



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IX kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WPP.4821.2.2020.ML

Druk nr 339
Warszawa, 9 kwietnia 2020 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 2018 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.).

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 2018 R.**

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

(Dz. U. poz. 78, z późn. zm.)

WARSZAWA 2020 r.

SPIS TREŚCI

SPIS TABEL	3
WSTĘP	4
ROZDZIAŁ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ INFORMACJE EPIDEMIOLOGICZNE	5
1.1. ROZWÓJ DEMOGRAFICZNY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	5
1.2. URODZENIA I DZIETNOŚĆ KOBIEC	5
1.3. UMIERALNOŚĆ	6
ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIECĄ W CIĄŻY	7
2.1. OPIEKA REALIZOWANA W RAMACH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	7
2.2. PROGRAMY POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PLANOWANIA RODZINY, ŚWIADOMEGO MACIERZYŃSTWA ORAZ OPIEKI MEDYCZNEJ NAD KOBIECĄ W CIĄŻY	26
2.3. ZGONY NIEMOWLĄT I UMIERALNOŚĆ NIEMOWLĄT	32
2.4. DZIAŁANIA O CHARAKTERZE PROFILAKTYCZNYM KIEROWANE DO KOBIEC W CIĄŻY ORAZ OSÓB W WIEKU PROKREACYJNYM PROMUJĄCE ODPOWIEDZIALNE ZACHOWANIA W CIĄŻY ORAZ W OKRESIE PREKONCEPCYJNYM	33
ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIECAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH	46
3.1. ŚWIADCZENIA RODZINNE	47
3.2. ZAPEWNIENIE WSPARCIA W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	59
3.3. UPRAWNIENIA PRACOWNIKÓW ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM	67
3.4. UPRAWNIENIA BEZROBOTNYCH ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM	77
3.5. POMOC SPOŁECZNA	82
3.6. PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY DOMOWEJ	85
3.7. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ROLNIKÓW	88
3.8. WSPARCIE KOBIEC W CIĄŻY I RODZIN W RAMACH USTAWY I PROGRAMU „ZA ŻYCIEM”	88
ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI	93
ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH	98
ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY	100
6.1. POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA UDZIELANA PRZEZ SZKOŁĘ	100
6.2. INDYWIDUALNE NAUCZANIE DZIECI I MŁODZIEŻY	101
6.3. WSPARCIE UDZIELANE PRZEZ PORADNIE PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE	101
6.4. SPEŁNIENIE OBOWIĄZKU SZKOLNEGO ORAZ OBOWIĄZKU NAUKI POZA SZKOŁĄ	102
6.5. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU EGZAMINÓW ZEWNĘTRZNYCH	103
ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY	107
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	107
7.2. KWALIFIKACJE NAUCZYCIELI REALIZUJĄCYCH ZAJĘCIA	112
7.3. PODRĘCZNIKI WYKORZYSTYWANE DO REALIZACJI ZAJĘĆ „WYCHOWANIA DO ŻYCIA W RODZINIE”	114
ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY	115
ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY	121
9.1. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ ORGANY ŚCIGANIA I WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI	121
9.2. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA	122
9.3. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ NACZELNY SĄD LEKARSKI I OKRĘGOWE SĄDY LEKARSKIE	124

SPIS TABEL:

Tabela nr 1. Świadczenia udzielone w 2018 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii.....	13
Tabela nr 2. Wykonanie świadczeń rozliczanych jako porady związane z prowadzeniem ciąży	13
Tabela nr 3. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I w okresie od października do grudnia 2018 r.	15
Tabela nr 4. Liczba porodów rozliczonych w 2018 r.....	16
Tabela nr 5. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2018 r.	16
Tabela nr 6. Liczba i wartość znieczuleń wykonanych w trakcie porodu, rozliczanych jako dodatkowa procedura przy porodzie drogami natury.....	19
Tabela nr 7. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2018 r.	22
Tabela nr 8. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2018 r.....	23
Tabela nr 9. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej - liczba i wartość udzielonych świadczeń.....	25
Tabela nr 10. Opieka psychologiczna w ramach leczenia szpitalnego skierowana do kobiet po niepowodzeniu położniczym, podczas pobytu w szpitalu, w oddziale położniczym o III poziomie referencyjności	25
Tabela nr 11. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w rodzaju psychiatria i leczenie uzależnień	26
Tabela nr 12. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w ramach KOC II/III	26
Tabela nr 13. Zasiłki macierzyńskie wypłacone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w 2018 r.....	62
Tabela nr 14. Liczba porad w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w zakresie ginekologii dla dziewcząt udzielonych w 2018 r., w tym pacjentkom poniżej 18 r.ż.....	93
Tabela nr 15. Produkty lecznicze o działaniu antykoncepcyjnym refundowane w 2018 r.	94
Tabela nr 16. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2018 r.....	96
Tabela nr 17. Realizacja programu badań prenatalnych w 2018 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę osób objętych programem).....	99
Tabela nr 18. Dane dotyczące uczniów uczęszczających w zajęciach wychowania do życia w rodzinie.....	110
Tabela nr 19. Dane dotyczące liczby nauczycieli/ etatów przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie w szkołach.....	113
Tabela nr 20. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2009-2018 (w skali kraju) – według przyczyn	116
Tabela nr 21. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2018 r. – w podziale na województwa, wiek kobiet i przyczynę.....	117
Tabela nr 22. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2018 r. w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu ..	117
Tabela nr 24. Dane statystyczne dotyczące przestępstw z art. 152-154 i art. 157a Kodeksu karnego związanych z realizacją ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży	121
Tabela nr 24. 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 2018 r.	124

WSTĘP

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

Sprawozdanie Rady Ministrów za 2018 r. przygotowano na podstawie informacji, danych statycznych i opinii uzyskanych od:

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

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

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

1.1. Rozwój demograficzny Rzeczypospolitej Polskiej

Na koniec 2018 r. ludność Rzeczypospolitej Polskiej liczyła 38 411 tys. osób, tj. o ok. 22 tys. mniej niż na koniec 2017 r. Stopa ubytku rzeczywistego wyniosła -0,06%, co oznacza, że na każde 10 tys. ludności ubyło ok. 6 osób (w 2017 r. odnotowano nieznaczny przyrost rzeczywisty – 0,001%).

Spadek liczby ludności obserwowany jest od 2012 r., z wyjątkiem 2017 r., kiedy odnotowano nieznaczny wzrost (o niespełna 1 tys.). Na zmiany w liczbie ludności w ostatnich latach wpływa przede wszystkim przyrost naturalny, który od 2013 r. pozostaje ujemny. W 2018 r. liczba urodzeń była niższa od liczby zgonów o ok. 26 tys. Współczynnik przyrostu naturalnego (na 1000 ludności) wyniósł -0,7. W 2017 r. współczynnik przyrostu naturalnego był ujemny, ale bliski zeru i wyniósł -0,02‰ (w 2016 r. wyniósł -0,2‰).

1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

W 2018 r. zarejestrowano ponad 388 tys. urodzeń żywych, tj. o ok. 13,8 tys. mniej niż w poprzednim roku. Współczynnik urodzeń spadł o 0,4 pkt do 10,1‰ (z 10,5‰ w 2017 r.).

Od prawie 30 lat utrzymuje się zjawisko depresji urodzeniowej – niska liczba urodzeń nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń. W 2018 r. współczynnik dzietności wyniósł 1,43, co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) przypadało 143 urodzonych dzieci (w miastach – 142, na wsi – 145). Optymalna wielkość tego współczynnika, określana jako korzystna dla stabilnego rozwoju demograficznego, to 2,10–2,15, tj. gdy w danym roku na 100 kobiet w wieku 15–49 lat przypada średnio co najmniej 210–215 urodzonych dzieci.

Zgodnie z informacjami Głównego Urzędu Statystycznego obserwowane od początku transformacji ustrojowej zmiany postaw i priorytetów życiowych młodych ludzi (osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia i stabilizacji ekonomicznej) spowodowały przesunięcie wieku zakładania rodziny. Obecnie najwyższa płodność cechuje kobiety w wieku 26–31 lat, co oznacza podwyższenie wieku najczęstszego rodzenia dzieci średnio o 6–8 lat w stosunku do początku lat transformacji oraz o 2–4 lata w stosunku do początku XXI wieku. W konsekwencji, w 2018 r. mediana wieku kobiet rodzących dziecko wyniosła 30 lat (wobec

26 lat w 1990 r. i 2000 r.), a średni wiek rodzenia pierwszego dziecka wzrósł w tym okresie o ponad 4 lata i wyniósł w 2017 r. prawie 28 lat.

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

Liczba urodzeń w Rzeczypospolitej Polskiej nadal jest istotnie determinowana liczbą zawieranych związków małżeńskich, przy czym ponad połowa dzieci rodzi się w okresie pierwszych trzech lat trwania małżeństwa rodziców. Niemniej jednak systematycznie rośnie odsetek urodzeń pozamałżeńskich – na początku lat 90. było to ok. 6–7%, w 2000 r. – ok. 12%, a w 2018 r. – ok. 26%.

Jednocześnie w 2018 r. po raz kolejny odnotowano spadek liczby urodzeń żywych u kobiet, których wiek wynosił 19 lat i mniej. W 2018 r. było 9 224 takich urodzeń, w 2017 r. – 10 076, w 2016 r. – 11 320, a w 2015 r. – 12 030.

1.3. Umieralność

W 2018 r. zmarło ponad 414 tys. osób, tj. o ponad 11 tys. więcej niż w roku poprzednim. Współczynnik umieralności wyniósł 10,8‰ (wobec 10,5‰ w 2017 r.). W ogólnej liczbie osób zmarłych ok. 52% stanowili mężczyźni.

Pozytywnym zjawiskiem jest utrzymująca się niska umieralność niemowląt. W 2018 r. zmarło ok. 1,5 tys. dzieci w wieku poniżej 1 roku życia. Od kilku lat współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wynosi ok. 4‰ – w 2018 r. wyniósł 3,8‰ (wobec 4,0‰ w 2017 r., 8,1‰ w 2000 r. oraz 19,3‰ w 1990 r.).

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

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

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

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

W celu realizacji ww. przepisów ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) w art. 2 ust. 1 pkt 4 zapewnia prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie kobietom w okresie ciąży, porodu i połogu, mającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. *o cudzoziemcach* (Dz.U. z 2020 r. poz. 35).

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu w 2018 r. regulowały:

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

- 3) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.);
- 4) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 188, z późn. zm.);
- 5) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1199);
- 6) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132);
- 7) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007);
- 8) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997).

Opieka okołoporodowa obejmuje opiekę zdrowotną sprawowaną nad kobietą w okresie ciąży, porodu i położu, 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.

Do końca 2018 r. podstawę w tym zakresie stanowiły przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad noworodkiem*. Rozporządzenie wyznacza standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad noworodkiem.

Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad noworodkiem (dalej „standardy”) określają poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności. Standardy określają również zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania. Standardy szczegółowo odnoszą się do przebiegu wszystkich trymestrów ciąży, której poszczególne okresy podzielone są wedle tygodni. Schemat prowadzenia kobiety ciężarnej opiera się na relacji określonego przedziału tygodni, świadczeń profilaktycznych wykonywanych przez lekarza lub położną i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania.

Ponadto w sposób szczegółowy zostały w nich określone następujące zagadnienia:

- 1) identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych;
- 2) plan opieki przedporodowej i plan porodu;
- 3) postępowanie w trakcie porodu;
- 4) strategie uśmierzania bólu podczas porodu;
- 5) rozpoczęcie porodu;
- 6) postępowanie w I okresie porodu;
- 7) postępowanie w II okresie porodu;

- 8) postępowanie w III okresie porodu;
- 9) postępowanie w IV okresie porodu;
- 10) opieka nad noworodkiem;
- 11) podstawy zabiegów resuscytacyjnych u noworodków;
- 12) połów.

Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej są istotnym elementem opieki sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności przez opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży. Jakość przepisów w tym zakresie, a więc jakość standardów, ma bezpośredni wpływ na jakość sprawowanej opieki.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych* regulowało zasady postępowania w przypadku wystąpienia następujących powikłań:

- 1) nadciśnienie tętnicze;
- 2) poród przedwczesny;
- 3) ciąża bliźniacza;
- 4) niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu;
- 5) krwotok porodowy.

Standardy przewidywały również postępowanie obejmujące opiekę nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych.

Scharakteryzowane powyżej standardy zostały określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie upoważnienia wyrażonego w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2020 r. poz. 295). Przedmiotowe upoważnienie zostało zmienione przepisami ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. *o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 960). Zgodnie z obecnym

brzmieniem minister właściwy do spraw zdrowia ma możliwość określenia, w drodze rozporządzenia, standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Powyższa zmiana spowodowana była potrzebą uporządkowania kwestii dotyczących wydawania i stosowania wytycznych lub zaleceń postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia oraz samej organizacji opieki zdrowotnej.

Wymienione na wstępie standardy zostały utrzymane w mocy do końca 2018 r. W związku z powyższym zaistniała konieczność opracowania nowego aktu prawnego, określającego standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w rozważanym obszarze. Minister Zdrowia zdecydował, aby prace nad stosownym w tym zakresie rozporządzeniem, wzorem lat ubiegłych, odbywały się we współpracy z ekspertami oraz przedstawicielami organizacji pozarządowych skupiających swoje działania na opiece okołoporodowej. W tym celu powołany został Zespół¹⁾, którego zadaniem było opracowanie projektu nowego rozporządzenia, na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*. Podstawą prac Zespołu było obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w *sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem*.

W wyniku prac Zespołu opracowany został nowy standard, stanowiący załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w *sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* (Dz. U. poz. 1756). Nowy standard nie ogranicza się wyłącznie do ciąży i porodu o charakterze fizjologicznym, dzięki temu wiele jego przepisów znajduje zastosowanie również w przypadku czasowo pojawiających się powikłań. Wyznacza on sposób organizacji opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, tj. w przebiegu ciąży, porodu, położu i opieki nad noworodkiem. Szczególne miejsce zajmują w nim przepisy dotyczące organizacji edukacji przedporodowej, wsparcia karmienia piersią, łagodzenia bólu

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

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.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w *sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* weszło w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

Odnosząc się do realizacji scharakteryzowanych powyżej przepisów należy wskazać, że regulacje zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w *sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem*, miały charakter wiążący dla realizatorów umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i położu odbywa się w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Kwestie dotyczące świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa, postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także warunki wymagane od świadczeniodawców regulują zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne i profilaktyczne programy zdrowotne.

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

Tabela nr 1. Świadczenia udzielone w 2018 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	dotyczy kobiet do 35 r.ż.				dotyczy kobiet w 35 r.ż. i starszych			
	02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
	rozpoznanie - ciąża (O00 - O99 oraz Z32 - Z36)				rozpoznanie - ciąża (O00 - O99 oraz Z32 - Z36)			
	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	7 686 887	87 134	19 049	201	1 622 172	18 859	4 574	196
KUJAWSKO-POMORSKI	5 247 028	73 258	15 416	190	844 301	12 118	3 007	172
LUBELSKI	5 418 850	68 233	12 419	97	1 052 879	13 743	2 873	94
LUBUSKI	2 541 840	31 232	6 476	45	468 283	5 848	1 481	44
ŁÓDZKI	4 827 649	71 892	14 203	159	1 015 914	15 473	3 478	156
MAŁOPOLSKI	10 262 792	122 586	23 059	189	2 244 407	27 500	5 721	188
MAZOWIECKI	14 278 306	186 562	44 062	295	3 606 514	49 675	12 515	289
OPOLSKI	1 620 520	21 298	5 842	57	297 796	3 935	1 238	56
PODKARPACKI	6 970 927	84 957	14 672	115	1 384 407	17 188	3 243	114
PODLASKI	4 506 043	56 729	8 996	58	807 841	10 495	1 903	56
POMORSKI	7 757 729	91 140	18 231	122	1 375 581	16 844	3 797	120
ŚLĄSKI	12 121 028	164 880	28 098	402	2 205 689	30 362	6 080	391
ŚWIĘTOKRZYSKI	2 021 210	27 475	6 582	116	416 628	5 716	1 495	113
WARMIŃSKO-MAZURSKI	5 344 554	68 340	11 765	101	899 374	11 816	2 455	99
WIELKOPOLSKI	7 486 990	88 284	20 386	222	1 400 926	16 720	4 223	221
ZACHODNIOPOMORSKI	4 075 165	55 678	11 312	113	741 847	10 313	2 387	111
RAZEM	102 167 518	1 299 678	260 568	2 482	20 384 558	266 605	60 470	2 420

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela nr 2. Wykonanie świadczeń rozliczanych jako porady związane z prowadzeniem ciąży

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	dotyczy kobiet do 35 r.ż.				dotyczy kobiet w 35 r.ż. i starszych			
	02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
	Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej				Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej			
	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	2 749 325	17 199	6 206	115	484 464	3 036	1 158	109
KUJAWSKO-POMORSKI	3 702 092	24 728	7 309	120	571 652	3 811	1 202	108
LUBELSKI	846 570	5 328	1 644	27	158 608	999	313	23
LUBUSKI	862 588	5 792	2 214	27	147 001	988	387	25
ŁÓDZKI	1 171 096	7 762	2 928	81	229 838	1 537	595	74
MAŁOPOLSKI	1 225 251	7 749	4 050	49	260 815	1 660	1 046	42
MAZOWIECKI	6 555 845	41 787	13 831	167	1 378 209	8 779	3 155	159

OPOLSKI	2 269 954	14 098	4 030	50	378 806	2 347	703	51
PODKARPACKI	6 098	35	17	4	215	1	1	1
PODLASKI	181 529	1 222	492	9	24 082	161	70	7
POMORSKI	3 175 408	21 881	6 640	73	509 632	3 497	1 160	66
ŚLĄSKI	614 783	4 149	1 724	77	115 026	773	354	64
ŚWIĘTOKRZYSKI	917 135	5 921	2 106	54	185 599	1 202	440	51
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 193 456	7 681	2 323	27	202 045	1 301	405	26
WIELKOPOLSKI	5 789 672	36 972	11 889	164	976 539	6 227	2 153	157
ZACHODNIOPOMORSKI	1 772 891	11 843	4 229	66	296 981	1 985	745	66
RAZEM	33 033 693	214 147	71 632	1 110	5 919 512	38 304	13 887	1 029

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.2. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

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

Produkt rozliczeniowy KOC realizowano od 1 lipca 2016 r. do 30 września 2017 r. Od 1 października 2017 r. jest realizowany natomiast produkt rozliczeniowy: KOC I, tj. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na I poziomie referencyjnym. W stosunku do produktu rozliczeniowego w miejsce dotychczasowego jednego ryczałtu, w ramach KOC I wprowadzono kilka ryczałtów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży oraz wydzielony 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 „premi” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych dotyczących, do których należy:

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

KOC I jest obecnie realizowana w kilku województwach.

Tabela nr 3. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I w okresie od października do grudnia 2018 r.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców	Wartość świadczeń - ogółem - w zł	Liczba porodów - ogółem	Liczba cięć cesarskich	Liczba znieczuleń podanych do porodu drogami natury
LUBUSKI	1	4 816 760 zł	900	457	0
MAŁOPOLSKI	1	16 329 498 zł	2 573	1 383	569
POMORSKI	1	9 713 755 zł	1 717	426	0
ŚLĄSKI	1	6 807 684 zł	1 239	668	104
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1	5 195 482 zł	965	337	187
Suma	5	42 863 179 zł	7 394	3 271	860

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.3. Porody, w tym porody zakończone cięciem cesarskim

W 2018 r. rozliczono 341 473 porodów sześcioma produktami rozliczeniowymi (Jednorodnymi Grupami Pacjentów).

Tabela nr 4. Liczba porodów rozliczonych w 2018 r.

Nazwa Oddziału wojewódzkiego NFZ	N01 Poród	N02 Poród mnogi lub przedwczesny	N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni	N09 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe >6 dni	N11 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw	N13 Ciężka patologia ciąży zakończona porodem zabiegowym > 3 dni	Suma
DOLNOŚLĄSKIE	18 274	374	1 804	2 406	86	3 655	26 599
KUJAWSKO-POMORSKIE	15 942	358	654	1 724	4	1 157	19 839
LUBELSKIE	9 674	111	931	1 419	3	1 196	13 334
LUBUSKIE	6 195	98	290	669	2	871	8 125
ŁÓDZKIE	12 611	333	2 410	1 841	176	1 308	18 679
MAŁOPOLSKIE	21 722	336	3 770	638	32	1 259	27 757
MAZOWIECKIE	48 050	877	4 945	2 697	33	3 843	60 445
OPOLSKIE	5 794	165	597	340	6	839	7 741
PODKARPACKIE	17 031	306	1 339	776	3	1 513	20 968
PODLASKIE	8 679	100	260	147	1	190	9 377
POMORSKIE	18 716	422	1 213	1 144	3	1 158	22 656
ŚLĄSKIE	33 303	705	2 024	1 265	35	1 064	38 396
ŚWIĘTOKRZYSKIE	4 792	75	2 395	1 082	72	1 377	9 793
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	10 132	165	614	908	11	570	12 400
WIELKOPOLSKIE	28 461	438	3 725	1 257	5	2 404	36 290
ZACHODNIOPOMORSKIE	8 928	64	6	26		50	9 074
RAZEM:	268 304	4 927	26 977	18 339	472	22 454	341 473

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W ramach powyższej liczby porodów 148 116 porodów zakończyło się cięciem cesarskim. Zestawienie liczby cięć cesarskich w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia tabela nr 5.

Tabela nr 5. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2018 r.

