



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VII kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSPA-4822-22(4)/13

Druk nr 2067

Warszawa, 13 stycznia 2014 r.

Pani
Ewa Kopacz
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument:

- Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2012 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

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

(-) Donald Tusk

**SPRAWOZDANIE RADY MINISTRÓW
Z WYKONYWANIA ORAZ O SKUTKACH STOSOWANIA
W ROKU 2012**

**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.)**

WARSZAWA 2014 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 | 9 |
| ROZDZIAŁ II OGÓLNE POSTANOWIENIA USTAWY | 10 |
| 2.1. Kształcenie i wychowanie młodzieży | 10 |
| 2.1.1. Wsparcie w systemie oświaty | 23 |
| 2.2. Świadoma prokreacja | 27 |
| 2.3. Opieka medyczna nad płodem i kobietą w ciąży | 27 |
| 2.4. Badania prenatalne | 30 |
| 2.5. Pomoc materialna, socjalna oraz prawna | 31 |
| 2.5.1. Świadczenia rodzinne | 31 |
| 2.5.2. Infrastruktura społeczna na rzecz dziecka i rodziny | 37 |
| 2.5.3. Pomoc społeczna | 37 |
| 2.5.4. System wspierania rodziny i pieczy zastępczej | 40 |
| 2.5.5. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie | 41 |
| 2.6. Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem | 42 |
| 2.7. Zabiegi przerywania ciąży | 45 |
| ROZDZIAŁ III DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU REALIZACJI USTAWY | 47 |
| 3.1. Kształcenie i wychowanie młodzieży oraz doskonalenie nauczycieli | 47 |
| 3.1.1. Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych Wychowanie do życia w rodzinie | 47 |
| 3.1.2. Dokształcanie i doskonalenie nauczycieli | 50 |
| 3.2. Dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji | 54 |
| 3.3. Działania podejmowane w opiece medycznej nad płodem i kobietą w ciąży | 55 |
| 3.3.1. Umowy zawarte przez Narodowy Fundusz Zdrowia | 55 |
| 3.3.2. Programy zdrowotne w zakresie planowania rodziny, świadomego macierzyństwa oraz opieki medycznej nad kobietą w ciąży | 58 |
| 3.3.3. Opieka nad kobietą ciężarną i dzieckiem zakażonym wirusem HIV i chorymi na AIDS | 59 |
| 3.3.4. Działania podejmowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w kontekście zdrowia kobiet w ciąży oraz matek z dziećmi | 65 |
| 3.3.5. Badania prenatalne | 66 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3.6. Działania podejmowane w ramach pomocy materialnej, socjalnej oraz prawnej..... | 69 |
| 3.3.7. Zabiegi przerywania ciąży według przyczyn | 77 |
| ROZDZIAŁ IV DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY | 81 |
| 4.1. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości | 81 |
| 4.2. Działania podejmowane przez Rzecznika Praw Pacjenta | 88 |
| 4.3. Działania podejmowane przez Naczelny Sąd Lekarski i Okręgowe Sądy Lekarskie | 92 |

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 działania jakie w 2012 r. zostały podjęte w celu realizacji przedmiotowej ustawy. W ostatniej części podjęto problem respektowania przepisów ustawy.

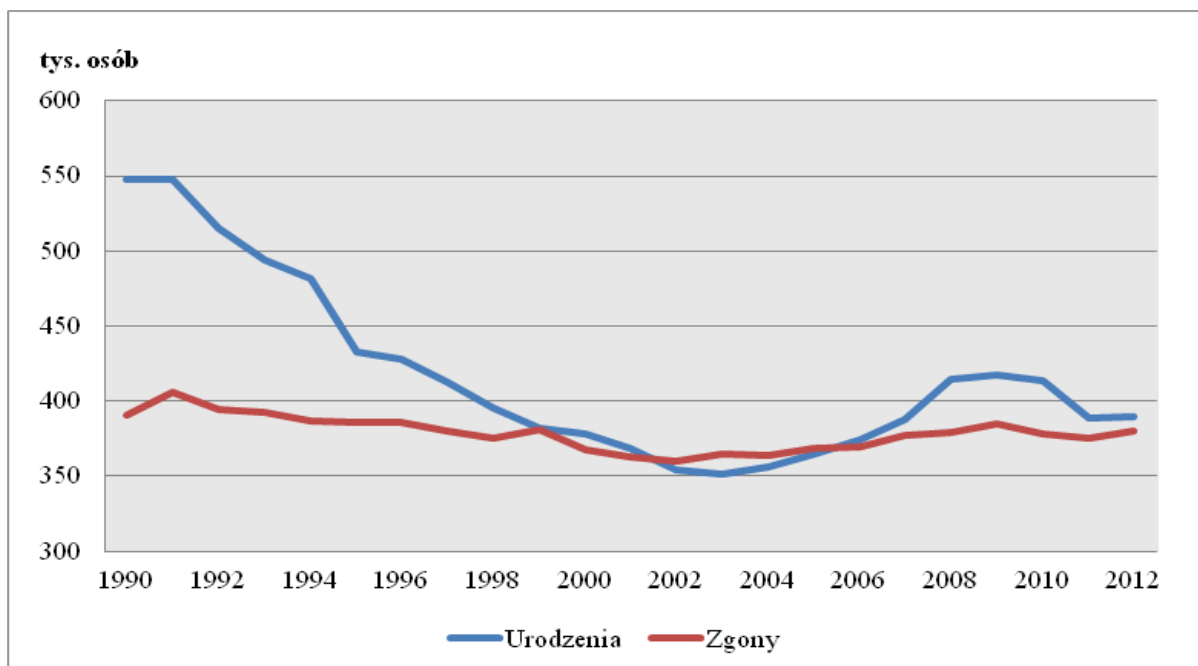
Sprawozdanie Rady Ministrów za 2012 r. przygotowano na podstawie informacji, danych statycznych i opinii uzyskanych od:

