 513 665	422 139	156 915	152	486 123	5 399	2 583	133
MAŁOPOLSKI	52 979 712	623 865	212 496	179	518 760	5 463	2 629	162
MAZOWIECKI	94 428 964	1 142 472	396 642	280	1 505 717	14 311	6 729	237
OPOLSKI	14 604 691	158 495	62 660	51	170 060	1 749	959	46
PODKARPACKI	33 717 206	386 866	133 348	117	585 014	5 499	2 380	107
PODLASKI	20 720 402	238 783	80 874	56	374 852	3 220	1 659	33
POMORSKI	43 699 412	494 637	185 520	117	598 271	6 262	2 955	110
ŚLĄSKI	73 416 667	969 695	339 689	371	1 478 132	13 582	6 153	315
ŚWIĘTOKRZYSKI	20 258 620	247 516	83 599	112	341 514	2 824	1 412	101

WARMIŃSKO-MAZURSKI	25 134 073	288 104	101 268	92	491 375	4 459	1 896	88
WIELKOPOLSKI	66 324 948	682 847	258 629	208	1 021 451	8 724	4 438	180
ZACHODNIOPOMORSKI	29 788 572	367 001	134 440	109	1 191 378	8 827	3 850	93
RAZEM	641 070 507	7 578 536	2 722 451	2 348	11 133 799	102 754	48 020	2 053

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, 583 i 974) 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 2021 r. objęte refundacją na kolejny okres refundacyjny zostały leki, które były refundowane już przed 2021 r. we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji. Nie zostały objęte refundacją nowe leki zawierające w swoim składzie substancje czynne *Ethinylestradiolum* + *Levonorgestrelum* oraz *Cyproteronum* + *Ethinylestradiolum* wykazujące działanie antykoncepcyjne oraz nie zostały złożone nowe wnioski przez podmioty odpowiedzialne o objęciu refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leku we wskazaniu antykoncepcyjnym.

Tabela 15. Produkty lecznicze o działaniu antykoncepcyjnym refundowane w 2021 r.

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zanłata pacjenta	Refundacja
Levomine	tabl. powl.	30+150 µg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	63 szt.	6,40 zł	14,94 zł
Microgynon 21	tabl. powl.	30+150 µg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	63 szt.	6,57 zł	15,34 zł
Rigevidon	tabl. drażowane	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,76 zł	5,11 zł
Rigevidon	tabl. drażowane	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,76 zł	5,11 zł
Levomine	tabl. powl.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,93 zł	5,11 zł
Stediril 30	tabl. drażowane	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,99 zł	5,11 zł
Rigevidon	tabl. powl.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,99 zł	5,11 zł
Microgynon 21	tabl. powl.	30+150 µg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	3,09 zł	5,11 zł

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zanłata pacjenta	Refundacja
Cyprodiol	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	21 szt.	5,36 zł	5,11 zł
Syndi-35	tabl. drażowane	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	63 szt. (3 blist. po 21 szt.)	16,78 zł	15,34 zł
Diane-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	63 szt.	16,78 zł	15,34 zł
Syndi-35	tabl. drażowane	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	21 szt.	6,16 zł	5,11 zł
Diane-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	21 szt.	6,16 zł	5,11 zł
OC-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	63 szt.	17,68 zł	15,34 zł
OC-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	21 szt.	6,54 zł	5,11 zł

Źródło: Dane zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 marca 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 18)

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 2021 r. obrazuje poniższa tabela.

Tabela 16. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2021 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	216	213	583	572
KUJAWSKO-POMORSKI	137	137	295	292
LUBELSKI	116	114	328	326
LUBUSKI	78	77	272	223
ŁÓDZKI	116	116	292	286
MAŁOPOLSKI	67	67	192	186
MAZOWIECKI	285	280	739	732
OPOLSKI	123	122	247	246

PODKARPACKI	62	60	138	138
PODLASKI	47	47	106	104
POMORSKI	419	414	673	662
ŚLĄSKI	274	272	760	749
ŚWIĘTOKRZYSKI	92	91	278	278
WARMIŃSKO-MAZURSKI	226	225	534	527
WIELKOPOLSKI	227	227	682	673
ZACHODNIOPOMORSKI	152	146	359	354
RAZEM	2637	2608	6478	6348

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 2022 r. poz. 1138), 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 porożu. Możliwość zakwalifikowania ciężarnej do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu powinna zostać uwzględniana również w planie opieki przedporodowej¹⁰⁾, 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

¹⁰⁾ 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, położu 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) α -fetoproteina (AFP),
 - c) gonadotropina kosmówkowa – podjednostka beta (β -HCG),
 - d) białko PAPP-A – osoczowe białko ciążowe A z komputerową oceną ryzyka wystąpienia choroby płodu;
- 2) poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych;
- 3) poradnictwo i badania genetyczne:

