SPRAWOZDANIE RADY MINISTRÓW

Z WYKONYWANIA ORAZ O SKUTKACH STOSOWANIA

W ROKU 2011

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

(Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.)

WARSZAWA 2012 r.

Spis treści

SPIS TREŚCI 2

WSTĘP 4

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

1.1. Rozwój demograficzny Rzeczypospolitej Polskiej 5

1.2. Urodzenia i dzietność kobiet 5

1.3. Zgony niemowląt, umieralność okołoporodowa płodów i noworodków 6

1.4. Informacje na temat noworodków pozostawionych w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne 8

ROZDZIAŁ II OGÓLNE POSTANOWIENIA USTAWY 10

2.1. Kształcenie i wychowanie młodzieży 10
2.1.1. Pomoc psychologiczno – pedagogiczna 12

2.2. Świadoma prokreacja 13

2.3. Opieka medyczna nad płodem i kobietą w ciąży 13

2.4. Badania prenatalne 14

2.5. Pomoc materialna, socjalna oraz prawna 15
2.5.1. Świadczenia rodzinne 16
2.5.2 Infrastruktura społeczna na rzecz dziecka i rodziny 17
2.5.3. Pomoc społeczna 18
2.5.4. System wspierania rodziny i pieczy zastępczej 20
2.5.5. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie 22

2.6. Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem 22

2.7. Zabiegi przerywania ciąży 25

ROZDZIAŁ III DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU REALIZACJI USTAWY 28

3.1. Kształcenie i wychowanie młodzieży oraz doskonalenie nauczycieli 28
3.1.1. Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych Wychowanie do życia w rodzinie 28
3.1.2. Dokształcanie i doskonalenie nauczycieli 29

3.2. Dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji 30

3.3. Działania podejmowane w opiece medycznej nad płodem i kobietą w ciąży 32
3.3.1. Umowy zawarte przez Narodowy Fundusz Zdrowia 32
3.3.2. Programy zdrowotne w zakresie planowania rodziny, świadomego macierzyństwa oraz opieki medycznej nad kobietą w ciąży 35
3.3.3. Opieka nad kobietą ciężarną i dzieckiem zakażonym wirusem HIV i chorymi na AIDS 38
3.3.4. Działania podejmowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w kontekście zdrowia kobiet w ciąży oraz matek z dziećmi 42
3.3.5. Badania prenatalne 44

3.3.6. Działania podejmowane w ramach pomocy materialnej, socjalnej oraz prawnej 46

3.3.7. Zabiegi przerywania ciąży według przyczyn 50

ROZDZIAŁ IV DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY 52

4.1. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości 52

4.2. Działania podejmowane przez Rzecznika Praw Pacjenta 56

4.3. Działania podejmowane przez Naczelny Sąd Lekarski i Okręgowe Sądy Lekarskie 58

WSTĘP

Obowiązek sporządzania Sprawozdania wynika z art. 9 *ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.), zgodnie z którym, Rada Ministrów jest zobowiązana do corocznego przedstawiania do dnia 31 lipca 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 o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

Sprawozdanie zostało podzielone na cztery części. W pierwszej części zostały omówione podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Rzeczypospolitej Polskiej oraz informacje epidemiologiczne. W drugiej części zaprezentowane zostały ogólne postanowienia ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. W kolejnej części przedstawiono jakie działania w 2011 r. zostały podjęte w celu realizacji przedmiotowej ustawy. W ostatniej części podjęto problem respektowania przepisów ustawy.

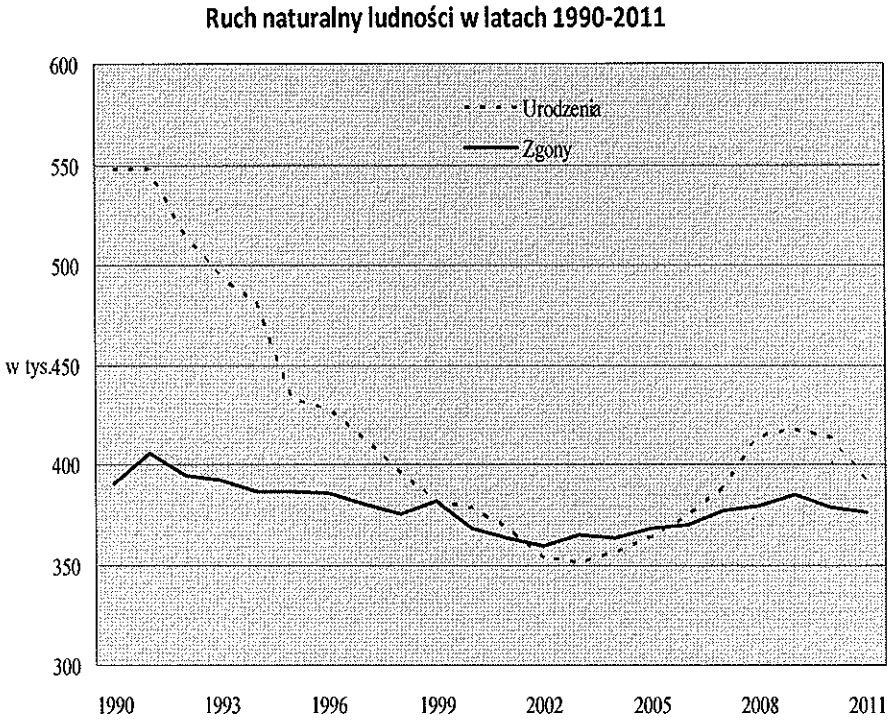
Sprawozdanie Rady Ministrów za 2011 r. przygotowano na podstawie informacji, danych statycznych i opinii uzyskanych od:

- Ministra Edukacji Narodowej,
- Ministra Pracy i Polityki Społecznej,
- Ministra Zdrowia,
- Prokuratury Generalnej,
- Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Naczelnego Sądu Lekarskiego,
- Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- Rzecznika Praw Pacjenta,
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,
- Kierowników Poradni i Zakładów Genetycznych,
- Krajowego Centrum ds. AIDS.

ROZDZIAŁ I Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Rzeczypospolitej Polskiej oraz informacje epidemiologiczne

1.1. Rozwój demograficzny Rzeczypospolitej Polskiej

Wykres nr 1 Ruch naturalny ludności w latach 1990 – 2011



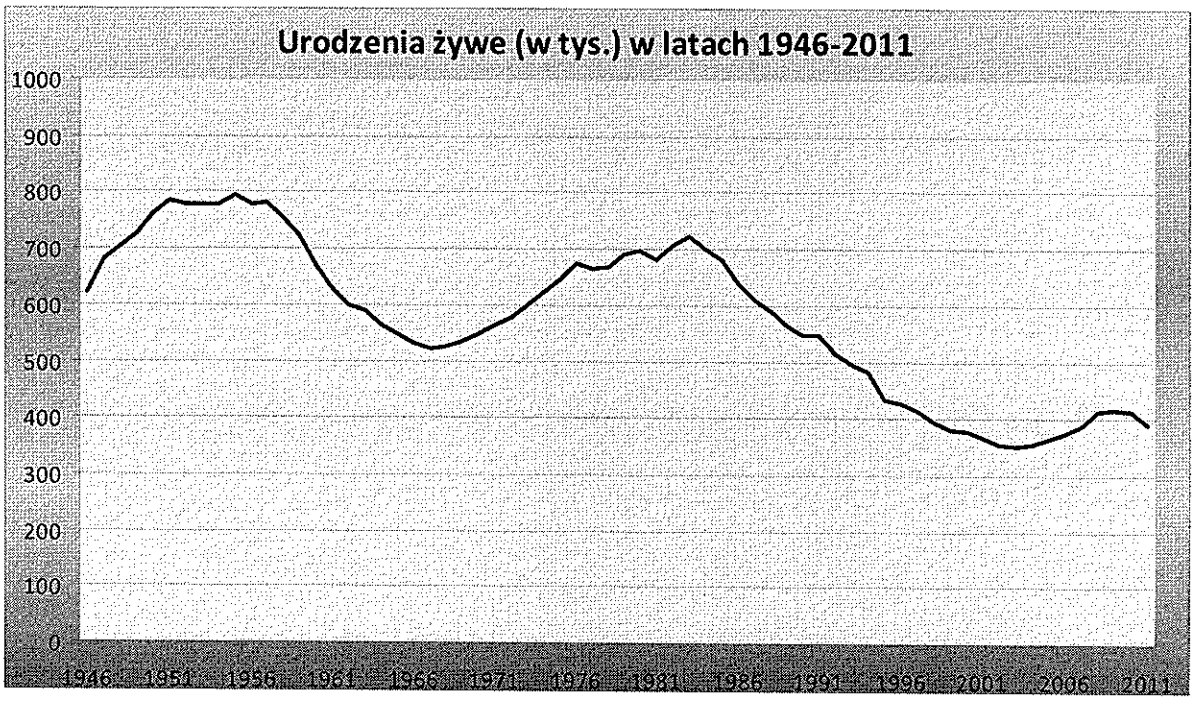
Źródło: Główny Urząd Statystyczny

W 2011 r. odnotowano dodatni przyrost naturalny ludności, szacuje się, że urodziło się o ok. 15 tys. dzieci więcej niż wynosiła ogólna liczba zgonów. Przeciętnie na każde 10 tys. ludności przybyły 4 osoby. W latach dziewięćdziesiątych wielkość przyrostu naturalnego malała wraz z obniżaniem się liczby urodzeń, w okresie 2002 -2005 odnotowano ubytek naturalny – największy w roku 2003, kiedy urodziło się o ponad 14 tys. dzieci mniej niż odnotowano zgonów.

1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

W 2011 r. zarejestrowano ok. 391 tys. urodzeń żywych – o ponad 22 tys. mniej niż przed rokiem. Współczynnik urodzeń wyniósł 10,2‰ – o 0,5 pkt mniej niż w 2010 r.

Wykres nr 2 Urodzenia żywe w latach 1946-2011 - wyże i niże demograficzne



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

W dalszym ciągu **poziom reprodukcji nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń - nadal utrzymuje się obserwowany od 1989 r. okres depresji urodzeniowej.**

1.3. Zgony niemowląt, umieralność okołoporodowa płodów i noworodków

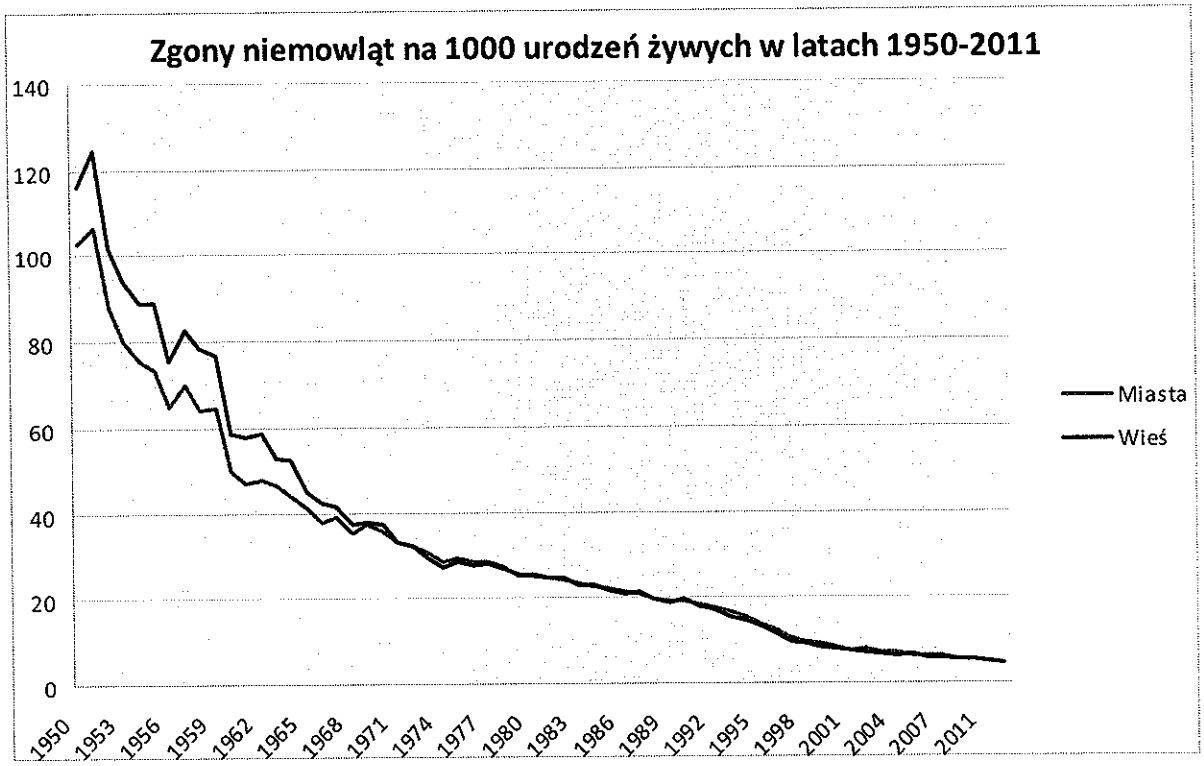
Pozytywnym zjawiskiem jest obserwowany trend malejącej umieralności niemowląt. W 2011 r. zarejestrowano **1,9 tys. zgonów dzieci w wieku poniżej 1 roku życia (około 150 mniej niż przed rokiem).** Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 4,9‰ (w 2010 r. – 5,0‰).