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba porodów
1	DOLNOŚLĄSKI	12 925
2	KUJAWSKO-POMORSKI	6 852
2	LUBELSKI	6 768
4	LUBUSKI	3 631
5	ŁÓDZKI	10 047
6	MAŁOPOLSKI	13 130
7	MAZOWIECKI	23 410
8	OPOLSKI	3 558
9	PODKARPACKI	10 830

10	PODLASKI	5 055
11	POMORSKI	7 697
12	ŚLĄSKI	16 847
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	5 133
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	5 600
15	WIELKOPOLSKI	12 560
16	ZACHODNIOPOMORSKI	4 073
RAZEM		148 116

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2018 r. wskaźnik cięć cesarskich ponownie zmniejszył się, w 2016 r. wyniósł 45,8%, w 2017 r. – 44,2%, a w 2018 r. – 43,65%. Wysoki wskaźnik zabiegów cesarskiego cięcia nie jest rozpatrywany jedynie w kwestiach bezpieczeństwa zdrowotnego matki i dziecka, są to również kwestie etyczne, prawne i ekonomiczne wykonywanych zabiegów. W celu obniżenia rozważanego wskaźnika Minister Zdrowia powołał Zespół roboczy do spraw opracowania kierunków działań dla zmniejszenia liczby cesarskich cięć²⁾. Zespół wypracował rekomendacje, stanowiące zbiór działań, których podjęcie, w ocenie Zespołu, powinno pozwolić na systematyczne obniżenie wskaźnika cesarskich cięć w Rzeczypospolitej Polskiej. Wypracowane rekomendacje zostały w dniu 19 marca 2018 r. przesłane konsultantom krajowym i wojewódzkim w dziedzinach położnictwa i ginekologii, jak również konsultantom krajowym w dziedzinach medycyny, w których może mieć miejsce kwalifikacja ciężarnych do cesarskich cięć z przyczyn pozapołożniczych. Rekomendacje otrzymali również konsultanci krajowi w dziedzinach perinatologii, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Głównym celem ich upowszechnienia było zwrócenie uwagi na problem i prośba o podjęcie niezbędnych działań informacyjnych i monitorujących w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii, w których liczba cesarskich cięć jest niewspółmiernie wysoka do posiadanych przez nie poziomów referencyjnych.

Zespół rekomendował m.in. zmianę lub uaktualnienie rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie wskazań do cięcia cesarskiego z 2008 r. Z informacji uzyskanych od konsultantów w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii wynika, że w czasopiśmie – „Ginekologia Polska”, 2018, vol. 89, no. 11, 644–657, ukazała się wersja

²⁾ Zespół został powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie powołania Zespołu roboczego do spraw opracowania kierunków działań w celu zmniejszenia liczby cesarskich cięć (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 73).

anglojęzyczna nowych rekomendacji dotyczących cięć cesarskich opracowanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników (PTGiP) pn.: „Recommendations of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians regarding caesareansections”. Rekomendacje w wersji polskojęzycznej ukazały się w czasopiśmie *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 2018 (tom 3, nr 4, strony 159–174). W ocenie konsultantów poprzednie zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wskazujące na konieczność uzyskania zgody kobiety na poród drogami natury po przebytym cięciu cesarskim mogły spowodować wzrost odsetka drugich i kolejnych cięć cesarskich o 30% do 50%. Nowe zalecenia PTGiP proponują lepsze i uzasadnione medycznie kwalifikacje kobiet do zabiegu, zgodnie z którymi przynajmniej do terminu porodu sam fakt przebycia cięcia cesarskiego nie będzie wskazaniem do kolejnego cięcia.

Rekomendacje Zespołu wskazują również na kluczową rolę edukacji pacjentek przygotowujących się do porodu oraz ich bliskich, która może doprowadzić do zmniejszenia liczby cesarskich cięć wynikających z niewiedzy o możliwości negatywnych następstw, jak również presji kobiet i osób towarzyszących na rozwiązanie porodu w drodze cesarskiego cięcia. Kwestie te zostały uwzględnione w części dotyczącej ramowego programu edukacji przedporodowej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w *sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*. Korzystanie z edukacji przedporodowej powinno przyczynić się do łagodzenia lęku i niepokoju związanego z porodem, zmniejszenia liczby porodów przedwczesnych, liczby cięć cesarskich, interwencji medycznych oraz obniżenia wskaźnika umieralności okołoporodowej.

Jednocześnie, w celu zwiększenia świadomości przyszłych rodziców w zakresie przysługujących im świadczeń zdrowotnych i praw w okresie okołoporodowym, w Ministerstwie Zdrowia zostały opracowane plakaty: „Zanim zostaniesz mamą” oraz „Kiedy? Co? Jak? – czyli standardowa opieka nad kobietą w ciąży fizjologicznej”. Plakaty niosły również przesłanie, że najlepszy zarówno dla matki, jak i dziecka jest poród fizjologiczny, cesarskie cięcie powinno być natomiast wykonane wyłącznie w przypadku wskazań medycznych. Plakaty zostały rozdystrybuowane w pierwszym kwartale 2018 r. do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnych podstawowej opieki zdrowotnej.

Wskaźnik cesarskich cięć będzie na bieżąco monitorowany za pomocą dostępnych danych statystycznych otrzymywanych z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony 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

Zgodnie z obowiązującymi w 2018 r. przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego rodząca miała możliwość skorzystania z różnych metod niefarmakologicznych, jak również farmakologicznych łagodzenia bólu porodowego z uwzględnieniem jej stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie leczniczym. Znieczulenie zewnątrzoponowe jest tylko jedną z farmakologicznych metod, których skuteczność udowodniono naukowo. Decydującą rolę w wyborze metody łagodzenia bólu porodowego odgrywa stan zdrowia kobiety, jak również jej preferencje dotyczące metod łagodzenia bólu porodowego. Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r. wykonano 18 725 znieczuleń zewnątrzoponowych. Dalszemu zwiększeniu uległa wycena samej procedury, wartość produktu do sumowania – Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu nie zawarte w JGP wynosiła w 2018 r. 500 punktów.

Od 1 stycznia 2019 r. obowiązują w tym zakresie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

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

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba wykonanych produktów	Wartość wykonanych produktów (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	1 221	571 392
KUJAWSKO-POMORSKI	286	133 733
LUBELSKI	246	115 080
LUBUSKI	49	23 220
ŁÓDZKI	1 908	864 296
MAŁOPOLSKI	1 221	569 563
MAZOWIECKI	8 897	4 153 626
OPOLSKI	279	131 311
PODKARPACKI	807	379 722
PODLASKI	452	210 305
POMORSKI	852	395 621
ŚLĄSKI	1 551	720 900
ŚWIĘTOKRZYSKI	427	194 503
WARMIŃSKO-MAZURSKI	397	190 269
WIELKOPOLSKI	130	62 228

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba wykonanych produktów	Wartość wykonanych produktów (w zł)
ZACHODNIOPOMORSKI	2	933
RAZEM	18 725	8 716 701

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2018 r. rozliczono łącznie 341 473 świadczeń związanych z porodem. Po odliczeniu porodów w wyniku cesarskiego cięcia (148 116), które wykonane zostały w znieczuleniu, szacuje się, że liczba wykonanych znieczuleń przy porodzie drogami natury nie przekracza 10%. Posiadane dane dotyczą faktycznie zrealizowanych procedur znieczulenia zewnątrzoponowego i nie pozwalają stwierdzić, czy tak niski procent znieczuleń zewnątrzoponowych jest wynikiem ograniczonej dostępności do nich, czy preferencji kobiet. Jedynie dane z Raportu monitoringu oddziałów położniczych prowadzonego przez Fundację Rodzić po Ludzku świadczą o tym, że 13% kobiet, biorących udział w badaniach ankietowych wskazało, że chciało otrzymać znieczulenie zewnątrzoponowe, ale w szpitalu, w którym rodziły, nie było takiej możliwości.

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

Za zapewnienie odpowiedniej kadry do realizacji świadczeń zdrowotnych odpowiedzialny jest kierownik podmiotu leczniczego, zwracając szczególną uwagę na potrzeby zdrowotne

pacjentów regionu, w którym znajduje się dany szpital, efektywne wydatkowanie środków i realną możliwość pozyskania lekarzy danej specjalizacji.

2.1.5. Wsparcie kobiet w ciąży w ramach ustawy i programu „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 2019 r. poz. 473, z późn. zm.), 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. 1250). Rozwiązania przyjęte w tej ustawie wynikają z konieczności zapewnienia przez państwo rodzinom w Rzeczypospolitej Polskiej poczucia bezpieczeństwa, w szczególności gdy może wystąpić sytuacja nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu dziecka. Opieka państwa w zakresie przewidzianym w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”* obejmuje dostęp do odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej jak również do instrumentów polityki na rzecz rodziny. Program przewiduje realizację szeregu działań zmierzających do osiągnięcia przedmiotowego celu, określonych w ramach sześciu priorytetów. Do działań tych należy m.in. zapewnienie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej (uwzględniającej również opiekę psychologiczną); diagnostyka i terapia prenatalna oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

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

Od 1 stycznia 2017 r. wprowadzono koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży na II i III poziomie referencyjnym (KOC II/III). W ramach powyższego trybu rozliczania świadczeń szczególną pomoc medyczną finansowaną przez NFZ powinny uzyskać kobiety w przypadku prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu, ciężkich chorób płodu oraz w sytuacji niepowodzenia położniczego. Dodatkowy akcent został położony na pomoc psychologiczną dla

tej grupy pacjentek. Analogicznie jak w KOC I w ramach KOC II/III finansuje się kilka ryczałtów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży, wydzielony ryczałt w przypadku prowadzenia ciąży przez położną oraz świadczenia wskazane jako możliwe do sumowania z ryczałtem. Wycena poszczególnych ryczałtów obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem w okresie do 6 tygodni od urodzenia. W przypadku wystąpienia wskazań medycznych do dłuższej hospitalizacji dziecka istnieje możliwość odrębnego rozliczenia świadczeń w oparciu o odrębną wycenę świadczeń analogicznych do obecnych grup noworodkowych rozliczanych w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń możliwe jest uzyskanie przez świadczeniodawcę „premi” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych, dotyczących:

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

Tabela nr 7. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2018 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeniodawców	Wartość świadczeń - ogółem (w zł)	Liczba porodów - ogółem	Liczba cięć cesarskich	Liczba znieczuleń podanych do porodu drogami natury
LUBELSKI	5	39 806 231	5 167	2 234	74
ŁÓDZKI	3	30 634 269	3 630	1 623	582
MAŁOPOLSKI	2	72 701 148	7 275	3 332	1 841
OPOLSKI	1	6 600 364	819	359	0
PODLASKI	1	25 162 263	2 401	1 075	749
POMORSKI	1	7 818 008	959	295	14
ŚLĄSKI	2	14 979 787	2 092	903	108
WIELKOPOLSKI	1	25 192 641	1 935	985	0
ZACHODNIOPOMORSKI	3	71 600 178	6 040	3 313	141
RAZEM	18	294 494 889	30 318	14 119	3 509

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

2) Dziecięca opieka koordynowana (DOK)

W celu realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” od 1 stycznia 2017 r. wprowadzono również nowy zakres świadczeń kierowanych do dzieci, tj. dziecięcą opiekę koordynowaną (DOK). Celem wprowadzenia przedmiotowego zakresu świadczeń było sfinansowanie zintegrowanej opieki neonatologicznej, wielospecjalistycznej opieki pediatrycznej – zgodnie z indywidualnymi wskazaniami – oraz programów rehabilitacyjnych dla dzieci nim objętych. Dziecięca opieka koordynowana jest skierowana do dzieci do ukończenia 3 r.ż., u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Świadczenia te dedykowane są także noworodkom urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 33 tygodni, klasyfikowanym jako noworodki VLBW (z ang. very low birth weight).

Celem świadczenia jest zapewnienie ww. grupie dzieci skoordynowanej opieki poszpitalnej obejmującej specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne. Opieka realizowana jest w różnych podmiotach organizacyjnych, zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji DOK, opracowanym przez podmiot koordynujący DOK, którym jest poradnia neonatologiczna, będąca w strukturze organizacyjnej szpitala posiadającego oddział neonatologiczny (III poziom referencyjny).

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

Tabela nr 8. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2018 r.

Nazwa OW NFZ	Liczba pacjentów	Wartość rozliczonych świadczeń (w zł)	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKI	194	552 808	1
KUJAWSKO-POMORSKI	15	8 136	1
LUBELSKI	40	32 190	1
ŁÓDZKI	84	100 065	1
MAŁOPOLSKI	61	23 917	1
PODKARPACKI	1	568	1

ŚLĄSKI	51	32 210	1
WIELKOPOLSKI	75	56 657	1
RAZEM	521	806 551	8

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W świetle powyższych danych w 2018 r. opieką w ramach DOK objęto 521 pacjentów, a wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła ogółem 806 551 zł (dla porównania w 2017 r. świadczenia w ramach DOK udzielono 265 pacjentom, a wartość tych świadczeń wyniosła 319 476 zł).

3) Perinatalna opieka paliatywna

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

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

w uzasadnionych przypadkach opiekę paliatywną po urodzeniu dziecka oraz wsparcie w żałobie po śmierci dziecka przez udział w grupie wsparcia w żałobie.

Tabela nr 9. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej - liczba i wartość udzielonych świadczeń

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń - ogółem (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	56	22 837,27
LUBELSKI	5	7 254,13
ŁÓDZKI	13	4 352,48
MAŁOPOLSKI	5	7 254,13
MAZOWIECKI	234	339 493,24
OPOLSKI	1	1 336,19
PODKARPACKI	15	18 796,96
POMORSKI	7	10 155,78
ŚLĄSKI	2	2 901,65
WARMIŃSKO-MAZURSKI	3	4 244,29
RAZEM	341	418 626,12

Zródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.6. Wsparcie psychologiczne

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

Tabela nr 10. 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	4	432
KUJAWSKO-POMORSKI	7	756
LUBELSKI	32	3 456
LUBUSKI	8	864
ŁÓDZKI	2	216
MAZOWIECKI	51	5 724

OPOLSKI	56	8 424
PODKARPACKI	46	5 076
POMORSKI	46	4 968
ŚLĄSKI	86	9 288
WARMIŃSKO-MAZURSKI	2	216
WIELKOPOLSKI	90	9 720
RAZEM	430	49 140

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela nr 11. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w rodzaju psychiatria i leczenie uzależnień

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba rozliczonych świadczeń	Wartość świadczeń (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	2	299,03
LUBELSKI	4	443,28
ŁÓDZKI	1	71,62
MAZOWIECKI	15	1975,86
PODKARPACKI	1	112,75
POMORSKI	5	953,55
ŚLĄSKI	8	869,81
RAZEM	36	4 725,89

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela nr 12. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w ramach KOC II/III

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba rozliczonych świadczeń	Wartość świadczeń (w zł)
LUBELSKI	15	8 730
MAŁOPOLSKI	13	7 566
WIELKOPOLSKI	3	1 816
ZACHODNIOPOMORSKI	108	62 856
RAZEM	139	80 968

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 2018 r. z budżetu państwa, w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, były finansowane cztery programy polityki zdrowotnej, mające istotne znaczenie dla poprawy zdrowia kobiet i noworodków.

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

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia dzieci nienarodzonych i noworodków przez zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dzieci nienarodzonych. Cel poprawy stanu zdrowia dzieci nienarodzonych osiągnięty zostanie przez realizację 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:

- a) zmniejszenie liczby zgonów niemowląt z powodu wad rozwojowych wrodzonych,
- b) zmniejszenie liczby dzieci z niepełnosprawnością wynikającą z wad i chorób płodu, przez poprawienie wewnątrzmacicznego stanu płodu,
- c) wydłużenie czasu trwania ciąży przez zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej,
- d) wyposażenie/doposażenie krajowych ośrodków prowadzących terapię wewnątrzmaciczną w aparaturę i sprzęt niezbędny do wykonywania zabiegów wewnątrzmacicznych.

W 2018 r. w ramach programu sfinansowanych zostało 55 zabiegów ukierunkowanych na różnorodne patologie płodu. Ponadto sfinansowano zakup materiałów medycznych do prowadzenia terapii wewnątrzmacicznych oraz zakup specjalistycznego sprzętu dla potrzeb ośrodków realizujących program (5 ośrodków). Zrealizowano zabiegi 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 w 2018 r. w ramach koordynacji programu zaplanowano do realizacji w 2019 r. szkolenia dla kadry medycznej celem podniesienia kompetencji w zakresie prowadzenia terapii wewnątrzmacicznej oraz opracowano materiały do publikacji na stronie internetowej programu.

Wysokość środków finansowych przekazanych na powyższe zadania w 2018 r. wyniosła 2 796 tys. zł.

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

Głównym celem zadań realizowanych 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 realizowane badania przesiewowe w ramach programu umożliwią: wykrycie noworodków, u których podejrzewa się występowanie jednej z 29 chorób wrodzonych, zdiagnozowanie choroby przez dodatkowe testy biochemiczne i genetyczne, wdrożenie właściwego leczenia oraz – w przypadku niektórych chorób - monitorowanie leczenia w pierwszym roku życia (wrodzone wady metabolizmu) lub do 18. roku życia (fenyloketonuria). Szacuje się, że w Rzeczypospolitej Polskiej rodzi się ponad 400 dzieci rocznie z wadami metabolicznymi. Łączna częstość występowania tych chorób wynosi około 1:1 000 urodzeń żywych. Kryterium włączającym do udziału w Programie jest urodzenie dziecka w Rzeczypospolitej Polskiej. Interwencje podejmowane w ramach Programu przewidują objęcie badaniem w pierwszych dobach życia każdego dziecka. Kryterium wyłączającym z udziału w programie jest brak zgody na wykonanie badania przesiewowego wyrażony na piśmie przez matkę/opiekuna prawnego dziecka. W 2018 r. odnotowano 81 odmów wykonania badań przesiewowego.

W 2018 r. wykonano badania w kierunku:

- 1) hipotyreozy – 394 250 badań;
- 2) fenyloketonurii – 414 250 badań;
- 3) mukowiscydozy – 394 250 badań;
- 4) rzadkich wad metabolicznych (grupa ponad 20 chorób) – 394 250 badań;
- 5) wrodzonego przerostu nadnerczy – 394 250 badań;
- 6) deficytu biotynidazy – 382 250 badań.

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

- 1) centralny rejestr noworodków oraz bazy danych leczonych objętych badaniami przesiewowymi w oparciu o dane przekazane w systemie elektronicznej transmisji danych ze wszystkich ośrodków przesiewowych w kraju do bazy realizatora programu;
- 2) dystrybucję kodów paskowych i bibułek do pobrań do ośrodków wykonujących badania oraz wysyłkę bibułek do pobrań krwi, listów do rodziców oraz wyników badań kontrolnych i molekularnych do lekarzy prowadzących poszczególnych pacjentów;
- 3) druk ulotek dla matek, materiałów informacyjnych, plakatów, instrukcji, etykiet z kodem;

- 4) dwie strony internetowe: ogólnodostępną, zawierającą informacje o badaniach przesiewowych dla rodziców i lekarzy <http://przesiew.imid.med.pl.>, i kodowaną, interaktywną dostępną dla uprawnionych osób (w tym dla kierowników laboratoriów przesiewowych), która umożliwi m. in.: uzyskanie informacji o badanych noworodkach w całej Rzeczypospolitej Polskiej, szkoleniach, konferencjach, informacje statystyczne.

W 2018 r. badania przesiewowe umożliwiły wykrycie 381 przypadków chorób metabolicznych. Ponadto, w roku poprzednim, jako pilotaż wprowadzono odrębne finansowanie transportu próbek krwi z oddziałów do laboratoriów przez firmy kurierskie, co przyczyniło się do średniego skrócenia transportu krwi, w zależności od regionu, od 1 do 3 dni. Skrócenie czasu transportu próbki krwi ma istotny wpływ na przyspieszenie wykrycia choroby i ewentualnego rozpoczęcia leczenia, co z kolei pozwala zapobiec rozwojowi niepełnosprawności, bądź śmierci dziecka.

Kwota wydatkowana na realizację programu w 2018 r. wyniosła 31 820 tys. zł. Program będzie realizowany w 2019 r. w nowej edycji na lata 2019-2022.

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

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

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

W ramach programu w 2018 r. prowadzona była kontynuacja leczenia antyretrowirusowego pacjentów leczonych w 2017 r. i włączanie do terapii nowych pacjentów, wymagających leczenia ze wskazań życiowych.

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

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

Na dzień 31 grudnia 2018 r. leczeniem ARV objęto 11 063 pacjentów (wzrost w stosunku do 2017 r. o 5,41 %), w tym 101 dzieci (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS.

W ramach programu profilaktyki zakażeń wertykalnych leczeniem antyretrowirusowym objęto 54 kobiety ciężarne zakażone HIV. Odbyły się 34 porody kobiet zakażonych HIV, a 20 kobiet (na dzień 31 grudnia 2017 r.) było jeszcze w ciąży. Leki antyretrowirusowe otrzymały 34 noworodki.

W 2018 r. prowadzono leczenie antyretrowirusowe w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych wypadkowych u 301 pacjentów.

Program był realizowany w 22 szpitalach/placówkach medycznych, na bazie których działają ośrodki referencyjne leczące zakażonych HIV i chorych na AIDS w Rzeczypospolitej Polskiej (umowy z realizatorami na lata 2017 – 2021), przy czym:

- 1) w 17 szpitalach/placówkach medycznych Program ARV jest realizowany w pełnym zakresie;
- 2) 3 szpitale realizują Program ARV w zakresie postępowania poekspozycyjnego wypadkowego pozazawodowego (Lublin, Toruń, Łańcut);
- 3) Instytut Matki i Dziecka w Warszawie oraz Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. prowadziły badania przesiewowe w kierunku zakażenia HIV u kobiet ciężarnych oraz profilaktykę zakażeń wertykalnych HIV obejmującą podawanie leków antyretrowirusowych kobiecie zakażonej HIV i noworodkowi.

Leczenie antyretrowirusowe prowadzono również w zakładach penitencjarnych (w ramach umowy z Centralnym Zarządem Służby Więziennej), jako kontynuację leczenia pacjentów

przed umieszczeniem ich w zakładzie penitencjarnym lub pacjentów wymagających włączenia do terapii w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności.