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

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 ciąż. 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 17. Realizacja programu badań prenatalnych w 2021 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	2 907	4 608	7 515	1 880 224	3 072 787	4 953 011	11	13 775
KUJAWSKO-POMORSKI	3 552	2 189	5 741	2 998 329	1 905 527	4 903 856	6	17 236
LUBELSKI	667	2 417	3 084	435 065	1 584 061	2 019 125	4	5 313
LUBUSKI	3 373	1 272	4 645	2 129 278	821 765	2 951 043	4	7 828
ŁÓDZKI	2 253	3 124	5 377	1 792 141	2 506 530	4 298 671	6	13 439
MAŁOPOLSKI	5 454	5 233	10 687	4 045 971	4 049 514	8 095 485	8	18 504
MAZOWIECKI	3 582	7 205	10 787	2 720 660	5 759 860	8 480 520	17	23 574
OPOLSKI	1 399	1 196	2 595	871 965	870 647	1 742 612	3	6 195
PODKARPACKI	2 496	2 785	5 281	1 561 511	1 800 328	3 361 839	3	8 153
PODLASKI	661	1 804	2 465	523 768	1 463 122	1 986 890	1	6 646
POMORSKI	1 545	2 674	4 219	1 043 194	1 875 492	2 918 686	5	12 746
ŚLĄSKI	21 906	7 442	29 348	13 611 130	4 977 609	18 588 739	36	63 733
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 523	1 473	2 996	1 037 623	1 026 916	2 064 539	3	5 560
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 297	1 496	2 793	787 658	1 005 993	1 793 651	3	6 412
WIELKOPOLSKI	5 985	3 766	9 751	3 523 515	2 462 259	5 985 774	11	15 509

ZACHODNIOPOMORSKI	996	2 504	3 500	770 787	1 927 774	2 698 562	4	8 771
RAZEM:	59 596	51 188	110 784	39 732 819	37 110 184	76 843 003	125	233 394

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. 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 2021 r. uczennice w ciąży miały możliwość korzystania w sposób dobrowolny z pomocy psychologiczno-pedagogicznej organizowanej w szkole¹¹⁾. 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 pedagogiczni¹²⁾.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczną organizuje dyrektor szkoły¹³⁾, 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 młodzieży¹⁴⁾.

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

¹¹⁾ 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, placówkach (Dz. U. z 2020 r. poz. 1280).

¹²⁾ Zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach.

¹³⁾ Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach.

¹⁴⁾ Zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach.

umiejętności uczenia się, zajęć dydaktyczno-wyrównawczych, zajęć specjalistycznych, m.in. rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne, o charakterze terapeutycznym, porad i konsultacji¹⁵⁾. 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.

6.2. Indywidualne nauczanie dzieci i młodzieży, w tym uczennic w ciąży

Zgodnie z art. 127 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe* 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-pedagogicznej, w tym specjalistycznej, na pisemny wniosek rodzica dziecka lub na pisemny wniosek pełnoletniego ucznia¹⁶⁾.

Zajęcia indywidualnego nauczania prowadzi się¹⁷⁾ 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*.

W roku szkolnym 2020/2021 wprowadzono rozwiązania prawne¹⁸⁾ umożliwiające dyrektorowi zorganizowanie wszystkich zajęć indywidualnego nauczania z wykorzystaniem metod i technik

¹⁵⁾ Zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach (Dz. U. z 2020 r. poz. 1280).

¹⁶⁾ Zgodnie z § 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. z 2017 r. poz. 1743).

¹⁷⁾ Zgodnie z § 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. z 2017 r. poz. 1616).

¹⁸⁾ Zgodnie z § 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.

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 był możliwy bez względu na przyjęty model edukacyjny związany z sytuacją epidemiologiczną (stacjonarny, hybrydowy, zdalny). Dyrektor szkoły mógł wprowadzić taką organizację zajęć wyłącznie na wniosek rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia.

Powyższe rozwiązanie było możliwe do wprowadzenia również w roku szkolnym 2021/2022 na podstawie przepisów:

- 1) rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 24 sierpnia 2021 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1571),
- 2) rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 24 sierpnia 2021 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1570).

6.3. Wsparcie udzielane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne

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

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-ucniów 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.

Tabela 18. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w roku szkolnym 2020/2021

Rodzaj diagnozy przeprowadzonej przez poradnię	uczniowie szkoły podstawowej	uczniowie szkół ponadpodstawowych	inne osoby	razem
Psychologiczna	227 547	22 870	2 651	370 507
Pedagogiczna	214 769	15 002	1 174	304 408
Logopedyczna	42 243	1 137	535	131 025
Lekarska	20 162	4 015	434	42 291
Diagnoza związana z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej	8 375	3 557	113	12 123
Rehabilitanta	2 371	57	36	7 784
RAZEM	515 467	46 638	4 943	868 768

Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki (wg danych SIO, stan bazy na 6 lutego 2022 r.)

Tabela 19. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2020/2021

Typ	Liczba osób objęta pomocą
Szkoła podstawowa	2 050 062
Liceum ogólnokształcące	352 557
Technikum	249 123
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	15 402
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	4 278
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	1 756
Ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	692
Liceum sztuk plastycznych	4 959
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	404
Poznańska szkoła chóralna	181
Branżowa szkoła I stopnia	90 643
RAZEM	2 770 057

Źródło: Ministerstwa 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 i obowiązek nauki może być spełniany poza szkołą, w formie tzw. edukacji domowej. Rodzic nie musiał uzasadniać potrzeby realizacji obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki przewidzianej w ww. przepisie. Możliwość realizacji obowiązków, o których mowa, istniała niezależnie od sytuacji pandemii.

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 obowiązku nauki poza szkołą. Zezwolenie to może być wydane przed rozpoczęciem roku szkolnego lub w trakcie jego trwania.