Zmniejsza się także umieralność okołoporodowa. W 2011 r. współczynnik umieralności okołoporodowej (urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych) wyniósł 6,7‰ (tabela nr 2). W 2010 r. współczynnik umieralności okołoporodowej wyniósł 6,8 ‰.

W ogólnej liczbie zmarłych niemowląt **ponad połowa** umarła przed ukończeniem pierwszego tygodnia życia**, a kolejne 20% noworodków nie dożyło 1 miesiąca. Przyczyną prawie 55%** zgonów niemowląt są **choroby i stany okresu okołoporodowego**, czyli powstające w trakcie ciąży i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka, kolejne **34%** zgonów jest spowodowanych **wadami rozwojowymi**

wrodzonymi, a pozostałe są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

Wykres nr 3 Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych w latach 1950-2011



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Tabela nr 1 Urodzenia, zgony niemowląt, współczynnik umieralności okołoporodowej w 2011 r. według województw

WOJEWÓDZTWA	Urodzenia			Zgony niemowląt		Współczynnik umieralności okołoporodowej (‰)
	Ogółem	w tym		ogółem	w tym w wieku 0-6 dni	
		żywe	martwe			
OGÓŁEM	**390069**	**388416**	**1653**	**1836**	**943**	6,7
Dolnośląskie	27772	27660	112	155	80	6,9
Kujawsko-pomorskie	21059	20971	88	126	78	7,9
Lubelskie	21448	21363	85	95	45	6,1
Lubuskie	10460	10421	39	58	24	6,0
Łódzkie	24071	23952	119	107	62	7,5
Małopolskie	35657	35524	133	152	78	5,9
Mazowieckie	57499	57258	241	195	108	6,1
Opolskie	8722	8686	36	33	18	6,2
Podkarpackie	21224	21130	94	112	71	7,8

Podlaskie	11199	11155	44	54	29	6,5
Pomorskie	25171	25059	112	103	48	6,4
Śląskie	44988	44803	185	270	113	6,6
Świętokrzyskie	11664	11600	64	70	34	8,4
Warmińsko-mazurskie	14814	14750	64	70	32	6,5
Wielkopolskie	38246	38082	164	139	73	6,2
Zachodniopomorskie	16075	16002	73	97	50	7,7

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Tabela nr 2 Umieralność okołoporodowa w 2011 r. według województw

	Ogółem	Miasta	Wieś	Ogółem	Miasta	Wieś
WOJEWÓDZTWA	współczynniki umieralności w liczbach bezwzględnych[a)]			współczynniki umieralności okołoporodowej[b)]		
	2596	**1427**	**1169**	**6,7**	**6,3**	**7,2**
Dolnośląskie	192	130	62	6,9	6,9	6,9
Kujawsko-pomorskie	159	166	92	7,4	7,9	7,8
Lubelskie	130	51	79	6,1	5,3	6,6
Lubuskie	63	32	31	6,0	5,0	7,7
Łódzkie	181	96	85	7,5	6,5	9,1
Małopolskie	211	97	114	5,9	6,0	5,8
Mazowieckie	349	210	139	6,1	5,7	6,8
Opolskie	54	30	24	6,2	6,7	5,6
Podkarpackie	165	48	117	7,8	5,8	9,0
Podlaskie	73	41	32	6,5	6,2	7,0
Pomorskie	160	82	78	6,4	5,5	7,6
Śląskie	298	227	71	6,6	6,6	6,6
Świętokrzyskie	98	40	58	8,4	8,1	8,6
Warmińsko-mazurskie	107	96	49	4,7	6,5	6,1
Wielkopolskie	237	121	116	6,2	6,1	6,3
Zachodniopomorskie	125	123	81	4,2	7,7	7,8

[a)] Urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni.
[b)] Urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

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

Tabela nr 3 Noworodki pozostawione w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne w latach 2005-2011

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba pozostawionych noworodków	1 013	825	720	775	726	798	758

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

W 2011 r. zarejestrowano 758 przypadków pozostawienia noworodków w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne. Liczba ta zmniejszyła się o 40 w stosunku do 2010 r. Brakuje natomiast informacji o przyczynach pozostawiania noworodków przez matki. Należy także zaznaczyć, że brak jest danych, które pozwalałyby stwierdzić, ile noworodków zostało pozostawionych przez rodziców będących obywatelami innych krajów, jak również danych dotyczących liczby noworodków pozostawionych przez matki poza szpitalami.

ROZDZIAŁ II OGÓLNE POSTANOWIENIA USTAWY

2.1. Kształcenie i wychowanie młodzieży

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* w podstawie programowej kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół zostały wprowadzone treści dotyczące wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz o metodach i środkach świadomej prokreacji. Treści te są realizowane w klasach V-VI szkoły podstawowej (II etap edukacyjny), gimnazjum (III etap edukacyjny) i w szkołach ponadgimnazjalnych (IV etap edukacyjny).

Sposób realizacji przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie* określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 12 sierpnia 1999 r. *w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego* (Dz. U. Nr 67, poz. 756, z późn. zm.).

Uczniowie mają obowiązek uczęszczania na zajęcia edukacyjne *Wychowanie do życia w rodzinie*, jeżeli ich rodzice, prawni opiekunowie bądź sami pełnoletni uczniowie nie zgłoszą dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnacji z udziału w zajęciach. Pisemnie sformułowana rezygnacja z udziału w zajęciach *Wychowania do życia w rodzinie* sprzyja podejmowaniu przez rodziców lub prawnych opiekunów uczniów przemyślanych decyzji w tej sprawie.

W 2011 r. proces kształcenia i wychowania był realizowany zgodnie z nową podstawą programową określoną w *rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół* (Dz. U. z 2009 r. Nr 4, poz. 17) oraz dotychczasową podstawą programową określoną w *rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół* (Dz. U. Nr 51, poz. 458, z późn. zm.).

Treści nauczania 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 zostały uwzględnione w obu podstawach

programowych kształcenia ogólnego, w szczególności w podstawie programowej przedmiotów takich, jak: *Przyroda, Biologia, Wychowanie do życia w rodzinie.*

Określone w podstawie programowej kształcenia ogólnego treści nauczania, w tym treści wymienione powyżej, muszą być zawarte także w realizowanych w szkołach programach nauczania zgodnie z przepisami *rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 8 czerwca 2009 r. w sprawie dopuszczenia do użytku w szkole programów wychowania przedszkolnego i programów nauczania oraz dopuszczania do użytku szkolnego podręczników* (Dz. U. Nr 89, poz. 730), co oznacza, że były one realizowane również w 2011 r.

Na I i II etapie edukacyjnym obejmującym klasy I-III i IV-VI szkoły podstawowej, treści przekazywane podczas zajęć m.in. edukacji społecznej, czy etyki, kształtują u uczniów postawy warunkujące sprawne i odpowiedzialne funkcjonowanie we współczesnym świecie, tj.: postawę uczciwości, wiarygodności, poczucia własnej wartości, szacunku dla innych ludzi, kultury osobistej, gotowości do podejmowania inicjatyw oraz do pracy zespołowej, postawę obywatelską, poszanowania tradycji i kultury własnego narodu. Wykształcenie w uczniach właściwych postaw społecznych wpływa na ich późniejsze prawidłowe funkcjonowanie także w życiu rodzinnym.

W gimnazjum i w szkole ponadgimnazjalnej uczniowie pogłębiają wiedzę z zakresu prawidłowego funkcjonowania we współczesnym świecie. Treści z tego zakresu są zawarte w programach następujących przedmiotów: historia i społeczeństwo, przyroda, wychowanie fizyczne, etyka, wiedza o społeczeństwie, edukacja dla bezpieczeństwa, technika.

W ramach ww. zajęć uczniowie są zapoznawani ze skutkami zachowań ryzykownych. Mimo posiadanej wiedzy młodzi ludzie podejmują tego rodzaju zachowania często z braku wielu umiejętności niezbędnych w życiu społecznym. W związku z tym w ramach tych zajęć są rozwijane także ważne umiejętności psychospołeczne tj.: umiejętność nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, opierania się naciskom otoczenia.

Zgodnie z rozporządzeniem z dnia 23 grudnia 2008 r. Ministra Edukacji Narodowej *w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół*, szkoły są zobowiązane do opracowywania programu wychowawczego szkoły, który obejmuje wszystkie treści i działania o charakterze wychowawczym skierowane do uczniów, a realizowane przez nauczycieli.

W opracowaniu programu wychowawczego szkoły, w tym w wyborze priorytetów, stanowiących jego treść, biorą udział nauczyciele, uczniowie i ich rodzice. Program wychowawczy uchwala rada rodziców w porozumieniu z radą pedagogiczną. Punktem

wyjścia do tworzenia szkolnego programu wychowawczego jest diagnoza problemów wychowawczych występujących w danej szkole.

Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 20 sierpnia 2010 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych* (Dz. U. Nr 156, poz. 1046), począwszy od roku szkolnego 2010/2011 uczniowie mają obowiązek wzięcia udziału w realizacji tzw. projektu edukacyjnego, który został zdefiniowany jako zespołowe, planowe działanie uczniów, mające na celu rozwiązanie konkretnego problemu z zastosowaniem różnorodnych metod. Zakres tematyczny projektu edukacyjnego może dotyczyć wybranych treści nauczania określonych w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla gimnazjów lub wykraczać poza te treści.

2.1.1. Pomoc psychologiczno – pedagogiczna

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, między innymi uczennice w ciąży lub wychowujące dziecko mogą być objęte następującymi formami pomocy:

1) psychologiczno-pedagogicznej.

Zasady i formy organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej reguluje rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 *r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* (Dz. U. Nr 228, poz. 1487) oraz rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. *w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych w tym publicznych poradni specjalistycznych* (Dz. U. Nr 228, poz. 1488).

2) wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania dla dzieci i młodzieży, których stan zdrowotny uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.

Podstawę prawną do wydania orzeczenia stanowi rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. *w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych* (Dz. U. Nr 173, poz. 1072).

Szkoły i placówki organizują indywidualne nauczanie na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. *w sprawie sposobu i trybu organizowania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży* (Dz. U. Nr 175, poz. 1086).

3) realizacja indywidualnego toku nauki.

Warunki udzielania zezwoleń na indywidualny tok nauki są określone w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 19 grudnia 2001 r. *w sprawie warunków i trybu udzielania zezwoleń na indywidualny program lub tok nauki oraz organizacji indywidualnego programu lub toku nauki* (Dz. U. z 2002 r. Nr 3, poz. 28).

2.2. Świadoma prokreacja

Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży już w preambule wskazuje, że uznaje prawo do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz nakłada na państwo obowiązek umożliwienia podejmowania decyzji w tym zakresie.

Przepis art. 2 ust. 2 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży stanowi, iż 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. Należy jednak zaznaczyć, że korzystanie z tego dostępu nie będzie pełne, jeżeli nie będzie temu towarzyszyła odpowiednia edukacja dotycząca zasad świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa oraz w zakresie wiedzy o życiu seksualnym.

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz. U. Nr 111, poz. 653, z późn. zm.) zapewniają kobietom opiekę zdrowotną w zakresie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa, są to dwa rodzaje świadczeń: porada ginekologiczno-położnicza i porada ginekologiczno-położnicza dla dziewcząt. W ramach tych porad jest zapewniania w szczególności opieka w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym dobór właściwych środków antykoncepcji.

2.3. Opieka medyczna nad płodem i kobietą w ciąży

Kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu znajdują się w Rzeczypospolitej Polskiej pod szczególną ochroną prawną. Ochronę kobiet w tym okresie zapewnia ustawodawstwo krajowe, a także ratyfikowane przez Rzeczypospolitą Polską umowy międzynarodowe.

Art. 68 ust. 3 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.) stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia

szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, które posiadają obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od tego czy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu reguluje: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz. U. Nr 111, poz. 653, z późn. zm.).

Dodatkowo w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. *w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. Nr 187, poz. 1259) zostały określone standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem.

2.4. Badania prenatalne

Zgodnie z art. 2 ust. 2a ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są zobowiązane zapewnić obywatelom swobodny dostęp do informacji i badań prenatalnych, szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu. Dostęp do badań prenatalnych między innymi uregulowany jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń*

gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148, z późn. zm.). W załączniku do wyżej wymienionego rozporządzenia w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz warunków realizacji zawarty jest program badań prenatalnych. Program zawiera dokładny zakres procedur realizowanych w ramach świadczenia gwarantowanego, kryteria kwalifikacji do programu dla świadczeniobiorcy oraz kryteria kwalifikacji dla świadczeniodawcy. Jeśli chodzi o kryteria kwalifikacji do programu dla świadczeniobiorcy, to kobieta w ciąży musi spełnić co najmniej jedno z następujących kryteriów:

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

Do procedur realizowanych w ramach tego programu zalicza się poradnictwo i badania biochemiczne, USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych, badania genetyczne.

Warto zaznaczyć, że zgodnie z art. 4a pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, w przypadku gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu lekarz, po spełnieniu wszystkich wymogów ustawowych, może przerwać ciążę.