Wszyscy pacjenci objęci programem leczenia antyretrowirusowego mieli stały dostęp (ciągłość dostaw leków) do wszystkich leków ARV.

Na realizację programu w 2018 r. została wydatkowana kwota w wysokości 203 149 389,64 zł. Jednocześnie kwota 54 700 000 została zgłoszona do wydatków niewygasających z końcem 2018 r. z terminem realizacji do 31 marca 2019 r.

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

W 2018 r. kontynuowano realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020”. Celem głównym Programu jest zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności. W ramach programu zaplanowano:

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

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

Program jest prowadzony od 1 września 2016 r. do 31 grudnia 2020 r.

Celem głównym programu jest zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności.

Ośrodki referencyjne zostały wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do prowadzenia diagnostyki niepłodności oraz przeprowadziły prace budowlane za łączną kwotę 28 962 653,23 zł (w 2016 r. za kwotę 4 699 874,48, natomiast w 2017 r. za kwotę 24 262 778,75 zł).

W drugiej połowie 2017 r. ośrodki referencyjne rozpoczęły realizację kompleksowej diagnostyki niepłodności. Interwencja ta zakłada skoordynowane działania diagnostyczne ukierunkowane na stan zdrowia i sytuację danej pary, których celem jest określenie przyczyny niepłodności oraz możliwości późniejszego wdrażania terapii. Kompleksowe podejście zwiększa szansę wyleczenia osób, u których problem niepłodności jest bardziej złożony oraz przyspieszy proces leczniczy, co dla prokreacji jest szczególnie istotne. Z tego względu w ośrodku referencyjnym znajdują się oddziały szpitalne, pracownie diagnostyczne współpracujące z tymi oddziałami oraz zespół poradni specjalistycznych z wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną, gdzie oprócz lekarzy specjalistów położnictwa i ginekologii przyjmują lekarze specjaliści z zakresu endokrynologii, immunologii klinicznej, urologii, genetyki klinicznej oraz posiadający wiedzę z zakresu andrologii, a także położne i psychologowie. W ośrodku referencyjnym jest przeprowadzana pełna diagnostyka w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych z możliwością przeprowadzania badań inwazyjnych i nieinwazyjnych oraz zabiegów operacyjnych.

W 2018 r. do Programu zgłosiły się 2 734 pary, 1 158 par ukończyło diagnostykę, a 550 par zostało skierowanych do dalszego leczenia.

Wydatki na kompleksową diagnostykę niepłodności realizowaną w ramach programu w 2018 r. wyniosły 2 754 755 zł.

2.3. Zgony niemowląt i umieralność niemowląt

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

Pozytywnym zjawiskiem jest obserwowany nieprzerwanie trend malejącej umieralności niemowląt. W 2018 r. zmarło 1 494. dzieci w wieku poniżej 1 roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł w 2018 r. – podobnie jak przez rok – 3,8‰ (wobec 4,0‰ w 2017 r., 8,1‰ w 2000 r. oraz 19,3‰ w 1990 r.).

Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt **około 70%** umiera przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia (**w okresie noworodkowym**), w tym ponad połowa w okresie pierwszego tygodnia życia. W 2018 r. odnotowano 1 068 zgonów noworodków (tj. niemowląt w wieku 0-27 dni).

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

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

Działalność prowadzona przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS jest wpisana w całości w zakres zagadnień z zakresu zdrowia prokreacyjnego. Profilaktyka HIV/AIDS obejmuje szeroką informację, m.in. na temat zachowań ryzykownych i w tym zakresie wypełnia ona ogólne cele ustawy. Działania Krajowego Centrum do Spraw AIDS obejmują swoim spektrum m.in. profilaktykę zakażeń wertykalnych.

Z kolei działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w kontekście zdrowia kobiet w ciąży i matek z dziećmi są realizowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), jednostkę podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W 2018 r. PARPA podjęła w rozważanym obszarze szereg działań, wśród których szczególne znaczenie mają przedsięwzięcia o charakterze informacyjno-edukacyjnym podejmowane w kwestii FAS/FASD.

2.4.1. Profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (odmatczynych)

Zgodnie z obowiązującym w 2018 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w *sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem*³⁾ wszystkie kobiety w ciąży powinny mieć wykonane badanie w kierunku zakażenia HIV do 10. tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33. a 37. tygodniem ciąży.

Według analizy przeprowadzonej przez prof. dr hab. n. med. Magdalenę Marczyńską procent wykonywanych badań w kierunku zakażenia HIV w trakcie ciąży u matek dzieci objętych opieką i leczeniem, w kierowanym przez nią ośrodku, wynosił około 30 – 33 %. W Unii

³⁾ Wymienione rozporządzenie zostało zastąpione obowiązującym od 1 stycznia 2019 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756).

Europejskiej badania te są wykonywane średnio u 60% kobiet, a w niektórych państwach takich jak: Anglia, Holandia, Francja nawet u 98%. Od 1985 r. w Rzeczypospolitej Polskiej zarejestrowano ok. 200 zakażeń wertykalnych. Na AIDS zmarło do tej pory 15 dzieci (wg danych prof. M. Marczyńskiej). W ponad 90% przypadków do zakażenia HIV dzieci dochodzi w czasie ciąży, porodu i karmienia piersią. Ryzyko zakażenia HIV jest większe w przypadku dzieci urodzonych przez kobiety z zaawansowanym klinicznie i immunologicznie zakażeniem HIV, a także 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 limfocytów T CD4 i wiremii HIV. Rokowania co do dalszego rozwoju dziecka, jego stanu klinicznego i dalszej przyszłości są ściśle związane z kompleksową opieką nad matką w ciąży, odpowiednio przeprowadzonym porodem i dalszą opieką medyczną nad noworodkiem, a później niemowlakiem. Po czterech tygodniach podawania noworodkowi leków ARV (w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych) istotne jest wczesne wykluczenie lub potwierdzenie zakażenia HIV, a jeśli do niego doszło, pilne rozpoczęcie terapii HAART, najlepiej jeszcze przed upływem 3. miesiąca życia dziecka. Wczesne zastosowanie leczenia daje szansę na szybkie opanowanie replikacji wirusa oraz chroni układ immunologiczny przed uszkodzeniami. Gorzej rokują dzieci nie objęte profilaktyką wertykalną (w przypadku gdy 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 Rzeczypospolitej Polskiej nadal 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 i prawdopodobnie pozwoli im dożyć do starości.

W 2018 r., w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV zostały objęte 54 kobiety ciężarne zakażone HIV. Odbyły się 34 porody kobiet zakażonych HIV, a 20 kobiet 31 grudnia 2018 r. było nadal w ciąży (poród planowany w 2019 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:

a) ciąży zakończone porodem: 9 mies. x 3200,00 zł x 34 kobiet = 979 200,00 zł,

b) ciąży pozostałe: średnio 5 mies. x 3200,00 zł x 20 kobiet = 320 000,00 zł.

2. Zestaw leków dożylnych do porodu: 235,00 zł x 34 porodów = 7990,00 zł.

3. Leki dla dzieci urodzonych przez matki HIV+: 1752,00 zł x 34 dzieci = 59 568,00 zł.

Łącznie na profilaktykę wertykalną w 2018 r. wydatkowano środki finansowe w wysokości 1 366 758,00 zł.

2.4.2. Leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV

Dzieci wertykalnie zakażone HIV powinny otrzymać leczenie ARV przed ukończeniem 3. miesiąca, tzn. bezpośrednio po potwierdzeniu badaniami specjalistycznymi zakażenia HIV, ponieważ dynamika choroby, ryzyko rozwoju AIDS i zgonu w pierwszym roku życia przekracza 10%. Z tego powodu należy jak najszybciej zahamować replikację wirusa HIV. Warunkiem długotrwałej skuteczności terapii jest szybkie uzyskanie 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 narkotyków w iniekcji, 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 jest rozpoczynane zawsze w warunkach szpitalnych. Po 4 tygodniach jest wykonywane pierwsze badanie kontrolne VL HIV (ilościowe) i limfocytów CD4. Dziecko jest wypisywane po uzyskaniu spadku wirerii i wzrostu odsetka limfocytów CD4. Drugie badanie należy wykonać po czterech tygodniach i jeśli nadal stwierdza się istotny spadek wirerii, to dziecko kontynuuje leczenie w domu. Trzecie badanie kontrolne wykonuje się po 4 tygodniach (tj. 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia antyretrowirusowego). Jeśli uzyskano spadek VL HIV < 50 kopii/ml to kolejne wizyty powinny być planowane co 6 tygodni, z oceną wirerii i CD4 co 12 tygodni. Utrzymywanie się oznaczalnej wirerii może się zdarzyć u dziecka z bardzo wysoką wirerią przed leczeniem i ze znacznym zaawansowaniem choroby. Terapia jest skuteczna, jeśli nadal stwierdza się obniżanie wirerii o co najmniej 1 logarytm dziesiętny w ciągu 3 miesięcy. Czas do uzyskania wyniku < 50 kopii/ml nie powinien być dłuższy niż 6-12 miesięcy. Utrzymywanie się wirerii HIV najczęściej wynika z nieprawidłowego podawania leków przez opiekunów dziecka i jest wskazaniem do leczenia nadzorowanego, w warunkach szpitalnych. Poza lekami ARV wszystkie dzieci urodzone przez matki zakażone HIV (w wieku 0 - 18 lat) otrzymują bezpłatnie szczepionki według specjalnego kalendarza szczepień opracowanego indywidualnie dla każdego z dzieci przez ośrodek referencyjny leczenia dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS (zalecenia zostały umieszczone w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS – www.ptnaids.pl rozdział Program szczepień ochronnych), znajdujący się przy Klinice Chorób Zakaźnych Wzrostu Dziecięcego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Kalendarz szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV(+) jest stale modyfikowany, zgodnie z postępami wiedzy medycznej. Terminy szczepień są ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego dane dziecko. W kalendarzu tym uwzględniono konieczność zastosowania zabitych (atenuowanych) szczepionek, które nie niosą ryzyka dodatkowych powikłań u osób z immunosupresją (zarówno dzieci lub/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 i szybciej obniża się u nich poziom przeciwciał poszczepiennych. Dzieci otrzymujące skuteczne leczenie antyretrowirusowe zdecydowanie lepiej odpowiadają na szczepienia. Kalendarz szczepień dla dzieci HIV(+) jest stale modyfikowany, zgodnie z postępem wiedzy medycznej i zmianami sytuacji epidemiologicznej. Terminy szczepień są ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego terapię antyretrowirusową. U dzieci, u których rozpoznano zakażenie HIV

na etapie AIDS lub/i z głębokim niedoborem odporności, należy odroczyć szczepienie do uzyskania stabilnej poprawy immunologicznej. Najlepiej odpowiadają dzieci z prawidłowymi (dla danej grupy wiekowej) wartościami CD4.

Na dzień 31 grudnia 2018 r. leczeniem ARV objęto 101 dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS (poniżej 18 roku życia). W 2018 r. przybliżony koszt leczenia ARV 101 dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS wyniósł 198 119,59 PLN (średni koszt leków antyretrowirusowych na dwanaście miesięcy terapii, w przeliczeniu na jedno dziecko – wyniósł 1 961,58 PLN). Wszystkie wymienione koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV.

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

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

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

zadbać o własne bezpieczeństwo, otrzymać aktualną informację medyczną lub adres punktu testowania .

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

1. „Choroby przenoszone drogą płciową” – publikacja skierowana do środowiska medycznego, zawierająca przydatne informacje na temat chorób przenoszonych drogą płciową, przedstawione w sposób użyteczny w codziennej praktyce lekarskiej. Środki finansowe przeznaczone na to zadanie: 9 460,00 zł. Nakład: 4 300 szt.
2. „Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz” – broszura skierowana do ogółu społeczeństwa, zawierająca podstawowe informacje na temat HIV i AIDS i przypominająca, kiedy nasze zachowanie niesie ze sobą ryzyko, a w jakich sytuacjach nie dochodzi do zakażenia wirusem. Środki finansowe przeznaczone na to zadanie: 34 539,70 zł. Nakład: 53 138 szt.
3. „Zaproszenie do PKD” – zaproszenie do punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących testy w kierunku HIV anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania, które zostało dołączone w postaci insertu do gazet regionalnych. Środki finansowe przeznaczone na to zadanie: 33 800,00 zł. Nakład: 676 000 szt.

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

W 2018 r. Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadziło szkolenia dla pracowników medycznych oraz dla osób prowadzących działania edukacyjne w kontekście problematyki HIV i AIDS. W ramach tych szkoleń opracowano trzy zakresy tematyczne. Pierwszy zakres tematyczny opracowano dla osób prowadzących działania edukacyjne obejmujące podstawową wiedzę na temat HIV i AIDS. Obejmował on 24 godziny dydaktyczne w następujących blokach: zagadnienia etyczno-prawne, aspekty medyczne, narkotyki, profilaktyka HIV i AIDS w Rzeczypospolitej Polskiej, aspekty psychospołeczne, wybrane zagadnienia z seksuologii, spotkanie z rzeczywistością. Uczestnicy byli rekrutowani wśród pracowników działów oświaty zdrowotnej wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, kuratoriów oświaty, placówek szkolno-wychowawczych, struktur jednostek samorządowych i wojewódzkich. Szkolenie ukończyło 112 osób.

Drugi typ szkoleń był skierowany do wykonujących zawód medyczny, psychologów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Nabór uczestników tych szkoleń był realizowany m.in. przez dotarcie z informacjami o zakresie szkolenia do publicznych i niepublicznych placówek działających w systemie ochrony zdrowia, izb lekarskich, izb pielęgniarek i położnych, działów oświaty zdrowotnej wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Szkolenie, które trwało 25 godzin dydaktycznych, podzielono na następujące bloki: zagadnienia etyczno-prawne, aspekty medyczne, narkotyki, aspekty psychospołeczne, jak rozmawiać z pacjentem, wybrane zagadnienia z zakresu seksuologii, spotkanie z rzeczywistością. Szkolenie ukończyły 104 osoby.

Trzeci rodzaj szkoleń w zakresie poradnictwa okołotestowego zaadresowano do pracowników laboratoriów, punktów krwiodawstwa oraz innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV. Szkolenie obejmujące 22 godziny dydaktyczne podzielono na następujące bloki: zagadnienia etyczno-prawne aspekty medyczne, aspekty psychospołeczne w tym poradnictwo okołotestowe, badanie postaw wobec zagadnień HIV/AIDS – wybrane zagadnienia z zakresu seksuologii, narkotyki, spotkanie z rzeczywistością. Warsztaty z poradnictwa okołotestowego uwzględniały między innymi szacowanie ryzyka zakażenia, wyjaśnienie procedury testowania, okienko serologiczne/diagnostyczne, drogi zakażenia i sposoby zabezpieczenia przed zakażeniem, świadomość konsekwencji wyniku testu oraz przygotowanie na ewentualny wynik dodatni. Szkolenie ukończyły 72 osoby.

Środki finansowe przeznaczone na te szkolenia to 145 320 zł.

Podobnie jak w ubiegłych latach Krajowe Centrum ds. AIDS kontynuowało działalność szkoleniową prowadzoną z wykorzystaniem portalu edukacyjnego www.hiv-aids.edu.pl. Portal oferuje kursy na temat wiedzy o HIV i AIDS lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologom, pielęgniarkom i położnym oraz doradcom pracującym w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), gdzie nieodpłatnie i anonimowo są przeprowadzane testy w kierunku HIV. Kurs składa się z szeregu videocastów, wykładów, prezentacji i artykułów opracowanych przez specjalistów zajmujących się HIV i AIDS od wielu lat.

W 2018 r. Krajowe Centrum ds. AIDS kontynuowało realizację kampanii społecznej o charakterze edukacyjno-profilaktycznym pod hasłem: „Mam czas rozmawiać” ([#mamaczasrozmawiac](https://mamaczasrozmawiac.aids.gov.pl/), <http://mamaczasrozmawiac.aids.gov.pl/>), która została zainaugurowana

w 2017 r. Ideą kampanii było zachęcenie wszystkich do podejmowania rozmów z bliskimi na tematy związane ze zdrowiem, np. zakażeń przenoszonych drogą płciową. Przekazując rzetelną wiedzę o profilaktyce, możemy uchronić przed zakażeniem albo zachęcić do zrobienia testu i – w razie potrzeby – podjęcia leczenia. Grupą docelową były osoby w różnym wieku i ich rodziny. Rodzina ma wpływ na kształtowanie postaw prozdrowotnych, w rodzinie powinna się rozpocząć edukacja w tym obszarze. Celem kampanii było przypomnienie po raz kolejny, że problem HIV/AIDS może dotyczyć każdego bez względu na wiek, status społeczny, miejsce zamieszkania, przekonania, czy też płeć, dlatego tak ważna jest rozmowa z osobami, które darzymy zaufaniem.

Model kampanii w 2018 r. kładł szczególny nacisk na promowanie dialogu międzypokoleniowego, pomiędzy matkami a córkami, na temat konieczności testowania w kierunku HIV. Komunikaty kierowane były do jak największej liczby odbiorców, z uwzględnieniem szczególnej roli kobiet, które są zwykle osobami decyzyjnymi i dbającymi o zdrowie rodziny.

W ramach strategii kampanijnej:

- 1) wyprodukowano oraz przeprowadzono emisję spotu telewizyjnego z udziałem aktorki Marii Seweryn;
- 2) wydrukowano zaproszenie do wykonania testu w kierunku HIV, w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, które 14.09.2018 r. zostało dołączone do gazet regionalnych (insert);
- 3) opracowano projekt graficzny plakatu promującego testowanie w kierunku HIV;
- 4) przeprowadzono działania informacyjno-promocyjne w internecie, równoległe do działań medialnych w tradycyjnych mediach (strategia działań zbudowana została wokół komunikacji w blogosferze i mediach społecznościowych oraz na portalach informacyjnych).

Środki finansowe przeznaczone na to zadanie (kampania i działania informacyjne) to 744 620,42 zł.

Ponadto warto zaznaczyć jest również działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD). W 2018 r. funkcjonowało 30 takich punktów. Podstawowym zadaniem realizowanym w punktach jest wykonywanie bezpłatnie i anonimowo testów na obecność HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzono także poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane były porady w zakresie bezpieczniejszych zachowań seksualnych i inne wynikające z sytuacji pacjenta. Podczas rozmowy szacuje się ryzyko zakażenia HIV w odniesieniu do indywidualnych zachowań klienta. Jeżeli wynik testu okazuje się ujemny,

doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłości nie zakazić się wirusem. Natomiast jeśli wynik jest dodatni, doradca rozmawia o możliwościach leczenia i wsparcia.

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r. (stan z bazy danych na dzień 31 grudnia 2018 r.) do PKD zgłosiły się 37 663 osoby, u 404 z nich wykryto zakażenie HIV. Powodem wykonania testu były w większości ryzykowne kontakty seksualne (94%). Ciężę jako powód wykonania testu zadeklarowało 988 kobiet, co stanowi 7,4% kobiet zgłaszających się na test.

W 2018 r. na realizację tego zadania przeznaczono środki finansowe w wysokości 1 424 486,36 zł.

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

Nie ulega wątpliwości, że alkohol spożywany przez kobiety w ciąży wywiera negatywny wpływ na rozwój dziecka, może spowodować mniejszą wagę urodzeniową, zaburzenia wzrostu, mniej lub bardziej poważne uszkodzenia mózgu czy wady w budowie organów (np. wady serca), zmniejszenie odporności na choroby i wiele innych, czasem trudnych do rozpoznania, uszkodzeń. Najpoważniejszym uszkodzeniem płodu związanym ze spożywaniem alkoholu przez ciężarną matkę jest płodowy zespół alkoholowy (FAS). Osoby z FAS w związku z uszkodzeniami m.in. mózgu mają obniżony poziom sprawności intelektualnej, problemy z pamięcią, trudności w uczeniu się, problemy z koordynacją ruchów, jak również zaburzenia emocjonalne (są najczęściej nadpobudliwe). Nawet sporadyczne wypicie niewielkich ilości alkoholu może wywołać określony rodzaj uszkodzeń u rozwijającego się płodu. Płodowy zespół alkoholowy jest rzadko rozpoznawany z uwagi na brak odpowiedniego przygotowania diagnostycznego grup zawodowych, które zajmują się opieką nad matką i dzieckiem. Szacuje się, że w Rzeczypospolitej Polskiej rodzi się co roku ok. 900 dzieci z pełnoobjawowym zespołem FAS i kilka razy więcej z innymi uszkodzeniami związanymi z piciem alkoholu przez kobietę w ciąży. Oprócz FAS specjaliści wyróżniają również inne uszkodzenia związane z działaniem alkoholu na płód (np. FAE – *Fetal Alcohol Effect*, FASD – *Fetal Alcohol Syndrome Disorders*) – są one jednak mniej widoczne ze względu na mniejszy stopień nasilenia, a częstotliwość ich występowania jest prawdopodobnie ok. 10-krotnie wyższa niż FAS. Należy podkreślić, że nie jest znana bezpieczna dawka alkoholu, która może być wypijana przez ciężarne kobiety.

Terapia FAS została objęta katalogiem świadczeń gwarantowanych, stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Przedmiotowe świadczenie jest identyfikowane rozpoznaniem *Q86.0 Płodowy zespół alkoholowy (dysmorficzny)*.

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

- a) 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;
- b) 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;
- c) rehabilitacja jest przeznaczona dla dzieci w wieku:
 - a) do 7. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - b) od 8. do 18. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego, a po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dotyczących upośledzonych w stopniu głębokim) do ukończenia 25. roku życia.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), będąca jednostką podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, podejmowała w 2018 r. szereg działań mających na celu rozwój wiedzy dotyczącej szkodliwego wpływu alkoholu na dziecko w okresie płodowym i związanych z tym konsekwencji, a także ulepszenia dostępności do wysokiej jakości usług diagnostycznych i terapeutycznych dla chorych i ich rodzin. Działania są adresowane do różnych grup odbiorców, aby skutecznie przeciwdziałać występowaniu FASD w populacji polskiej lub zmniejszyć wielkość tego zjawiska.