W roku szkolnym 2020/2021, 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 późn. zm.), 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 obowiązku nauki poza szkołą w roku szkolnym 2020/2021 nie dołączano opinii z publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Natomiast od 1 lipca 2021 r. w związku z nowelizacją ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe*¹⁹⁾ zniesiono warunki uzyskania ww. zezwolenia, o których mowa w art. 37 ust. 2 pkt 1 i pkt 2 lit. a, co oznaczało odpowiednio, że w przypadku wydania zezwolenia szkoła podstawowa lub szkoła ponadpodstawowa, do której dziecko zostało przyjęte, nie musi znajdować się na terenie województwa, w którym dziecko zamieszkuje, a do wniosku o wydanie zezwolenia nie ma obowiązku dołączania opinii publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Zatem rodzic ucznia składał wniosek o wydanie zezwolenia na realizację obowiązku szkolnego albo obowiązku nauki, poza szkołą i dołączał oświadczenie o zapewnieniu dziecku warunków umożliwiających realizację podstawy programowej obowiązującej na danym etapie edukacyjnym oraz zobowiązanie do przystępowania w każdym roku szkolnym przez dziecko

¹⁹⁾ Ustawa z dnia 17 marca 2021 r. o zmianie ustawy – *Prawo oświatowe* (Dz. U. z 2021 r. poz. 762), weszła w życie z dniem 1 lipca 2021 r.

spełniające obowiązek szkolny lub obowiązek nauki do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych, o których mowa w art. 37 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe*²⁰⁾.

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.

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 zobowiązana jest 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 umożliwiał uczestniczenie w szkole w zajęciach edukacyjnych, zgodnie z przepisami art. 109 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz pkt 5–7 ww. 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 poza szkołą miało 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. Miało również prawo do udziału w konsultacjach umożliwiających przygotowanie do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych.²¹⁾

Uczniom spełniającym obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą ustalano roczne oceny klasyfikacyjne na podstawie egzaminów klasyfikacyjnych z zakresu części podstawy programowej obowiązującej na danym etapie edukacyjnym, uzgodnionej na dany rok szkolny z dyrektorem szkoły. Egzaminy klasyfikacyjne były przeprowadzane przez szkołę, której dyrektor zezwolił na spełnianie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą. Przeprowadzała je, w formie pisemnej i ustnej, komisja powołana przez dyrektora szkoły. Dla uczniów realizujących obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą nie przeprowadzano egzaminów klasyfikacyjnych z:

²⁰⁾ Zgodnie z art. 37 ust. 2 pkt 2 lit. b i c ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r – *Prawo oświatowe*.

²¹⁾ Zgodnie z art. 37 ust. 7 pkt 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r – *Prawo oświatowe*.

- 1) obowiązkowych zajęć edukacyjnych: plastyki, muzyki, techniki i wychowania fizycznego;
- 2) dodatkowych zajęć edukacyjnych²²⁾.

Nie ustalano im również oceny z zachowania.

Roczna i końcowa klasyfikacja uczennicy spełniającej obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą odbywała się zgodnie z przepisami rozdziału 3a ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1915 oraz z 2022 r. poz. 583 i 1116), w którym określono ocenianie, klasyfikowanie i promowanie uczniów w szkołach publicznych.

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

- 1) na wniosek rodziców, w przypadku gdy uczeń nie usprawiedliwił swojej nieobecności na egzaminie klasyfikacyjnym bądź nie zdał rocznych egzaminów klasyfikacyjnych;
- 2) 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);
- 2) egzaminu maturalnego, przeprowadzanego dla absolwentów: liceum ogólnokształcącego i technikum;
- 3) egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie, przeprowadzanego dla uczniów, słuchaczy i absolwentów szkół ponadpodstawowych: branżowej szkoły I i II stopnia, technikum oraz szkoły policealnej.

Egzamin ósmoklasisty w 2021 r. powinien być – zgodnie z przepisami ustawy o systemie oświaty – zostać przeprowadzony w terminie głównym w kwietniu oraz w terminie dodatkowym w czerwcu. Egzamin maturalny jest przeprowadzany jeden raz w ciągu roku, w okresie od maja do września,

²²⁾ 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).

w terminie głównym, dodatkowym i poprawkowym (...).²³⁾, zgodnie z ogłaszaniem corocznie²⁴⁾ na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej komunikatem dyrektora tej Komisji²⁵⁾.

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 zimowych²⁶⁾, zgodnie z ogłaszaniem corocznie²⁷⁾ na stronie internetowej Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, komunikatami dyrektora tej Komisji. 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 dodatkowym²⁸⁾. Dla egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie nie jest organizowany termin dodatkowy.

W związku ze stanem epidemii terminy przeprowadzania w 2021 r. egzaminów uległy zmianie.

Na mocy przepisów § 11kx 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 późn. zm.) dyrektor Centralnej Komisji Egzaminacyjnej ogłosił aktualizację harmonogramu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty oraz egzaminu maturalnego. Egzamin ósmoklasisty odbył się w terminie od 25 do 27 maja w terminie głównym oraz od 16 do 18 czerwca w terminie dodatkowym. Natomiast egzamin maturalny odbył się od 4 do 21 maja w terminie głównym, od 1 do 16 czerwca w terminie dodatkowym oraz 24 sierpnia w terminie poprawkowym.

Z kolei egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodzie przeprowadzony był w terminach od 11 stycznia do 19 lutego 2021 r. w sesji zimowej oraz w terminach od 21 czerwca do 8 lipca

²³⁾ Zgodnie z art. 44zt ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

²⁴⁾ 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.).

²⁵⁾ 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%20harmogramie%20AKTUALIZACJA.pdf>

²⁶⁾ Art. 44zzc ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

²⁷⁾ 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. z 2019 r. poz. 1707, z późn. zm.)