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

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 – 2012



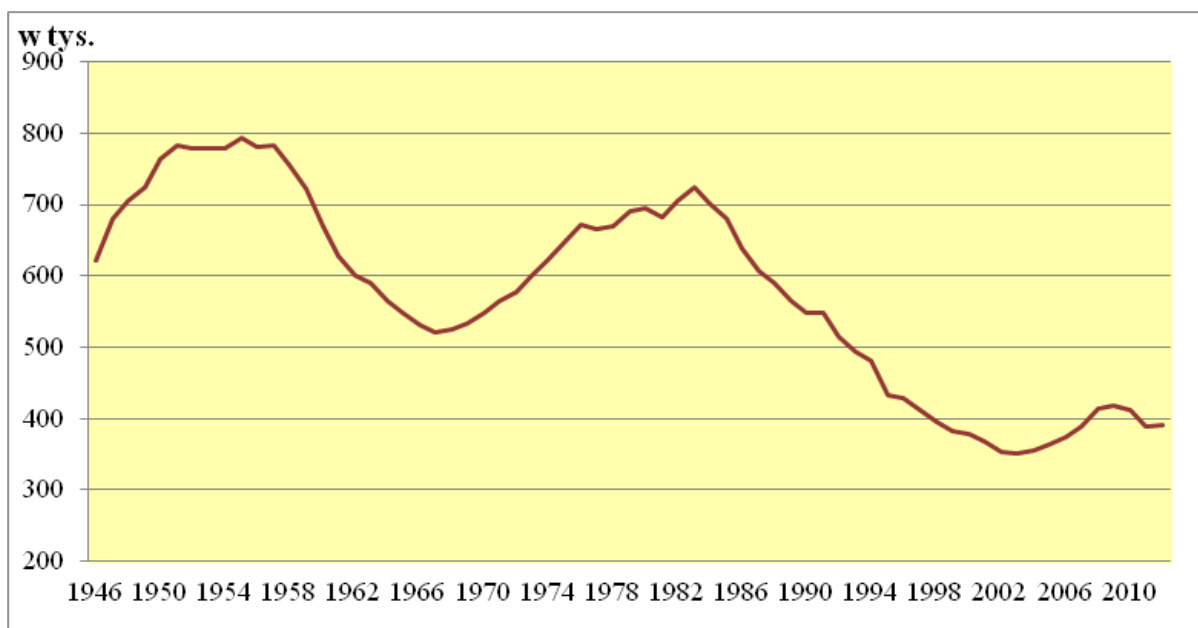
Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Dzięki pozytywnym zmianom w poziomie zarówno urodzeń jak i zgonów w 2012 r. odnotowano dodatni przyrost naturalny. Szacuje się, że urodziło się o ok. 10 tys. dzieci więcej niż wynosiła ogólna liczba zgonów. Przeciętnie na każde 10 tys. ludności przybyły 2 osoby (przed rokiem 3, ale w 2010 r. – 10 osób). W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku wielkość przyrostu naturalnego malała wraz z obniżaniem się liczby urodzeń. W latach 2002-2005 odnotowywano ubytek naturalny ludności - największy w 2003 r., kiedy liczba zgonów była wyższa od liczby urodzeń o ponad 14 tys. Od 2006 r. przyrost naturalny znów jest dodatni, ale wyraźnie mniejszy w ostatnich dwóch latach.

1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

Szacuje się, że w 2012 r. liczba urodzeń nieznacznie wzrosła (o ok. 1,5 tys.) w stosunku do roku poprzedniego, tj. zarejestrowano **386 257 urodzeń żywych**. Współczynnik urodzeń pozostał na poziomie sprzed roku i wyniósł 10,1‰ - o 0,5 pkt. więcej niż na początku dekady, ale o prawie 10 pkt. mniej niż w 1983 r.

Wykres nr 2. Urodzenia żywe w latach 1946-2012 - wyże i niże demograficzne



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Niska liczba urodzeń nie gwarantuje – już od ponad 20 lat – prostej zastępowalności pokoleń, nadal utrzymuje się obserwowany od 1989 r. okres depresji urodzeniowej.

1.3. Zgony niemowląt, umieralność okołoporodowa płodów i noworodków

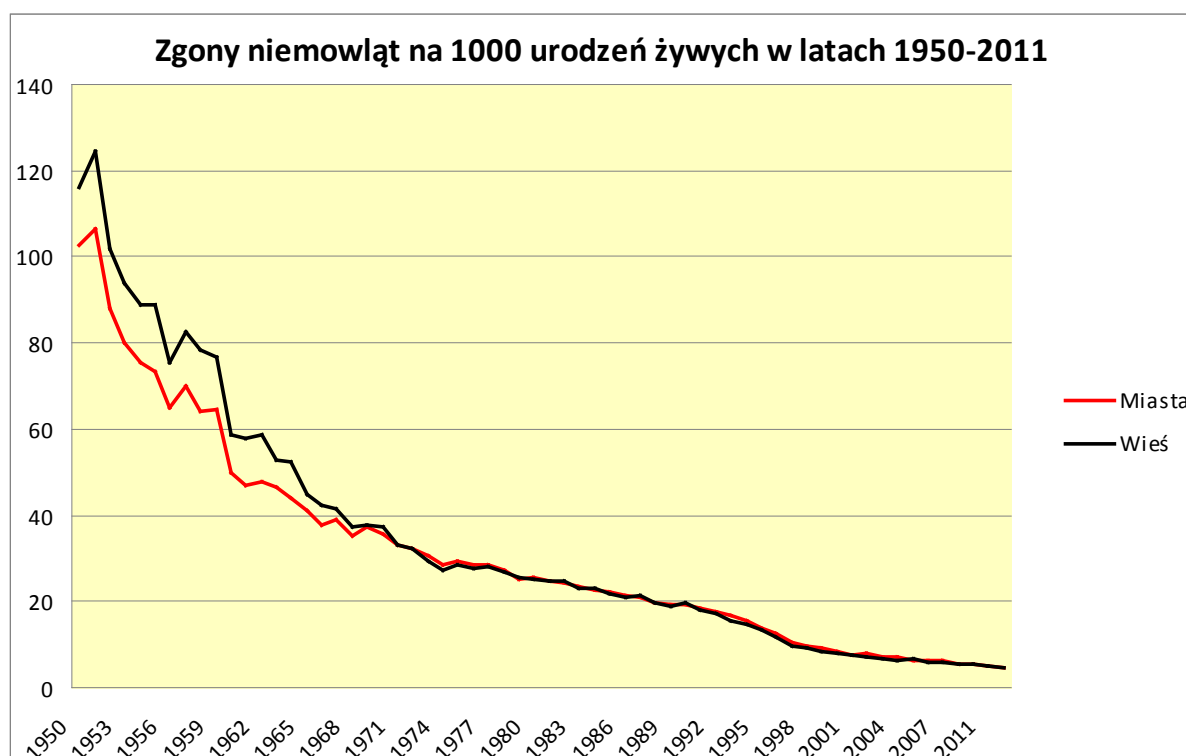
Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2012 r. nadal obserwowano pozytywne zjawisko w postaci malejącej umieralności niemowląt. Szacuje się, że w 2012 r. **zmarło 1 791 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia** (tj. o około 100 mniej niż przed rokiem). Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł **4,6‰**, podczas gdy w 2011 r. wyniósł on 4,9‰. W skali europejskiej w świetle dostępnych danych (Eurostat) współczynnik ten w sprawozdawanym okresie wahał się od 1,6‰ (w Słowenii) do 11,6‰ (w Turcji). Ze względu na brak informacji ze wszystkich krajów Unii Europejskiej ostatnia dostępna wartość współczynnika umieralności niemowląt obejmuje rok 2011 i dla 27 krajów wynosi 3,9‰.