Działania te były podejmowane m.in. w związku z realizacją rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020* (Dz. U. poz. 1492), w ramach którego ogłoszono konkurs na organizację szkoleń dla rodziców adopcyjnych i zastępczych wychowujących dzieci z FASD. W 2018 r. zrealizowano dwa pilotażowe programy szkoleniowe, w oparciu o różne formuły oddziaływań. W pierwszej edycji szkoleń wzięło udział 50 osób.

Ponadto w 2018 r. kontynuowano projekt pn.: „Wsparcie pilotażowego programu działania placówki medycznej wyspecjalizowanej w dziedzinie FASD”, który realizują dwa podmioty: Centrum Medyczne MEDYK w Rzeszowie oraz Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie. Celem powyższego projektu jest utworzenie ośrodków specjalizujących się w diagnozie, terapii i pracy z rodziną i najbliższym środowiskiem dziecka dotkniętego deficytami z zakresu FASD. W ramach prowadzonego działania opieką łącznie objęto grupę 60 pacjentów.

W celu upowszechniania wiedzy dotyczącej szkód zdrowotnych u dzieci wynikających z picia alkoholu przez matki w okresie ciąży zrealizowano we współpracy z Mazowieckim Urzędem Wojewódzkim szkolenie dla lekarzy, pielęgniarek, pedagogów, pracowników społecznych i przedstawicieli innych służb. W szkoleniu, które odbyło się 9 czerwca w Warszawie, wzięło udział 150 osób.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zleciła również opracowanie i dystrybucję publikacji dla nauczycieli, w zakresie wspierania dzieci z FASD w szkole. Fundacja Poza Schematami zrealizowała proces wydawniczy książki autorstwa Teresy Jadczyk-Szumilo, Krzysztofa Liszcza, Katarzyny Kałamajskiej-Liszczyk „Jak wspierać dziecko z FASD w edukacji”. Książka została wydrukowana w nakładzie 5 tys. egzemplarzy i rozdystrybuowana do szkół, placówek oświatowych i innych miejsc pomocy dzieciom.

W ramach edukacji publicznej PARPA zleciła prowadzenie kampanii edukacyjnej w mediach społecznościowych. Stowarzyszenie Diakonia Ruchu Światło-Życie w 2018 r. prowadziło różnorodne działania, których celem jest edukacja kobiet w ciąży w zakresie zachowań zdrowotnych i konieczności zachowania abstynencji w ciąży. Powstał blog www.ciazabezalkoholu.info oraz portale na Facebooku, Instagramie, Tweeterze. Do Kampanii zaangażowano Ambasadorki Kampanii - osoby znane i rozpoznawalne: aktorki, dziennikarki, sportswomenki, blogerkę, bizneswoman, które udzielały wywiadów, nagrały filmiki z przekazem edukacyjnym, angażowały się w różne wydarzenia medialne. Powstał spot telewizyjny i 3 spoty radiowe oraz projekty graficzne plakatu i ulotki, które mogą być wykorzystywane przez samorządy lokalne. Na podstawie analiz prowadzonych na stronie Facebooka można oszacować, że przekaz Kampanii dotarł do ok. 6 mln odbiorców.

W ramach zadania konkursowego „Edukacja studentów kierunków medycznych z zakresu problematyki FASD” studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego uczestniczyli w zajęciach poświęconych tematyce FASD w dwóch semestrach akademickich. Celem zadania było rozpowszechnianie wiedzy dotyczącej FASD wśród przyszłego grona medycznego, poszerzanie jego kompetencji w zakresie powyższego tematu, jak również uwrażliwienie na zjawisko spożywania alkoholu w ciąży, jako postawy szkodliwej i obarczonej ryzykiem dla rozwoju dziecka. Zgodnie z harmonogramem prowadzone były działania takie jak: wykłady specjalistów, przeprowadzenie ewaluacji na każdym etapie realizacji zadania, oraz wręczenie certyfikatów uczestnikom wszystkich IV edycji programu edukacyjnego. Łącznie w projekcie uczestniczyło 660 studentów WUM.

W ramach zadania konkursowego „Opracowanie i walidacja metody 3D w obrazowaniu dysmorfii twarzy charakterystycznych dla FAS” przedstawiciele Politechniki Warszawskiej Instytutu Mikromechaniki i Fotoniki we współpracy z Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalem Klinicznym w Warszawie oraz Instytutem „Centrum Zdrowia Dziecka” przeprowadzili badania w powyższej tematyce. Szczegółowy cel badania dotyczył walidacji narzędzia i opracowania algorytmu postępowania. Badaniem objęto grupę 65 dzieci w przedziale wieku 0-18 lat.

Ponadto, w celu upowszechniania wiedzy dotyczącej zagadnienia Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych z perspektywy różnorodnych odbiorców, prowadzono stronę www.ciazabezalkoholu.pl. Zebrane na niej informacje są 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. Strona www.ciazabezalkoholu.pl jako źródło informacyjne PARPA w zakresie powyższej tematyki funkcjonuje pod honorowym patronatem Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, jak również Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników. Dotychczasowi odbiorcy strony to grupa licząca prawie 57 tysięcy osób.

W ramach rozpowszechniania wiedzy z zakresu Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych wśród grona medycznego dokonano dodruku publikacji *Zapobieganie Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD). Wczesne rozpoznanie ryzyka i krótka interwencja lekarska* w liczbie 10 tysięcy egzemplarzy i rozesłano do placówek medycznych ze szczególnym uwzględnieniem następujących specjalizacji: ginekolodzy, położnicy, lekarze rodzinni (interniści). Powyższa publikacja powstała w 2017 r. we współpracy PARPA z gronem medycznym Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

W ramach propagowania wiedzy z zakresu FASD i dzielenia się wiedzą na arenie międzynarodowej przedstawiciele PARPA uczestniczyli w organizowanej co dwa lata konferencji EUFASD (European FASD Alliance). Podczas zeszłorocznego wydarzenia w Berlinie (European Conference on FASD 2018) prezentowano działania dotyczące prac nad polskimi standardami diagnostycznymi FASD, jak również wiedzę z zakresu diagnozy neuropsychologicznej i dostępnych narzędzi psychologicznych adekwatnych do diagnozy neuropsychologicznej dzieci z grupy FASD w Rzeczypospolitej Polskiej. W konferencji uczestniczyli przedstawiciele krajów europejskich, Stanów Zjednoczonych, Australii, Kanady i Brazylii, gromadząc się licznie w grupie prawie 250 osób.

W drugiej połowie 2018 r. rozpoczęto prace nad rekomendacjami polskich standardów diagnostycznych FASD. W powyższym przedsięwzięciu udział biorą eksperci różnych specjalizacji, niezbędnych w pracy multidyscyplinarnej procesu diagnostycznego. Swym doświadczeniem pochodzącym z wieloletniej praktyki i posiadanych specjalizacji dzieli się grupa prawie 40 specjalistów. Kontynuacja działań w powyższym zakresie ma miejsce w 2019 r. - celem prowadzonych działań jest stworzenie i opublikowanie Polskich Standardów Diagnostycznych FASD, które obowiązywałyby wśród ośrodków diagnostycznych FASD. Wprowadzenie jednorodnych standardów diagnostycznych FASD w ramach opracowanych Rekomendacji umożliwi ujednoczenie stawianych diagnoz.

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

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

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

- 1) ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.),
- 2) ustawa z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych* (Dz. U. z 2020 r. poz. 266, z późn. zm.);
- 3) ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa* (Dz. U. z 2019 r. poz. 645, z późn. zm.);
- 4) ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. z 2020 r. poz. 111);
- 5) ustawa z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.);
- 6) ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1482, z późn. zm.);
- 7) ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* (Dz. U. z 2020 r. poz. 218);
- 8) ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3* (Dz. U. z 2020 r. poz. 326);
- 9) ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1111, z późn. zm.);

- 10) ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. *o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci* (Dz. U. z 2019 r. poz. 2407, z późn. zm.);
- 11) ustawa z dnia 7 września 2007 r. *o pomocy osobom uprawnionym do alimentów* (Dz. U. z 2019 r. poz. 670, z późn. zm.);
- 12) ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”* (Dz. U. z 2019 r. poz. 473, z późn. zm.).

3.1. Świadczenia rodzinne

3.1.1. Wsparcie materialne rodzin z dziećmi na utrzymaniu

3.1.1.1. Program „Rodzina 500+”

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

Według stanu prawnego obowiązującego w 2018 r. przyznanie świadczenia wychowawczego na pierwsze dziecko, definiowane jako jedyne lub najstarsze dziecko w rodzinie w wieku do ukończenia 18. roku życia, uzależnione było od spełnienia kryterium dochodowego.

Świadczenie wychowawcze przysługiwało na pierwsze dziecko po spełnieniu kryterium dochodowego, które wynosiło 800 zł miesięcznie netto na osobę w rodzinie lub 1200 zł netto na osobę w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym. Z kolei na drugie i każde następne dziecko w rodzinie w wieku do ukończenia 18 r. życia świadczenie wychowawcze przysługiwało wszystkim rodzinom, bez względu na osiągnięty dochód. Od 1 lipca 2019 r. świadczenie wychowawcze na każde dziecko w wieku do ukończenia 18 r. życia ma charakter powszechny i przysługuje niezależnie od dochodu rodziny.

W 2018 r. przeciętna liczba dzieci uprawnionych do świadczenia wychowawczego wynosiła 3585,9 tys. dzieci, wychowywanych przeciętnie miesięcznie w 2378,9 tys. rodzin. Na realizację

w 2018 r. Programu „Rodzina 500+” wydatkowano z budżetu państwa 22 758 mln zł, w tym 22 477 mln zł na realizację zadań przez gminy (wypłaty świadczenia wychowawczego i koszty obsługi).

3.1.1.2. Świadczenia rodzinne

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

- 1) zasiłek rodzinny – świadczenie podstawowe, którego wysokość od 1 listopada 2016 r. wynosi 95 zł miesięcznie na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia, 124 zł – na dziecko w wieku od 5. do ukończenia 18. roku życia, 135 – na dziecko w wieku od 18. do ukończenia 24. roku życia; prawo do zasiłku rodzinnego na dziecko przysługuje rodzicowi dziecka, opiekunowi prawnemu dziecka oraz opiekunowi faktycznemu dziecka; podstawowym warunkiem nabycia prawa do zasiłku rodzinnego jest spełnianie kryterium dochodowego, które od 1 listopada 2015 r. wynosi 674 zł netto w przeliczeniu na osobę w rodzinie lub 764 zł, jeśli w rodzinie wychowuje się dziecko niepełnosprawne;
- 2) dodatki przyznawane do zasiłku rodzinnego:
 - a) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka przysługujący w kwocie 1000 zł jednorazowo,
 - b) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego przysługujący w kwocie 400 zł miesięcznie; dodatek przysługuje przez okres:
 - 24 miesięcy,
 - 36 miesięcy – w przypadku opieki nad co najmniej dwojgiem dzieci, które urodziły się podczas jednego porodu,
 - 72 miesięcy – w przypadku opieki nad dzieckiem, które legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności bądź orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 3) jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. „becikowe”) przysługuje matce lub ojcu dziecka, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka w kwocie 1000 zł jednorazowo. Warunkiem nabycia prawa do tego świadczenia jest spełnianie kryterium dochodowego, które wynosi 1922 zł netto miesięcznie na osobę w rodzinie;

- 4) świadczenie rodzicielskie – świadczenie rodzinne mające na celu zagwarantowanie rodzicom, bez względu na formę zatrudnienia, w pierwszym roku życia dziecka przynajmniej minimum bezpieczeństwa socjalnego; świadczenie rodzicielskie w wysokości 1000 zł netto 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 urodzeniu dziecka, przysposobienia lub objęcia opieką dziecka, a w przypadku urodzenia/przysposobienia/objęcia opieką dwojga lub więcej dzieci okres ten może być wydłużony maksymalnie do 71 tygodni

W przypadku ubiegania się o przyznanie dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka warunkiem dodatkowym ich otrzymania jest dołączenie do wniosku zaświadczenia o pozostawaniu kobiety w ciąży pod opieką medyczną (zaświadczenie lekarskie potwierdzające co najmniej jedno badanie kobiety przez lekarza ginekologa lub położną w okresie ciąży) nie później niż od 10. tygodnia ciąży. Wymóg ten nie dotyczy opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego (tj. osoby faktycznie opiekującej się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka), a także osoby, która przysposobiła dziecko. Celem rozwiązania uzależniającego prawo do świadczeń związanych z urodzeniem dziecka od podjęcia przez kobietę jak najwcześniejszej profilaktyki jest m.in. zwiększenie świadomości zdrowotnej kobiety w ciąży.

Przepisy ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych dają również gminom możliwość przyznawania i wypłaty – finansowanych ze środków własnych gminy – zapomogi z tytułu urodzenia dziecka oraz podwyższenia ustawowej wysokości kwot dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka oraz z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego (kwoty te zależne są od uchwały rady gminy).

Ponadto gminy mają możliwość przyznawania dodatkowych świadczeń finansowanych ze środków własnych gminy. Gmina, biorąc pod uwagę lokalne potrzeby swoich mieszkańców w zakresie świadczeń na rzecz rodziny, może w drodze uchwały podjętej przez radę gminy ustanowić świadczenia na rzecz rodziny. Decyzja o tym, czy oraz w jakiej wysokości wprowadzić takie dodatkowe świadczenie, należy do wyłącznej właściwości rady gminy.

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

- 1) wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej (95 zł miesięcznie);
- 2) samotnego wychowywania dziecka (193 zł miesięcznie na dziecko, nie więcej niż 386 zł miesięcznie na wszystkie dzieci, w przypadku dzieci niepełnosprawnych kwotę dodatku zwiększa się o 80 zł, nie więcej niż o 160 zł na wszystkie dzieci);
- 3) kształcenia i rehabilitacji niepełnosprawnego dziecka (90 zł miesięcznie na dziecko do 5. roku życia, 110 zł miesięcznie – na dziecko od 5. do 24. roku życia);
- 4) rozpoczęcia roku szkolnego (100 zł jednorazowo);
- 5) podjęcia nauki poza miejscem zamieszkania (113 zł miesięcznie w związku z zamieszkiwaniem dziecka w miejscowości, w której znajduje się szkoła lub 69 zł miesięcznie w związku z dojazdem dziecka do szkoły).

W omawianym obszarze funkcjonują również świadczenia opiekuńcze:

- 1) zasiłek pielęgnacyjny – adresowany do osób niepełnosprawnych, w tym niepełnosprawnych dzieci; kwota zasiłku pielęgnacyjnego do 31 października 2018 r. wynosiła 153 zł miesięcznie, od 1 listopada 2018 r. wynosi 184,42 zł miesięcznie, a od 1 listopada 2019 r. wzrośnie do wysokości 215,84 zł miesięcznie;
- 2) świadczenie pielęgnacyjne oraz specjalny zasiłek opiekuńczy – adresowane do opiekunów osób niepełnosprawnych.

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

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje matce albo ojcu, opiekunowi faktycznemu dziecka, osobie będącej rodziną zastępczą spokrewnioną oraz innym osobom, na których, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* ciąży obowiązek alimentacyjny względem osoby niepełnosprawnej. O świadczenie pielęgnacyjne mogą ubiegać się osoby, które nie podejmują zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub rezygnują z niej, 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 2018 r. kwota świadczenia pielęgnacyjnego wynosiła 1477 zł miesięcznie. Od 1 stycznia 2019 r. świadczenie pielęgnacyjne wynosiło 1583 zł miesięcznie, a od 1 stycznia 2020 r. wynosi 1830 zł miesięcznie.

Jak wynika z danych o realizacji ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* w 2018 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- 1) przeciętnie miesięcznie 589,8 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 655,5 mln zł;
- 2) 153,8 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 119,6 mln zł;
- 3) przeciętnie miesięcznie 55,3 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 250 mln zł;
- 4) 279,1 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 279,1 mln zł;
- 5) przeciętnie miesięcznie 91,4 tys. świadczeń rodzicielskich na kwotę ogółem w skali roku 999,4 mln zł.

Ponadto gminy wypłaciły ze środków własnych 10,9 tys. zapomóg z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 9 mln zł oraz 2,4 tys. podwyższeń ustawowej kwoty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 0,9 mln zł.

3.1.1.3. Świadczenie z funduszu alimentacyjnego

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

Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują w wysokości bieżąco ustalonych alimentów, jednakże nie więcej niż 500 zł miesięcznie. Przyznanie prawa do świadczenia z funduszu alimentacyjnego jest uzależnione od spełnienia kryterium dochodowego obowiązującego do 30 września 2019 r. w wysokości 725 zł miesięcznie na osobę w rodzinie (od 1 października 2019 r. kryterium dochodowe wynosi 800 zł).

W 2018 r. przeciętnie miesięcznie wypłacano 258,6 tys. świadczeń z funduszu alimentacyjnego na kwotę ogółem w skali roku 1 237 mln zł.

Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują osobie uprawnionej, 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.

W 2018 r. przeciętnie miesięcznie wypłacano 258,6 tys. świadczeń z funduszu alimentacyjnego na kwotę ogółem w skali roku 1237 mln zł.

Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” zakładał wprowadzenie szeregu rozwiązań prawnych mających na celu poprawienie ściągalności alimentów i poprawę sytuacji osób uprawnionych do alimentów (tzw. pakiet alimentacyjny) – działanie 6.3 Programu.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej we współpracy z Ministerstwem Sprawiedliwości przygotowało nowe rozwiązania ustawowe mające na celu dalszą poprawę egzekucji alimentów oraz sytuacji osób uprawnionych do alimentów będące realizacją tzw. pakietu alimentacyjnego zawartego w przyjętym przez Radę Ministrów w dniu 4 kwietnia 2017 r. dokumencie „Przegląd systemów wsparcia rodzin”.

Powyższe rozwiązania zawarte są w ustawie z dnia 6 grudnia 2018 r. *o zmianie niektórych ustaw w celu poprawy skuteczności egzekucji świadczeń alimentacyjnych*, która zakłada w szczególności:

- 1) podwyższenie od 1 października 2019 r. kryterium dochodowego uprawniającego do świadczeń z funduszu alimentacyjnego;
- 2) skuteczniejszą aktywizację zawodową dłużników alimentacyjnych;
- 3) umożliwienie prowadzenia egzekucji z diet z tytułu podróży służbowych otrzymywanych przez dłużników alimentacyjnych;
- 4) większą odpowiedzialność pracodawców za niedopełnienie obowiązków związanych z zajęciem wynagrodzenia dłużnika przez komornika sądowego;

- 5) skuteczniejszą wymianę informacji pomiędzy Zakładem Ubezpieczeń Społecznych posiadającym informacje na temat dłużników alimentacyjnych a komornikami;
- 6) większe uprawnienia Państwowej Inspekcji Pracy – dostęp do danych o miejscu przebywania dłużników alimentacyjnych objętych karą ograniczenia wolności w postaci dozoru elektronicznego w celu weryfikacji, czy ww. dłużnicy, którzy deklarują brak zatrudnienia, nie wykonują pracy „na czarno”.

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

Od 1 stycznia 2017 r. matka, ojciec, opiekun prawny dziecka albo opiekun faktyczny dziecka (osoba faktycznie zajmująca się dzieckiem, jeżeli wystąpiła do sądu z wnioskiem o przysposobienie dziecka) mogą ubiegać się w gminie właściwej dla swojego miejsca zamieszkania o jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł, przyznawane na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*.

Jednorazowe świadczenie przysługuje z tytułu urodzenia się żywego dziecka z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu. Warunkiem otrzymania ww. jednorazowego świadczenia jest złożenie wniosku o jego wypłatę w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka. Wniosek złożony po terminie zostanie pozostawiony bez rozpoznania.

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

Jednorazowe świadczenie przysługuje bez względu na osiągnięte dochody.

W 2018 r. wypłacono 4 009 świadczeń na kwotę 16 036 tys. zł.

3.1.2. Infrastruktura społeczna na rzecz dziecka i rodziny

Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3* stworzyła warunki do powstawania zróżnicowanych form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3. Obok żłobków od 2011 r. mogą funkcjonować kluby dziecięce i dzienni opiekunowie. Ustawa ta reguluje także warunki zatrudniania nian.

Według Rejestru Żłobków (stan na dzień 31 grudnia 2018 r.) na terenie 38% gmin w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonowało łącznie 5 080 instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 (3155 żłobków, 676 klubów dziecięcych oraz 1 249 dziennych opiekunów). Liczba miejsc opieki wyniosła 144,9 tys. (odpowiednio 126 592 miejsca w żłobkach, 11 871 miejsc w klubach dziecięcych oraz 6 459 miejsc u dziennych opiekunów). Ponadto pod opieką nian znajdowało się 6969 dzieci (dane ZUS, stan na dzień 31 grudnia 2018 r.). Wskaźnik „użłobkowania”, tj. objęcia opieką dzieci w wieku powyżej 1. roku życia do ukończenia 3. roku życia, wyniósł na koniec 2018 r. 19,3%.

Co roku od 2011 r. jest ogłaszany przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej konkurs w ramach Resortowego programu rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 Maluch+. „Maluch+” 2018 był gwarancją przyznania dofinansowania w zgłoszonej wysokości dla jednostek samorządu terytorialnego na terenie gmin, w których do tej pory nie funkcjonowały żłobki lub kluby dziecięce, a zadanie dotyczyło utworzenia miejsc dla nie więcej niż 20% dzieci w rocznikach 1–2 w gminie i wnioskowana wysokość dofinansowania nie przekraczała 3 000 000 zł. Ww. jednostki samorządu terytorialnego, podobnie jak pozostałe podmioty aplikujące o środki w innych modułach, mogły ubiegać się o dofinansowanie wynoszące nie więcej niż 80% wartości kosztów realizacji projektu. Dofinansowanie na utworzenie lub utrzymanie miejsc opieki nad maluchami mogły otrzymać: jednostki samorządu terytorialnego, a także osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej. Dzięki programowi „Maluch+” 2018 powstało ok. 16,3 tys. miejsc opieki, a ok. 60 tys. dzieci otrzymało dofinansowanie do pobytu w instytucjach.