2.5. Pomoc materialna, socjalna oraz prawna

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

- ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy* (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.),

- ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. z 2006 r. poz. 139, poz. 992, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* (Dz. U. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3* (Dz. U. Nr 45, poz. 235, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (Dz. U. Nr 149, poz. 887, z późn. zm.).

2.5.1. Świadczenia rodzinne

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

1) zasiłek rodzinny – świadczenie podstawowe, przysługujące w kwocie:
   a) 68 zł miesięcznie na dziecko do ukończenia przez nie 5. roku życia,
   b) 91 zł miesięcznie na dziecko w wieku 5 – 18 roku życia,
   c) 98 zł miesięcznie na dziecko w wieku 18 – 24 lata

- przy kryterium dochodowym 504 zł netto na osobę w rodzinie lub 583 zł, gdy członkiem rodziny jest dziecko niepełnosprawne;

2) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka przysługujący w kwocie 1 000 zł jednorazowo;
3) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego przysługujący w kwocie 400 zł miesięcznie;
4) jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. „becikowe") przysługująca w kwocie 1 000 zł jednorazowo niezależnie od osiąganych dochodów.

W przypadku ubiegania się o przyznanie dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka warunkiem dodatkowym dla ich otrzymania jest dołączenie do wniosku zaświadczenia o pozostawaniu kobiety w ciąży pod opieką medyczną (zaświadczenie lekarskie potwierdzające co najmniej

jedno badanie kobiety przez lekarza ginekologa lub położną w okresie ciąży). Od 1 stycznia 2012 r. dla uzyskania prawa do tych świadczeń konieczne jest spełnianie warunku pozostawania przez kobietę w ciąży pod opieką lekarza nie później niż od 10. tygodnia ciąży, potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez lekarza lub położną. 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 kwoty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka – wysokość tych kwot jest zależna od uchwały rady gminy.

Ponadto, w ramach systemu świadczeń rodzinnych istnieją dodatki do zasiłku rodzinnego z tytułu: wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej, samotnego wychowywania dziecka, kształcenia i rehabilitacji niepełnosprawnego dziecka, rozpoczęcia roku szkolnego, podjęcia nauki poza miejscem zamieszkania, a także zasiłek pielęgnacyjny oraz świadczenie pielęgnacyjne.

2.5.2 Infrastruktura społeczna na rzecz dziecka i rodziny

Do dnia 4 kwietnia 2011 r. żłobki świadczące opiekę nad małymi dziećmi funkcjonowały jako zakłady opieki zdrowotnej. Działały one w oparciu o przepisy – obowiązującej do dnia 30 czerwca 2011 r. – ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.). Zatem musiały one spełniać szereg wymagań właściwych dla zakładu opieki zdrowotnej, w tym m.in. dotyczących warunków lokalowych, sanitarnych czy kadrowych. Konieczność spełniania tych wymagań, a co za tym idzie wysokie koszty funkcjonowania żłobków były główną barierą przy powstawaniu nowych miejsc żłobkowych i tworzeniu nowych żłobków, a w konsekwencji barierą w dostępie rodziców małych dzieci do tej formy opieki. Z drugiej zaś strony, na rynku istniało wiele podmiotów prowadzących działalność gospodarczą polegającą na sprawowaniu opieki nad małymi dziećmi, które pozostawały poza wszelką kontrolą.

Zadanie zreformowania problematyki opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 zostało powierzone Ministrowi Pracy i Polityki Społecznej. Ustawa *o opiece nad dziećmi w wieku do*

lat 3 została uchwalona w dniu 4 lutego 2011 r. Weszła ona w życie w dniu 4 kwietnia 2011 r. wraz z niektórymi aktami wykonawczymi. Celem ustawy jest m.in. tworzenie i rozwój zróżnicowanych form opieki nad małymi dziećmi (żłobek, klub dziecięcy, dzienny opiekun, niania), poprawa standardów funkcjonowania placówek, umożliwienie rodzicom i opiekunom dzieci podjęcia aktywności zawodowej (m.in. szybszy powrót matek na rynek pracy) oraz promocja równości rodzinnej i zawodowej między kobietą i mężczyzną. Istotnym celem powyższej ustawy jest również wsparcie rodziców w procesie edukacji i wychowania dzieci.

Na mocy art. 62 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przygotowało „Resortowy program rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 "Maluch"". Przewiduje on dofinansowanie ze środków budżetu państwa – w drodze otwartego konkursu ofert – inicjatyw dotyczących tworzenia przez gminy różnych instytucji opieki nad małymi dziećmi (żłobek, klub dziecięcy i dzienny opiekun). Dodatkowo, zgodnie z art. 63 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 gminy mogą otrzymywać dotacje celowe z budżetu państwa na dofinansowanie zadań własnych z zakresu organizacji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3.

2.5.3. Pomoc społeczna

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

1) świadczenia z pomocy społecznej

Jeżeli dochód kobiet w ciąży nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego, które dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 477 zł, zaś dla osoby w rodzinie 351 zł, mogą one ubiegać się o przyznanie zasiłku okresowego, zasiłku celowego, w szczególności na zakup żywności, leków, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, wykonania drobnych remontów i napraw w mieszkaniu. Kobietom w ciąży , których dochód przekracza ustawowe kryterium dochodowe, może być przyznany:

a) specjalny zasiłek celowy w wysokości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodziny, który nie podlega zwrotowi;
b) zasiłek okresowy, zasiłek celowy lub pomoc rzeczowa pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku lub wydatków na pomoc rzeczową.

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 – 477 zł, a dochodem tej osoby, albo 50% różnicy między kryterium dochodowym rodziny (liczba osób w rodzinie pomnożona przez 351 zł), a dochodem tej rodziny.

2) instytucjonalne formy pomocy społecznej

Jedną z form instytucjonalnej pomocy kobietom w ciąży są domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Domy te od dnia 1 maja 2004 r. zyskały status ośrodków wsparcia, prowadzonych przez samorząd powiatowy. Na mocy ustawy o pomocy społecznej zostało wydane rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. *w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży* (Dz. U. Nr 43, poz. 418), które określa standardy podstawowych usług świadczonych przez te placówki. Przedmiotowe rozporządzenie gwarantuje nie tylko godne warunki bytowe, ale także dba o potrzeby psychiczne i duchowe kobiet w ciąży oraz matek z małoletnimi dziećmi. Schronienia w takim domu może szukać kobieta w ciąży, kobieta lub mężczyzna z małoletnimi dziećmi, który(a) doznał(a) przemocy lub znajduje 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 dotkniętych przemocą, w celu zapobiegania pogłębianiu się występujących dysfunkcji. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie 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) 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 m.in. 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, funkcjonujące w 2011 r. w ramach systemu pomocy społecznej, obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy opiekuńczo-wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych, a także terapię rodzinną oraz problemy związane z opieką nad osobą niepełnosprawną.

Rozpoznania potrzeb w zakresie poradnictwa rodzinnego dokonuje przede wszystkim pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej poprzez wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osób i rodzin. Gdy zajdzie taka potrzeba rodzinom oferuje się przede wszystkim pomoc pedagoga, psychologa, często prawnika. W niektórych ośrodkach pomocy społecznej funkcjonują zespoły konsultantów, które przejmują pieczę nad rodziną wskazaną przez pracownika socjalnego. Ponadto, poradnictwo prawne obejmuje także współpracę z pedagogami szkolnymi, kuratorami społecznymi, lokalnymi organizacjami pozarządowymi zajmującymi się działalnością na rzecz rodzin i dzieci.

2.5.4. System wspierania rodziny i pieczy zastępczej

W 2011 r. kwestie związane z umieszczeniem poza rodziną naturalną dziecka wymagającego szczególnej pomocy regulowały między innymi przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (w dniu 1 stycznia 2012 r. weszła w życie – regulująca m.in. to zagadnienie – *ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*).

Działania związane z umieszczeniem dziecka w pieczy zastępczej można uruchomić na podstawie postanowienia sądu opiekuńczego, który decyduje o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej (spokrewnionej lub niespokrewnionej z dzieckiem albo specjalistycznej) albo w placówce opiekuńczo-wychowawczej (interwencyjnej, socjalizacyjnej, wielofunkcyjnej lub rodzinnej).

Organem odpowiedzialnym za funkcjonowanie systemu opieki zastępczej na szczeblu lokalnym jest starosta (a bezpośrednio powiatowe centrum pomocy rodzinie). Odpowiada on za tworzenie i wdrażanie programów pomocy dziecku i rodzinie, organizowanie i prowadzenie placówek wsparcia dziennego o zasięgu ponadgminnym, organizowanie opieki w rodzinach zastępczych, zapewnienie wymagającym tego dzieciom z terenu powiatu opieki i wychowania w całodobowych placówkach opiekuńczo-wychowawczych, a także za finansowanie zadań z zakresu pieczy zastępczej.

W 2011 r. w ramach powiatu funkcjonował także ośrodek adopcyjno-opiekuńczy, będący m.in. specjalistyczną instytucją diagnostyczno-konsultacyjną i szkoleniową, także dla rodziców przygotowujących się do procedury adopcyjnej. Zajmował się on zwłaszcza pozyskiwaniem i kwalifikowaniem osób wyrażających gotowość zapewnienia dziecku zastępczego wychowania rodzinnego w formie: przysposobienia, rodziny zastępczej lub placówki rodzinnej, kwalifikowaniem dzieci do umieszczenia w rodzinnych środowiskach zastępczych, pomocą w regulowaniu sytuacji prawnej dzieci, poradnictwem i pomocą pedagogiczną dla rodziców przysposabiających, zastępczych i prowadzących placówki rodzinne, procedurami adopcyjnymi, pomocą dla rodzin w zakresie wychowania i opieki nad dziećmi.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*, od 1 stycznia 2012 r. ośrodki adopcyjne – jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej – prowadzone są przez marszałków województw.

Prowadzenie placówek wsparcia dziennego jest także zadaniem własnym gminy.

Ciąża małoletniej nie może stanowić powodu odmowy wydania skierowania i przyjęcia do placówki. Zatem całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze obejmują opieką i wychowaniem wszystkie dzieci do 18 roku życia, którym sąd wydał postanowienie o umieszczeniu w placówce opiekuńczo-wychowawczej, w tym małoletnie wychowanki w ciąży oraz małoletnie matki z dzieckiem.

Zdarza się również, że dziecko po urodzeniu jest pozostawiane w szpitalu. W takim przypadku właściwym do ponoszenia kosztów pobytu dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub rodzinie zastępczej jest powiat, na terenie którego znajduje się siedziba szpitala, w którym dziecko zostało pozostawione. Do rozpoczęcia procedury adopcyjnej konieczne jest wyrażenie zgody przez rodziców dziecka przysposabianego. Jednak, zgodnie z art. 119^2 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz. U. Nr 9, poz. 59, z późn. zm.), matka nie może wyrazić zgody na anonimowe przysposobienie dziecka przed upływem 6 tygodni od urodzenia. Prawidłowe przeprowadzenie procedur adopcyjnych

wymaga m.in. stworzenia dla wszystkich jej uczestników warunków sprzyjających zachowaniu tajemnicy adopcji oraz intymności tego procesu.

2.5.5. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Kobiety ciężarne i wychowujące dzieci, będące ofiarami przemocy w rodzinie, mogą korzystać z pomocy w ramach ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*. Przedmiotowa ustawa określa działania podejmowane przez organy administracji rządowej i samorządowej wobec różnych grup dotkniętych przemocą w rodzinie, do których należą: kobiety, mężczyźni, dzieci, osoby niepełnosprawne i osoby starsze. W oparciu o art. 10 powyższej ustawy, Rada Ministrów przyjęła, uchwałą Nr 162/2006 z dnia 25 września 2006 r., Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Celem tego Programu jest: zmniejszenie skali zjawiska przemocy w rodzinie, zwiększenie skuteczności ochrony ofiar przemocy w rodzinie i zwiększenie dostępności pomocy oraz zwiększenie skuteczności działań interwencyjnych i korekcyjnych wobec osób stosujących przemoc w rodzinie.

Ponadto, w dniu 18 października 2011 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. *w sprawie procedury „Niebieskie Karty" oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta"* (Dz. U. Nr 209, poz. 1245), wydane na podstawie art. 9d ust. 5 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, w którym określono tryb podejmowania interwencji w środowisku wobec rodziny dotkniętej przemocą.

2.6. Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

Zagadnienia związane z ochroną rodzicielstwa pracowników są zamieszczone w dziale ósmym *Kodeksu pracy*, zwany dalej: „k.p.", „Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem". Do wymienionych w tych przepisach uprawnień zalicza się:

1) urlop macierzyński

Pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze 20 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie, 31 tygodni w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie, 33 tygodni w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie, 35 tygodni w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie oraz 37 tygodni w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie (art. 180 k.p.). Po wykorzystaniu 14 tygodni urlopu macierzyńskiego, pracownica może

zrezygnować z pozostałej części urlopu na rzecz pracownika-ojca wychowującego dziecko.