Główny Urząd Statystyczny wskazuje, że podobnie jak ogólny współczynnik zgonów niemowląt także współczynnik **umieralności okołoporodowej** (urodzenia martwe i zgony niemowląt w **wieku 0-6 dni** na 1000 urodzeń żywych i martwych) wykazuje **tendencję spadkową**. W 2012 r. kształtował się on na poziomie ok. **6,5‰** (tabela nr 1), natomiast w 2011 r. wyniósł 6,7‰.

Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt ok. **70% umiera** przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia (**w okresie noworodkowym**), w tym ponad połowa w okresie pierwszego tygodnia życia. Przyczyną prawie **52%** zgonów niemowląt są **choroby i stany okresu okołoporodowego**, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka, kolejne **34%** zgonów stanowią **wady rozwojowe wrodzone**, a pozostałe są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

Współczynnik **umieralności noworodków** (tj. niemowląt **przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia**) wyniósł w Polsce w 2011 r. **3,2‰**, wykazując tym samym również tendencję spadkową w stosunku do lat poprzednich, kiedy to wynosił on 3,5‰ w roku 2010 oraz 4,0‰ w roku 2009. W tym samym okresie w skali europejskiej oscylował on w granicach 0,7‰ w Islandii, 1,4‰ w Norwegii i Szwecji oraz 5,3‰ w Rumunii.¹ Ostatnia dostępna wartość tego wskaźnika dla krajów Unii Europejskiej obejmuje rok 2008 i wynosi 2,9‰.

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



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

¹ Dane za rok 2011 są ostatnimi dostępnymi danymi w zakresie współczynnika umieralności noworodków. Źródło danych: Eurostat.

Tabela nr 1. Urodzenia, zgony niemowląt, współczynnik umieralności okołoporodowej w 2012 r. według województw

| WOJEWÓDZTWO | Urodzenia | | | Zgony niemowląt | | Współczynnik umieralności okołoporodowej (%) |
|---------------------|---------------|---------------|-------------|-----------------|-----------------------|--|
| | Ogółem | w tym | | ogółem | w tym w wieku 0-6 dni | |
| | | żywe | martwe | | | |
| OGÓŁEM | 387878 | 386257 | 1621 | 1791 | 918 | 6,5 |
| Dolnośląskie | 27353 | 27239 | 114 | 171 | 83 | 7,2 |
| Kujawsko-pomorskie | 20857 | 20764 | 93 | 100 | 57 | 7,2 |
| Lubelskie | 21297 | 21214 | 83 | 91 | 48 | 6,2 |
| Lubuskie | 10421 | 10367 | 54 | 62 | 20 | 7,1 |
| Łódzkie | 23952 | 23851 | 101 | 101 | 53 | 6,4 |
| Małopolskie | 35275 | 35117 | 158 | 134 | 68 | 6,4 |
| Mazowieckie | 57493 | 57281 | 212 | 248 | 147 | 6,2 |
| Opolskie | 8976 | 8939 | 37 | 55 | 29 | 7,4 |
| Podkarpackie | 21143 | 21064 | 79 | 107 | 62 | 6,7 |
| Podlaskie | 11199 | 11161 | 38 | 46 | 31 | 6,2 |
| Pomorskie | 25148 | 25052 | 96 | 109 | 53 | 5,9 |
| Śląskie | 44759 | 44565 | 194 | 214 | 97 | 6,5 |
| Świętokrzyskie | 11581 | 11510 | 71 | 41 | 21 | 7,9 |
| Warmińsko-mazurskie | 14400 | 14330 | 70 | 59 | 29 | 6,9 |
| Wielkopolskie | 37981 | 37833 | 148 | 170 | 82 | 6,1 |
| Zachodniopomorskie | 16043 | 15970 | 73 | 83 | 38 | 6,9 |

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Tabela nr 2. Umieralność okołoporodowa w 2012 r. według województw

| WOJEWÓDZTWO | Ogółem | Miasta | Wieś | Ogółem | Miasta | Wieś |
|---------------------|---|--------|------|---|--------|------|
| | współczynniki umieralności w liczbach bezwzględnych ^{a)} | | | współczynniki umieralności okołoporodowej ^{b)} | | |
| | 2539 | 1405 | 1134 | 6,5 | 6,3 | 6,9 |
| Dolnośląskie | 197 | 130 | 67 | 7,2 | 7,0 | 7,5 |
| Kujawsko-pomorskie | 150 | 82 | 68 | 7,2 | 7,2 | 7,2 |
| Lubelskie | 131 | 58 | 73 | 6,2 | 6,1 | 6,2 |
| Lubuskie | 74 | 49 | 25 | 7,1 | 7,7 | 6,2 |
| Łódzkie | 154 | 90 | 64 | 6,4 | 6,2 | 6,8 |
| Małopolskie | 226 | 97 | 129 | 6,4 | 6,0 | 6,7 |
| Mazowieckie | 359 | 213 | 146 | 6,2 | 5,8 | 7,1 |
| Opolskie | 66 | 39 | 27 | 7,4 | 8,5 | 6,1 |
| Podkarpackie | 141 | 50 | 91 | 6,7 | 6,1 | 7,0 |
| Podlaskie | 69 | 39 | 30 | 6,2 | 5,8 | 6,7 |
| Pomorskie | 149 | 78 | 71 | 5,9 | 5,2 | 7,0 |
| Śląskie | 291 | 225 | 66 | 6,5 | 6,6 | 6,2 |
| Świętokrzyskie | 92 | 31 | 61 | 7,9 | 6,4 | 9,1 |
| Warmińsko-mazurskie | 99 | 32 | 67 | 6,9 | 4,1 | 10,3 |

| | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Wielkopolskie | 230 | 122 | 108 | 6,1 | 6,2 | 5,9 |
| Zachodniopomorskie | 111 | 70 | 41 | 6,9 | 6,8 | 7,1 |
| 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

W 2012 r. zarejestrowano 1021 przypadków pozostawienia noworodków w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne. Liczba ta wzrosła o 263 w stosunku do 2011 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. Liczbę noworodków pozostawionych w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne na przestrzeni lat 2005-2012 obrazuje tabela nr 3.

Tabela nr 3. Noworodki pozostawione w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne w latach 2005-2012

| Rok | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Liczba pozostawionych noworodków | 1 013 | 825 | 720 | 775 | 726 | 798 | 758 | 1021 |

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

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 wprowadzone są 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. Wskazane powyżej treści zostały wprowadzone przede wszystkim poprzez realizację przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie*.

Sposób realizacji przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie* określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w *sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego* (Dz. U. Nr 67, poz. 756, z późn. zm.). Realizacja treści programowych zajęć powinna stanowić spójną całość z pozostałymi działaniami wychowawczymi i profilaktycznymi szkoły, a w szczególności:

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

W każdym roku szkolnym przed przystąpieniem do realizacji zajęć nauczyciel prowadzący zajęcia wraz z wychowawcą klasy przeprowadza co najmniej jedno spotkanie informacyjne z rodzicami uczniów niepełnoletnich oraz z uczniami pełnoletnimi. Nauczyciel jest obowiązany przedstawić pełną informację o celach i treściach realizowanego programu nauczania, podręcznikach szkolnych oraz środkach dydaktycznych. Za przeprowadzenie spotkań odpowiedzialny jest dyrektor szkoły. Kwestie związane z programami nauczania są uregulowane w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 czerwca 2012 r. w *sprawie dopuszczania do użytku w szkole programów wychowania przedszkolnego i programów nauczania oraz dopuszczania do użytku szkolnego podręczników* (Dz. U. poz. 752). Rozporządzenie to stanowi, że program nauczania dopuszcza do użytku w danej szkole dyrektor szkoły na wniosek nauczyciela. Zaproponowany przez nauczyciela

program nauczania może być dopuszczony do użytku w danej szkole, jeżeli zawiera treści zgodne z treściami nauczania określonymi w podstawie programowej kształcenia ogólnego.

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

Nowelizacja rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. *w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz o metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego* (Dz. U. Nr 67, poz. 756, z późn. zm.) dokonana rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 lutego 2012 r. zmieniającym rozporządzenie *w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz o metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego* (Dz. U. poz. 300), miała na celu skuteczniejszą realizację zajęć edukacyjnych „*Wychowanie do życia w rodzinie*”. Zgodnie z tym rozporządzeniem zajęcia uwzględniające treści o wiedzy seksualnej człowieka są realizowane w klasach V-VI szkół podstawowych, w gimnazjach, zasadniczych szkołach zawodowych, liceach ogólnokształcących i w klasach I-III techników, w tym specjalnych, dla dzieci i młodzieży, publicznych i niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych.

Na realizację zajęć:

- w szkołach publicznych przeznacza się w szkolnym planie nauczania, w każdym roku szkolnym, dla uczniów poszczególnych klas, po 14 godzin, w tym 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców. Zajęcia są organizowane w oddziałach albo liczących nie więcej niż 28 uczniów grupach międzyoddziałowych,
- w szkołach niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych, przeznacza się liczbę godzin nie mniejszą niż liczba godzin przewidziana dla szkół publicznych. Zajęcia te mogą

być organizowane w oddziałach albo liczących nie więcej niż 28 uczniów grupach międzyoddziałowych.

W 2012 r. proces kształcenia i wychowania realizowany był zgodnie z nową podstawą programową (określoną rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół - Dz. U. z 2012 r. poz. 977) oraz dotychczasową podstawą programową (określoną rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 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.). W roku szkolnym 2012/2013 nowa postawa programowa obejmowała edukację przedszkolną, klasy I-IV szkół podstawowych, gimnazja oraz klasy pierwsze szkół ponadgimnazjalnych. Proces wdrażania nowej podstawy programowej zakończy się w 2015 r. w przypadku liceów ogólnokształcących, a w 2016 r. w przypadku techników.

Podstawa programowa definiuje cele i treści nauczania, w tym umiejętności opisane w formie ogólnych i szczegółowych wymagań dotyczących wiedzy i umiejętności, które powinien posiadać uczeń po zakończeniu określonego etapu edukacyjnego oraz zadania wychowawcze szkoły, uwzględniane w programach nauczania.

Nowa podstawa programowa kładzie nacisk na przygotowanie uczniów do życia we współczesnym społeczeństwie, jak również na edukację prozdrowotną. Jednym z głównych celów wyznaczonych przez nową podstawę programową jest zbliżenie kształcenia do życia. Jasny i pełny przekaz na temat budowy oraz funkcjonowania organizmu człowieka, występujących zagrożeń dla zdrowia oraz świadomej i odpowiedzialnej profilaktyki ma na celu ukształtowanie odpowiedzialnej postawy seksualnej uczniów. Nowa podstawa programowa została napisana językiem wymagań, które wraz z zakresem wiedzy zostały dostosowane do percepcji ucznia na każdym etapie edukacyjnym. Treści nauczania dotyczące szeroko rozumianej ludzkiej seksualności (m.in. 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 wyodrębnione w celach ogólnych oraz w treściach nauczania – wymaganiach szczegółowych przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie*, a ponadto w treściach nauczania przedmiotów takich jak: *Przyroda*, *Biologia*, *Wychowanie fizyczne* oraz *Etyka*.