Edycja Programu „Maluch+” na 2019 r. została ogłoszona 28 listopada 2018 r. W programie „Maluch+” 2019 wzrosły kwoty dofinansowania dla gmin do utworzenia nowego miejsca. W module skierowanym do gmin, w których nie funkcjonowały żadne żłobki lub kluby dziecięce utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego, to wzrost o połowę – z 20 tys. zł na 30 tys. zł, a w module dla pozostałych gmin z 20 tys. zł na 22 tys. zł. W edycji 2019 r.

przeznaczono na ten cel 450 mln zł (w rezerwie celowej – 250 mln zł, w planie finansowym Funduszu Pracy – 200 mln zł).

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

Ponadto istnieje możliwość dofinansowywania tworzenia lub funkcjonowania instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 ze środków pochodzących z Europejskiego Funduszu Społecznego lub Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych. W okresie programowania 2014–2020 na ww. cel przewidziano 396,7 mln euro. W 2018 r. na ww. cel przewidziano ok. 521 mln zł. W 2019 r. jest do rozdysponowania na ten cel 386,3 mln zł.

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

3.1.3. Wspieranie rodziny i system pieczy zastępczej

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* reguluje kwestie organizacji systemu opieki nad dzieckiem i rodziną je wychowującą, jeżeli ma ona trudności w prawidłowym wypełnianiu swoich funkcji, głównie natury opiekuńczo-wychowawczej. Działania podejmowane w ramach tego systemu mają zapewnić rodzinie taką pomoc, aby w jej efekcie wyeliminowane zostało zagrożenie zabrania dziecka z rodziny lub zapewniony został szybki powrót do rodziny dziecka, które z uwagi na jego dobro okresowo musiało zostać umieszczone poza rodziną. Istotna jest w tym rola asystenta rodziny, do zadań którego należy pomoc w przewyżczeniu trudnych sytuacji życiowych rodziny, a także rola

rodziny wspierającej, której zadaniem jest pomoc rodzinie przeżywającej trudności m.in. w zakresie opieki i wychowania dziecka. Zadania na rzecz wsparcia rodziny (praca z rodziną) są realizowane przede wszystkim przez gminy. Działaniom profilaktycznym, mającym na celu stworzenie dziecku odpowiednich warunków życia w jego środowisku rodzinnym, towarzyszą działania na rzecz doskonalenia i rozwoju różnych form pieczy zastępczej nad dzieckiem. Niemniej jednak pobyt dziecka w pieczy zastępczej powinien mieć – o ile to możliwe – charakter okresowy i zmierzać do integracji dziecka z jego rodziną. Wśród instytucji sprawujących pieczę zastępczą nad dzieckiem szczególnie uprzywilejowane miejsce zajmują rodzinne formy pieczy zastępczej. Towarzyszą temu działania na rzecz ograniczania roli form instytucjonalnych (głównie placówek opiekuńczo-wychowawczych) w zakresie pełnienia funkcji opiekuńczo-wychowawczych. Umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej następuje – poza szczególnymi przypadkami – na podstawie orzeczenia sądu, który decyduje o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej, zawodowej, w tym pełniącej funkcję pogotowia rodzinnego, zawodowej specjalistycznej, rodzinnym domu dziecka) albo w placówce opiekuńczo-wychowawczej (interwencyjnej, socjalizacyjnej, specjalistyczno-terapeutycznej, rodzinnej). Organem odpowiedzialnym za organizację pieczy zastępczej na szczeblu lokalnym jest powiat (bezpośrednio zadanie to jest realizowane przez organizatora rodzinnej pieczy zastępczej). Z kolei do wyłącznej kompetencji ośrodków adopcyjnych należy m.in. prowadzenie procedur związanych z przysposobieniem dzieci oraz przygotowanie osób zgłaszających gotowość do przysposobienia dzieci, a także zapewnienie pomocy psychologicznej kobietom w ciąży oraz pacjentkom oddziałów ginekologiczno-położniczych, które sygnalizują zamiar pozostawienia dziecka bezpośrednio po jego urodzeniu. Ponadto do kompetencji ośrodków adopcyjnych należy również prowadzenie szkoleń dla kandydatów do pieczy zastępczej. Ośrodki adopcyjne – jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej – są prowadzone przez marszałków województw. Dodatkowo na szczeblu samorządu wojewódzkiego funkcjonują interwencyjne ośrodki preadopcyjne, w których umieszcza się dzieci wymagające specjalistycznej opieki, a które w okresie oczekiwania na przysposobienie nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej, a także regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne, gdzie są umieszczane dzieci wymagające szczególnej opieki (specjalistycznej i rehabilitacyjnej) i z tego powodu nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Zgodnie z art. art. 119¹ ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* rodzice mogą przed sądem opiekuńczym wyrazić zgodę na przysposobienie swego dziecka

w przyszłości bez wskazania osoby przysposabiającego. Rodzicom, którzy wyrazili taką zgodę, władza rodzicielska i prawo do kontaktów z dzieckiem nie przysługują. Przepisy o przysposobieniu za zgodą rodziców bez wskazania osoby przysposabiającego stosuje się także, jeżeli jedno z rodziców wyraziło taką zgodę, a zgoda drugiego nie jest do przysposobienia potrzebna, oraz w sytuacji, gdy rodzice przysposabianego są nieznani albo nie żyją, jeżeli sąd opiekuńczy w orzeczeniu o przysposobieniu tak postanowi. Ponadto zgoda rodziców na przysposobienie dziecka nie może być wyrażona wcześniej niż po upływie sześciu tygodni od urodzenia się dziecka.

Należy również wskazać, że w dniu 1 stycznia 2017 r. weszła w życie ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*, która poszerzyła zakres zadań asystenta rodziny. Obecnie, zgodnie z art. 8 ww. ustawy, obszarem działania asystenta rodziny jest również koordynacja w zakresie objęcia wsparciem kobiet w ciąży oraz ich rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem kobiety w ciąży powikłanej lub kobiety rodzącej dziecko, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu⁴⁾.

W 2018 r. na dofinansowanie zatrudnienia asystentów rodziny, w związku z realizacją *Programu asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej na rok 2018* (działanie 5.1. Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”) wydatkowano 51,8 mln zł, z tego: 37,2 mln zł z rezerwy celowej i 14,6 mln zł z Funduszu Pracy. Ponadto na dofinansowanie zatrudnienia koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej wydatkowano kwotę 26,8 mln zł. Asystenci zatrudnieni w ramach ww. programu objęli swoim działaniem rodziny wymagające wsparcia, w tym rodziny uprawnione na podstawie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*.

Jak wynika z danych o realizacji w 2018 r. ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej w pieczy zastępczej (na poziomie samorządu powiatu) przebywało łącznie 72 020 dzieci, z tego:

- 1) w rodzinach zastępczych spokrewnionych 30 185 dzieci, w tym 122 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;
- 2) w rodzinach zastępczych niezawodowych 14 528 dzieci, w tym 166 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;

⁴⁾ Szersze informacje na temat nowych zadań asystenta rodziny zostały opisane w podrozdziale 3.8. niniejszego Sprawozdania.

- 3) w rodzinach zastępczych zawodowych 6572 dzieci, w tym 403 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;
- 4) w rodzinnych domach dziecka 4003 dzieci, w tym 94 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia;
- 5) w placówkach opiekuńczo-wychowawczych 16 732 dzieci, w tym 163 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia.

W różnych formach pieczy zastępczej przebywało łącznie 223 małoletnich matek.

W funkcjonujących w Rzeczypospolitej Polskiej 10 regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych oraz 3 interwencyjnych ośrodkach preadpocyjnych (na poziomie samorządu województwa) przebywało, wg stanu na koniec grudnia 2018 r., łącznie 319 dzieci, z tego 270 w regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych i 49 w interwencyjnych ośrodkach preadpocyjnych, w tym w wieku poniżej 1. roku życia odpowiednio 3 i 49 dzieci.

Z danych Ministerstwa Sprawiedliwości, dotyczących ewidencji spraw o przysposobienie w sądach rodzinnych, wynika, że w 2018 r. sądy orzekły przysposobienie wobec 2661 dzieci, w tym wobec 1134 dzieci w wieku do 4 lat, w tym w wieku do 1. roku życia przysposobiono 397 dzieci (zarówno w przysposobieniu krajowym, jak i międzynarodowym).

Z dodatków wychowawczych w 2018 r. korzystało 45,2 tys. dzieci w rodzinnej pieczy zastępczej oraz 1,4 tys. dzieci w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego, tj. łącznie 46,6 tys. dzieci.

3.1.4. Zapewnienie dostępu do szczegółowych informacji na temat uprawnień, zasiłków i świadczeń przysługujących kobietom w ciąży, matkom, ojcom oraz ich dzieciom oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i społecznych, a także zajmujących się sprawami przysposobienia

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

Na stronach internetowych prowadzonych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – www.gov.pl/rodzina oraz empatia.mpips.gov.pl znajdują się także praktyczne informacje na temat opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, zarówno dla rodziców (w tym

informacja o instytucjach wpisanych do rejestru żłobków i klubów dziecięcych oraz wykazu dziennych opiekunów), jak i dla podmiotów prowadzących lub planujących założyć instytucje opieki nad dziećmi w wieku do lat 3.

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

3.2. Zapewnienie wsparcia w ramach systemu ubezpieczeń społecznych

Informacje dotyczące zasad przyznawania i wypłacania świadczeń w razie choroby i macierzyństwa przysługujących osobom ubezpieczonym są dostępne na stronie internetowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych www.zus.pl. W terenowych jednostkach organizacyjnych Zakładu są dostępne informacje o świadczeniach w formie ulotek. Dodatkowo Zakład publikuje informacje dotyczące świadczeń w razie choroby i macierzyństwa w informatorach, broszurach i wydawnictwach (np. ZUS dla Ciebie, ZUS dla Biznesu) i udostępnia je w terenowych jednostkach organizacyjnych Zakładu.

Informacje o przysługujących świadczeniach osoba ubezpieczona może również uzyskać bezpośrednio w salach obsługi klientów w jednostkach ZUS albo dzwoniąc do infolinii Zakładu (COT). Zakład organizuje także Dni Ubezpieczonego oraz Dni Przedsiębiorcy, w czasie których ubezpieczeni mogą uzyskać informacje o przysługujących im świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa.

Natomiast szczegółowe informacje dotyczące zasiłków w razie choroby i macierzyństwa przyznanych i wypłaconych konkretnym osobom są udostępnione na ich kontach PUE ZUS. Zatem 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.

Świadczenia z tytułu choroby dla kobiet w ciąży objętych ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, zwane „ubezpieczeniem chorobowym”, są określone przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*. Przepisy tej ustawy przewidują preferencyjne zasady

dotyczące wysokości zasiłków przysługujących kobietom w ciąży. Przepisy te przewidują także świadczenia z tytułu macierzyństwa i rodzicielstwa przysługujące zarówno ubezpieczonym matkom, jak i ojcom z tytułu urodzenia się dziecka albo z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie.

1) zasiłek chorobowy

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

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

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

2) świadczenie rehabilitacyjne

Ubezpieczonej będącej w ciąży po wykorzystaniu zasiłku chorobowego przysługuje świadczenie rehabilitacyjne. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. O powyższych okolicznościach orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży, świadczenie rehabilitacyjne wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego.

3) zasiłek macierzyński

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

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

Pkt b i c stosuje się odpowiednio do ubezpieczonego.

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

Pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabela nr 13. Zasiłki macierzyńskie wypłacone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w 2018 r.

Płeć	ZASIŁKI MACIERZYŃSKIE OGÓŁEM ^{1/}				za okres urlopu ojcowskiego				za okres urlopu rodzicielskiego			
	liczba dni w tys.	liczba osób ^{2/3/} w tys.	kwota wypłat w tys.	przeciętna dzienna wys. zasiłku	liczba dni w tys.	liczba osób ^{3/} w tys.	kwota wypłat w tys.	przeciętna dzienna wys. zasiłku	liczba dni w tys.	liczba osób ^{3/} w tys.	kwota wypłat w tys.	przeciętna dzienna wys. zasiłku
Ogółem^{4/} z tego:	106 268,1	737,8	8 263 160,5	77,76	2 417,0	196,0	330 083,1	136,57	59 483,0	419,9	4 334 187,5	72,86
kobieta	103 200,0	527,4	7 854 710,4	76,11	X	X	X	X	59 062,6	415,5	4 285 749,1	72,56
mężczyzna	3 068,1	210,4	408 450,1	133,13	2 417,0	196,0	330 083,1	136,57	420,4	4,4	48 438,5	115,22

Źródło: Zakład Ubezpieczeń Społecznych

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

^{2/} Osoba występuje tylko raz, niezależnie od liczby pobieranych w danym okresie rodzajów zasiłku macierzyńskiego, np. w przypadku, gdy w danym okresie osoba pobierała podstawowy zasiłek.

^{3/} Unikalność osoby w ramach okresu - jeśli ta sama osoba pobierała zasiłek w kilku miesiącach - zostanie wykazana raz.

^{4/} Ze względu na zaokrąglenia danych, w niektórych przypadkach sumy składników mogą się nieznacznie różnić od podanych wielkości „ogółem”.

Na podstawie danych ZUS przeciętnie w danym miesiącu jest około 100 tys. osób przebywających na urlopach wychowawczych. Przykładowo w dniu 31.12.2018 r. na urlopie wychowawczym przebywało 108 tys. osób.

4) zasiłek opiekuńczy

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

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

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

2) chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat;

- 3) chorym dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do ukończenia 18 lat;
- 4) dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do ukończenia 18 lat w przypadku:
 - a) porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki,
 - b) pobytu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 5) innym chorym członkiem rodziny.

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

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

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

c) 14 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka jest sprawowana nad innymi chorymi członkami rodziny.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie na opiekę nad dziećmi i innymi członkami rodziny za okres nie dłuższy niż 60 dni w roku kalendarzowym. W przypadku gdy opieka jest sprawowana wyłącznie nad chorym dzieckiem legitymującym się określonym w ustawie orzeczeniem o niepełnosprawności do ukończenia 18 lat, dzieckiem legitymującym się określonym w ustawie orzeczeniem o niepełnosprawności do ukończenia 18 lat w przypadku porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki oraz w przypadku pobytu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i innym chorym członkiem rodziny, zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie za okres nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym. Przedmiotowe przepisy stosuje się niezależnie od liczby osób uprawnionych do zasiłku opiekuńczego oraz bez względu na liczbę dzieci i innych członków rodziny wymagających opieki.

Zasiłek opiekuńczy nie przysługuje, jeżeli poza ubezpieczonym są inni członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym, mogący zapewnić opiekę dziecku lub choremu członkowi rodziny. Nie dotyczy to jednak opieki sprawowanej nad chorym dzieckiem w wieku do 2 lat.

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

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

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

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

Miesięczny zasiłek opiekuńczy wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku.

Wejście w życie Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, ustanowionego na podstawie uchwały nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. poz. 1250), przyjętej na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, którego celem jest wspieranie osób niepełnosprawnych i ich rodzin, poskutkowało wprowadzeniem szeregu zmian w przepisach, w tym w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w kontekście zasiłku opiekuńczego. Wprowadzone regulacje w założeniu mają ułatwić rodzicom dziecka legitymującego się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do ukończenia 18 lat – łączenie opieki nad nim z wykonywaniem aktywności zawodowej.

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. poz. 1076) wydłużono zasiłek opiekuńczy z 14 do 30 dni w przypadku opieki nad chorym dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do ukończenia przez dziecko 18 lat. Przedmiotowa ustawa przyznała także uprawnienia do zasiłku opiekuńczego ubezpieczonym zwolnionym od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do ukończenia 18 lat w przypadku:

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

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*, zwanej dalej „*Kodeksem pracy*”, pt.: „Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem”.

3.3.1. System urlopów związanych z opieką nad dzieckiem

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

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

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

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

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

Natomiast w przypadku zgonu dziecka po upływie 8 tygodni życia pracownica zachowuje prawo do urlopu macierzyńskiego przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka. Pracownicy, która urodziła więcej niż jedno dziecko przy jednym porodzie, przysługuje w takim przypadku urlop

macierzyński w wymiarze stosownym do liczby dzieci pozostałych przy życiu, nie krócej jednak niż przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka.

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

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

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

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

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

- b) korzystanie z części urlopu macierzyńskiego przez pracownika-ojca wychowującego dziecko jest możliwe w przypadku:
- rezygnacji przez pracownicę z części urlopu macierzyńskiego po wykorzystaniu po porodzie co najmniej 14 tygodni takiego urlopu (rezygnacji przez ubezpieczoną-matkę dziecka z pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego, po wykorzystaniu przez nią tego zasiłku za okres co najmniej 14 tygodni po porodzie),

- podjęcia przez matkę dziecka nieposiadającą tytułu do objęcia ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych*, zatrudnienia w wymiarze nie niższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wszystkie wnioski o udzielenie urlopu rodzicielskiego są wiążące dla pracodawcy.

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

udzielającego tego urlopu, wymiar urlopu rodzicielskiego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy wykonywanej przez pracownika w trakcie korzystania z urlopu lub jego części, nie dłużej jednak niż do 64 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie oraz 68 tygodni – w przypadku jednoczesnego urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie. Pracownik określa sposób wykorzystania tej części urlopu rodzicielskiego, o którą urlop zostanie proporcjonalnie wydłużony, w pisemnym wniosku o łączenie przez pracownika korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika, chyba że nie jest to możliwe ze względu na organizację pracy lub rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika. O przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku pracodawca informuje pracownika na piśmie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Urlopy powyższe przysługują łącznie obojgu rodzicom lub opiekunom dziecka. Natomiast każdemu z rodziców lub opiekunów dziecka przysługuje 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. Ochrona stosunku pracy obejmuje także pracowników w okresie korzystania z urlopu wychowawczego. Pracownik ma prawo być dopuszczonym – po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego – do pracy na dotychczasowym stanowisku, a jeżeli nie jest to możliwe, na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu lub na innym odpowiadającym jego kwalifikacjom zawodowym, za wynagrodzeniem za pracę, jakie otrzymywałby, gdyby nie korzystał z urlopu (art. 183² Kodeksu pracy).

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

3.3.3. Inne uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

1) zakaz pracy powyżej 8 godzin na dobę

W systemie równoważnego czasu pracy, systemie skróconego tygodnia pracy, pracy przy 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 Kodeksu pracy).

2) zakaz wykonywania prac uciążliwych

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

3) zakaz pracy nadliczbowej i delegowania poza stałe miejsce pracy

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

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

4) zwolnienia od pracy na badania związane z ciążą

Pracownica w ciąży ma prawo do zwolnień od pracy na zalecone przez lekarza badania lekarskie przeprowadzane w związku z ciążą, jeżeli badania te nie mogą być przeprowadzone

poza godzinami pracy. Za czas nieobecności w pracy z tego powodu pracownica zachowuje prawo do wynagrodzenia (art. 185 § 2 Kodeksu pracy).

5) przerwa na karmienie dziecka piersią

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

6) obniżenie wymiaru czasu pracy

Pracownik uprawniony do urlopu wychowawczego może złożyć pracodawcy pisemny wniosek o obniżenie jego wymiaru czasu pracy do wymiaru nie niższego niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy w okresie, w którym mógłby korzystać z takiego urlopu. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika. Wniosek składa się na 21 dni przed rozpoczęciem wykonywania pracy w obniżonym wymiarze czasu pracy. Jeżeli wniosek został złożony bez zachowania terminu, pracodawca obniża wymiar czasu pracy nie później niż z upływem 21 dni od dnia złożenia wniosku (art. 186⁷ Kodeksu pracy).

7) tzw. opieka na dziecko do lat 14

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

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

3.3.4. 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1076), uchwaloną w ramach realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, wprowadzono zmiany m.in. do przepisów Kodeksu pracy, których celem jest ułatwienie pracownikom łączenia pracy zawodowej z opieką nad niepełnosprawnym dzieckiem. Przepisy te weszły w życie od dnia 6 czerwca 2018 r.

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

- 1) pracownika - małżonka albo pracownika - rodzica dziecka w fazie prenatalnej, w przypadku ciąży powikłanej,
- 2) pracownika - rodzica dziecka posiadającego zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o 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 wspomaganie rozwoju dziecka, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - *Prawo oświatowe* (Dz.U. z 2018 r. poz. 996, z późn. zm.),

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

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

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

Ponadto, zgodnie z art. 67⁶ § 5-7 Kodeksu pracy wykonywanie pracy w formie telepracy jest także dopuszczalne na wniosek pracownika złożony w postaci papierowej lub elektronicznej,

niezależnie od zawarcia porozumienia określającego warunki stosowania telepracy albo określenia tych warunków w regulaminie.

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

3.4. Uprawnienia bezrobotnych związane z rodzicielstwem

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

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

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

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

– z uwagi na brak zdolności i gotowości do podjęcia zatrudnienia spowodowany opieką nad tym dzieckiem przez okres, przez który przysługiwałby im, zgodnie z odrębnymi przepisami, zasiłek macierzyński w okresie urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu

macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego, z wyłączeniem przypadku złożenia wniosku o pozbawienie tego statusu przez samego bezrobotnego.

Warto także zwrócić uwagę na instrument uregulowany w art. 104a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*, zgodnie z którym pracodawcy oraz inne jednostki organizacyjne nie opłacają składek na Fundusz Pracy za zatrudnionych pracowników powracających z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego w okresie 36 miesięcy począwszy od pierwszego miesiąca po powrocie z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego.