2) dodatkowy urlop macierzyński

Od 1 stycznia 2010 r. – na mocy ustawy z dnia 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy Kodeks pracy oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 237, poz. 1654) – zarówno pracownicy, jak i pracownikowi-ojcu wychowującemu dziecko przysługuje prawo do dodatkowego urlopu macierzyńskiego (art. 182^1 i art. 182^2 k.p.). Jest to urlop o charakterze fakultatywnym, w odróżnieniu od obligatoryjnego urlopu macierzyńskiego, z którego można skorzystać bezpośrednio po urlopie macierzyńskim. Wymiar dodatkowego urlopu macierzyńskiego wynosi do 2 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie oraz do 3 tygodni - w przypadku urodzenia dwojga i więcej dzieci przy jednym porodzie (w latach w 2012 i 2013 r. będzie to okres do 4 tygodni - w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie oraz do 6 tygodni - w przypadku urodzenia dwojga i więcej dzieci przy jednym porodzie, zaś od 2014 r. wyniesie on do 6 tygodni - w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie oraz do 8 tygodni – w przypadku urodzenia dwojga i więcej dzieci przy jednym porodzie). Jednocześnie korzystanie z dodatkowego urlopu macierzyńskiego można łączyć z wykonywaniem pracy w wymiarze nie przekraczającym ½ etatu.

3) urlop ojcowski

Od 1 stycznia 2010 r. – na mocy ustawy z dnia 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy Kodeks pracy oraz zmianie niektórych innych ustaw – pracownik-ojciec wychowujący dziecko ma prawo skorzystać z urlopu ojcowskiego (art. 182^3 k.p.). Prawo do takiego urlopu przysługuje ojcu naturalnemu, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 12 miesiąca życia, zaś w przypadku ojca adopcyjnego okres 12 miesięcy jest liczony od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie, 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. Wymiar urlopu ojcowskiego w 2011 r. wynosi 1 tydzień (od 2012 r. – 2 tygodnie).

4) urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego

Urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego przysługuje pracownikowi, który przyjął dziecko na wychowanie i wystąpił do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub który przyjął dziecko na wychowanie jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej niespokrewnionej z dzieckiem (art. 183 k.p.). Wymiar tego urlopu wynosi 20 tygodni w przypadku przyjęcia

jednego dziecka, 31 tygodni w przypadku jednoczesnego przyjęcia dwojga dzieci, 33 tygodni w przypadku jednoczesnego przyjęcia trojga dzieci, 35 tygodni w przypadku jednoczesnego przyjęcia czworga dzieci oraz 37 tygodni w przypadku jednoczesnego przyjęcia pięciorga i więcej dzieci – 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.

5) dodatkowy urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego

Z takiego urlopu pracownik może skorzystać bezpośrednio po zakończeniu urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego. Wymiar dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego wynosi do 2 tygodni – w przypadku przyjęcia jednego dziecka oraz do 3 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia dwojga i więcej dzieci (w latach 2012 i 2013 r. będzie to okres do 4 tygodni – w przypadku przyjęcia jednego dziecka oraz do 6 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia dwojga i więcej dzieci; zaś od 2014 r. wyniesie on do 6 tygodni – w przypadku przyjęcia jednego dziecka oraz do 8 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia dwojga i więcej dzieci). Korzystanie z takiego urlopu można łączyć z wykonywaniem pracy w wymiarze nie przekraczającym ½ etatu.

6) urlop związany z martwym urodzeniem

Zgodnie z art. 180^1 k.p. w razie urodzenia martwego dziecka lub zgonu dziecka przed upływem 8. tygodnia życia, pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze 8 tygodni
po porodzie, nie krócej jednak niż przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka.

7) urlop wychowawczy

Urlop wychowawczy przysługuje w wymiarze do lat 3 nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 4 roku życia. Aby skorzystać z urlopu wychowawczego pracownik musi posiadać co najmniej 6 miesięczny okres zatrudnienia (art. 186 k.p.).

8) ochrona stosunku pracy

Zasadniczo, poza pewnymi wyjątkami, pracodawca nie może wypowiedzieć ani rozwiązać umowy o pracę w okresie ciąży, a także w okresie urlopu macierzyńskiego i wychowawczego (art. 177 i art. 186^1 k.p.). Ochrona ta istnieje odpowiednio również podczas dodatkowego urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego (art. 182^1 § 6, art. 182^3 § 3, art. 183 § 1 i § 4 k.p.).

9) inne uprawnienia związane z rodzicielstwem

a) kobiet w ciąży nie wolno zatrudniać przy pracach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia (art. 176 k.p.),

b) pracownicy w ciąży nie wolno zatrudniać w godzinach nadliczbowych ani w porze nocnej, delegować poza stałe miejsce pracy ani zatrudniać w systemie przerywanego czasu pracy (art. 178§ 1 k.p.),

c) 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 k.p.),

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

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

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

g) pracownik ma prawo być dopuszczonym po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu wychowawczego, urlopu ojcowskiego do pracy na dotychczasowym stanowisku, a jeżeli nie jest to możliwe, na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu (art. 183^2, art. 186^4, art. 182^3 § 3 k.p.).

2.7. Zabiegi przerywania ciąży

Zgodnie z art. 4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy:

1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;

2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej

jego życiu;

3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

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

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

Ponadto ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* 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 Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.).

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. *w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu* (Dz. U. Nr 9, poz. 49), określono, iż przerwania ciąży może dokonać lekarz posiadający specjalizację pierwszego stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii. Ponadto wystąpienie okoliczności wskazujących, że ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety

ciężarnej, stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej.

ROZDZIAŁ III Działania podjęte w celu realizacji ustawy

3.1. Kształcenie i wychowanie młodzieży oraz doskonalenie nauczycieli

3.1.1. Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych Wychowanie do życia w rodzinie

Według danych Systemu Informacji Oświatowej (SIO) procent uczniów uczęszczających na zajęcia edukacyjne *Wychowania do życia w rodzinie* w pierwszym semestrze roku szkolnego 2011/2012 wahał się od 36 % w liceach ogólnokształcących do 71 % w szkołach podstawowych i 74 % w gimnazjach. Jest jednak możliwe, że uczniowie nieujęci w tej statystyce będą mieli zajęcia w drugim semestrze. (Tabela 4).

Jak wynika z najnowszej statystyki (dane SIO według stanu na 30 września 2011 roku) *Wychowanie do życia w rodzinie* było realizowane w 80% polskich szkół. Było w nich zatrudnionych 14 578 nauczycieli uczących tego przedmiotu, z czego 10 856 posiadało kwalifikacje do jego nauczania.

Tabela nr 4 Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych *Wychowanie do życia w rodzinie*
(dane SIO na rok szkolny 2010/2011 – stan na dzień 30 września 2011 r.)

Typ szkoły	Liczba uczniów uczęszczających na zajęcia	Liczba uczniów ogółem	% uczniów uczęszczających na zajęcia
Szkoła podstawowa	**518 161**	**731 577**	**70,83%**
Gimnazjum	**898 354**	**1 204 669**	**74,57%**
Zasadnicza szkoła zawodowa	**98 824**	**210 896**	**46,86%**
Liceum ogólnokształcące	**217 061**	**605 523**	**35,85%**
Liceum profilowane	**12 344**	**26 566**	**46,47%**
Technikum	**202 982**	**402 869**	**50,38%**

Na przełomie maja i czerwca 2011 r. w ramach projektu *Monitorowanie wdrażania nowej podstawy programowej* realizowanego przez Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE) – jednostkę podległą Ministerstwu Edukacji Narodowej, objęto badaniem wybrane placówki szkolne, w tym 635 gimnazjów. Pytania skierowane do nauczycieli poszczególnych przedmiotów nauczanych w gimnazjum dotyczyły sposobu zapoznawania się nauczycieli z podstawą programową oraz realizacji przez badane szkoły zadań określonych w podstawie

programowej. W przypadku nauczycieli Wychowania do życia w rodzinie pytania dotyczyły organizacji tych zajęć. Z przygotowanej przez ORE *Informacji o wynikach wdrażania podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w roku szkolnym 2010/2011* wynika, że w badanych gimnazjach na 635 klas I i 635 klas II lekcje wychowania do życia w rodzinie nie zostały zaplanowane w 56 klasach II – co stanowi 8,81% i 67 klasach I – co stanowi 10,55%. W klasach, w których zorganizowano zajęcia wychowania do życia w rodzinie, 452 rodziców (tj. 0,99%) złożyło w imieniu swych dzieci rezygnację z udziału w tych zajęciach w klasie I, a 673 rodziców (tj. 1,48%) w klasie II.

3.1.2. Dokształcanie i doskonalenie nauczycieli

W 2011 r. w 15 miastach przeprowadzono studia podyplomowe oraz kursy dla nauczycieli poświecone wychowaniu do życia w rodzinie (tabela nr 5).

Tabela nr 5 Wykaz studiów podyplomowych i kursów dla nauczycieli *Wychowanie do życia w rodzinie* organizowanych w roku szkolnym 2011
(dane na podstawie informacji z Internetowego Systemu Edukacyjnego (ISE), który jest dostępny na stronie ORE, link: http://www.ise.ore.edu.pl/ise/index.jsp)

Lp.	Miejscowość	Uczelnia	Przedmiot kształcenia	Stopień kształcenia
1.	TORUŃ	UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA	wychowanie do życia w rodzinie	studia podyplomowe - doskonalące
2.	POZNAŃ	UNIWERSYTET IM. ADAMA MICKIEWICZA	wychowanie do życia w rodzinie	studia podyplomowe - dodatkowa specjalność
3.	SZCZECIN	UNIWERSYTET SZCZECIŃSKI	wychowanie do życia w rodzinie	studia podyplomowe - dodatkowa specjalność
4.	BIAŁYSTOK	UNIWERSYTET W BIAŁYMSTOKU	wychowanie do życia w rodzinie	studia podyplomowe - dodatkowa specjalność
5.	Warszawa	SZKOŁA WYŻSZA PRZYMIERZA RODZIN W WARSZAWIE	wychowanie do życia w rodzinie	studia podyplomowe - dodatkowa specjalność
6.	SZCZECIN	UNIWERSYTET SZCZECIŃSKI	wychowanie do życia w rodzinie	studia podyplomowe - dodatkowa specjalność
7.	WŁOCŁAWEK	WYŻSZA SZKOŁA HUMANISTYCZNO-EKONOMICZNA	wychowanie do życia w rodzinie	studia podyplomowe - dodatkowa specjalność
8.	PŁOCK	PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA W PŁOCKU	wychowanie do życia w rodzinie	studia podyplomowe - dodatkowa specjalność
9.	SZCZECIN	SZCZECIŃSKA	wychowanie do życia	studia podyplomowe -

		SZKOŁA WYŻSZA COLLEGIUM BALTICUM	w rodzinie	dodatkowa specjalność
10.	LESZNO	WYŻSZA SZKOŁA HUMANISTYCZNA IM.KRÓLA STANISŁAWA LESZCZYŃSKIEGO	wychowanie do życia w rodzinie	studia podyplomowe - dodatkowa specjalność
11.	TORUŃ	UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA	wychowanie do życia w rodzinie	studia licencjackie
12.	WROCŁAW	UNIWERSYTET WROCŁAWSKI	wychowanie do życia w rodzinie	studia podyplomowe - dodatkowa specjalność
13.	GORZÓW WIELKOPOLSKI	WOJEWÓDZKI OŚRODEK METODYCZNY	wychowanie do życia w rodzinie	warsztaty
14.	SIERADZ	WOJEWÓDZKI OŚRODEK DOSKONALENIA NAUCZYCIELI	wychowanie do życia w rodzinie	kurs kwalifikacyjny
15.	KIELCE	ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM DOSKONALENIA NAUCZYCIELI	wychowanie do życia w rodzinie	kurs kwalifikacyjny

3.2. Dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji

W Rzeczypospolitej Polskiej zarejestrowane są obecnie i dostępne nowoczesne 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 oraz używane w celu świadomej prokreacji.

W sprawozdawanym okresie nie były przeprowadzane badania, które oceniałyby dostępność do metod i środków służących świadomej prokreacji. W roku 2003 Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało rekomendacje w sprawie antykoncepcji, zgodnie z ich treścią w Rzeczypospolitej Polskiej dostępne są następujące sposoby regulacji płodności:

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

Do oceny metod antykoncepcji stosuje się następujące kryteria medyczne:

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

Jak wynika z informacji zawartych w publikacji „Zdrowie reprodukcyjne w Polsce – stan obecny i perspektywy rozwoju"*, w ciągu ostatnich 20 lat znacznie zwiększył się wybór oraz dostęp do nowoczesnych metod zapobiegania ciąży. Wprowadzono niskodawkowe, doustne środki antykoncepcyjne oraz opracowano nowe progestageny. Wdrożono również nowoczesne rodzaje terapii, tj. implanty progestagenne, domaciczne wkładki zawierające gestageny oraz pierwsze transdermalne systemy antykoncepcyjne z wykorzystaniem estro-progesta-genów.

Badania nad oczekiwaniami kobiet w odniesieniu do antykoncepcji wykazują, że pierwszoplanowe uwarunkowania w wyborze metody to skuteczność, brak niepożądanych objawów ubocznych, odwracalność, akceptacja oraz inne korzyści wynikające z jej stosowania.

U nastolatek i młodych kobiet, wobec braku stałych partnerów oraz częstego podejmowania stosunków płciowych pod wpływem emocji, głównym problemem (oprócz niepożądanej ciąży) jest ryzyko chorób przenoszonych drogą płciową. Stąd też metody barierowe (prezerwatywy, krążki dopochwowe), cieszą się w tej grupie największym uznaniem.