Podstawa programowa przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie*

II etap edukacyjny (klasy IV-VI szkoły podstawowej)

1) Cele kształcenia – wymagania ogólne:

Ukazywanie wartości rodziny w życiu osobistym człowieka oraz pomoc w przygotowaniu się do zrozumienia i akceptacji przemian okresu dojrzewania.

2) Treści nauczania – wymagania szczegółowe:

- podstawowe funkcje rodziny z podkreśleniem miejsca dziecka w rodzinie,
- przekaz wartości i tradycji w rodzinie, wspólne świętowanie, spędzanie wolnego czasu,
- więź rodzinna, związki uczuciowe i inne relacje w rodzinie; konflikty i ich rozwiązywanie,
- macierzyństwo i ojcostwo; podstawowa wiedza dotycząca budowy i funkcjonowania układu rozrodczego człowieka,
- ciąża, rozwój płodu, poród, przyjęcie dziecka jako nowego członka rodziny,
- różnice i podobieństwa między chłopcami i dziewczętami; identyfikacja z własną płcią; akceptacja i szacunek dla ciała,
- zmiany fizyczne i psychiczne okresu dojrzewania; zróżnicowane, indywidualne tempo rozwoju,
- higiena okresu dojrzewania,
- prawo człowieka do intymności i ochrona tego prawa, postawy asertywne,
- istota koleżeństwa i przyjaźni, wzajemny szacunek, udzielanie sobie pomocy, współpraca, empatia,
- mass media – zasady i kryteria wyboru czasopism, książek, filmów i programów telewizyjnych,
- instytucje działające na rzecz dziecka i rodziny,
- odpowiedzialność za własny rozwój, samowychowanie.

III Etap edukacyjny (gimnazjum)

1) Cele kształcenia – wymagania ogólne:

- okazywanie szacunku innym ludziom, docenianie ich wysiłku i pracy, przyjęcie postawy szacunku wobec siebie; wnoszenie pozytywnego wkładu w życie swojej rodziny,
- przyjęcie integralnej wizji osoby; wybór i urzeczywistnianie wartości służących osobowemu rozwojowi; kierowanie własnym rozwojem, podejmowanie wysiłku samowychowawczego zgodnie z uznawanymi normami i wartościami; poznawanie,

analizowanie i wyrażanie uczuć; rozwiązywanie problemów i pokonywanie trudności okresu dorastania,

- znajomość organizmu ludzkiego i zachodzących w nim zmian oraz akceptacja własnej płciowości; przyjęcie integralnej wizji ludzkiej seksualności; umiejętność obrony własnej intymności i nietykalności seksualnej oraz szacunek dla ciała innej osoby,
- korzystanie ze środków przekazu w sposób selektywny, umożliwiający obronę przed ich destrukcyjnym oddziaływaniem,
- umiejętność korzystania z systemu poradnictwa dla dzieci i młodzieży.

2) Treści nauczania – wymagania szczegółowe:

- rozwój człowieka: faza prenatalna, narodziny, faza niemowlęca, wczesnodziecięca, przedpokwitaniowa, dojrzewania, młodości, wieku średniego, wieku późnego; życie jako fundamentalna wartość,
- budowa prawidłowych relacji z rodzicami; konflikt pokoleń; przyczyny i sposoby rozwiązywania konfliktów; odpowiedzialność wszystkich za atmosferę panującą w rodzinie; rodzina niepełna,
- rola autorytetów w życiu człowieka,
- relacje międzyosobowe i ich znaczenie; przyjaźń, zakochanie, miłość; pierwsze fascynacje, miłość platoniczna, miłość młodzieńcza, miłość dojrzała,
- zachowania asertywne,
- podstawowe informacje o rozwoju seksualnym człowieka: tożsamość płciowa: kobiecość i męskość,
- dojrzewanie; rozumienie i akceptacja kryteriów dojrzałości biologicznej, psychicznej i społecznej,
- problemy i trudności okresu dojrzewania (napięcia seksualne, masturbacja), sposoby radzenia sobie z nimi, pomoc w rozeznaniu sytuacji wymagających porady lekarza lub innych specjalistów,
- różnice w rozwoju psychoseksualnym dziewcząt i chłopców; postawy i wzajemne oczekiwania,
- zagrożenia okresu dojrzewania: presja seksualna, uzależnienia, pornografia, prostytutka nieletnich,
- główne funkcje płciowości: wyrażanie miłości, budowanie więzi i rodzicielstwo,

- inicjacja seksualna; związek pomiędzy aktywnością seksualną a miłością i odpowiedzialnością; dysfunkcje związane z przedmiotowym traktowaniem człowieka w dziedzinie seksualnej; ryzyko związane z wczesną inicjacją,
- kształtowanie i akceptacja tożsamości płciowej; możliwości pomocy w pokonywaniu trudności związanych z tożsamością płciową,
- płodność wspólną sprawą kobiety i mężczyzny,
- planowanie rodziny; metody rozpoznawania płodności; antykoncepcja – aspekt zdrowotny, psychologiczny i etyczny,
- infekcje przenoszone drogą płciową; AIDS: drogi przenoszenia zakażenia, profilaktyka, aspekt społeczny,
- wartości związane z seksualnością człowieka: męskość, kobiecość, miłość, małżeństwo, rodzicielstwo; znaczenie odpowiedzialności w przeżywaniu własnej płciowości oraz budowaniu trwałych i szczęśliwych więzi,
- wpływ sposobu spędzania wolnego czasu (w tym korzystania ze środków masowego przekazu) na człowieka.

IV etap edukacyjny (szkoła ponadgimnazjalna) - realizowany jest tylko zakres podstawowy.