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

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

Zasiłek na okres 365 dni – zgodnie z art. 73 ust. 1 pkt 2 lit. c i d ww. ustawy – jest przyznawany bezrobotnym, którzy mają na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat, a małżonek bezrobotnego jest także bezrobotny i utracił prawo do zasiłku z powodu upływu okresu jego pobierania po dniu nabycia prawa do zasiłku przez tego bezrobotnego lub samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, dostrzegając potrzebę pomocy rodzicom w zdobyciu doświadczenia zawodowego po urodzeniu dziecka, uwzględnił przedmiotową

kwestię w ustawie z dnia 14 marca 2014 r. *o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 598). W ustawie tej przewidziano wprowadzenie nowych narzędzi wspierających tworzenie miejsc pracy i powrót do zatrudnienia osób bezrobotnych, w tym dla powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka, tj. grant na telepracę (art. 60a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*) i świadczenie aktywizacyjne (art. 60b tej ustawy).

W przypadku grantu na telepracę na podstawie umowy zawartej ze starostą pracodawca albo przedsiębiorca otrzymuje z Funduszu Pracy grant w wysokości do 6-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę brutto na utworzenie stanowiska pracy dla bezrobotnego rodzica powracającego na rynek pracy, wychowującego co najmniej jedno dziecko w wieku do 6 lat, lub bezrobotnego sprawującego opiekę nad osobą zależną, który w okresie 3 lat przed rejestracją w urzędzie pracy jako bezrobotny zrezygnował z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowywania dziecka lub sprawowania opieki nad osobą zależną. Pracodawca musi zagwarantować w umowie utrzymanie zatrudnienia przez 12 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy lub przez okres 18 miesięcy w wymiarze ½ etatu – w przypadku niewywiązania się z tego warunku następuje zwrot grantu z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia jego otrzymania. Od początku wprowadzenia tego rozwiązania pracę w ramach telepracy rozpoczęło 10 osób, w tym w 2018 r. 1 osoba.

Natomiast świadczenie aktywizacyjne jest wypłacane pracodawcy przez 12 miesięcy (w wysokości 1/2 minimalnego wynagrodzenia) lub 18 miesięcy (w wysokości 1/3 minimalnego wynagrodzenia) za zatrudnienie bezrobotnego rodzica powracającego na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka lub bezrobotnego sprawującego opiekę nad osobą zależną, który w okresie 3 lat przed rejestracją w urzędzie pracy jako bezrobotny zrezygnował z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowywania dziecka lub sprawowania opieki nad osobą zależną. Pracodawca musi zagwarantować dalsze zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, po okresie przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego, przez kolejne 6 lub 9 miesięcy. W przypadku niewywiązania się z tego zobowiązania następuje zwrot uzyskanych świadczeń z odsetkami ustawowymi. Od początku wprowadzenia tego rozwiązania pracę w ramach świadczenia aktywizacyjnego rozpoczęło 107 osób, w tym w 2018 r. 9 osób.

W przywołanej nowelizacji ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* zaproponowano także zmiany dotyczące prawa do zasiłku

dla bezrobotnych polegające na dodaniu nowych okresów uprawniających do zasiłku. Zgodnie bowiem z art. 71 ust. 2 pkt 6 ww. ustawy do 365 dni uprawniających do nabycia prawa do zasiłku dla bezrobotnych wlicza się również okres świadczenia usług na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece na dziećmi do lat 3*.

Z kolei ustawą z dnia 6 października 2016 r. *o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz ustawy o świadczeniach przedemerytalnych* (Dz. U. poz. 1940) dokonano zmiany w art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*. Wprowadzono nowy okres podlegający zaliczeniu do okresu uprawniającego do uzyskania prawa do zasiłku dla bezrobotnych, tj. okres pobierania świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna, jeżeli utrata prawa do nich była spowodowana śmiercią osoby, nad którą opieka była sprawowana (art. 71 ust. 2 pkt 9). Na koniec 2018 r. w urzędach pracy było 2906 zarejestrowanych bezrobotnych, którym do części lub całości okresu uprawniającego do pobierania zasiłku zaliczono okres z art. 71 ust. 2 pkt 9.

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

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

Ponadto wprowadzony został instrument (art. 51a ww. ustawy), w ramach którego starosta ma możliwość refundacji pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres do 6 miesięcy części

kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy skierowanych bezrobotnych opiekunów osoby niepełnosprawnej. Refundacja nie może przekroczyć kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz kwoty połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Pracodawca jest obowiązany do dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego opiekuna osoby niepełnosprawnej przez okres 3 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji pod rygorem zwrotu otrzymanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi. Pomoc dla pracodawcy jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy *de minimis*.

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

Zgodnie z przepisem art. 61aa ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* opiekunom osób niepełnosprawnych, zarejestrowanym w powiatowym urzędzie pracy jako poszukujący pracy, którzy jednocześnie nie pozostają w zatrudnieniu lub nie wykonują innej pracy zarobkowej, zapewniony został dostęp do usług rynku pracy i instrumentów rynku pracy wskazanych w tym przepisie (tj. pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego, szkoleń, stażu, prac interwencyjnych, przygotowania zawodowego

dorośli, badań lekarskich lub psychologicznych, studiów podyplomowych, szkoleń na podstawie trójstronnych umów szkoleniowych zawieranych pomiędzy starostą, pracodawcą i instytucją szkoleniową, bonu na zasiedlenie, bonu szkoleniowego oraz bonu stażowego) – na takich samych zasadach jak osobom bezrobotnym. Z zakresu podmiotowego tego przepisu – w związku ze zdefiniowaniem grupy osób uprawnionych przez odesłanie do nowego pkt 7 w art. 49 ustawy – wyłączeni zostali opiekunowie osób niepełnosprawnych pobierający z tego tytułu świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna. W 2018 r. z działań aktywizacyjnych skorzystało 269 osób będących opiekunami osób niepełnosprawnych.

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

3.5. Pomoc społeczna

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

3.5.1. Świadczenia finansowe z pomocy społecznej

Jeżeli dochód kobiet w ciąży nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego (które do dnia 30 września 2018 r. wynosiło 634 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 514 zł dla osoby w rodzinie, a od dnia 1 października 2018 r. odpowiednio 701 zł i 528 zł) mogą one ubiegać się o przyznanie zasiłku okresowego, zasiłku celowego, specjalnego zasiłku celowego, w szczególności na zakup żywności, leków, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu. Ponadto, jeśli osoby te są pozbawione schronienia, posiłku i ubrania, mogą wystąpić o ich przyznanie do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ośrodka pomocy społecznej. Jedną z możliwych przyczyn przyznania wyżej wymienionych form pomocy dla kobiet w ciąży i matek samotnie wychowujących dzieci jest bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa

domowego (dotyczy to zwłaszcza rodzin niepełnych lub wielodzietnych). Świadczenia te 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. Domy te od 1 maja 2004 r. zyskały status ośrodków wsparcia, prowadzonych przez samorząd powiatowy. Na mocy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* zostało wydane rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. *w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży* (Dz. U. poz. 418), które określa standardy podstawowych usług świadczonych przez te placówki. Gwarantuje ono nie tylko godne warunki bytowe, ale także zadbanie o ich potrzeby psychiczne i duchowe. Schronienia w takim domu może szukać kobieta w ciąży, kobieta lub mężczyzna z małoletnimi dziećmi, którzy doznali przemocy lub znajdują się w sytuacji kryzysowej. Możliwe jest ich przyjęcie bez skierowania w razie zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa, ale o ich dalszym pobycie decyduje starosta na podstawie rodzinnego wywiadu środowiskowego oraz opinii ośrodka pomocy społecznej uzasadniającej pobyt w domu.

Pomoc społeczna podejmuje również działania interwencyjne na rzecz osób i rodzin, w tym dotkniętych przemocą, w celu zapobiegania pogłębianiu się występujących dysfunkcji. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* „interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu”. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. W ramach interwencji kryzysowej, bez względu na posiadany dochód, udziela się poradnictwa specjalistycznego oraz schronienia dostępnego całą dobę.

3.4.3. Poradnictwo

Poradnictwo specjalistyczne w ramach pomocy społecznej to w szczególności poradnictwo prawne, psychologiczne i rodzinne. Jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności

lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych. W ramach poradnictwa prawnego udziela się informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów. Poradnictwo psychologiczne w pomocy społecznej to proces diagnozowania, profilaktyki i terapii. Natomiast poradnictwo rodzinne obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemy związane z opieką nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną. Rozpoznanie potrzeb w zakresie poradnictwa rodzinnego dokonuje przede wszystkim pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej przez wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osób i rodzin. Gdy zajdzie taka potrzeba, rodzinom oferuje się przede wszystkim pomoc pedagoga, psychologa, często prawnika. W niektórych ośrodkach pomocy społecznej funkcjonują zespoły konsultantów, które przejmują pieczę nad rodziną wskazaną przez pracownika socjalnego. Jest to także współpraca z pedagogami szkolnymi, kuratorami społecznymi, lokalnymi organizacjami pozarządowymi zajmującymi się działalnością na rzecz rodzin i dzieci. W powiatach organizowane i są prowadzone m.in. specjalistyczne poradnictwo rodzinne dla rodzin naturalnych i zastępczych, a także terapia rodzinna.

3.4.4. Świadczenia niepieniężne z pomocy społecznej

Ogółem w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2018 r. z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa udzielono pomocy 94 911 rodzinom, w tym 55 640 rodzinom ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy rodzin 58 775 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na wielodzietność (40 361 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2018 r. 156 961 rodzin, w tym 65 404 rodziny ze środowisk wiejskich.

W 2018 r. w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonowały następujące domy dla matek z małoletnimi dziećmi:

- 1) 5 domów prowadzonych przez samorząd powiatowy o zasięgu ponadgminnym, które dysponowały 76 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 71 osób;
- 2) 14 domów prowadzonych na zlecenie powiatu przez inne podmioty (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia kościelne i inne) z 428 miejscami, z których skorzystały w ciągu roku 862 osoby;
- 3) 7 domów o zasięgu lokalnym, prowadzonych przez gminę, w których ze 140 miejsc skorzystało 227 osób;

4) 5 domów prowadzonych na zlecenie gminy przez inne powiaty, które dysponowały 103 miejscami, a skorzystały z nich 152 osoby.

W 2018 r. działało 170 ośrodków interwencji kryzysowej. Prowadzenie ośrodka interwencji kryzysowej jest zadaniem własnym powiatu, jednakże zadanie to jest realizowane również przez gminy. W 2018 r. powiaty prowadziły 118 ośrodków, w których pomoc uzyskało 36 101 osób, natomiast podmioty niepubliczne prowadziły na zlecenie powiatów 26 takich ośrodków, udzielając pomocy 5 649 osobom. Jednocześnie gminy prowadziły 21 ośrodków tego typu, w których pomoc uzyskało 6 112 osób, podmioty niepubliczne na zlecenie gminy prowadziły 5 ośrodków, z pomocy których skorzystało 1 685 osób.

W 2018 r. z porad specjalistycznych skorzystało 33 447 osób w 67 ośrodkach specjalistycznego poradnictwa rodzinnego prowadzonych przez gminy oraz 5 296 osób w 12 ośrodkach prowadzonych na zlecenie gmin przez podmioty niepubliczne. W powiatach funkcjonowało 79 jednostek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego o zasięgu ponadgminnym, prowadzonych przez powiat oraz 19 poradni prowadzonych w powiecie przez podmioty niepubliczne na zlecenie powiatu. Z usług powiatowych jednostek skorzystało odpowiednio 21 660 osób oraz 8 160 osób w poradniach prowadzonych przez podmioty niepubliczne.

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

3.6. Przeciwdziałanie przemocy domowej

Zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej są realizowane w oparciu o ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* oraz w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020. Mają one na celu

zagwarantowanie bezpieczeństwa i pomocy osobom doznającym przemocy, w szczególności kobiet i dzieci.

W 2018 r. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej realizowało m.in. następujące zadania w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020:

- 1) Finansowanie tworzenia i utrzymania specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy domowej.

Placówki te świadczą różnorodną specjalistyczną pomoc osobom doświadczającym przemocy domowej, w tym w formie schronienia oraz specjalistycznego poradnictwa (np. prawnego, psychologicznego czy medycznego). Prowadzenie tych placówek jest zadaniem zleconym powiatom z zakresu administracji rządowej, a ich utrzymanie finansowane jest ze środków budżetu państwa. Do 2018 r. funkcjonowało 35 placówek. W 2018 r. ze środków budżetu państwa uruchomiono kolejną tego typu placówkę w Krakowie.

- 2) Finansowanie prowadzenia oddziaływań wobec osób stosujących przemoc domową.

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

- 3) Finansowanie programów psychologiczno-terapeutycznych dla osób stosujących przemoc domową.

Programy psychologiczno-terapeutyczne dla osób stosujących przemoc są uzupełnieniem oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych. Ich realizacja jest nowym zadaniem wynikającym z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, finansowanym po raz pierwszy ze środków budżetu państwa w ramach Programu od 2017 r. W 2018 r. programy te również były realizowane ze środków budżetu państwa.

- 4) Realizacja *Programu Ochronowego „Wspieranie Jednostek Samorządu Terytorialnego w Tworzeniu Systemu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie”*.

Corocznie na program jest przeznaczana kwota w wysokości 3 mln zł ze środków budżetu państwa. Przedmiotem Programu jest dofinansowanie samorządów gminnych, powiatowych i województwa w tworzeniu zintegrowanego systemu przeciwdziałania przemocy domowej. W 2018 r. dofinansowanie otrzymało 79 projektów (ostatecznie zadanie zrealizowało 78 samorządów).

5) Prowadzenie kampanii społecznych w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej.

W 2018 r. w ramach kampanii społecznej Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zleciło wyprodukowanie spotu telewizyjnego dotyczącego przeciwdziałania przemocy domowej, który był emitowany w dwóch stacjach telewizyjnych o zasięgu ogólnopolskim.

6) Organizowanie ogólnopolskich konferencji dotyczących zjawiska przemocy

W listopadzie 2018 r. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zorganizowało ogólnopolską konferencję, w której udział wzięło ok. 100 osób z całego kraju pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy.

7) Prowadzenie całodobowej, bezpłatnej infolinii dla osób szukający wsparcia.

W ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w 2018 r. działała również całodobowa, bezpłatna infolinia dla osób szukający wsparcia. W wybranych godzinach prowadzone były również konsultacje w języku angielskim i rosyjskim, w wybrane dni działała też telefoniczna poradnia prawna. Rozmowy są bezpłatne dla osób dzwoniących. Telefon – na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – jest prowadzony przez organizację pozarządową.

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

Ważnym elementem systemu jest profesjonalizacja służb. W tym celu w ramach Programu są prowadzone szkolenia dla osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej, np. pracowników socjalnych, funkcjonariuszy policji, kuratorów, przedstawicieli oświaty czy ochrony zdrowia.

W kontekście postanowień ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* warto zwrócić uwagę, że rozwiązania zawarte w Krajowym Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020, przypisane do realizacji jednostkom samorządu terytorialnego, obejmują m.in.:

- 1) prowadzenie poradnictwa, w szczególności przez działania edukacyjne służące wzmocnieniu opiekuńczych i wychowawczych, alternatywnych wobec stosowania przemocy, metod i kompetencji rodziców w rodzinach zagrożonych przemocą oraz w stosunku do grup ryzyka, np. małoletnich w ciąży;
- 2) opracowanie i realizacja programów służących działaniom profilaktycznym mającym na celu udzielenie specjalistycznej pomocy, zwłaszcza w zakresie promowania i wdrożenia prawidłowych metod wychowawczych w stosunku do dzieci zagrożonych przemocą domową;

- 3) prowadzenie lokalnych kampanii społecznych, które promują metody wychowawcze bez użycia przemocy i informują o zakazie stosowania kar cielesnych wobec dzieci przez osoby wykonujące władzę rodzicielską oraz sprawujące opiekę lub pieczę.

3.7. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych rolników

Przepisy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników* (umożliwiają finansowanie z budżetu państwa składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolnikowi, domownikowi, a także osobie będącej członkiem rodziny rolnika lub domownika w związku ze sprawowaniem osobistej opieki nad dzieckiem przez okres 3 lat do ukończenia przez dziecko 5. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego przez okres 6 lat do ukończenia przez dziecko 18. roku życia. Według stanu na koniec 2018 r. z prawa do finansowania składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem skorzystało 61 687 osób ubezpieczonych w KRUS.

W 2018 r. dotacja budżetowa z tego tytułu wyniosła 65 930 841,00 zł. Ponadto Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wypłaciła w 2018 r. następujące zasiłki macierzyńskie:

- 1) 208 711 świadczeń wypłacanych na podstawie art. 35a i art. 35b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników* na kwotę 204 181 448 zł;
- 2) 1 świadczenie na kwotę 3 378 zł wypłacane 1 stycznia 2016 r.

3.8. Wsparcie kobiet w ciąży i rodzin w ramach ustawy i programu „Za życiem”

W 2016 r. uchwalono ustawę z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2017 r. Na mocy tej ustawy kobiety w ciąży oraz ich rodziny zostały objęte poradnictwem, które jest koordynowane przez asystenta rodziny (w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* został zakres zadań asystenta rodziny).

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

Do nowych zadań asystenta rodziny należy:

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

Koordynacja wsparcia polega przede wszystkim na:

- 1) opracowywaniu wspólnie z osobami zainteresowanymi katalogu możliwego do uzyskania wsparcia;
- 2) występowaniu przez asystenta rodziny w imieniu osób w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia⁵⁾.

Wsparcie dla rodzin oraz kobiet w ciąży jest realizowane przez zapewnienie dostępu do informacji w zakresie rozwiązań wspierających, do diagnostyki prenatalnej oraz zapewnienie możliwości przeprowadzenia porodu w szpitalu III stopnia referencyjności.

Ponadto ustawa zakłada wsparcie w zakresie zapewnienia innych świadczeń, w tym w zakresie wspierania rodziny i pieczy zastępczej. Powyższe wsparcie obejmuje także zapewnienie dostępu rodzinom znajdującym się w szczególnych sytuacjach, do poradnictwa w zakresie rozwiązań wspierających rodzinę. Poradnictwo dotyczy realizacji indywidualnych potrzeb rodziny. Ten rodzaj wsparcia jest realizowany przez asystenta rodziny.

⁵⁾ Szczegóły finansowania dotyczące koordynacji przez asystenta rodziny w 2018 r. zostały opisane w poz. 3.1.3. niniejszego Sprawozdania.

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

Ponadto działania w obszarze wsparcia kobiet w ciąży i ich rodzin obejmują również wsparcie informacyjne polegające na prezentacji przysługujących kobietom w takiej sytuacji uprawnień. W tym celu został opracowany przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informator o dostępnych usługach dla rodzin, który został zamieszczony na stronach podmiotowych ww. urzędów i jest systematycznie aktualizowany. Jest on także dystrybuowany przez asystenta rodziny. Asystenci pełnią również rolę edukacyjną i promocyjną oraz staną się przewodnikami rodzin po systemie wsparcia.

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

Również na mocy tej ustawy matka, ojciec, opiekun prawny dziecka albo opiekun faktyczny dziecka (osoba faktycznie zajmująca się dzieckiem, jeżeli wystąpiła do sądu z wnioskiem o przysposobienie dziecka) mogą ubiegać się w gminie właściwej dla swojego miejsca zamieszkania o jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł.⁶⁾

Jednocześnie należy wskazać, że na podstawie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”* został przyjęty przez Radę Ministrów Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”⁷⁾, który w szczególności dotyczy wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, opieki, w tym paliatywnej, i rehabilitacji dzieci, wsparcia

⁶⁾ Szczegółowe informacje na temat świadczenia zostały zawarte w poz. 3.1.1.4. niniejszego Sprawozdania.

⁷⁾ Uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. poz. 1250).

dla kobiet w ciąży i ich rodzin w przypadku ciąży powikłanej, pomocy w zabezpieczeniu szczególnych potrzeb, w tym mieszkaniowych rodzin z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie.

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

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

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

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

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

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

Jednym z działań Programu jest także rozwój sieci domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Jego celem jest rozwój wsparcia środowiskowego dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Zapotrzebowanie na środki finansowe na realizację ww. działania

zgłosiły wydziały polityki społecznej następujących urzędów wojewódzkich: dolnośląskiego, śląskiego i lubelskiego.

Na powyższe działanie w 2018 r. wydatkowano środki finansowe w wysokości 599 427,09 zł, z czego z budżetu państwa 273 337,04 zł.

Ponadto, Program przewiduje również tworzenie mieszkań chronionych i mieszkań wspomaganych dla osób niepełnosprawnych. Celem tego działania jest wsparcie mieszkaniowe osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub stopniem umiarkowanym, w odniesieniu do których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję, oraz niewidomych.

Na powyższe działanie w roku 2018 wydatkowano środki finansowe w wysokości 8 043 038,52 zł, z czego z budżetu państwa 5 443 698,63 zł, co umożliwiło powstanie 48 nowych mieszkań chronionych dla 187 osób.

Należy dodać, że prowadzenie mieszkań chronionych jest zadaniem własnym samorządu. Zatem dotacja na realizację zadania stanowiła do 50% kosztów jego realizacji, dlatego też samorządy były zobligowane do uruchomienia własnych środków finansowych.

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

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

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

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zapewniają kobietom opiekę zdrowotną obejmującą specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i położnictwa – są to dwa rodzaje świadczeń: porada położniczo-ginekologiczna i porada ginekologiczna dla dziewcząt. W ramach tych porad jest zapewniana w szczególności opieka w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Dane na temat liczby wszystkich porad z ww. zakresów udzielonych w 2018 r., w tym również pacjentkom poniżej 18 r.ż., zostały zwarte w poniższej tabeli.