W przypadku kobiet w okresie prokreacyjnym na pierwszym miejscu zwraca się uwagę na dużą skuteczność, odwracalność antykoncepcji i akceptację.

Kobiety po okresie rozrodczym, również zwracają uwagę na skuteczność, ale w następnej kolejności na bezpieczeństwo oraz inne dodatkowe korzyści wynikające z antykoncepcji. Akceptacja i odwracalność mają tu mniejsze znaczenie.

* Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.). Zdrowie reprodukcyjne w Polsce – stan obecny i perspektywy rozwoju, pod redakcją Krzysztofa Tomasza Niemca i Beaty Balińskiej, I Kongres Demograficzny w Polsce

Kolejną grupę stanowią kobiety w okresie przed menopauzą. W związku z naturalnym ograniczeniem płodności korzystają one z mniej efektywnych metod antykoncepcyjnych o dużym stopniu akceptacji.

Co do zasady, dostępne w Rzeczypospolitej Polskiej leki antykoncepcyjne nie są finansowane ze środków publicznych. Należy jednak zaznaczyć, że w 2011 r. w wykazach leków refundowanych (w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2011 r. *w sprawie limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanym świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściowa odpłatnością*, Dz. U. z 2011 r. Nr 241, poz. 1441), znalazły się następujące preparaty lecznicze, które mają również działanie antykoncepcyjne:

- Microgynon 21,
- Rigevidon,
- Stediril 30.

Produkty te znalazły się na listach refundacyjnych ze względu na zastosowanie w leczeniu czynnościowych zaburzeń miesiączkowania i bolesnym miesiączkowaniu. Preparaty są dostępne za odpłatnością 30% limitu ceny plus dopłata powyżej limitu w sytuacjach, w których wskazaniem do ich stosowania jest leczenie zaburzeń miesiączkowania a nie działanie antykoncepcyjne.

Ceny najpopularniejszych środków antykoncepcyjnych wynoszą:

- prezerwatywa – od 3 do 10 zł za opakowanie zawierające przeciętnie 3 sztuki,
- wkładka wewnątrzmaciczna – od 70 do 120 zł przy okresie użytkowania od 3 do 5 lat,
- tabletki hormonalne – od 14 do 46 zł kuracja miesięczna.

3.3. Działania podejmowane w opiece medycznej nad płodem i kobietą w ciąży

3.3.1. Umowy zawarte przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu odbywa się w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.* Kwestie dotyczące świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa, postępowania

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

Tabela nr 6 Wartość środków wydatkowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń położnictwo i ginekologia realizowanych u kobiet w ciąży w 2011 r. według województw

kod oddziału wojewódzkiego NFZ	nazwa oddziału wojewódzkiego NFZ	Wartość zrealizowanych świadczeń - 2011 rok
1	DOLNOŚLĄSKI	73 933 272 zł
2	KUJAWSKO-POMORSKI	59 362 980 zł
3	LUBELSKI	64 976 924 zł
4	LUBUSKI	27 066 312 zł
5	ŁÓDZKI	79 380 684 zł
6	MAŁOPOLSKI	89 560 553 zł
7	MAZOWIECKI	150 673 992 zł
8	OPOLSKI	24 600 156 zł
9	PODKARPACKI	55 001 562 zł
10	PODLASKI	28 629 054 zł
11	POMORSKI	57 310 638 zł
12	ŚLĄSKI	105 162 306 zł
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	33 939 633 zł
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	40 108 404 zł
15	WIELKOPOLSKI	108 858 697 zł
16	ZACHODNIOPOMORSKI	39 201 609 zł
Suma		**1 037 766 776 zł**

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Zgodnie z danymi zawartymi powyższej tabeli wartość środków wydatkowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń położnictwo i ginekologia realizowanych u kobiet w ciąży wyniosła 1 037 766 766 zł – dla porównania w 2009 r. było to 1 076 208 521 zł, a w 2010 r. 1 075 174 784 zł. Spadek wartości wydatkowanych środków wiąże się ze spadająca liczbą urodzeń. W 2011 r. liczba porodów wyniosła 379 827.

Tabela 7 Liczba porodów w poszczególnych grupach w 2011 r. według województw

kod oddziału wojewódzkiego NFZ	nazwa oddziału wojewódzkiego NFZ	N 01 Poród	N 02 Poród mnogi lub przedwczesny	N 03 Patologia ciąży lub płodu z porodem >5 dni	N 09 Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe >10 dni	N 11 Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe >10 dni z PW	Suma
1	DOLNOŚLĄSKI	22 242	497	3 699	565	8	27 011
2	KUJAWSKO-POMORSKI	17 855	659	1 146	572	2	20 234
3	LUBELSKI	15 000	310	3 805	638	2	19 755
4	LUBUSKI	8 894	131	711	193	2	9 931
5	ŁÓDZKI	17 219	886	4 198	696	2	23 001
6	MAŁOPOLSKI	29 680	811	4 390	397	2	35 280
7	MAZOWIECKI	48 074	1 214	7 113	858	41	57 300
8	OPOLSKI	6 754	200	1 354	143	1	8 452
9	PODKARPACKI	17 966	430	2 055	148	2	20 601
10	PODLASKI	9 495	374	1 050	126	2	11 047
11	POMORSKI	20 608	604	2 295	414	0	23 921
12	ŚLĄSKI	39 890	718	3 645	396	8	44 657
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	7 694	234	2 429	240	2	10 599
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	12 878	174	1 007	417	1	14 447
15	WIELKOPOLSKI	31 707	795	4 770	579	44	37 895
16	ZACHODNIOPOMORSKI	14 858	371	258	157	22	15 666
Suma		320 814	8 408	43 925	6 539	141	379 827

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela nr 8 Liczba porodów, które zakończyły się cięciem cesarskim w 2011 r. według województw

kod oddziału wojewódzkiego NFZ	nazwa oddziału wojewódzkiego NFZ	Liczba cięć cesarskich
1	DOLNOŚLĄSKI	10 492
2	KUJAWSKO-POMORSKI	5 607
3	LUBELSKI	7 354
4	LUBUSKI	3 479
5	ŁÓDZKI	9 328
6	MAŁOPOLSKI	12 524
7	MAZOWIECKI	19 163
8	OPOLSKI	2 963
9	PODKARPACKI	9 057
10	PODLASKI	4 572
11	POMORSKI	6 577
12	ŚLĄSKI	16 204

13	ŚWIĘTOKRZYSKI	4 164
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	5 164
15	WIELKOPOLSKI	11 952
16	ZACHODNIOPOMORSKI	6 311
Suma		**135 320**

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

W 2011 r. na 379 827 porodów wykonano 135 320 cięć cesarskich, co stanowi około 36 %, a więc ponad 1/3 dzieci urodzonych w 2011 r. przyszła na świat drogą operacji cięcia cesarskiego. Dla porównania w 2009 r. 130 583 porody zakończyły się cięciem cesarskim, a w 2010 r. 134 780 porodów. Warto zwrócić uwagę, że wskaźnik dzieci urodzonych w drodze operacji cięcia cesarskiego stale rośnie – w 2004 r. wyniósł około 26 %. Według danych uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia najwyższą liczbę cięć cesarskich odnotowano w województwach: mazowieckim, śląskim i małopolskim, a najmniejszą w województwach: opolskim, lubuskim i świętokrzyskim.

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

W 2011 r. z budżetu Ministra Zdrowia były finansowane następujące programy polityki zdrowotnej państwa, mające istotne znaczenie dla poprawy zdrowia kobiet i noworodków:

1) Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2009-2013.

Program zakłada wprowadzenie nowych metod terapii wewnątrzmacicznej płodu z wykorzystaniem najnowocześniejszej aparatury badawczej.

Zastosowanie diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej umożliwia ograniczenie liczby powikłań i następstw wad rozwojowych i chorób płodu. Dokonywanie korekcji wewnątrzmacicznej i zmniejszenie destrukcyjnych następstw danej wady i choroby płodu przyczynia się do poprawy wewnątrzmacicznego stanu płodu, wydłużenia czasu trwania ciąży oraz rodzenia się noworodków w lepszym stanie ogólnym.

Celem programu jest wypracowywanie nowych procedur terapii wewnątrzmacicznych dla potrzeb stwierdzanych patologii płodu, z możliwością wykorzystania aparatury

badawczej, pozwalającej na prowadzenie zabiegów terapeutycznych w niektórych patologiach.

Realizatorem wyłonionym na całą edycję programu tj. na lata 2009-2013 jest Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Główne zadania realizatora programu:

a) zabiegi wewnątrzmaciczne na płodzie,
b) badania USG kwalifikujące do zabiegu,
c) badania ECHO płodu,
d) zakup materiałów medycznych,
e) opracowanie nowych sposobów terapii patologii płodu i modyfikacja techniki zabiegów wewnątrzmacicznych,
f) obsługa bazy danych,
g) zakup aparatury medycznej.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programu w 2011 r. – 1.412 tys. zł.

W ramach realizacji programu w 2011 r. wykonano:

a) 135 zabiegów wewnątrzmacicznych na płodzie (w tym 7 wykonanych przez zespół realizatora programu w Poznaniu i w Rudzie Śląskiej),
b) 120 badań USG kwalifikujących do zabiegu,
c) 146 badań ECHO płodu.

Na rok 2012 przyznane zostały środki finansowe w wysokości 1.390.000 zł.

2) Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Rzeczypospolitej Polskiej na lata 2010– 2011 – w zakresie zadań za 2011 r.

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

Przedmiotem finansowania przez Ministerstwo Zdrowia był zakup leków antyretrowirusowych i testów. Dzieci poza lekami antyretrowirusowymi otrzymują bezpłatnie szczepionki według specjalnego kalendarza szczepień opracowanego przez Klinikę Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Kalendarz

szczepień dla dzieci HIV(+) jest stale modyfikowany, zgodnie z postępami wiedzy medycznej.

Główne zadania programu:

a) zakup leków antyretrowirusowych, testów diagnostycznych, szczepionek,
b) prowadzenie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup leków i testów diagnostycznych,
c) dystrybucja leków antyretrowirusowych (ARV) między ośrodkami,
d) usługi informatyczne w zakresie utrzymania elektronicznej bazy danych monitorującej program leczenia antyretrowirusowego.

Z informacji uzyskanych od Krajowego Centrum ds. AIDS wynika, iż na dzień 31 grudnia 2011 r. objęto leczeniem ARV 5606 pacjentów, w tym 130 dzieci (do 18 roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS oraz 1435 kobiet.

Wysokość środków finansowych wykorzystanych na realizację programu w 2011 r. – 214.276.600,52 zł.

3) Program eliminacji niedoboru jodu w Polsce na lata 2009-2011.

Celem programu było zmniejszenie ryzyka zachorowalności z powodu niedoboru jodu poprzez zastosowanie w Rzeczypospolitej Polskiej modelu profilaktyki jodowej oraz dostosowanie jej parametrów do zmieniających się warunków środowiska, zabezpieczenie kobiety ciężarnej i karmiącej w rekomendowaną dawkę jodu przy jednoczesnym ograniczeniu spożycia soli i dalsza kontrola efektywności profilaktyki jodowej.

Realizatorem programu był Szpital Uniwersytecki w Krakowie.

Główne zadania realizatora programu:

a) szkolenia i populacyjne akcje promocyjne dotyczące profilaktyki jodowej, opracowanie spotu telewizyjnego na temat ograniczenia spożycia soli i metod uzupełniania podaży jodu,
b) analiza poziomu tyretropiny (TSH) u noworodków, ocena profilaktyki jodowej u kobiet w ciąży, ocena częstości wola i poziomu jodurii u kobiet w ciąży,
c) kontrola stanu endemii u dzieci szkolnych oraz w populacji dorosłych,
d) ocena jakości jodowania soli kuchennej, ocena indukowanej jodem nadczynności tarczycy i zapadalności na zróżnicowanego raka tarczycy,
e) analiza efektywności polskiego modelu profilaktyki jodowej.

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

Zgodnie z kompetencjami Krajowe Centrum ds. AIDS realizuje zadania z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS.

Działania Centrum mają na celu ograniczanie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV, poprawę jakości życia w sferze psychospołecznej osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich poprzez:

a) profilaktykę zakażeń HIV i zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS,
b) poprawę jakości życia w sferze psychospołecznej osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich,
c) zapewnienie szerokiego dostępu do diagnostyki oraz leczenia ARV,
d) poprawę jakości i dostępu do diagnostyki i opieki medycznej nad ludźmi żyjącymi z HIV/AIDS oraz osobami narażonymi na zakażenie HIV,
e) ograniczenie zakażeń HIV wśród dzieci.

Podstawą prawną ww. działań jest m. in. *rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS* (Dz. U. Nr 44, poz. 227).

Zadania były realizowane zgodnie z *„Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowanym na lata 2007-2011".*

Zadania, które były realizowane między innymi przez Krajowe Centrum ds. AIDS w 2011 r.:

1) strona internetowa

Krajowe Centrum ds. AIDS w trosce o rzetelną i łatwo dostępną wiedzę z zakresu HIV/AIDS prowadzi działalność profilaktyczną również przez Internet. W portalu www.aids.gov.pl są zamieszczone materiały dotyczące HIV/AIDS.