1) Cele kształcenia – wymagania ogólne:

- pogłębianie wiedzy związanej z funkcjami rodziny, miłością, przyjaźnią, pełnieniem ról małżeńskich i rodzicielskich, seksualnością człowieka i prokreacją; umiejętność podejmowania odpowiedzialnych decyzji dotyczących wyboru drogi życiowej, małżeństwa i rodziny,
- rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów związanych z okresem dojrzewania, dorastania i wyborem drogi życiowej; umiejętność świadomego kreowania własnej osobowości,
- uzyskanie przez uczniów lepszego rozumienia siebie i najbliższego otoczenia; umiejętność poszukiwania i udzielania odpowiedzi na pytania: Kim jest człowiek? Jakie są jego cele i zadania życiowe? Jaki jest sens życia?
- przyjęcie pozytywnej postawy wobec życia ludzkiego, osób niepełnosprawnych i chorych; przygotowanie, na podstawie wiedzy i wykształconych umiejętności, do poszanowania godności życia ludzkiego i dojrzałego funkcjonowania w rodzinie,
- znajomość podstawowych zasad postępowania w sferze ludzkiej płciowości i płodności; kształtowanie postaw prozdrowotnych, prospołecznych i prorodzinnych.

2) Treści nauczania – wymagania szczegółowe:

- tożsamość i wielowymiarowość człowieka; poczucie sensu życia,
- komunikacja interpersonalna, asertywność, techniki negocjacji, empatia,
- tolerancja wobec odmienności kulturowych, etnicznych, religijnych, seksualnych,
- rozwój psychoseksualny człowieka w kolejnych fazach życia,
- dojrzewanie: rozumienie i akceptacja kryteriów dojrzałości biologicznej, psychicznej i społecznej; problemy okresu dojrzewania i sposoby radzenia sobie z nimi,
- wartości i pojęcia związane z płciowością człowieka: męskość, kobiecość, miłość, rodzina, rodzicielstwo; znaczenie odpowiedzialności w przeżywaniu własnej płciowości i budowaniu emocjonalnych więzi; role kobiet i mężczyzn a panujące stereotypy,
- inicjacja seksualna, jej uwarunkowania i następstwa; argumenty biomedyczne, psychologiczne i moralne za opóźnianiem wieku inicjacji seksualnej,
- istota seksualności człowieka i jej aspekty; integracja seksualna,
- komplementarność płci – wzajemne dopełnianie się płci w sferach fizycznej, psychicznej, emocjonalnej i społecznej; rozumienie, akceptacja i szacunek dla osób płci odmiennej,
- istota, rodzaje i etapy rozwoju miłości; różnice w przeżywaniu miłości,
- metody rozpoznawania płodności,
- metody i środki antykoncepcji; sposoby ich działania i zasady doboru,
- choroby przenoszone drogą płciową i zapobieganie im; AIDS: profilaktyka, aspekt społeczny i etyczny, chory na AIDS w rodzinie,
- trudności w osiągnięciu tożsamości płciowej, możliwości pomocy,
- normy zachowań seksualnych; przemoc i przestępstwa seksualne, możliwości zapobiegania, sposoby obrony; informacja o ośrodkach pomocy psychologicznej, medycznej i prawnej,
- przygotowanie do małżeństwa; problemy wierności, zaufania i dialogu,
- małżeństwo: jego fazy; trudności i konflikty oraz sposoby ich rozwiązywania, wartość małżeństwa; macierzyństwo i ojcostwo; przygotowanie do ról rodzicielskich; adopcja; bezdzietność,
- przebieg i higiena ciąży; rozwój prenatalny dziecka, szkoła rodzenia, poród i naturalne karmienie; rola rodziców w okresie oczekiwania na narodziny dziecka, w czasie porodu i po narodzinach,

- funkcje rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem wychowania dzieci w rodzinie; znaczenie prawidłowych postaw rodzicielskich dla rozwoju dziecka; samotne rodzicielstwo,
- nieplanowana ciąża, sposoby szukania pomocy w sytuacjach trudnych,
- aborcja jako zagrożenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego – aspekty: prawny, medyczny i etyczny,
- konflikty w rodzinie i ich przyczyny; sposoby rozwiązywania konfliktów,
- przemoc w rodzinie; wykorzystywanie seksualne; profilaktyka; możliwości uzyskiwania pomocy,
- zagrożenia życia społecznego: alkoholizm, narkomania, agresja, sekty, pornografia,
- prawodawstwo dotyczące rodziny; zawarcie małżeństwa, separacja, rozwód; prawa i obowiązki małżonków i rodziców, prawa dziecka; obowiązki państwa wobec rodziny,
- człowiek wobec niepełnosprawności, starości, choroby, umierania i śmierci, w tym w aspekcie życia rodzinnego,
- poradnictwo młodzieżowe i rodzinne w Polsce.

Zagadnienia z zakresu edukacji seksualnej zawarte w podstawie programowej pozostałych przedmiotów: przyrody, biologii, wychowania fizycznego oraz etyki:

II etap edukacyjny

Przyroda

- organizm człowieka - uczeń podaje nazwy układów narządów budujących organizm człowieka: układ kostny, oddechowy, pokarmowy, krwionośny, rozrodczy, wskazuje na planszy główne narządy tych układów: (układ rozrodczy żeński – jajniki, jajowody, macica, pochwa i układ rozrodczy męski – jądra, nasieniowody, prącie); wymienia podstawowe funkcje poznanych układów człowieka; rozpoznaje i nazywa, na podstawie opisu, fotografii lub rysunku, etapy rozwoju człowieka (zarodkowy i płodowy, okres noworodkowy, niemowlęcy, poniemowlęcy, przedszkolny, szkolny, wieku dorosłego, starości); opisuje zmiany zachodzące w organizmach podczas dojrzewania płciowego.

Etyka

1) Cele kształcenia - wymagania ogólne:

- kształtowanie refleksyjnej postawy wobec człowieka, jego natury, powinności moralnych oraz wobec różnych sytuacji życiowych,

- dostrzeganie różnorodności postaw i zachowań ludzi.

2) Treści nauczania - wymagania szczegółowe:

- poznawanie siebie, dostrzeganie cech indywidualnych własnych i najbliższych osób,
- człowiek jako osoba; godność człowieka,
- przyjmowanie odpowiedzialności za siebie.