²⁸⁾ 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 szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie*.

2021 r. w sesji letniej. Natomiast egzamin zawodowy przeprowadzony został w dniach od 11 stycznia do 5 lutego 2021 r. w sesji zimowej oraz od 7 czerwca do 2 lipca 2021 r. w sesji letniej²⁹⁾.

Możliwe sposoby dostosowania przeprowadzania egzaminu maturalnego wymienione są w ogłaszanych każdego roku w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej³⁰⁾ komunikacie w sprawie *szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu maturalnego*³¹⁾.

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 Egzaminacyjnej³²⁾. Zdający może więc przystąpić do egzaminu w warunkach i formie dostosowanych do jego potrzeb i możliwości.

Centralna Komisja Egzaminacyjna przygotowała arkusze maturalne w formie dostosowanej do potrzeb zdających, tym samym zasady oceniania rozwiązań zadań zostały dostosowane do zmienionego arkusza.

Ponadto w szczególnych przypadkach wynikających ze stanu zdrowia absolwentki, za zgodą dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej, egzamin maturalny może być przeprowadzony

²⁹⁾ Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej z 20 sierpnia 2020 r. w sprawie harmonogramu przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie oraz egzaminu eksternistycznego potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w 2021 roku według podstawy programowej kształcenia w zawodach z 7 lutego 2012 r. – Formuła 2012; 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; 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. Komunikaty dostępne są pod adresem: www.cke.edu.pl.

³⁰⁾ Strona Internetowa Centralnej Komisji Egzaminacyjnej dostępna pod adresem: www.cke.edu.pl, na której został zamieszczony przykładowo *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>

³¹⁾ Komunikat jest ogłaszany nie później niż do dnia 10 września roku szkolnego, w którym jest przeprowadzany egzamin maturalny.

³²⁾ Zgodnie z art. 44zr ust. 17 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

w innym miejscu niż szkoła³³⁾. 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 wraz z deklaracją³⁴⁾. Uczeń lub absolwent 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 późniejszym³⁴⁾.

W uzasadnionych przypadkach absolwentka może także przystąpić do egzaminu maturalnego w innej szkole niż szkoła, którą ukończyła. Szkołą taką wskazuje dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na wniosek absolwentki. Wniosek wraz z uzasadnieniem oraz deklarację absolwentka składa do dyrektora szkoły, którą ukończyła, nie później niż do dnia 31 grudnia roku szkolnego, w którym zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego³⁵⁾. Dyrektor szkoły niezwłocznie przekazuje taki wniosek dyrektorowi okręgowej komisji egzaminacyjnej, który informuje absolwentkę oraz dyrektora szkoły, którą absolwentka ukończyła, o sposobie rozpatrzenia wniosku nie później niż do dnia 10 marca roku szkolnego, w którym absolwentka zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego³⁶⁾.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*³⁷⁾ w szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych uniemożliwiających przystąpienie do egzaminu maturalnego z danego przedmiotu lub przedmiotów w części ustnej lub pisemnej w terminie głównym, dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek absolwentki lub rodziców niepełnoletniej absolwentki, może wyrazić zgodę na przystąpienie przez nią do egzaminu maturalnego z tego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym. Rozstrzygnięcie dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej jest ostateczne³⁸⁾. Do absolwentów, którzy nie przystąpili do egzaminu maturalnego z danego przedmiotu lub przedmiotów w terminie

³³⁾ Zgodnie z § 35 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie *szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu maturalnego*.

³⁴⁾ Zgodnie z § 35 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie *szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu maturalnego*.

³⁵⁾ Zgodnie z § 34 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie *szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu maturalnego*.

³⁶⁾ Zgodnie z § 34 ust. 3 i 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie *szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu maturalnego*.

³⁷⁾ Art. 44zzj ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

³⁸⁾ Zgodnie z art. 44zzj ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

głównym albo w terminie dodatkowym, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad ponownego przystąpienia do egzaminu³⁹⁾.

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 ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów przystępuje do egzaminu z tego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym w szkole, której jest uczennicą lub słuchaczką⁴⁰⁾.

W szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych, uniemożliwiających przystąpienie do egzaminu ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym, dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek dyrektora szkoły, może zwolnić uczennicę lub słuchaczkę z obowiązku przystąpienia do egzaminu ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów. Dyrektor szkoły składa wniosek w porozumieniu z rodzicami uczennicy lub słuchaczki⁴¹⁾.

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 zawodzie⁴²⁾. 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 lub absolwenta do egzaminu zawodowego lub egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w warunkach

³⁹⁾ Zgodnie z art. 44zzj ust. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

⁴⁰⁾ Zgodnie z art. 44zz ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

⁴¹⁾ Zgodnie z art. 44zz ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*.

⁴²⁾ Komunikat jest ogłaszany nie później do 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany egzamin. Komunikaty dostępne są pod adresem: www.cke.edu.pl.

dostosowanych do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, nieujętych w komunikacie⁴³).

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 późniejszym⁴⁴).

Zdający kształcący się zgodnie z podstawą programową kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego od 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 części⁴⁵).

⁴³) 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.).

⁴⁴) 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.