2) Internetowa Poradnia HIV/AIDS

Działalność informacyjno-edukacyjna jest także realizowana przez *Internetową Poradnię HIV/AIDS*. Wejście na stronę Poradni możliwe jest bezpośrednio ze strony Centrum www.aids.gov.pl. Klientami Poradni są osoby mające potrzebę uzyskania różnych informacji na temat ryzyka zakażenia HIV.

3) Telefon informacyjny

W Krajowym Centrum ds. AIDS działa również *Telefon informacyjny* (022 331 77 66) – czynny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Centrum. Funkcjonowanie telefonu informacyjnego ułatwia szybkie uzyskanie informacji z zakresu HIV/AIDS.

4) Telefon Zaufania

Program „Telefon Zaufania AIDS" jest profilaktycznym programem adresowanym do ogółu społeczeństwa. Liczba rozmów przeprowadzonych w 2011 r. w ramach programu „Telefon Zaufania AIDS" wyniosła 11 455.

5) Mobilny Informator o HIV/AIDS (www.mia.aids.gov.pl)

Aplikacja dla telefonu komórkowego zawiera podstawowe informacje na temat, m.in.: dróg zakażenia HIV, zachowań ryzykownych, zmniejszania ryzyka zakażenia i testowania w kierunku HIV. Aplikacja pozwala szybko i dyskretnie uzyskać rzetelną informację.

6) Kampania „Zrób test na HIV"

W 2011 roku Krajowe Centrum ds. AIDS rozpoczęło realizację kampanii „Zrób test na HIV". Kampania ta była kontynuacją dotychczasowych działań, wzmocnieniem kampanii realizowanej w 2010 roku „Wiedza ratuje życie".

Kampania koncentrowała się na promowaniu wykonywania w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) testów, które były anonimowe, bezpłatne oraz połączone z poradnictwem około testowym. W materiałach informacyjnych rozdawanych podczas kampanii podkreślano, że HIV może dotyczyć każdego, dlatego warto rozmawiać z partnerem o ewentualnym ryzyku oraz wspólnie wykonać badania. Odbiorcami prowadzonych działań były osoby dorosłe, aktywne seksualnie, odpowiedzialne za zdrowie własne oraz partnera.

Przedmiotowa kampania obecna była w prasie, telewizji, radiu oraz w Internecie.

Przekaz kampanii wzmocniony był poprzez rozpowszechnienie 40 000 ulotek, 10 000 kalendarzy oraz 34 000 pakietów edukacyjnych z prezerwatywą.

7) Dystrybucja publikacji

- *Ulotka dla kobiet HIV+ pragnących mieć dziecko* – broszura zawiera informacje i porady dotyczące planowania macierzyństwa dla kobiet zakażonych HIV i ich najbliższych,

- *Jak zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV w praktyce pielęgniarskiej - poradnik dla pielęgniarek i położnych* – publikacja ta służy uzupełnieniu wiedzy oraz poszerzeniu warsztatu zawodowego pielęgniarek i położnych, które pełnią ważną rolę w profilaktyce HIV i AIDS,
- *Kobieta, sex, zdrowie* – ulotka jest skierowana do kobiet zarówno tych, które nie rozpoczęły jeszcze życia seksualnego jak i tych, które są aktywne seksualnie oraz tych, które planują macierzyństwo bądź są w ciąży.

8) Szkolenia dla pracowników medycznych, w tym między innymi: lekarzy, pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych, pracowników pomocy społecznej i instruktorów itp.

Tematem szkoleń były: epidemiologia, polityka państwa w zakresie walki z epidemią HIV/AIDS, współpraca międzynarodowa, aspekty medyczne, profilaktyka i punkty diagnostyczne, aspekty psychospołeczne, seksuologia, zagadnienia etyczno-prawne, narkotyki, spotkanie z osobą żyjącą z HIV.

9) Szkolenie dla doradców Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych

Szkolenie miało na celu przygotowanie kadry doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w punktach anonimowego i bezpłatnego testowania. Uczestnicy, którzy pozytywnie zdali egzamin, otrzymali certyfikat doradcy uprawniający do prowadzenia poradnictwa w zakresie HIV/AIDS.

10) Portal internetowy http://www.hiv-aids.edu.pl

W ramach rozwoju bazy szkoleniowo-edukacyjnej Krajowe Centrum ds. AIDS stworzyło platformę edukacyjną. Jest to innowacyjny model szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie HIV/AIDS.

Portal edukacyjny skierowany jest głównie do lekarzy ginekologów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz studentów medycyny zainteresowanych poszerzeniem wiedzy dotyczącej problematyki HIV/AIDS. Ponadto portal został rozbudowany o kurs skierowany dla pielęgniarek i położnych pt. „Problematyka HIV/AIDS w praktyce pielęgniarskiej".

11) Utworzenie elektronicznej wersji podręcznika „Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową. Edukacja młodzieży szkolnej"

Na podstawie istniejącego podręcznika „Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową" został stworzony interaktywny podręcznik.

Poradnik przeznaczony jest dla osób zamierzających opracowywać program edukacyjny dla młodzieży szkolnej dotyczący zapobiegania HIV i innym chorobom przenoszonym drogą płciową. Publikacja składa się z trzech części:

- część I: „Poradnik dla twórców programu edukacyjnego",
- część II: „Poradnik dla nauczycieli,
- część III: „Ćwiczenia".

12) Broszura on-line

Broszura on-line to serwis internetowy, który ma na celu dotarcie z materiałami edukacyjnymi Krajowego Centrum ds. AIDS bezpośrednio do lekarzy, którzy następnie przekażą je swoim pacjentom.

Lekarz rejestruje się na stronie www.broszura–ids.pl i zamawia materiały, których potrzebuje. Po otrzymaniu informacji o zamówieniu, zespół obsługujący serwis, przygotowuje zamówione materiały i w przeciągu 1 dnia roboczego przesyłka jest wysyłana pocztą do zamawiającego.

13) Punkty konsultacyjno-diagnostyczne (PKD)

W 2011 r. funkcjonowało 30 punktów konsultacyjno–diagnostycznych (PKD) wykonujących anonimowo i bezpłatnie badanie w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. Sieć punktów anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku zakażenia HIV tworzona od kilku lat obejmuje obecnie wszystkie województwa.

Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzone jest poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane są porady w zakresie bezpieczniejszych zachowań seksualnych i inne wynikające z sytuacji pacjenta. Dzięki poradnictwu możliwe jest uzyskanie niezbędnych informacji dotyczących statusu serologicznego, a także adresów instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Informacje gromadzone w punktach anonimowego testowania pozwalają uzyskać niezbędne dane statystyczne i epidemiologiczne, dotyczące m.in. dróg zakażenia oraz trendów ryzykownych zachowań. Pozwala to na podejmowanie działań profilaktycznych i właściwą alokację środków na tę działalność.

Każdy test jest poprzedzany rozmową z doradcą. Podczas rozmowy szacuje się ryzyko zakażenia HIV w odniesieniu do indywidualnych zachowań klienta. Jeżeli wynik testu okazuje się ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłości nie

zakazić się wirusem. Natomiast jeśli wynik jest dodatni, doradca rozmawia o możliwościach leczenia i pomocy.

14) Profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych matka – dziecko

Poznanie czynników ryzyka przeniesienia zakażenia HIV od matki do dziecka pozwoliło na opracowanie programów profilaktyki wertykalnych zakażeń HIV. Ryzyko transmisji wertykalnej HIV (w grupie kobiet niepoddających się profilaktyce) na terenie Europy wynosi 15–30%. Jest większe w przypadku matek z wysoką wiremią, podczas porodu siłami natury, u dzieci karmionych piersią i kobiet, które nie były pod specjalistyczną opieką podczas ciąży i porodu oraz nie otrzymywały profilaktycznie leków antyretrowirusowych. Do ok. 70% zakażeń wertykalnych HIV dochodzi podczas porodu.

W 2011 r. leczeniem ARV zostało objętych 45 kobiet ciężarnych zakażonych HIV (miały miejsce 34 porody kobiet zakażonych HIV). Leki antyretrowirusowe otrzymały 34 noworodki. U kobiet, które były leczone antyretrowirusowo przed zajściem w ciążę, leczenie to jest kontynuowane, z ewentualnymi zmianami na mniej toksyczne dla dziecka. Dzięki zastosowaniu profilaktyki antyretrowirusowej, odsetek zakażeń HIV w grupie noworodków zmniejszył się z 23% przed rokiem 1989 do < 1,0 % zakażeń (według prof. dr hab. med. Tomasza Niemca).

3.3.4. Działania podejmowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w kontekście zdrowia kobiet w ciąży oraz matek z dziećmi

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) podjęła w 2011 r. następujące działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w kontekście zdrowia kobiet w ciąży i matek z dziećmi.

1) W celu prowadzenia działań profilaktyczno-edukacyjnych i upowszechniania wiedzy kobiet w ciąży o **Płodowym Zespole Alkoholowym** zakupiono w Wydawnictwie Edukacyjnym PARPAMEDIA plakaty „Ciąża bez alkoholu" oraz wykorzystano opracowany przez PARPAMEDIA program profilaktyczno-edukacyjny „Biorę odpowiedzialność".
2) We współpracy z Mazowieckim Urzędem Wojewódzkim zorganizowano szkolenia dla pracowników służby zdrowia, pomocy społecznej i oświaty w zakresie profilaktyki picia alkoholu przez kobiety w ciąży i pracy z dziećmi z **Alkoholowym Zespołem Płodowym** (FAS). W szkoleniu obejmującym sześć godzin zajęć dydaktycznych,

zrealizowanym 6 września 2011 r. uczestniczyło 69 osób. PARPA pokryła koszt zajęć dydaktycznych i materiałów edukacyjnych dla uczestników.

3) Przygotowywano materiały do zamieszczania na stronie www.parpa.pl o tematyce FAS. Są to m.in. tłumaczenia artykułów przesyłanych do PARPA w języku angielskim przez National Organization on Fetal Alcohol Syndrome (organizację *non profit* propagującą wiedzę z zakresu FAS).

4) Badania dotyczące FAS

   a. W dniu 25 lutego 2011 r. odbyło się w siedzibie Agencji spotkanie osób zaangażowanych w prowadzenie różnorodnych projektów badawczych w obszarze związanym ze szkodami wynikającymi ze spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. Podczas spotkania zaprezentowano, na jakich etapach znajdują się prowadzone obecnie badania. Rozważano także możliwość uruchomienia nowych projektów badawczych.

   b. W ramach polsko-amerykańskiej współpracy badawczej z National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) otrzymano komputer z baterią testów diagnostycznych dotyczących FASD. Sprzęt ten ma być wykorzystywany podczas polskiej edycji badań.

   c. 1 kwietnia 2011 r. odbyło się spotkanie osób zaangażowanych w badania w zakresie FASD z przedstawicielami NIAAA, którzy zaprezentowali swój dorobek naukowy z obszarze FASD. Omawiano możliwe obszary i zasady współpracy naukowo-badawczej. Naukowcy z NIAAA zaprezentowali także baterię testów diagnostycznych opracowaną i wykorzystywaną w USA do diagnozy FASD.

   d. Kolejnym etapem prac nad zakresem projektu badawczego było spotkanie w dniu 30 maja 2011 r.. Oprócz ekspertów FASD uczestniczył w nim prof. Jan Ober wraz z zespołem z Pracowni Badań Czynności Okoruchowych w Instytucie Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN z Poznania. Omawiano możliwość wykorzystania sakadometrii – badania szybkości reakcji mózgu
   w diagnozowaniu obszarów uszkodzeń u dzieci z FASD.

   e. Przygotowano film prezentujący wyniki badań prowadzonych w Polsce pod kierunkiem prof. A. Urbanika z Collegium Medicum UJ z Krakowa. Badania dotyczą diagnozy grupy 120 dzieci, których matki piły alkohol w czasie ciąży. Przy wykorzystaniu rezonansu magnetycznego (MRI) oraz protonowego

spektroskopu (HMRS) badane są obszary uszkodzeń w mózgu u dzieci wywołane prenatalną ekspozycją na alkohol. Film nagrano w wersji anglojęzycznej z przeznaczeniem jego prezentacji na międzynarodowych konferencjach. Film był po raz pierwszy prezentowany na konferencji w Brukseli we wrześniu 2011 r. zorganizowanej w Parlamencie Europejskim w związku ze Światowym Dniem FAS. Konferencja współorganizowana była przez PARPA, MEP i Eurocare w ramach polskiej prezydencji. W konferencji uczestniczyło 120 osób.

f. Przedstawiciele PARPA uczestniczyli w konferencji organizowanej przez WHO w Mińsku na Białorusi, dotyczącej współpracy przy realizacji projektu badawczego w obszarze FASD (International Collaborative Research Project on Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Meeting of principal investigators from the countries of Eastern and Central Europe). Polska zgłosiła swój akces w powyższych badaniach, których celem jest oszacowanie populacji dzieci z FAS w poszczególnych krajach.

5) Prowadzono współpracę z następującymi podmiotami przy organizacji przedsięwzięć edukacyjnych (przekazywanie materiałów edukacyjnych/propozycje dotyczące zawartości merytorycznej):

- Stowarzyszenie Skowronków,
- Stowarzyszenie Słonecznej Integracji,
- Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA – POLAND O.,
- Poznań i O. Łódź.