III etap edukacyjny

Biologia

1) Cele kształcenia – wymagania ogólne:

- znajomość różnorodności biologicznej i podstawowych procesów biologicznych - uczeń opisuje, porządkuje i rozpoznaje organizmy, wyjaśnia zjawiska i procesy biologiczne zachodzące w wybranych organizmach i w środowisku, przedstawia i wyjaśnia zależności między organizmem a środowiskiem, wskazuje ewolucyjne źródła różnorodności biologicznej,
- znajomość uwarunkowań zdrowia człowieka - uczeń analizuje związek pomiędzy własnym postępowaniem a zachowaniem zdrowia (prawidłowa dieta, aktywność ruchowa, badania profilaktyczne) oraz rozpoznaje sytuacje wymagające konsultacji lekarskiej; rozumie znaczenie krwiodawstwa i transplantacji narządów.

2) Treści nauczania – wymagania szczegółowe:

- budowa i funkcjonowanie organizmu człowieka,
- tkanki, narządy, układy narządów - uczeń opisuje hierarchiczną budowę organizmu człowieka (tkanki, narządy, układy narządów); opisuje budowę, funkcje i współdziałanie poszczególnych układów: ruchu, pokarmowego, oddechowego, krążenia, wydalniczego, nerwowego, dokrewnego i rozrodczego,
- rozmnażanie i rozwój - uczeń przedstawia budowę i funkcje narządów płciowych (męskich i żeńskich) oraz rolę gamet w procesie zapłodnienia; opisuje etapy cyklu miesięczkowego kobiety; przedstawia przebieg ciąży i wyjaśnia wpływ różnych czynników na prawidłowy rozwój zarodka i płodu; przedstawia cechy i przebieg fizycznego, psychicznego i społecznego dojrzewania człowieka; przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową,
- stan zdrowia i choroby - uczeń wymienia najważniejsze choroby człowieka wywoływane przez wirusy, bakterie, protisty i pasożyty zwierzęce oraz przedstawia zasady profilaktyki tych chorób; w szczególności przedstawia drogi zakażenia się wirusami HIV, HBV

i HCV oraz HPV, zasady profilaktyki chorób wywoływanych przez te wirusy oraz przewiduje indywidualne i społeczne skutki zakażenia.

Wychowanie fizyczne

1) Cele kształcenia – wymagania ogólne:

- dbałość o sprawność fizyczną, prawidłowy rozwój, zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne oraz zrozumienie związku aktywności fizycznej ze zdrowiem, w szczególności: umiejętność oceny własnej sprawności fizycznej i przebiegu rozwoju fizycznego w okresie dojrzewania.

2) Treści nauczania – wymagania szczegółowe:

- bezpieczna aktywność fizyczna i higiena osobista - uczeń wyjaśnia wymogi higieny wynikające ze zmian zachodzących w organizmie w okresie dojrzewania.

Etyka

1) Cele kształcenia – wymagania ogólne:

- kształtowanie refleksyjnej postawy wobec człowieka, jego natury, powinności moralnych oraz wobec różnych sytuacji życiowych,
- podjęcie odpowiedzialności za siebie i innych oraz za dokonywane wybory moralne; rozstrzygnięcie wątpliwości i problemów moralnych zgodnie z przyjętą hierarchią wartości i dobrem wspólnym.

2) Treści nauczania - wymagania szczegółowe:

- człowiek jako osoba; natura i godność człowieka,
- rola i znaczenie sumienia w ocenie moralnej i dla wewnętrznego rozwoju człowieka,
- główne problemy współczesnej etyki.

IV etap edukacyjny

Biologia zakres rozszerzony

1) Treści nauczania – wymagania szczegółowe:

- wirusy - uczeń wymienia najważniejsze choroby wirusowe człowieka (WZW typu A, B i C, AIDS, zakażenie HPV, grypa, odra, świnka, różyczka, ospa wietrzna, polio, wścieklizna) i określa drogi zakażenia wirusami oraz przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób wirusowych,
- budowa i funkcjonowanie organizmu człowieka,
- hierarchiczna budowa organizmu człowieka (tkanki, narządy, układy narządów) - uczeń przedstawia układy narządów człowieka oraz określa ich podstawowe funkcje, wykazuje

cechy budowy narządów będące ich adaptacją do pełnionych funkcji; przedstawia powiązania strukturalne i funkcjonalne między narządami w obrębie poszczególnych układów oraz między układami,

- homeostaza organizmu człowieka - uczeń określa czynniki wpływające na zaburzenie homeostazy organizmu (stres, szkodliwe substancje, w tym narkotyki, nadużywanie leków i niektórych używek, biologiczne czynniki chorobotwórcze); wymienia przyczyny schorzeń poszczególnych układów (pokarmowy, oddechowy, krwionośny, nerwowy, narządy zmysłów) i przedstawia zasady profilaktyki w tym zakresie,
- układ odpornościowy - uczeń opisuje elementy układu odpornościowego człowieka; przedstawia reakcję odpornościową humoralną i komórkową, swoistą i nieswoistą; opisuje sytuacje, w których występuje niedobór odporności (immunosupresja po przeszczepach, AIDS itd.) i przedstawia związane z tym zagrożenia,
- układ rozrodczy - uczeń charakteryzuje przebieg dojrzewania fizycznego człowieka; przedstawia budowę i funkcje żeńskich i męskich narządów płciowych; analizuje przebieg procesu spermatogenezy i oogenezy; przedstawia przebieg cyklu menstruacyjnego; przedstawia fizjologię zapłodnienia,
- rozwój człowieka - uczeń opisuje metody wykorzystywane w planowaniu rodziny; wyjaśnia istotę badań prenatalnych oraz podaje przykłady sytuacji, w których warto z nich skorzystać; opisuje przebieg kolejnych faz rozwoju zarodka i płodu, z uwzględnieniem roli łożyska, oraz wyjaśnia wpływ różnych czynników na prawidłowy przebieg ciąży; przedstawia etapy ontogenezy człowieka (od narodzin po starość).