⁴⁵) Zgodnie z art. 44zzzga ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy do programów nauczania szkolnego wprowadza się wiedzę o życiu seksualnym człowieka, zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, 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 zakresu 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 2021 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.);
- 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) – 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 20. 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	1 218 251	597 815	620 436
Liceum ogólnokształcące	105 434	66 732	38 702
Technikum	135 266	51 963	83 303
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	1 108	722	386
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	449	247	202
Ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	24	13	11
Liceum sztuk plastycznych	915	808	107
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	87	77	10
Poznańska szkoła chóralna	69	46	23
Branżowa szkoła I stopnia	57 483	18 415	39 068
RAZEM:	1 519 086	736 838	782 248

Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki (wg Systemu Informacji Oświatowej)

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 treści, o których mowa w ustawie, przewidziano w ramach obowiązkowych zajęć edukacyjnych.

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 osób; 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 edukacyjne „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.

Rozporządzeniem Ministra Edukacji i Nauki z dnia 27 sierpnia 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie placówek doskonalenia nauczycieli (Dz. U. poz. 1601) przywrócono możliwość prowadzenia kursów kwalifikacyjnych w zakresie „Wychowania do życia w rodzinie”. Minister Edukacji i Nauki zatwierdził ramowy plan i program kursu kwalifikacyjnego w zakresie „Wychowania do życia w rodzinie” i od 1 września 2021 r. placówki doskonalenia nauczycieli mogą je prowadzić. Ukończenie kursu kwalifikacyjnego nadaje kwalifikacje do nauczania przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie” w szkołach podstawowych.

Tabela 21. 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	12 408	3 280,26
Liceum ogólnokształcące	1 158	248,55

Technikum	1 088	237,48
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	4	0,68
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	32	5,45
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	19	1,76
Ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	2	0,10
Liceum sztuk plastycznych	25	2,47
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	1	0,17
Poznańska szkoła chóralna	1	0,12
Branżowa szkoła I stopnia	996	134,30

Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki (wg Systemu Informacji Oświatowej)

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

Podręczniki do zajęć edukacyjnych „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 iHurtownia „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 klasy 3 liceum ogólnokształcącego, technikum, szkoły branżowej I stopnia, autorzy: Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 9) 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 przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;*
- 2) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.*

Z dniem 27 stycznia 2021 r., w związku z wejściem w życie orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., sygn. akt K 1/20, utracił moc art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy, zgodnie z którym 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.

Pozostałe przesłanki dopuszczające możliwość przerywania 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.

Do przerywania 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 jej pisemna zgoda, chyba że na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego. W razie braku zgody przedstawiciela ustawowego, do przerywania 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 przerywania ciąży w podmiotach leczniczych”.

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

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz. U. poz. 49) określono, że przerwania ciąży może dokonać lekarz posiadający specjalizację pierwszego stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii. Ponadto wystąpienie okoliczności wskazujących, że ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej. Natomiast wystąpienie okoliczności wskazujących na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty orzekający o wadzie genetycznej płodu na podstawie badań genetycznych lub lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii orzekający o wadzie rozwojowej płodu, na podstawie obrazowych badań ultrasonograficznych wykonywanych u kobiety ciężarnej.

Tabela 22. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2010–2021 (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
2020	1076	21	1053	2
2021	107	32	75	0

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

Tabela 23. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2021 r. – w podziale na województwa i przyczynę

Województwo	Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2021 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	13	0	13	0
Kujawsko-pomorskie	3	1	2	0
Lubelskie	4	3	1	0
Lubuskie	0	0	0	0
Łódzkie	2	1	1	0
Małopolskie	8	5	3	0
Mazowieckie	29	7	22	0
Opolskie	2	0	2	0
Podkarpackie	0	0	0	0
Podlaskie	5	1	4	0
Pomorskie	17	1	16	0
Śląskie	3	0	3	0
Świętokrzyskie	1	0	1	0
Warmińsko-mazurskie	0	0	0	0
Wielkopolskie	4	2	2	0
Zachodniopomorskie	16	11	5	0
POLSKA	107	32	75	0

Źródło: Centrum e-Zdrowia

Tabela 24. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2021 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 2021 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	13
Trisomia 21 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	5
Trisomia 13 lub trisomia 18 bez współistniejących wad somatycznych	5

Trisomia 13 lub trisomia 18 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	5
inne trisomie i częściowe trisomie autosomów bez współistniejących wad somatycznych	0
inne trisomie i częściowe trisomie autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	1
monosomie i delecje autosomów bez współistniejących wad somatycznych	0
monosomie i delecje autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	1
zrównoważone translokacje bez współistniejących wad somatycznych	0
zrównoważone translokacje ze współistniejącymi wadami somatycznymi	1
zespół Turnera ze współistniejącymi wadami somatycznymi	0
choroby warunkowane monogenowo bez współistniejących wad somatycznych	0
choroby warunkowane monogenowo ze współistniejącymi wadami somatycznymi	1
zespoły genetyczne z obrzękiem płodu	0
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim bez współistniejących wad somatycznych	0
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	0
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim bez współistniejących wad somatycznych	0
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	0
inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej bez współistniejących wad somatycznych	1
inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej ze współistniejącymi wadami somatycznymi	1
wada izolowana (dotycząca jednego układu lub organu w badaniu obrazowym)	20
wady mnogie (wady dwóch i więcej układów lub organów w badaniu obrazowym)	21
RAZEM:	75

Źródło: Centrum e-Zdrowia

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 oraz Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że w 2021 r. w szpitalach publicznych nadzorowanych przez ww. resorty nie wykonano żadnego zabiegu przerwania ciąży. W związku z powyższym, w 2021 r. zarejestrowano łącznie 107 zabiegów przerwania ciąży.