3.3.5. Badania prenatalne

Z danych otrzymanych z zakładów i poradni genetycznych z całego kraju wynika, że udzielono 28 531 porad genetycznych, wykonano 4076 inwazyjnych badań prenatalnych, w rezultacie których stwierdzono 723 patologii płodu.

Tabela nr 9 i nr 10 Dane dotyczące realizacji programu badań prenatalnych świadczeń w 2011 r.

Lp.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Wartość kontraktów	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
1	DOLNOŚLĄSKI	1 692 170	1 846 338	2 466	4

2	KUJAWSKO-POMORSKI	2 426 100	2 868 035	3 241	4
3	LUBELSKI	270 000	263 370	380	1
4	LUBUSKI	666 696	672 840	1 004	3
5	ŁÓDZKI	3 269 254	3 269 243	3 797	8
6	MAŁOPOLSKI	762 618	989 373	1 214	5
7	MAZOWIECKI	3 745 649	4 406 187	5 051	9
8	OPOLSKI	710 853	710 853	828	1
9	PODKARPACKI	174 080	174 080	325	2
10	PODLASKI	1 110 773	1 163 890	1 558	2
11	POMORSKI	1 815 622	1 815 622	2 513	4
12	ŚLĄSKI	8 747 491	8 662 413	13 898	23
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	575 520	576 070	738	1
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	958 491	970 335	1 767	1
15	WIELKOPOLSKI	1 779 590	2 153 400	4 770	5
16	ZACHODNIOPOMORSKI	1 496 205	1 499 184	1 754	1
17	**razem**	**30 201 112**	**32 041 233**	**45 304**	**74**

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Lp.	Nazwa procedury	Liczba wykonanych procedur	Wartość wykonanych procedur (w zł)
1	BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP	2 506	183 379
2	BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A	27 812	4 366 738
3	BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG	27 702	1 354 147
4	BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL	1 260	63 063
5	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE	62 672	18 355 897
6	PORADA GENETYCZNA	21 889	877 779
7	BADANIA GENTYCZNE OBEJMUJĄCE MOLEKULARNĄ	4 380	5 338 693
8	AMNIOPUNKCJA	4 150	1 267 993
9	BIOPSJA TROFOBLASTU	461	149 910
10	KORDOCENTEZA	247	83 635

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Należy zauważyć, że świadczenia przedstawione w tabeli nr 9 od 2011 r. realizowane były również w województwie podkarpackim. W 2011 r. 45 304 kobiet zostało objętych opieką w ramach programu badań prenatalnych – dla porównania w 2009 r. było 31 930 kobiet, a w 2010 r. 36 878 kobiet.

W pierwszym półroczu 2011 r. świadczenia w poradniach specjalistycznych, kwalifikowane były jako porada kompleksowa za 9 punktów, porada specjalistyczna za 4 punkty, porada recepturowa za 2 punkty oraz porada zabiegowo-diagnostyczna – zgodnie

z załącznikiem nr 5 do zarządzenia Nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Od dnia 1 lipca 2011 r. obowiązuje nowy sposób rozliczania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej polegający na finansowaniu porady „bazowej", której wartość jest odpowiednio zwiększana w zależności od zakresu wykonanej diagnostyki. Zasady te określa zarządzenie Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Dodatkowo zarządzeniem tym wprowadzono nowy produkt dedykowany świadczeniodawcom prowadzącym opiekę nad kobietą w ciąży fizjologicznej: „świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej" – wykonywane zgodnie z zapisami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. *w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. Nr 187, poz. 1259).

Rozliczenie świadczenia – „świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej" możliwe jest po wykazaniu w raporcie statystycznym świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych przypisanych właściwemu terminowi badania wskazanego w rozporządzeniu.

3.3.6. Działania podejmowane w ramach pomocy materialnej, socjalnej oraz prawnej

System świadczeń rodzinnych

W 2011 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- przeciętnie miesięcznie 728,7 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5 roku życia na kwotę ogółem w skali roku 594,6 mln zł,
- 160,9 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 160,9 mln zł,
- przeciętnie miesięcznie 98,4 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 456,6 mln zł,
- 397,9 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 397,9 mln zł,

Ponadto gminy wypłaciły ze środków własnych 14,5 tys. zapomóg z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 11,7 mln zł oraz 1,9 tys. podwyższeń ustawowej kwoty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 0,9 mln zł.

System pomocy społecznej

Ogółem w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2011 roku udzielono pomocy z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa 115.431 rodzinom, w tym 70.808 rodzinom ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy rodzin 70.033 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na wielodzietność (49.752 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2011 r. 242.618 rodzin, w tym 105.137 rodzin ze środowisk wiejskich.

W 2011 r. w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonowały 3 powiatowe domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży o zasięgu ponadgminnym. Dysponowały one 21 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 47 osób. Funkcjonowało również 12 domów prowadzonych na zlecenie powiatu przez inne podmioty (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia kościelne i inne) z 246 miejscami, z których skorzystało w ciągu roku 559 osób. Jednocześnie funkcjonowały 4 domy tego typu o zasięgu lokalnym, prowadzonych przez gminy, w których z 74 miejsc skorzystało 111 osób oraz 7 prowadzonych przez inny pomiot, które dysponowały 158 miejscami, a skorzystało z nich 260 osób.

W 2011 r. udzielono w gminach porad specjalistycznych 34.382 osobom w 54 ośrodkach specjalistycznego poradnictwa rodzinnego prowadzonych przez gminy i 4.083 osobom w 6 ośrodkach niepublicznych. Natomiast w powiatach funkcjonowało 66 jednostek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego o zasięgu ponadgminnym, prowadzonych przez powiat oraz 29 poradni prowadzonych w powiecie przez podmioty niepubliczne. Z usług jednostek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego skorzystało 26.557 osób w poradniach prowadzonych przez powiat i 9.119 osób w poradniach ponadgminnych prowadzonych przez podmioty niepubliczne.

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie realizowane są w oparciu o ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* oraz w ramach *Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie* zatwierdzonego uchwałą Nr 162/2006 Rady Ministrów z dnia 25 września 2006 r. i mają przede wszystkim na celu skuteczną ochronę różnych kategorii ofiar przemocy w rodzinie w szczególności kobiet i dzieci.

W 2011 r. w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie zostały zrealizowane następujące zadania:

1) Uruchomienie środków na utrzymanie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie.
2) Uruchomienie środków na realizację programów korekcyjno-edukacyjnych dla sprawców.
3) Przeprowadzenie przez Ośrodek Badania Opinii Publicznej SMG/KRC diagnozy osób stosujących przemoc w rodzinie. Raporty zostały zamieszczone na stronie internetowej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.
4) Zorganizowanie ogólnopolskiej konferencji pn. „Pomocy Tak, Przemocy Nie".
5) Przygotowanie sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie za 2010 r.

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

System wspierania rodziny i pieczy zastępczej

Jak wynika z gromadzonych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej danych w 2011 r. w 44.574 rodzinach zastępczych różnych typów przebywało ogółem 67.314 dzieci, w tym: w 36.642 spokrewnionych z dzieckiem rodzinach zastępczych przebywało 47.843 dzieci, w 6.227 niespokrewnionych z dzieckiem rodzinach zastępczych przebywało 9.773 dzieci oraz w 1.908 zawodowych niespokrewnionych z dzieckiem rodzinach

zastępczych przebywało 9.242 dzieci. Ogółem w rozdziale 85204 klasyfikacji budżetowej *Rodziny zastępcze* jednostki samorządu terytorialnego (powiaty) wydatkowały w 2011 r. kwotę 699,9 mln zł.

Natomiast w 1.127 różnego rodzaju placówkach opiekuńczo-wychowawczych (interwencyjnych, rodzinnych, socjalizacyjnych, wielofunkcyjnych i wsparcia dziennego), prowadzonych przez powiaty i podmioty niepubliczne, dysponujących 35.780 miejscami przebywało 49.755 dzieci. W 2011 r. z usług 96 ośrodków adopcyjno-opiekuńczych, prowadzonych przez powiaty i podmioty niepubliczne, skorzystało 33.262 osób, w tym 85 ośrodków prowadziło pracę z 15.440 rodzinami adopcyjnymi. Ogółem w rozdziale 85226 klasyfikacji budżetowej *Ośrodki adopcyjno-opiekuńcze* jednostki samorządu terytorialnego (powiaty) wydatkowały w 2011 r. kwotę 27,6 mln zł.

Z danych statystycznych podanych przez Główny Urząd Statystyczny na dzień 31 grudnia 2010 roku wynika, że w całodobowych placówkach opiekuńczo-wychowawczych ogółem przebywało 110 małoletnich matek, w tym w placówkach interwencyjnych – 2, w placówkach rodzinnych – 4, w placówkach socjalizacyjnych – 63, w placówkach wielofunkcyjnych – 41 małoletnich wychowanek w ciąży lub małoletnich matek z dzieckiem. Natomiast w 426 różnego rodzaju placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego prowadzonych przez gminy i podmioty niepubliczne, dysponujących 12.743 miejscami przebywało 16.584 dzieci. Ogółem w rozdziale 85201 klasyfikacji budżetowej *Placówki opiekuńczo-wychowawcze* jednostki samorządu terytorialnego (gminy, powiaty i samorząd województwa) wydatkowały w 2011 r. kwotę 1.154,6 mln zł

W dniu 9 czerwca 2011 r. została przyjęta przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. Zakłada ona m.in. stworzenie stanowiska asystenta rodziny, którego zadaniem jest pomoc w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych rodziny (również w zakresie sprawowania przez rodziców funkcji opiekuńczo-wychowawczej względem dzieci), rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej oraz ograniczenie liczby dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

W Departamencie Prawa Pracy Ministerstwa 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.

W czasie urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego i dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, osobie przysługuje zasiłek macierzyński w wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przed przejściem na odpowiedni urlop.

W 2011 r. zasiłki macierzyńskie dla 147,2 tys. osób, na kwotę 3.018,9 mln zł.

Infrastruktura społeczna na rzecz dziecka i rodziny

Jak wynika z gromadzonych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej sprawozdań z wykonywania zadań z zakresu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, w objętych rejestrem żłobkach i klubach dziecięcych funkcjonowało 32 tys. miejsc opieki nad małymi dziećmi (stan na dzień 31 grudnia 2011 r.).

Wydatki gmin w rozdziale 85305 klasyfikacji budżetowej *Żłobki* w 2011 r. wyniosły ogółem 425,6 mln zł.

W budżecie państwa na 2011 r., na dofinansowanie zadań związanych z tworzeniem miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 zaplanowano środki finansowe w kwocie 51 000 tys. zł, z tego 40 mln zł na realizację „Resortowego programu rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 "Maluch"". Pozostałe 11 mln tys. zł przeznaczono na opłacanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych składek (emerytalnej, rentowej, wypadkowej i zdrowotnej) za nianie sprawujące opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej.

W 2011 r. na realizację Programu "Maluch" przekazano gminom środki w wysokości 15,3 mln zł. Otrzymały je wszystkie gminy, których oferty zostały zakwalifikowane do udziału w Programie przez wojewodów. W związku z realizacją tego Programu gminy zadeklarowały powstanie ok. 4 tys. nowych miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, z tego ponad 3,3 tys. miejsc zostało już oddanych do użytku.

Jak wynika z danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w grudniu 2011 r. zarejestrowanych było 5,2 tys. niań (przepisy dotyczące opłacania przez ZUS ze środków budżetu państwa składek na ubezpieczenia: emerytalne, rentowe, wypadkowe i zdrowotne od podstawy nie wyższej niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę weszły w życie w dniu 1 października 2011 r.). Wg stanu na dzień 30 listopada 2011 r. na opłacanie ww. składek Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydatkował z budżetu państwa kwotę 971,7 tys. zł. Jednocześnie od momentu wejścia w życie tego rozwiązania, tj. od 1 października 2011 r. liczba nań nieustannie wzrasta.

3.3.7. Zabiegi przerywania ciąży według przyczyn

Tabela nr 11 Zabiegi przerwania ciąży dokonane w latach 2002-2011, według przyczyn

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

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

Sprawozdaniem MZ-29 po raz pierwszy zostały objęte szpitale publiczne podległe Ministrowi Obrony Narodowej. Powyższe dane przedstawione przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (tabela nr 11) nie obejmują danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Sprawiedliwości.

Z roku na rok obserwuje się w Rzeczypospolitej Polskiej wzrost liczby zabiegów przerywania ciąży, w 2011 r. zarejestrowano 669 zabiegów przerwania ciąży, to jest o 28 zabiegów więcej niż w 2010 r.

W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 49 zabiegów przerwania ciąży.

W wyniku przeprowadzonego badania prenatalnego wskazującego na duże prawdopodobieństwo ciężkiego nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu wykonano 620 zabiegów.

Nie odnotowano przypadku przerwania ciąży wskazujących, że ciąża była wynikiem czynu zabronionego.

ROZDZIAŁ IV Działania podjęte w celu respektowania przepisów ustawy

4.1. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości

W 2011 r. Prokuratura Generalna kontynuowała monitorowanie działań powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie realizacji przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (dalej: „ustawa"). Działania prokuratury w zakresie realizacji ustawy polegają w szczególności na prowadzeniu i nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w zakresie czynów zabronionych stypizowanych w przepisach ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm. zwanego dalej „k.k."), w których przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia i bezpośrednio po urodzeniu oraz wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawo do macierzyństwa.