Tabela nr 14. Liczba porad w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w zakresie ginekologii dla dziewcząt udzielonych w 2018 r., w tym pacjentkom poniżej 18 r.ż.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
	Wszystkie pacjentki				Pacjentki niepełnoletnie (poniżej 18 lat)			
	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń*	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	50 746 801	666 978	257 393	202	678 212	9 064	4 516	196
KUJAWSKO-POMORSKI	33 343 958	510 047	183 076	192	732 778	10 699	4 460	171
LUBELSKI	26 552 788	427 712	155 130	97	445 664	6 928	3 095	95
LUBUSKI	14 258 530	207 587	80 287	45	201 734	3 083	1 451	45
ŁÓDZKI	28 172 492	518 042	188 365	160	393 118	6 800	3 177	148
MAŁOPOLSKI	46 922 281	708 509	243 379	190	491 456	7 454	3 505	187
MAZOWIECKI	85 317 941	1 306 842	456 649	299	1 192 833	17 444	8 536	269
OPOLSKI	14 228 050	193 951	75 465	57	194 334	2 715	1 331	56
PODKARPACKI	28 739 208	436 103	153 740	117	401 721	6 114	2 776	113
PODLASKI	19 789 944	286 779	95 788	58	349 663	4 833	2 373	40
POMORSKI	37 386 530	503 843	199 859	123	517 764	7 228	3 512	122
ŚLĄSKI	65 465 162	1 106 860	391 122	406	1 164 798	16 638	7 361	359

ŚWIĘTOKRZYSKI	18 020 837	279 106	97 524	119	313 805	3 722	1 748	115
WARMIŃSKO-MAZURSKI	23 172 857	351 970	123 357	101	418 869	5 956	2 541	98
WIELKOPOLSKI	61 568 580	756 738	297 850	228	970 180	10 940	5 608	219
ZACHODNIOPOMORSKI	27 115 624	422 324	155 926	114	755 852	8 160	3 707	106
RAZEM	580 801 583	8 683 391	3 140 070	2 508	9 222 780	127 778	59 370	2 339

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

Zgodnie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, z późn. zm.) Minister Zdrowia ogłasza w drodze obwieszczenia wykazy leków refundowanych, w stosunku do których wydano ostateczne decyzje administracyjne o objęciu refundacją. Obwieszczenia te są wydawane raz na dwa miesiące.

Na podstawie obwieszczeń wydanych w 2018 r. w okresie sprawozdawczym refundacją refundowane były i nadal są refundowane produkty lecznicze zawierające substancje czynne: Cyproteronum + Ethinylestradiolum oraz Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum.

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

Tabela nr 15. Produkty lecznicze o działaniu antykoncepcyjnym refundowane w 2018 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Liczba opakowań	Dopłata pacjenta (zł)	Kwota refundacji (rozliczona)
Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	2 499	5,72	10 918,08
Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt.	590	15,98	7 699,50
Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	20 165	9,77	87 977,37
Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	14 841	21,77	193 793,68
Cyproteronum + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	6 762	7,09	29 491,67

Cyproteronum + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	2 767	19,50	36 105,00
Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	20 457	7,32	89 284,15
Cyproteronum + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	7 775	20,63	101 498,53
Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	14 800	2,44	84 943,61
Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 30+150 mcg	63 szt.	33 974	6,63	526 328,58
Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 mcg	21 szt. (1 blist.po 21 szt.)	103 129	3,03	599 647,60
Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 mcg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	196 301	6,97	3 197 011,12
Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	12 761	2,46	73 321,94
Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	254 424	2,49	1 480 504,20
Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Stediril 30, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 tabl. (1 blist.po 21 szt.)	86 047	2,49	500 973,89

Źródło: Departament Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2018 r. złożono czternaście wniosków o refundację powyższych leków.

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

Ponadto, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,*

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje również wprowadzenie oraz usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej (bez kosztu wkładki, który ponosi pacjentka). Liczbę procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2018 r. obrazuje poniższa tabela.

Tabela nr 16. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2018 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	217	217	565	553
KUJAWSKO-POMORSKI	217	216	402	398
LUBELSKI	98	96	260	251
LUBUSKI	90	90	238	237
ŁÓDZKI	138	137	290	277
MAŁOPOLSKI	79	79	215	169
MAZOWIECKI	254	251	646	620
OPOLSKI	142	139	253	244
PODKARPACKI	54	54	127	122
PODLASKI	86	84	132	130
POMORSKI	366	361	592	581
ŚLĄSKI	297	296	705	691
ŚWIĘTOKRZYSKI	122	120	293	291
WARMIŃSKO-MAZURSKI	353	348	677	659
WIELKOPOLSKI	249	231	551	528
ZACHODNIOPOMORSKI	169	167	326	320
RAZEM:	2 931	2 886	6 272	6 070

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 zmiążdżenie 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 2019 r. poz. 1950, z późn. zm.). W świetle przedmiotowego przepisu spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci m.in. pozbawienia człowieka zdolności płodzenia jest zagrożone karą pozbawienia wolności od roku do lat 10.

ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH

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

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

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

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

W ramach programu są wykonywane następujące procedury:

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

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

Tabela nr 17. Realizacja programu badań prenatalnych w 2018 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
	do 35 lat	35 r. ż. i powyżej	Razem	do 35 lat	35 r. ż. i powyżej	Razem	
DOLNOŚLĄSKI	2 688	4 392	7 080	1 735 693	2 857 833	4 593 526	9
KUJAWSKO-POMORSKI	4 352	2 543	6 895	3 618 782	2 160 664	5 779 446	6
LUBELSKI	724	2 195	2 919	442 989	1 361 541	1 804 530	4
LUBUSKI	2 824	1 174	3 998	1 673 449	795 604	2 469 053	5
ŁÓDZKI	1 876	3 491	5 367	1 387 289	2 519 440	3 906 729	7
MAŁOPOLSKI	3 551	4 627	8 178	2 443 864	3 331 068	5 774 932	5
MAZOWIECKI	3 411	6 324	9 735	2 942 511	5 228 453	8 170 964	19
OPOLSKI	1 313	1 089	2 402	771 252	811 782	1 583 034	2
PODKARPACKI	1 832	2 592	4 424	1 041 730	1 558 890	2 600 620	3
PODLASKI	731	1 813	2 544	596 286	1 357 897	1 954 183	1
POMORSKI	1 696	2 805	4 501	1 137 655	2 015 677	3 153 332	5
ŚLĄSKI	20 494	8 153	28 647	11 509 587	5 168 420	16 678 007	37
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 501	1 518	3 019	813 341	940 989	1 754 330	3
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 066	1 486	2 552	524 736	910 854	1 435 590	2
WIELKOPOLSKI	6 577	3 979	10 556	3 442 018	2 411 103	5 853 121	11
ZACHODNIOPOMORSKI	974	2 569	3 543	723 971	1 786 812	2 510 784	2
RAZEM:	55 610	50 750	106 360	34 805 154	35 217 026	70 022 180	121

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIAŻY

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

6.1. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana przez szkołę

System oświaty zapewnia każdemu uczniowi wsparcie w rozwoju i pomoc psychologiczno-pedagogiczną, stosownie do jego potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana także rodzicom uczniów oraz nauczycielom, w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń. Kwestie zostały uregulowane przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. poz. 1591, z późn. zm.)⁸⁾.

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

⁸⁾ Do zakończenia kształcenia w szkołach dotychczasowych typów, zgodnie z art. 363 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe* obowiązuje także rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach (Dz. U. poz. 532, z późn. zm.).

W szkole, pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz w formie m.in. zajęć dydaktyczno-wyrównawczych oraz zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym.

Korzystanie z pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznej szkole i placówce jest dobrowolne i nieodpłatne.

6.2. Indywidualne nauczanie dzieci i młodzieży

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. *w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży* (Dz. U. poz. 1616)⁹⁾ w zależności od potrzeb uczniowie, którym stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, są obejmowani indywidualnym nauczaniem. Podstawę do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania¹⁰⁾ stanowi wniosek złożony przez rodziców (prawnych opiekunów) lub pełnoletniego ucznia do zespołu orzekającego działającego w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (znajdującej się w rejonie szkoły, do której uczęszcza uczeń), do którego dołącza się zaświadczenie o stanie zdrowia wskazujące na to, że stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.

6.3. Wsparcie udzielane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne

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

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. *w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym*

⁹⁾ Do zakończenia kształcenia w szkołach dotychczasowych typów, zgodnie z art. 363 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe* obowiązuje także rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2014 r. *w sprawie indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży* (Dz. U. poz. 1157, z późn. zm.).

¹⁰⁾ Orzeczenie wydawane jest na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. *w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych* (Dz. U. poz. 1743).

publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. poz. 199, z późn. zm.) do zadań poradni należy diagnozowanie dzieci i młodzieży, udzielanie pomocy bezpośredniej dzieciom i młodzieży oraz rodzicom, realizacja zadań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję szkoły, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktyczno-wychowawczych oraz organizowanie i prowadzenie wspomaganie szkół w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych.

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

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

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

6.4. Spełnienie obowiązku szkolnego oraz obowiązku nauki poza szkołą

Zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe* (Dz.U. z 2019 r. poz. 1148, z późn. zm.) na wniosek rodziców dyrektor szkoły podstawowej lub ponadpodstawowej, do której dziecko zostało przyjęte, może zezwolić, w drodze decyzji, na spełnianie przez dziecko odpowiednio obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą. Zezwolenie może być wydane przed rozpoczęciem roku szkolnego albo w trakcie roku szkolnego. Z możliwości tej może skorzystać m.in. uczennica w ciąży lub w okresie połogu. Uczeń spełniający obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą uzyskuje roczne oceny klasyfikacyjne na podstawie rocznych

egzaminów klasyfikacyjnych z zakresu części podstawy programowej obowiązującej na danym etapie edukacyjnym, uzgodnionej na dany rok szkolny z dyrektorem szkoły. Egzaminy klasyfikacyjne są przeprowadzane przez szkołę, której dyrektor zezwolił na spełnianie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą. Uczeń spełniający obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą, a także rodzic takiego ucznia, może również korzystać ze wsparcia szkoły, której dyrektor wydał zezwolenie, o którym mowa powyżej, obejmującego:

- 1) prawo uczestniczenia w szkole w zajęciach, o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 2, 3 i 5-7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – *Prawo oświatowe*, tj. dodatkowych zajęciach edukacyjnych, zajęciach rewalidacyjnych dla uczniów niepełnosprawnych, zajęciach w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia uczniów oraz zajęciach z zakresu doradztwa zawodowego;
- 2) zapewnienie dostępu do:
 - a) podręczników, materiałów edukacyjnych i materiałów ćwiczeniowych, o którym mowa w art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. *o finansowaniu zadań oświatowych* (Dz. U. z 2020 r. poz. 17), oraz
 - b) pomocy dydaktycznych służących realizacji podstawy programowej znajdujących się w zasobach szkoły - w porozumieniu z dyrektorem tej szkoły;
- 3) udział w konsultacjach umożliwiających przygotowanie do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych.

6.5. Wsparcie w ramach systemu egzaminów zewnętrznych

Przepisy ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1481, z późn.zm.) oraz rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. *w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego* (Dz. U. poz. 2223, z późn. zm.) umożliwiają wsparcie podczas egzaminów zewnętrznych osobom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

System oświaty zapewnia dostosowanie treści, metod i organizacji nauczania do możliwości psychofizycznych uczniów, a także stwarza im możliwość korzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zgodnie z indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi oraz predyspozycjami.

Funkcjonujące rozwiązania umożliwiają wsparcie dla osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi podczas egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego przez dostosowanie warunków i formy przeprowadzania tych egzaminów.

Dostosowanie warunków przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego przysługuje uczniom:

- 1) posiadającym orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność;
- 2) posiadającym orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niedostosowanie społeczne lub zagrożenie niedostosowaniem społecznym;
- 3) posiadającym orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania;
- 4) chorym lub niesprawnym czasowo;
- 5) posiadającym opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej, o specyficznych trudnościach w uczeniu się: z dysleksją, dysgrafią, dysortografią, dyskalkulią;
- 6) którzy, w roku szkolnym, w którym przestępują do egzaminu, byli objęci pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole ze względu na:
 - a) trudności adaptacyjne związane z wcześniejszym kształceniem za granicą,
 - b) zaburzenia komunikacji językowej,
 - c) sytuację kryzysową lub traumatyczną,
- 7) którym ograniczona znajomość języka polskiego utrudnia zrozumienie czytanego tekstu.

Dostosowanie warunków przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego polega na:

- 1) zminimalizowaniu ograniczeń wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym osoby zdającej egzamin;
- 2) zapewnieniu osobie zdającej egzamin miejsca pracy odpowiedniego do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych;
- 3) wykorzystaniu odpowiedniego sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych;
- 4) odpowiednim przedłużeniu czasu przewidzianego na przeprowadzenie egzaminu;
- 5) ustaleniu zasad oceniania rozwiązań zadań wykorzystywanych do przeprowadzania egzaminu uwzględniających potrzeby edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne osoby zdającej egzamin;
- 6) zapewnieniu obecności i pomocy w czasie egzaminu nauczyciela wspomagającego osobę zdającą egzamin w czytaniu lub pisaniu lub specjalisty odpowiednio z zakresu danego rodzaju

niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym, jeżeli jest to niezbędne do uzyskania właściwego kontaktu ze zdającym lub pomocy w obsłudze sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych.

Dla osoby zdającej egzamin, której przysługuje dostosowanie wymagań nie przygotowuje się odrębnych arkuszy egzaminacyjnych¹¹⁾.

Sposób lub sposoby dostosowania warunków lub formy przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego do potrzeb i możliwości absolwenta, który do takiego dostosowania jest uprawniony, wskazuje rada pedagogiczna. Możliwe sposoby dostosowania przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego są wymienione w ogłaszającym każdego roku w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej¹²⁾ komunikacie w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego. Komunikat jest ogłaszany nie później niż do dnia 10 września roku szkolnego, w którym jest przeprowadzany egzamin maturalny.

Przystąpienie odpowiednio do egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego w warunkach i formie dostosowanych do potrzeb i możliwości absolwenta zapewnia przewodniczący zespołu egzaminacyjnego (dyrektor szkoły). Za organizację i przebieg egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego w danej szkole odpowiada dyrektor tej 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, odpowiednio do egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego w warunkach dostosowanych do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, nieujętych w komunikacie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej.

W szczególnych przypadkach wynikających ze stanu zdrowia lub niepełnosprawności, egzamin gimnazjalny i egzamin maturalny może być przeprowadzony w innym miejscu niż szkoła. W tym

¹¹⁾ Na podstawie art. 44zrz ust. 11 ustawy 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

¹²⁾ Komunikat jest dostępny pod adresem: www.cke.edu.pl, np.: *Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej z 1 września 2017 r. w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu maturalnego w roku szkolnym 2017/2018:* https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/20170901%20EM%20Komunikat%20o%20dostosowaniach.pdf, oraz *Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej z 1 września 2017 r. w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego w roku szkolnym 2017/2018.* https://cke.gov.pl/images/_KOMUNIKATY/20170901%20EG%20Komunikat%20o%20dostosowaniach.pdf

przypadku zgodę na zmianę miejsca przeprowadzenia egzaminu wydaje dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej¹³.

W uzasadnionych przypadkach absolwent może przystąpić do egzaminu maturalnego w innej szkole niż szkoła, którą ukończył. Szkołę taką wskazuje dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na wniosek absolwenta. Wniosek wraz z uzasadnieniem oraz deklarację przystąpienia do egzaminu maturalnego absolwent składa do dyrektora szkoły, którą ukończył, nie później niż do dnia 31 grudnia roku szkolnego, w którym zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego¹⁴).

Zgodnie art. 44zz ust. 1 i 44zzj ust.1 ustawy 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*, w szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych, uniemożliwiających przystąpienie odpowiednio do egzaminu gimnazjalnego lub egzaminu maturalnego w terminach głównych, istnieje możliwość, za zgodą dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek absolwenta lub jego rodziców, przystąpienia do tych egzaminów w terminie dodatkowym, określonym w komunikacie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej.

Ponadto należy zaznaczyć, że minister właściwy do spraw oświaty i wychowania w ramach Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” jest odpowiedzialny za realizację dwóch zadań, w tym zadania 1.5. w priorytecie I Programu: Pomoc uczennicom w ciąży, którego celem jest zapewnienie przez szkołę lub placówkę możliwości kontynuowania nauki przez uczennicę w ciąży. Realizacja zadania polega na przygotowaniu i utrzymaniu miejsc w bursach lub internatach dla uczennic w ciąży w formie odrębnego jednoosobowego pokoju, w którym są zapewnione maksymalnie komfortowe warunki pobytu uczennicy do czasu urodzenia dziecka. Z przesłanych sprawozdań rzeczowych i finansowych wynika, że w 2018 r. w ramach przedmiotowego działania kontynuowano utrzymanie 217 miejsc dla uczennic w ciąży. Skorzystało z nich 8 uczennic.

¹³⁾ Zgodnie z § 9 ust. 1 i § 35 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego.

¹⁴⁾ Zgodnie z § 34 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu gimnazjalnego i egzaminu maturalnego.

ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY

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

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

7.1. Wprowadzenie do programów nauczania szkolnego wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji

W 2018 r., w związku z reformą ustroju szkolnego, obowiązywały następujące akty wykonawcze określające podstawy programowe kształcenia ogólnego, w tym podstawę programową zajęć pn. „wychowanie do życia w rodzinie” (WDŻ):

- 1) rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. poz. 977, z późn.zm), rozporządzenie to obowiązywało jeszcze w wybranych klasach szkoły podstawowej, oddziałach dotychczasowego gimnazjum oraz szkołach ponadgimnazjalnych: 3-letnim liceum ogólnokształcącym i 4-letnim technikum;
- 2) rozporządzenie 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.), rozporządzenie obowiązywało w klasach I i II, IV i V oraz VII i VIII szkoły podstawowej oraz branżowej szkole I stopnia.

30 stycznia 2018 r. Minister Edukacji Narodowej podpisał rozporządzenie 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), które obowiązuje w szkołach ponadpodstawowych począwszy od roku szkolnego 2019/2020.

Przedmiot WDŹ funkcjonuje w polskiej szkole od wielu lat. Zawarta w podstawie programowej wiedza natury biologicznej jest zintegrowana z wiedzą psychologiczną i obudowana aksjologią. Nowa podstawa programowa WDŹ, tak jak i innych przedmiotów, jest sformułowana w języku wymagań:

- 1) główne kierunki oraz cele kształcenia zapisano jako wymagania ogólne;
- 2) treści nauczania oraz oczekiwane umiejętności uczniów zapisano jako wymagania szczegółowe (przedstawione w języku efektów uczenia się).

Nowa podstawa programowa WDŹ została podzielona na 6 działów tematycznych (czego nie zawierała poprzednia podstawa programowa):

1. Rodzina
2. Dojrzewanie
3. Seksualność człowieka
4. Życie jako fundamentalna wartość
5. Płodność
6. Postawy.

W podstawie programowej WDŹ seksualność jest powiązana ze wszystkimi wymiarami osoby: fizycznym, emocjonalnym, intelektualnym, społecznym i duchowym. Zakres tematyczny pozostaje w zasadzie analogiczny do poprzedniej podstawy programowej, ponieważ jej wartość i skuteczność została potwierdzona badaniami¹⁵⁾. Większość uczniów pozytywnie oceniła zajęcia WDŹ, wśród ankietowanych 18-latków uczęszczających do szkół ponadpodstawowych wskaźnik ten stanowił 71%¹⁶⁾.

Nowe treści podstawy programowej jeszcze bardziej akcentują holistyczność „wychowania do życia w rodzinie” i zgodnie z wyrażoną przez uczniów potrzebą eksponują aspekty psychologiczne: wzajemne relacje międzyludzkie, komunikację interpersonalną, przyjmowane postawy, sposoby postępowania w sytuacji stresu, presji grupy, różnych zdarzeń życia rodzinnego

¹⁵⁾ Grzelak S. (red.), (2015), *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży. Przewodnik dla samorządowców i praktyków oparty na wynikach badań naukowych*, Warszawa: ORE; Czarnik S., (2012), *Uczniowie o wychowaniu do życia w rodzinie. Raport z badań w krakowskich gimnazjach*, „Wychowawca” 2012 nr 9, s. 25–31; Tenże, (2014), *Wychowanie do życia w rodzinie w opinii uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Wyniki badania uczniów liceów i techników w Krakowie i Białymstoku*, „Wychowawca” 2014 nr 10, s. 18–24; Instytut Badań Edukacyjnych, (2015), *Opinie i oczekiwania młodych dorosłych (osiemnastolatków) oraz rodziców dzieci w wieku szkolnym wobec edukacji dotyczącej rozwoju psychoseksualnego i seksualności. Raport z badania*, dostępny online: <http://www.ibe.edu.pl/images/materialy/IBE-raport-EKD.pdf>

¹⁶⁾ Bulkowski K., Fedorowicz M., Grajkowski W. i inni, (2015), *Opinie i oczekiwania młodych dorosłych (osiemnastolatków) oraz rodziców dzieci w wieku szkolnym wobec edukacji dotyczącej rozwoju psychoseksualnego i seksualności. Raport z badania*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych, s. 43.

itp. Uzupełnienia wynikają szczególnie z potrzeb zmieniającej się rzeczywistości, współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych, wskazań środowisk wychowawczych.

Nowa podstawa programowa ma układ spiralny. Daje przez to możliwość dostosowania treści do: potrzeb rozwojowych uczniów, potrzeb środowiskowych, diagnozy wychowawczo-profilaktycznej szkoły, wskazań rodziców. Spiralny układ pozwala na powrót do wcześniej poznanych zagadnień, umożliwiając poszerzanie i uzupełnianie wiedzy na dany temat.

W 2018 r. nie uległy zmianie zasady organizacji zajęć WDŻ, określone w rozporządzeniu 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.).