W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 32 zabiegi przerwania ciąży.

W sytuacji, w której badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu wykonano łącznie 75 zabiegów.

Przedmiotowe dane z przyczyn obiektywnych, tj. z uwagi na pozaprawny charakter tego zjawiska, nie uwzględniają liczby zabiegów przerwania ciąży dokonanych w sposób nielegalny. Zjawisko to jest trudne do zbadania. Częstokowym jego odzwierciedleniem jest wynik działań organów ścigania oraz wymiaru sprawiedliwości. Należy jednak zaznaczyć, że działania te polegają na prowadzeniu i nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w zakresie czynów zabronionych stypizowanych w przepisach 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.

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 2022 r. poz. 1247 i 1259), 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 k.k., 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 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. – *Prawo 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 25. Liczba spraw prowadzonych w 2021 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury przepisów ustawy

Liczba spraw prowadzonych w okresie sprawozdawczym	Ogółem		683
	w tym	liczba zarejestrowanych spraw w 2021 r.	464
		liczba spraw kontynuowanych z poprzednich okresów sprawozdawczych	219
w tym o czyn z art.	art. 149 kk. – zabójstwo noworodka		17
	art. 148 kk. – zabójstwo		13
	art. 152 § 1,2 i 3 k.k. – aborcja za zgodą kobiety		240
	art. 153 k.k. – wymuszona aborcja		22
	art. 154 k.k. – śmierć kobiety jako następstwo aborcji		1
	art. 157 a k.k. – uszkodzenie ciała dziecka poczętego		43
	art. 155 k.k. i inne – nieumyślne spowodowanie śmierci		120
	art. 160 § 2 kk		224

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

Tabela 26. Liczba spraw zakończonych w 2021 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury

Liczba spraw zakończonych w okresie sprawozdawczym	Ogółem		449
	w tym	skierowano akt oskarżenia	50
		liczba osób oskarżonych	61
		skierowano wnioski w trybie art. 335 § 1 kk	3
		liczba osób objętych wnioskiem z art. 335 § 1 kk	4
		skierowano wniosek o warunkowe umorzenie postępowania	3
		umorzono postępowanie karne	251
		odmówiono wszczęcia postępowania	88
		zawieszono postępowanie karne	11
		pozostałe sposoby zakończenia	43

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

Tabela 27. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego w latach 2010–2021 – czyn główny

	Skazania prawomocne*										I Instancja**	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
O G Ó Ł E M skazania wg art. Kk i ustaw szczególnych	432 891	423 464	408 107	353 208	295 353	260 034	289 512	241 436	275 768	287 978	243 672	279 444
<i>w tym</i>												
Art.149 kk	7	8	7	1	1	2	1	-	1	-	2	2
Art.152 §1 kk	6	11	8	9	2	2	2	3	6	4		
Art.152 §2 kk	21	19	12	9	16	20	13	12	26	11		
Art.152 §3 kk	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-		
Art.152 §3 kk w zw. z §2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-		
Art.153 §1 kk	7	4	1	2	-	1	-	-	1	1		
Art.153 §2 kk	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-		
Art.154 §1 kk	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-		
Art.154 §1 kk w zw. z art. 152 § 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Art.154 §2 kk	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-		
Art.157a §1 kk	2	2	3	-	1	4	2	2	-	3		
Art.157a §2 kk	-	-	1	2	1	1	-	-	-	2		

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

*/ skazani prawomocnie – na podstawie danych z systemu informatycznego Krajowego Rejestru Karnego

**/ skazani w pierwszej instancji w SR i SO – na podstawie sprawozdań MS-S6 w sprawie osób osądzonych w pierwszej instancji

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 oraz z 2022 r. poz. 64 i 974) 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 Rozporządzenie 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 2021 r. do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynął jeden sprzeciw dotyczący odmowy wykonania zabiegu przerwania ciąży. W dniu 25 listopada 2021 r. pacjentka zgłosiła się do szpitala z orzeczeniami dwóch lekarzy psychiatrów wskazującymi, iż kontynuowanie ciąży stanowi zagrożenie dla jej zdrowia psychicznego. Zgodnie z treścią orzeczeń, u pacjentki zdiagnozowano reaktywne objawy psychopatologiczne spowodowane faktem nieprawidłowego rozwoju płodu, u którego stwierdzono tzw. akranie, czyli brak kości pokrywy czaszki. Opinia lekarza odmawiającego zabiegu nie wpłynęła na realizację uprawnień przysługujących pacjentce, z uwagi na uzyskanie przez nią świadczenia w innym podmiocie leczniczym. Celem orzeczenia Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta jest realizacja prawa wskazanego przez pacjenta w skardze⁴⁶⁾. Jako że rozstrzygnięcie wydawane przez Komisję Lekarską pozostałoby w tej sprawie bez wpływu na sytuację pacjentki, Komisja Lekarska nie została powołana. W niniejszej sprawie Rzecznik Praw Pacjenta podjął natomiast postępowanie wyjaśniające w związku z możliwością naruszenia praw pacjenta. Postępowanie w niniejszej sprawie na koniec 2021 r. pozostawało w toku.

⁴⁶⁾ Zgodnie z art. 31 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W 2021 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził również postępowania wyjaśniające dotyczące odmowy wykonania zabiegu przerwania ciąży. Postępowanie wyjaśniające w tym przedmiocie zostało przez Rzecznika Praw Pacjenta wszczęte, oprócz wskazanej powyżej sprawy, jeszcze czterokrotnie, w tym jedna sprawa dotyczyła odmowy z uwagi na tzw. „klauzulę sumienia”.