Ponadto działania prokuratury w tym przedmiocie dotyczą realizacji obowiązku określonego w art. 4a ust. 5 in fine ustawy, zgodnie z którym prokurator został zobowiązany do stwierdzania okoliczności o której mowa w art. 4a ust. 1 pkt 3 powołanej ustawy, tj. iż zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

Przepisy przewidują następujące typy czynów zabronionych, w których przedmiotem ochrony jest zdrowie i życie dziecka w fazie prenatalnej i bezpośrednio po urodzeniu oraz wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawo do macierzyństwa:

- przerwania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.),
- przerwania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerwania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.),
- spowodowania śmierci kobiety ciężarnej w następstwie przerwania ciąży (art. 154 k.k.),
- uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu (art. 157a k.k.),
- spowodowania śmierci dziecka przez matkę w okresie porodu i pod jego wpływem (art. 149 k.k.),
- inne kategorie przestępstw, w których może być analizowana okoliczność związania z ochroną płodu ludzkiego lub przerwaniem ciąży oraz zdrowie i życie dziecka w trakcie porodu oraz bezpośrednio po urodzeniu (np. art. 155 k.k. w zakresie błędu w sztuce lekarskiej, art. 160 k.k.).

W 2011 r. w powszechnych jednostkach organizacyjnych prokuratury zarejestrowano łącznie 325 spraw o wskazane wyżej przestępstwa oraz kontynuowano 67 postępowań zarejestrowanych w okresach poprzednich (łącznie 392 prowadzone postępowania).

Mając na uwadze, iż w 2010 r. zarejestrowano łącznie 246 spraw o wskazane wyżej przestępstwa, w 2011 r. odnotowano wzrost o 79 spraw w tej kategorii przestępstw. Zwiększyła się również o 45 liczba spraw kontynuowanych z poprzednich okresów sprawozdawczych.

Największą liczbę postępowań, podobnie jak w latach ubiegłych, prowadzono w kierunku art. 152 k.k. (łącznie 236 spraw), co stanowiło 60,2% ogółu prowadzonych postępowań przygotowawczych o wskazane wyżej przestępstwa.

Prowadzone (zarejestrowane w 2011 r. i kontynuowane z poprzednich okresów statystycznych) postępowania dotyczyły:

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

W 2011 r. oprócz utrzymującego się wzrostu ilości spraw dotyczących przerwania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy, odnotowano wzrost spraw dotyczących spowodowania śmierci dziecka przez matkę w okresie porodu i pod jego wpływem (z 18 do 38 spraw w tej kategorii) oraz uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu (z 16 do 38 spraw w tej kategorii).

W 2011 r. podobnie jak w roku ubiegłym nie odnotowano spraw dotyczących spowodowania śmierci kobiety ciężarnej w następstwie aborcji (art. 154 k.k.).

W 2011 r., powszechne jednostki organizacyjne prokuratury zakończyły łącznie 341 spraw o wskazane wyżej przestępstwa, o 105 spraw więcej niż w 2010 r. Skierowaniem aktu oskarżenia do sądu zakończono 37 postępowań przygotowawczych, postanowieniem o umorzeniu śledztwa – 196 postępowań. W 84 sprawach czynności sprawdzające zakończyły się postanowieniem o odmowie wszczęcia śledztwa, natomiast 23 postępowania zawieszono, z uwagi na wystąpienie długotrwałych przeszkód uniemożliwiające ich kontynuowanie.

Sprawy zakończone sporządzeniem aktu oskarżenia dotyczyły:

- przerwania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 § 1 k.k.) – 6 spraw,
- udzielania kobiecie ciężarnej pomocy w przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub nakłaniania do przerwania ciąży (art. 152 § 2 k.k.) - 17 spraw,
- stosowania przemocy wobec kobiety ciężarnej w celu doprowadzenia do przerwania ciąży (art. 153 § 1 k.k.) – 2 sprawy,
- zabicia dziecka w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu (art. 149 k.k.) – 2 sprawy,
- nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka podczas porodu w wyniku błędu w sztuce lekarskiej ewentualnie narażenia na niebezpieczeństwo matki lub dziecka podczas lub w związku z porodem (art. 155 k.k., art. 160 § 2 k.k. lub art. 155 k.k. w zw. z art. 160 § 2 k.k.) – 9 spraw,
- spowodowania uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu (art. 157 a k.k.) – 1 sprawa.

Nadmienić należy, iż wskazane wyżej postępowania zakończone aktami oskarżenia dotyczyły również dwóch lub więcej podejrzanych oraz obejmowały większą liczbę zarzutów w odniesieniu do jednego podejrzanego.

Aktami oskarżenia objęto łącznie 44 osoby.

W odniesieniu do postępowań zakończonych postanowieniem o umorzeniu śledztwa, w zdecydowanej większości spraw podstawą podjęcia tego rodzaju decyzji było ustalenie, iż czynu nie popełniono lub brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia (art. 17 § 1 pkt 1 k.p.k.). W pozostałych przypadkach podstawą decyzji o umorzeniu postępowania było stwierdzenie, że czyn nie zawiera ustawowych znamion czynu zabronionego (art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k.) lub nastąpiło przedawnienie karalności czynu (art. 17 § 1 pkt 6 k.p.k.).

Podobnie jak w latach poprzednich akta postępowań przygotowawczych zakończonych umorzeniem lub odmową wszczęcia postępowania zostały w większości poddane ocenie przez prokuratora nadrzędnego, w zakresie prawidłowości i zasadności podjętej decyzji merytorycznej.

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

Stwierdzić należy, iż postanowienia o umorzeniu śledztwa w przedmiotowych sprawach zapadły, co do zasady, po wszechstronnym wyjaśnieniu okoliczności zdarzenia i potwierdzeniu, iż skutek w postaci przerwania ciąży, przed uzyskaniem przez dziecko

zdolności do życia poza organizmem matki, nie nastąpił w wyniku przestępstwa lecz był spowodowany samoistnym poronieniem, obumarciem płodu, powikłaniami związanymi z przebiegiem ciąży, stanem zdrowia dziecka poczętego, stanem zdrowia kobiety ciężarnej lub innymi okolicznościami nie stanowiącymi realizacji znamion typu czynu zabronionego. Natomiast w odniesieniu do czynów dotyczących nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka, po ustaleniu, iż postępowanie lekarzy było zgodne ze sztuką lekarską.

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

Sądy powszechne w 2011 r. rozpoznały 27 spraw o wskazane wyżej przestępstwa, w których akty oskarżenia zostały skierowane do sądu w 2011 r. i w latach ubiegłych. Osądzono łącznie 37 osób.

Wobec 4 oskarżonych sądy orzekły kary bezwzględnego pozbawienia wolności w wysokości od 6 miesięcy do 3 lat pozbawienia wolności.

W odniesieniu do 26 oskarżonych sądy orzekły kary w wymiarze od 6 miesięcy do 3 lat pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem ich wykonania na okres próby od 2 do 6 lat, a ponadto w odniesieniu do 13 spośród nich kary grzywny. Samoistne kary grzywny sąd wymierzył wobec 3 osób. Wobec dwóch oskarżonych sąd warunkowo umorzył postępowanie karne na okres próby wynoszący odpowiednio 1 i 2 lata.

Jednego oskarżonego sąd uniewinnił od zarzutu popełnienia przestępstwa z art. 151 § 1 k.k. Wyrok sądu uznano za niezasadny i wywiedziono apelację.

Sąd umorzył postępowanie wobec 1 oskarżonego o przestępstwo z art. 152 § 1 k.k. na podstawie art. 17 § 1 pkt 6 k.p.k. wobec stwierdzenia, iż nastąpiło przedawnienie karalności czynu.

W 2011 r. prokuratorzy nie stwierdzili okoliczności, o której mowa w art. 4a ust. 4 pkt 3 ustawy, tj. iż zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego i nie wydawali w tym zakresie zaświadczeń, na podstawie których kobieta w ciąży mogłaby ubiegać się o przerwanie ciąży na podstawie przepisów ustawy.

Jednocześnie w ubiegłym roku, w związku z ustaleniami poczynionymi w toku prowadzonych postępowań przygotowawczych, w dwóch przypadkach w trybie art. 23 k.p.k. zwrócono się do sądu rodzinnego w celu rozważenia środków przewidzianych w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym.

Reasumując stwierdzić należy, iż w 2011 r. w powszechnych jednostkach organizacyjnych prokuratury odnotowano wzrost liczby zarejestrowanych postępowań przygotowawczych o przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu dziecka w fazie prenatalnej oraz bezpośrednio po urodzeniu, a także życiu, zdrowiu i wolności kobiety ciężarnej.

Przeprowadzone przez prokuratora nadrzędnego analizy akt zakończonych – umorzeniem i odmową wszczęcia - postępowań przygotowawczych prowadzą do wniosku, iż w sprawach dotyczących tej kategorii przestępstw, postępowania przygotowawcze prowadzone są na dobrym poziomie.

4.2. Działania podejmowane przez Rzecznika Praw Pacjenta

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2012 r. Nr 159, z późn. zm.) w rozdziale 8 wprowadziła nowe prawo pacjenta – prawo 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. W dniu 17 marca 2010 r. weszło w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. *w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. Nr 41, poz. 244), które normuje działanie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

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. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta wystąpiło do konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny odnośnie aktualizacji opracowanych i przekazanych list.

W 2011 r. do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta wpłynęło 16 sprzeciwów – przy czym tylko 1 (wpłynął do Komisji Lekarskiej przy Rzeczniku Praw Pacjenta w dniu 7 października 2011 r.) dotyczył kwestii dokonania aborcji - przy czym jej przesłanką miała być trudna sytuacji materialna matki. W pierwszym rzędzie należy podkreślić, że przedmiotowa przesłanka nie mieści się w katalogu określonym w art. 4 a u*stawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach*

dopuszczalności przerywania ciąży. Jednakże z uwagi na fakt, że sprzeciw nie został podpisany oraz nie zostało dołączone orzeczenie lub opinia lekarska w przedmiocie dopuszczalności legalnej aborcji, Rzecznik Praw Pacjenta natychmiast wszczął z urzędu postępowanie wyjaśniające, w toku którego ustalono, że sprzeciw nie został wniesiony przez ciężarną bezpośrednio zainteresowaną aborcją ani też przez jej opiekuna (bowiem jest ona częściowo ubezwłasnowolniona) lecz przez osobę, która nie mogła reprezentować jej interesów albo też działać na jej rzecz i w jej imieniu.

Ponadto należy podkreślić, że w celu rozpowszechnienia informacji o działalności Komisji Lekarskiej oraz możliwości składania sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza został podjęty szereg działań, w szczególności:

a) informacja o mechanizmie skargowym jest opublikowana na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta (www.bbp.gov.pl) oraz organizacji pozarządowej - Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (www.federa.org.pl);
b) w październiku 2010 r. Rzecznik Praw Pacjenta zainaugurował ogólnopolską kampanię informacyjną "Pacjencie, czy znasz swoje prawa?" Przygotowano specjalne ulotki, które zostały wysłane do wszystkich gmin w Rzeczypospolitej Polskiej (ok. 2500) z prośbą o ich rozpowszechnienie wśród mieszkańców oraz zamieszczenie informacji na stronach internetowych;
c) zostało przeprowadzone szkolenie dla organizacji pozarządowej, tj. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny oraz udział w szeregu konferencji i spotkań;
d) w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta działa bezpłatna linia informacyjna w celu informowania pacjentów o ich prawach;
e) od listopada 2011 r. jest prowadzona szeroka kampania medialna pt. „Pacjencie nie jesteś sam", w ramach której będzie wyświetlany spot reklamowy w stacjach telewizyjnych TVN oraz TVP Info oraz jest prowadzona kampania on – line.

W ramach ustawowych kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta były prowadzone postępowania wyjaśniające, których przedmiotem było ustalenie czy były naruszone prawa kobiet w ciąży – w tym skarżone najczęściej prawo do świadczeń zdrowotnych oraz prawo do informacji o stanie zdrowia. Należy też wskazać, że pacjentki dość często podnoszą fakt pobierania opłat za znieczulenie zewnątrzoponowe oraz za tzw. poród rodzinny.

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

W 2011 r. odpowiedzialność zawodową lekarzy regulowały przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.). Zgodnie z tą ustawą członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Zgodnie z informacją przekazaną przez Naczelny Sąd Lekarski w 2011 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 12 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 2011 r.

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

18	Szczecin	0	0	0	0
19	Tarnów	0	1	0	0
20	Toruń	0	0	0	0
21	Warszawa	1	1	0	0
22	Wrocław	0	1	0	0
23	SL WIL	0	0	0	0
24	Zielona Góra	0	0	0	1
25	Naczelny Sąd Lekarski	1	2	0	0
	SUMA	8	23	1	3

Źródło: Naczelny Sąd Lekarski

W porównaniu z 2010 r. wzrosła:

- liczba postępowań dotyczących opieki okołoporodowej (wzrost o 10 postępowań),
- liczba postępowań dotyczących opieki nad kobietami w ciąży (wzrost o 5 postępowań),
- liczba postępowań dotyczących badań genetycznych płodu (wzrost o 1 postępowanie),
- liczba postępowań dotyczących zabiegów przerywania ciąży (wzrost o 1 postępowanie).