W wyniku zmian wprowadzonych od roku szkolnego 2017/2018¹⁷⁾, treści dotyczące wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawarte w podstawie programowej kształcenia ogólnego, są realizowane w ramach zajęć edukacyjnych „wychowanie do życia w rodzinie”, w klasach IV-VIII szkoły podstawowej i w szkołach ponadpodstawowych: branżowej szkole I stopnia, w klasach I-III liceum ogólnokształcącego i w klasach I-III technikum, dla dzieci i młodzieży, publicznych i niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych.

Rozporządzenie wskazuje, że realizacja treści programowych zajęć powinna stanowić spójną całość z pozostałymi zadaniami wychowawczo-profilaktycznymi szkoły, a w szczególności:

- 1) wspierać wychowawczą rolę rodziny;
- 2) promować integralne ujęcie ludzkiej seksualności;
- 3) kształtować postawy prorodzinne, prozdrowotne i prospołeczne.

Na realizację zajęć w szkołach publicznych przeznaczają się, w każdym roku szkolnym, dla uczniów poszczególnych klas, po 14 godzin, w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców. Zajęcia są organizowane w oddziałach, albo liczących nie więcej niż 28 uczniów grupach

¹⁷⁾ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 czerwca 2017 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego* (Dz. U. poz. 1117).

międzyoddziałowych. Na realizację zajęć w szkołach niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych przeznaczona jest liczba godzin nie mniejsza niż liczba godzin przewidziana dla szkół publicznych.

Uczeń niepełnoletni nie bierze udziału w zajęciach, jeżeli jego rodzice zgłoszą dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnację z udziału ucznia w zajęciach. Uczeń pełnoletni nie bierze udziału w zajęciach, jeżeli zgłosi dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnację ze swojego udziału w zajęciach.

Zajęcia nie podlegają ocenie i nie mają wpływu na promocję ucznia do klasy programowo wyższej ani na ukończenie szkoły przez ucznia.

Tabela nr 18. Dane dotyczące uczniów uczęszczających na zajęcia edukacyjne wychowanie do życia w rodzinie

Typ szkoły	klasa	Liczba uczniów uczęszczających na zajęcia edukacyjne "wychowanie do życia w rodzinie"	w tym dziewczęta	Liczba uczniów ogółem	w tym dziewczęta	Wskaźnik procentowy ogółem	Wskaźnik procentowy dziewcząt
Szkoła podstawowa	IV	342 100	167 659	501 328	246 050	68,24	68,14
Szkoła podstawowa	V	352 652	174 648	501 869	247 522	70,27	70,56
Szkoła podstawowa	VI	253 846	123 252	357 482	173 093	71,01	71,21
Szkoła podstawowa	VII	233 398	112 876	348 045	167 887	67,06	67,23
Szkoła podstawowa	VIII	221 245	108 352	374 717	184 030	59,04	58,88
Gimnazjum	III	219 478	106 690	347 966	171 025	63,07	62,38
Zasadnicza szkoła zawodowa	III	17 378	5 603	46 515	14 800	37,36	37,86
Liceum ogólnokształcące	I	50 666	31 793	159 617	100 671	31,74	31,58
Liceum ogólnokształcące	II	41 413	25 841	156 899	98 356	26,39	26,27
Liceum ogólnokształcące	III	35 494	22 387	153 635	96 115	23,10	23,29
Technikum	I	62 496	23 924	143 241	55 238	43,63	43,31
Technikum	II	48 065	18 172	126 857	49 437	37,89	36,76
Technikum	III	44 761	17 383	122 122	48 289	36,65	36,00
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	IV	520	350	1 686	1 051	30,84	33,30
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	V	615	384	1 675	1 059	36,72	36,26
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	VI	490	297	1 429	949	34,29	31,30
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	VII	110	54	384	224	28,65	24,11

Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	VIII	111	70	420	247	26,43	28,34
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	I	203	140	761	494	26,68	28,34
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	II	196	126	889	577	22,05	21,84
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	III	191	114	817	513	23,38	22,22
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	IV	92	50	647	380	14,22	13,16
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	V	110	71	629	401	17,49	17,71
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	VI	57	35	542	325	10,52	10,77
Sześćioletnia ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	III	102	83	591	462	17,26	17,97
Sześćioletnia ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	IV	50	45	428	356	11,68	12,64
Sześćioletnia ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	V	74	53	426	324	17,37	16,36
Sześćioletnia ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	VI	34	26	354	298	9,60	8,72
Dziewięcioletnia ogólnokształcąca szkoła baletowa	II	72	63	137	125	52,55	50,40
Dziewięcioletnia ogólnokształcąca szkoła baletowa	III	61	55	127	116	48,03	47,41
Dziewięcioletnia ogólnokształcąca szkoła baletowa	IV	13	13	113	97	11,50	13,40
Dziewięcioletnia ogólnokształcąca szkoła baletowa	V	26	22	95	85	27,37	25,88
Dziewięcioletnia ogólnokształcąca szkoła baletowa	VI	9	7	88	80	10,23	8,75
Dziewięcioletnia ogólnokształcąca szkoła baletowa	VII	1	0	60	50	1,67	0,00
Poznańska szkoła chóralna	IV	23	17	26	18	88,46	94,44
Poznańska szkoła chóralna	V	16	10	25	13	64,00	76,92

Poznańska chóralna szkoła	VI	22	16	25	17	88,00	94,12
Poznańska chóralna szkoła	VII	10	7	21	14	47,62	50,00
Poznańska chóralna szkoła	VIII	9	4	21	12	42,86	33,33
Poznańska chóralna szkoła	IX	13	7	21	13	61,90	53,85
Branżowa szkoła I stopnia	I	24 035	7 251	52 524	15 842	45,76	45,77
Branżowa szkoła I stopnia	II	19 424	6 260	47 157	14 706	41,19	42,57
Razem:		1 969 681	954 210	3 452 411	1 691 361	57,05%	56,42%

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej, System Informacji Oświatowej - spis 2018 IX wersja 5

7.2. Kwalifikacje nauczycieli realizujących zajęcia

Działaniem wspierającym szkoły w realizacji zajęć wychowania do życia w rodzinie, jest kształcenie i doskonalenie zawodowe nauczycieli. Kształcenie nauczycieli w 2018 r. było prowadzone w uczelniach z uwzględnieniem standardów kształcenia nauczycieli, określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela (Dz. U. poz. 131, z późn. zm.)¹⁸⁾.

Kwalifikacje wymagane od nauczycieli określono przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz. U. poz. 1575, z późn. zm.) zgodnie, z którymi kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela prowadzącego zajęcia „wychowania do życia w rodzinie” posiada osoba, która w zależności od typu szkoły ukończyła:

- 1) studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie lub studia pierwszego stopnia na kierunku (specjalności) zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub
- 2) studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie lub studia pierwszego stopnia, na kierunku, którego efekty uczenia się, o których mowa w ustawie z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz. U. z 2020 r. poz. 226), w zakresie wiedzy i umiejętności obejmują treści nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, wskazane

¹⁸⁾ Rozporządzenie utraciło moc z dniem wejścia w życie rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela (Dz. U. poz. 1450).

w podstawie programowej dla tego przedmiotu na odpowiednim etapie edukacyjnym, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub

- 3) studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie lub studia pierwszego stopnia na kierunku (specjalności) innym niż wymieniony w pkt 1 i 2 i studia podyplomowe w zakresie nauczanej przedmiotu lub prowadzonych zajęć oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

W większości przypadków nauczyciele nabywają kwalifikacje do nauczania przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie przez ukończenie studiów podyplomowych z tego zakresu lub nabywali przez ukończenie kursu kwalifikacyjnego¹⁹⁾. Nauczyciel każdego przedmiotu w szkole ma możliwość zdobycia dodatkowych kwalifikacji do nauczania „wychowania do życia w rodzinie” przez ukończenie studiów podyplomowych z zakresu nauczania tego przedmiotu.

Tabela nr 19. Dane dotyczące liczby nauczycieli/ etatów przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie w szkołach

Nazwa typu jednostek	Liczba nauczycieli w osobach	Liczba nauczycieli w etatach - z obowiązków
szkoła podstawowa	11784	1 862,33
gimnazjum	6122	754,49
liceum ogólnokształcące	1251	185,01
technikum	1184	183,88
szkoła policealna	3	0,43
szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	19	1,88
ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	25	3,12
ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	12	1,50
sześcioletnia ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	6	0,30
czteroletnie liceum plastyczne	19	1,35
dziewięcioletnia ogólnokształcąca szkoła baletowa	1	0,24
ośrodek dokształcania i doskonalenia zawodowego	1	0,06
Poznańska szkoła chóralna	1	0,17
branżowa szkoła I stopnia	1023	92,56

Źródło danych: Ministerstwo Edukacji Narodowej, System Informacji Oświatowej wg stanu na 30.09.2018 r.

¹⁹⁾ Od 1 stycznia 2015 r. nie ma już takiej możliwości w związku ze zmianami wprowadzonymi rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lipca 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie placówek doskonalenia nauczycieli (Dz.U. poz. 1142).

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

Zgodnie z § 5 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* w każdym roku szkolnym przed przystąpieniem do realizacji zajęć nauczyciel prowadzący zajęcia wraz z wychowawcą klasy przeprowadza co najmniej jedno spotkanie informacyjne z rodzicami uczniów niepełnoletnich oraz z uczniami pełnoletnimi. Nauczyciel jest obowiązany przedstawić pełną informację o celach i treściach realizowanego programu nauczania, podręcznikach szkolnych oraz środkach dydaktycznych. Za przeprowadzenie spotkań odpowiedzialny jest dyrektor szkoły.

Podręczniki szkolne podlegają procesowi dopuszczenia do użytku szkolnego przez Ministra Edukacji Narodowej na wniosek podmiotu posiadającego autorskie prawa majątkowe do podręcznika lub inne prawa do korzystania z utworu będącego podręcznikiem.

Każdy podręcznik jest sprawdzany przez rzeczoznawców z listy prowadzonej przez Ministra Edukacji Narodowej, którzy oceniają jego poprawność pod względem merytorycznym, dydaktycznym, wychowawczym i językowym. Oprócz oceny zgodności podręcznika z celami kształcenia i zakresem treści nauczania określonymi w podstawie programowej, ocenie rzeczoznawców podlegają w szczególności: uwzględnienie aktualnego stanu wiedzy naukowej, w tym metodycznej oraz przystosowanie do danego poziomu kształcenia, zwłaszcza pod względem stopnia trudności, formy przekazu, właściwego doboru pojęć, nazw, terminów i sposobu ich wyjaśniania. Warunkiem dopuszczenia podręcznika do użytku szkolnego jest uzyskanie pozytywnych opinii merytoryczno-dydaktycznych i pozytywnej opinii językowej.

Wykaz dopuszczonych do użytku szkolnego podręczników jest publicznie dostępny na stronie internetowej ministerstwa: <https://www.gov.pl/web/edukacja/podreczniki-do-ksztalcenia-ogolnego>.

ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY

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

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

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

W przypadkach, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej. W przypadku, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego przerwanie ciąży jest dopuszczalne, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni.

Ponadto, ustawa w art. 4b przewiduje, że „osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiotach leczniczych”.

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

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

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

Tabela nr 20. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2009-2018 (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
2009	538	27	510	1
2010	641	27	614	0
2011	669	49	620	0
2012	752	50	701	1
2013	744	23	718	3
2014	971	48	921	2
2015	1040	43	996	1
2016	1098	55	1042	1
2017	1057	22	1035	0
2018	1076	25	1050	1

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

Tabela nr 21. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2018 r. – w podziale na województwa, wiek kobiet i przyczynę

Województwo	Dokonano przerwania ciąży									
	Ogółem	w tym u kobiet w wieku lat						z rubryki Ogółem		
		poniżej 18	18-20	21-24	25-29	30-34	35 i więcej	w przypadku, gdy ciąża stanowiła zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej	w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu	w przypadku, gdy zachodziło uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego
Dolnośląskie	68	9	6	11	5	14	23	1	67	0
Kujawsko-Pomorskie	45	0	0	3	10	18	14	0	45	0
Lubelskie	11	4	3	1	1	0	2	0	11	0
Lubuskie	18	1	0	0	4	8	5	1	17	0
Łódzkie	105	0	0	11	12	40	42	0	105	0
Małopolskie	106	9	4	21	13	20	39	0	106	0
Mazowieckie	287	25	24	29	46	60	103	8	278	1
Opolskie	26	0	2	3	0	9	12	0	26	0
Podkarpackie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Podlaskie	27	0	0	1	4	10	12	0	27	0
Pomorskie	101	0	2	1	29	29	40	6	95	0
Śląskie	105	5	2	8	16	24	50	2	103	0
Świętokrzyskie	17	0	0	3	2	4	8	0	17	0
Warmińsko-Mazurskie	22	0	1	1	8	1	11	0	22	0
Wielkopolskie	91	4	3	5	16	28	35	3	88	0
Zachodniopomorskie	47	0	1	6	9	18	13	4	43	0
RAZEM	1076	57	48	104	175	283	409	25	1050	1

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

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

Rozpoznanie	Liczba
Trisomia 21 bez współistniejących wad somatycznych	245
Trisomia 21 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	130

Trisomia 13 lub trisomia 18 bez współistniejących wad somatycznych	68
Trisomia 13 lub trisomia 18 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	74
inne trisomie i częściowe trisomie autosomów bez współistniejących wad somatycznych	4
inne trisomie i częściowe trisomie autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	13
monosomie i delecje autosomów bez współistniejących wad somatycznych	1
monosomie i delecje autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	4
zrównoważone translokacje bez współistniejących wad somatycznych	5
zrównoważone translokacje ze współistniejącymi wadami somatycznymi	6
zespół Turnera ze współistniejącymi wadami somatycznymi	22
choroby warunkowane monogenowo bez współistniejących wad somatycznych	1
choroby warunkowane monogenowo ze współistniejącymi wadami somatycznymi	7
zespoły genetyczne z obrzękiem płodu	21
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim bez współistniejących wad somatycznych	5
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	2
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim bez współistniejących wad somatycznych	4
inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	5
inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej bez współistniejących wad somatycznych	7
inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej ze współistniejącymi wadami somatycznymi	29
wada izolowana (dotycząca jednego układu lub organu w badaniu obrazowym)	188
wady mnogie (wady dwóch i więcej układów lub organów w badaniu obrazowym)	209
RAZEM:	1050

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

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

Rady Ministrów z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 (Dz. U. poz. 837, z późn. zm.), dane obejmujące zabiegi przerwania ciąży są gromadzone na podstawie formularzy MZ-24 oraz MZ-29.

Sprawozdaniem MZ-29 zostały objęte szpitale publiczne nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej. Powyższe dane przedstawione przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (tabela nr 16 i 17) nie obejmują jednak danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Sprawiedliwości. Jednocześnie należy wskazać, że z informacji uzyskanych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wynika, że w 2018 r. w nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji szpitalach publicznych wykonano 5 zabiegów przerwania ciąży, wszystkie z uwagi na fakt, że badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu.

Natomiast z danych uzyskanych z Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że w 2018 r. w szpitalach nadzorowanych przez Ministra Sprawiedliwości nie przeprowadzono żadnego zabiegu przerwania ciąży.

Łącznie (tj. z uwzględnieniem danych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji) w 2018 r. zarejestrowano łącznie 1 081 zabiegów przerwania ciąży, o 20 więcej niż w 2017 r. W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 25 zabiegów przerwania ciąży.

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

Odnotowano jeden przypadek przerwania ciąży w okolicznościach wskazujących, że ciąża była wynikiem czynu zabronionego.

Przedmiotowe dane z przyczyn obiektywnych, tj. z uwagi na pozaprawny charakter tego zjawiska, nie uwzględniają liczby zabiegów przerwania ciąży dokonanych w sposób nielegalny. Zjawisko to jest trudne do zbadania. 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 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.

– *Kodeks karny*, zwanej dalej „k.k.”, tj. m.in. takich, w których przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia i bezpośrednio po urodzeniu. Informacje na temat liczby postępowań prowadzonych w 2017 r. dotyczących m.in. przerywania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.) oraz przerwania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerwania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.) zostały przedstawione w pkt 9.1 rozdziału IX niniejszego *Sprawozdania*. Zaprezentowane zostały w nim również dane na temat liczby prawomocnych orzeczeń wykonywanych na dzień 21 grudnia 2016 r. w odniesieniu do czynów zabronionych, w których przedmiotem ochrony jest zdrowie i życie dziecka w fazie prenatalnej i bezpośrednio po urodzeniu oraz wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawa do macierzyństwa dotyczyła trzech osób, po jednej z art. 149 k.k., art 153 § 1 k.k. i 153 § 2 k.k.

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

ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY

9.1. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości

W 2017 r. Prokuratura Krajowa kontynuowała monitorowanie działań powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie realizacji przepisów ustawy. Działania prokuratury w zakresie realizacji ww. ustawy polegają, między innymi, na prowadzeniu i nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w zakresie czynów zabronionych stypizowanych w przepisach ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny*, w których przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia i bezpośrednio po urodzeniu oraz wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawo do macierzyństwa.

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

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

- 1) przerwanie za zgodą kobiety – art. 152 k.k.;
- 2) wymuszone przerwanie ciąży – art. 153 k.k.;
- 3) śmierć kobiety jako następstwo przerywania ciąży – art. 154 k.k.;
- 4) uszkodzenie ciała dziecka poczętego – art. 157a k.k.

W poniższej tabeli przedstawione zostały dane statystyczne dotyczące ww. przestępstw.

Tabela nr 23. Dane statystyczne dotyczące przestępstw z art. 152-154 i art. 157a Kodeksu karnego związanych z realizacją ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Wyszczególnienie	art. 152 k.k.	art. 153 k.k.	art. 154 k.k.	art. 157a k.k.
Wpływ spraw:	255	40	0	75
Załatwiono ogółem, w tym:	213	37	0	66
akt oskarżenia	19	3	0	1

wniosek o wyrok skazujący	8	0	0	0
wniosek o warunkowe umorzenie	2	0	0	0
umorzenie postępowania	94	19	0	38
odmowa wszczęcia postępowania	82	13	0	25
zawieszenie postępowania	6	2	0	0

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

Ponadto w 2018 r. odnotowano:

- 1) 1 skazanie z art. 149 kk (dzieciobójstwo);
- 2) 6 skazań z art. 152 § 1 kk (przerwanie ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy);
- 3) 26 skazań z art. 152 § 2 kk (udzielanie pomocy kobiecie ciężarnej w przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub nakłanianie jej do tego);
- 4) 1 skazanie z art. 153 § 1 kk (przerwanie ciąży bez zgody kobiety ciężarnej);
- 5) 3 516 skazań z art. 157 § 1 kk (naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1 kk);
- 6) 2 781 skazań z art. 157 § 2 kk (naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający dłużej niż 7 dni);
- 7) 74 skazania z art. 157 § 3 kk (jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie);
- 8) 23 skazania z art. 157 § 3 kk w zw. z § 1;
- 9) 10 skazań z art. 157 § 3 kk w zw. z § 2.

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 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.) w rozdziale 8 przewiduje prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Prawo to przysługuje pacjentowi, a w jego imieniu także przedstawicielowi ustawowemu. Zgodnie z wyżej wymienioną ustawą sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia wydanego przez lekarza lub lekarza

dentystę można wnieść do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Działanie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta normuje rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. *w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. poz. 244).

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

W 2018 r. do Rzecznika Praw Pacjenta nie wpłynął żaden sprzeciw od opinii albo orzeczenia lekarza dotyczący realizacji przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*.

W 2018 r. w zakresie szeroko rozumianej opieki okołoporodowej (opieka nad kobietą w ciąży, poród) wszczęto 38 postępowań wyjaśniających (nie dotyczyły one kwestii związanych z przerywaniem ciąży w ustawowo uzasadnionych przypadkach). Ponadto liczba podejmowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta działań zgodnie z ustawowymi kompetencjami, nieskutkujących wszczęciem postępowania wyjaśniającego, których przedmiotem była opieka okołoporodowa (opieka nad kobietą w ciąży, poród) wyniosła: 169.

Ponadto, za pośrednictwem ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii Rzecznika Praw Pacjenta (obecnie Telefoniczna Informacja Pacjenta) w 2018 r. podjęto łącznie 1943 interwencje oraz działania informacyjne w zakresie ogólnej problematyki dotyczącej opieki okołoporodowej. Tematyka tych działań dotyczyła m.in. naruszeń:

- 1) prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych;
- 2) realizacji standardów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) prawa pacjenta do informacji;
- 4) prawa pacjenta do tajemnicy informacji;
- 5) prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- 6) prawa pacjenta do dokumentacji medycznej;
- 7) prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.

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

W 2018 r. odpowiedzialność zawodową lekarzy regulowały przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. z 2019 r. poz. 965). Zgodnie z tą ustawą członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Zgodnie z informacją przekazaną przez Naczelny Sąd Lekarski w 2018 r. poszczególne okręgowe sądy lekarskie oraz Naczelny Sąd Lekarski prowadziły, przedstawioną w tabeli poniżej, liczbę spraw dotyczących opieki nad kobietami w ciąży, opieki okołoporodowej, badań genetycznych płodu oraz zabiegów przerywania ciąży.

Tabela nr 24. 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 2018 r.

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

21	Warszawa	2	0	0	0
22	Wrocław	2	0	0	0
23	SL WIL	0	0	0	0
24	Zielona Góra	0	1	0	0
25	Naczelny Sąd Lekarski	7	7	0	0
RAZEM		17	18	0	0

Źródło: Naczelny Sąd Lekarski

W 2018 r. w porównaniu do 2017 r.:

- 1) liczba postępowań dotyczących opieki nad kobietami w ciąży była większa o 11 postępowań;
- 2) liczba postępowań dotyczących opieki okołoporodowej była mniejsza o 4 postępowania;
- 3) liczba postępowań dotyczących badań genetycznych płodu była mniejsza o jedno postępowanie;
- 4) liczba postępowań dotyczących zabiegów przerywania ciąży nie zmieniła się.

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