Postępowanie wyjaśniające w pierwszej sprawie zostało wszczęte w związku z informacjami przekazanymi przez pacjentkę, która zarzuciła lekarzowi podmiotu leczniczego odmowę udzielenia świadczenia zdrowotnego pomimo posiadanej przez nią skierowania do szpitala oraz wyniku badania potwierdzającego wadę genetyczną płodu. W dniu 14 grudnia 2020 r. pacjentka zgłosiła się do szpitala. Przedstawiony przez nią wynik badania diagnostycznego metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej (aCGH) stanowił wystarczającą podstawę do przeprowadzenia żądanego przez pacjentkę świadczenia zdrowotnego. Żądanie od pacjentki dostarczenia dodatkowej dokumentacji medycznej, tj. konsultacji lekarza genetyka nie miało oparcia w obowiązujących przepisach prawa. Postępowanie zakończyło się stwierdzeniem naruszenia prawa pacjentki do świadczeń zdrowotnych oraz prawa do dokumentacji medycznej.

Kolejna sprawa dotyczyła pacjentki, która stawiała się w szpitalu w celu terminacji ciąży, ponieważ, jak poinformowała, takie postępowanie, w razie podjęcia przez nią decyzji o przerwaniu ciąży, zalecił lekarz z innego szpitala, który zna jej sytuację i widział wyniki badań wskazujące na wrodzoną wadę genetyczną płodu. Lekarz zaznaczył przy tym, że w związku z decyzją dyrektora placówki, nie ma możliwości wykonania zabiegu w tym szpitalu. 20 stycznia 2021 r. pacjentka zgłosiła się do innego podmiotu. Tam została poinformowana przez lekarza, że z powodu braku wolnych miejsc na oddziale nie może zostać przyjęta. Z udzielonych przez podmiot leczniczy wyjaśnień wynika, że kontakt z pacjentką miał formę osobistą, udzielono informacji ustnej, nie przeprowadzono żadnych badań płodu, nie wydano pacjentce pisemnej odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych, nie zarejestrowano i nie odnotowano w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej ani zbiorczej konsultacji pacjentki. Lekarze nie odesłali pacjentki na Izbę Przyjęć, nie wskazali jej zasad obowiązujących w podmiocie leczniczym w zakresie rejestracji. Takim postępowaniem uniemożliwiono pacjentce skorzystanie z procedury ustalającej dostęp do świadczeń. Postępowanie wyjaśniające zakończyło się stwierdzeniem naruszenia prawa pacjentki do świadczeń zdrowotnych oraz prawa do dokumentacji medycznej.

Trzecie postępowanie wyjaśniające dotyczyło pacjentki, która zgłosiła się do szpitala ze skierowaniem wydanym przez lekarza prowadzącego ciążę. Lekarz przeprowadził u pacjentki badanie USG, podczas którego stwierdzono małą ilość wód płodowych, co było konsekwencją

braku nerek u płodu. W celu potwierdzenia diagnozy przeprowadzono ponowne badanie USG, w którym stwierdzono zupełne bezwrodzie, nieuwidocznienie obu nerek, pęcherza moczowego ani tętnic nerkowych. Pacjentka otrzymała informację pisemną, iż możliwe jest rozważenie natychmiastowego zakończenia ciąży bez czekania na wynik kariotypu i badania genetycznego z uwagi na wadę letalną, jaką jest obustronna agenezja nerek. 14 stycznia 2021 r. pacjentka zgłosiła się do podmiotu leczniczego, który po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną poinformował, iż zabiegi terminacji ciąży, zgodnie z wytycznymi dyrektora szpitala, nie są tam przeprowadzane. Został jej wskazany szpital, do którego powinna się udać w celu wykonania zabiegu, natomiast lekarz nie wytworzył dokumentacji medycznej ani nie wydał pacjentce skierowania do szpitala. Pacjentka udała się do innego podmiotu leczniczego, gdzie otrzymała informację, że zabieg terminacji ciąży nie zostanie przeprowadzony. Pacjentka, mimo starań, nie otrzymała od dyrektora szpitala pisemnej odmowy udzielenia świadczenia. Dopiero po ponownej rozmowie z lekarzem otrzymała pisemną odmowę terminacji ciąży z powołaniem się przez lekarza na tzw. „klauzulę sumienia”. Postępowanie zakończyło się stwierdzeniem naruszenia prawa pacjentki do świadczeń zdrowotnych, prawa do informacji oraz prawa do dokumentacji medycznej.

Ostatnie postępowanie wyjaśniające dotyczyło pacjentki z Pszczyny będącej w 22. tygodniu ciąży. 21 września 2021 r. pacjentka zgłosiła się do szpitala, w związku z przedwczesnym odpłynięciem płynu owodniowego. Mimo stwierdzenia bezwrodzia lekarze wstrzymywali się z opróżnieniem jamy macicy. Po niecałej dobie od rozpoczęcia hospitalizacji pacjentka zmarła. Na podstawie materiału dowodowego zgromadzonego w czasie postępowania uznano, iż świadczenia zdrowotne udzielone pacjentce nie odpowiadały wymogom wiedzy medycznej i zasadom należytej staranności: nie została wdrożona na czas adekwatna antybiotykoterapia parenteralna, nie wykonano kontrolnych badań oceniających parametry stanu zapalnego kiedy u pacjentki pojawiła się gorączka, dreszcze i wymioty, nie wdrożono działań zmierzających do zakończenia ciąży w momencie wystąpienia objawów wstrząsu septycznego, nie wdrożono wówczas również intensywnego monitorowania parametrów życiowych ciężarnej, nie podjęto natychmiastowych działań zmierzających do pilnego zakończenia ciąży w momencie uzyskania wyników badań świadczących o niewydolności wielonarządowej. Ponadto pacjentka z uwagi na przedwczesne odejście wód płodowych wymagała również opieki psychologicznej, która nie została jej zapewniona. Postępowanie zakończyło się stwierdzeniem naruszenia prawa pacjentki do świadczeń zdrowotnych, prawa do poszanowania intymności i godności, prawa do informacji oraz prawa do dokumentacji medycznej. Kontrolę szpitala po śmierci pacjentki

z Pszczyny przeprowadził również Narodowy Fundusz Zdrowia. Z uwagi na medialny charakter sprawy, wyniki postępowania oraz kontroli zostały przedstawione na wspólnej konferencji prasowej Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta.

W 2021 r. Rzecznik Praw Pacjenta wszczął też dwukrotnie postępowanie wyjaśniające w zakresie dostępu do badań prenatalnych.

Pierwsze z tych postępowań wyjaśniających dotyczyło sprawy pacjentki, która po ośmiu miesiącach ciąży (kopie wytworzonej dokumentacji medycznej z tego czasu obejmowały okres od 11 grudnia 2018 r. do 1 lipca 2019 r.), w czasie których była informowana o prawidłowym rozwoju płodu otrzymała od lekarza wiadomość o wielowodziu. Ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika, że lekarz wykonujący trzy badania ultrasonograficzne nie rozpoznał wady wrodzonej płodu. Ponadto pacjentce nie przekazano następnie informacji o stanie płodu adekwatnie do istniejących wad ani nie objęto jej opieką psychologiczną. Postępowanie zakończyło się stwierdzeniem naruszenia prawa pacjentki do świadczeń zdrowotnych, prawa do poszanowania godności i intymności oraz prawa do dokumentacji medycznej.

Kolejne postępowanie wyjaśniające dotyczyło pacjentki będącej w 19. tygodniu ciąży. 14 stycznia 2021 r. pacjentka zgłosiła się do podmiotu leczniczego z powodu utrzymującej się od dwóch dni gorączki oraz wymiotów. U pacjentki stwierdzono ciążę obumarłą. Lekarze nie zdecydowali się na instrumentalne usunięcie ciąży, tłumacząc to brakiem warunków do wykonania zabiegu. Przystąpiono do farmakologicznej indukcji poronienia z zastosowaniem oksytocyny. Szpital prawidłowo zdiagnozował wystąpienie u kobiety wstrząsu septycznego, jednak postępowanie zachowawcze, polegające na indukcji poronienia oksytocyną przyczyniło się jedynie do niepotrzebnego wydłużenia czasu, jaki upłynął od momentu przyjęcia pacjentki do podmiotu leczniczego do momentu opróżnienia jamy macicy, co w tym przypadku odpowiadało około 6-godzinnej zwłóce. Pacjentka zmarła. Postępowanie zakończyło się stwierdzeniem naruszenia prawa pacjentki do świadczeń zdrowotnych, prawa do poszanowania intymności i godności oraz prawa do informacji o stanie zdrowia.

W 2021 r. Rzecznik Praw Pacjenta podjął jedną interwencję pisemną w podmiocie leczniczym w związku z odmową badań prenatalnych; udzielono jednej porady przez *chat* w związku ze sprawą dotyczącą odmowy badań prenatalnych u pacjentki po 35. roku życia oraz odebrano dwanaście zgłoszeń przez Telefoniczną Infolinię Pacjenta, w tym trzy odnośnie tematyki badań prenatalnych, siedem odnośnie terminacji ciąży oraz dwa nawiązujące do kwestii diagnostyki.

Ponadto na podstawie informacji zebranych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2021 r., Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się z prośbą do Ministra Zdrowia o opracowanie standardów opieki nad kobietami w ciąży leczonymi w szpitalach psychiatrycznych. Rezultatem tego było przedstawienie przez konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii – na zlecenie Ministra Zdrowia – wspólnego stanowiska w tym obszarze.

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

W 2021 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 2021 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 28. 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 2021 r.

Lp.	Okręgowa Izba Lekarska	Opieka nad kobietami w ciąży	Opieka okołoporodowa	Badania genetyczne płodu	Zabiegi przerywania ciąży
1	Białystok	1	0	0	0
2	Bielsko – Biała	1	0	0	0
3	Bydgoszcz	0	1	0	0
4	Częstochowa	1	0	0	0
5	Gdańsk	1	2	0	1
6	Gorzów Wlkp.	0	0	0	0
7	Katowice	1	0	0	0
8	Kielce	0	0	0	0
9	Koszalin	0	0	0	0
10	Kraków	0	0	0	0
11	Lublin	1	0	0	0
12	Łódź	0	0	0	0

13	Olsztyn	0	1	0	0
14	Opole	0	0	0	0
15	Płock	0	0	0	0
16	Poznań	0	3	0	0
17	Rzeszów	0	0	0	0
18	Szczecin	0	0	0	0
19	Tarnów	0	0	0	0
20	Toruń	0	0	0	0
21	Warszawa	0	1	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	1	2	0	1
RAZEM		7	11	0	2

Źródło: Naczelny Sąd Lekarski

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