Wychowanie fizyczne

1) Cele kształcenia – wymagania ogólne:

- przygotowanie do aktywności fizycznej przez całe życie oraz ochrona i doskonalenie zdrowia własnego oraz innych, w szczególności: stosowanie w życiu codziennym zasad prozdrowotnego stylu życia; umiejętności sprzyjające zapobieganiu chorobom i doskonaleniu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

2) Treści nauczania – wymagania szczegółowe:

- edukacja zdrowotna - uczeń wyjaśnia, na czym polega samobadanie i samokontrola zdrowia oraz dlaczego należy poddawać się badaniom profilaktycznym w okresie całego życia; omawia przyczyny i skutki stereotypów i stygmatyzacji osób chorych psychicznie i dyskryminowanych (np. żyjących z HIV/AIDS).

Etyka zakres podstawowy

1) Cele kształcenia - wymagania ogólne:

- rozwijanie wrażliwości moralnej; umiejętność lepszego poznania siebie i rozwijania własnej tożsamości,
- kształtowanie rozpoznawania wartości moralnych oraz zdolności odróżniania dobra od zła; dokonywanie trafnej oceny moralnej podejmowanych działań w życiu osobistym, w grupie, szkole, społeczności lokalnej; umiejętność dokonywania etycznej analizy i oceny działań, i decyzji własnych i innych w świetle wartości moralnych i tworzenia hierarchii wartości,
- podjęcie samokontroli i pracy nad sobą; przyjmowanie odpowiedzialności za słowa i czyny.

2) Treści nauczania - wymagania szczegółowe:

- etyka a pozostałe dyscypliny filozoficzne i nauki szczegółowe; moralność, etos, prawo, obyczaje i styl życia,
- prawo moralne, imperatyw moralny, w tym prawo naturalne; dekalog jako podstawa życia moralnego; problem relatywizmu moralnego i sposoby jego przewyższania; nienaruszalne prawa istoty ludzkiej,
- wymiar moralny życia człowieka; zdolność rozpoznawania wartości i powszechne dążenie do dobra; świadomość moralna; rola sumienia w prawidłowym rozwoju wewnętrznym; sądy i oceny moralne; przykłady patologii w zakresie świadomości moralnej; problem manipulacji; obecność dobra i zła we współczesnej kulturze.

Ponadto 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, postawy obywatelskiej, poszanowania tradycji i kultury własnego narodu.

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

technika. W ramach tych zajęć uczniowie są zapoznawani ze skutkami zachowań ryzykownych.

Nauczyciele prowadzący, w poszczególnych typach szkół, zajęcia z zakresu wychowania do życia w rodzinie, przekazują pełną i rzetelną wiedzę, dostosowując ją do poziomu rozwoju ucznia. Integrują w ten sposób działania szkoły i rodziców.

Mimo posiadanej wiedzy młodzi ludzie podejmują tego rodzaju zachowania często z braku wielu umiejętności niezbędnych w życiu społecznym, przy jednoczesnym identyfikowaniu z negatywnymi wzorcami kreowanymi przez różne środowiska poza szkołą. W związku z tym w ramach prowadzonych zajęć rozwijane są także ważne umiejętności psychospołeczne tj.: umiejętność nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, opierania się naciskom otoczenia.

Ponadto powyższe treści powinny być uwzględniane w ramach realizowanych w szkołach programów wychowawczych i profilaktyki. Zgodnie z cyt. rozporządzeniem 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, powinni brać udział nauczyciele, uczniowie i ich rodzice. Program wychowawczy uchwała rada rodziców w porozumieniu z radą pedagogiczną. Punktem wyjścia do tworzenia szkolnego programu wychowawczego jest diagnoza problemów wychowawczych występujących w danej szkole.

W przypadku uczniów gimnazjum rozwijanie samodzielności i odpowiedzialności uczniów w procesie poznania może także odbywać się poprzez realizację projektu edukacyjnego. Zgodnie z rozporządzeniem 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 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. Wsparcie w systemie oświaty

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, uczennice w ciąży i młodociane matki mogą być objęte następującymi formami pomocy w szkołach i placówkach systemu oświaty.

1) Zapewnienie pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Jedną z podstawowych form działalności dydaktyczno-wychowawczej szkoły jest organizowanie dla uczniów pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Uczennica w ciąży i młodociana matka powinna mieć zapewnioną adekwatną do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, pomoc psychologiczno-pedagogiczną. Pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielają uczniom nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych oraz specjaliści. Jest ona udzielana także rodzicom uczniów oraz nauczycielom w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń.

Zasady i formy organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach w 2012 r. regulowało rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w *sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* (Dz. U. Nr 228, poz. 1487).

Ponadto profesjonalne wsparcie w rozwiązywaniu problemów edukacyjno-wychowawczych poprzez prowadzenie działań diagnostycznych, terapeutycznych, wydawanie opinii i orzeczeń, a także realizację działań profilaktycznych, oferowane jest w systemie oświaty przez publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Do zadań wyżej wymienionej poradni należy m.in.:

- diagnozowanie dzieci i młodzieży;
- udzielanie pomocy bezpośredniej uczniom oraz rodzicom;
- realizacja zadań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję przedszkola, szkoły i placówki, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktyczno-wychowawczych;
- wspomaganie przedszkoli, szkół i placówek.

Udzielanie bezpośredniej pomocy dzieciom i młodzieży (w tym uczennicom w ciąży, młodocianym matkom i ich rodzicom) oraz rodzicom przez publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne polega w szczególności na:

- prowadzeniu terapii dzieci i młodzieży oraz ich rodzin;
- wspieraniu dzieci i młodzieży wymagających pomocy psychologiczno-pedagogicznej lub pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu oraz w planowaniu kształcenia i kariery zawodowej;
- udzielaniu pomocy rodzicom w rozpoznawaniu potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży oraz w rozwiązywaniu problemów edukacyjnych i wychowawczych.

Zasady udzielania i formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych w 2012 r. regulowało 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, z późn. zm.).

2) Indywidualne nauczanie

Podstawę prawną do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania dla dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły 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 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).

Podstawę do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania stanowi wniosek złożony przez rodziców (prawnych opiekunów) lub pełnoletniej uczennicy do zespołu orzekającego w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (znajdującej się w rejonie szkoły, do której uczęszcza uczennica). Do wniosku musi być załączone zaświadczenie lekarskie, w którym lekarz stwierdzi, że stan zdrowia uczennicy uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły oraz określi okres, na który ma być orzeczone

indywidualne nauczanie. Ważną częścią orzeczenia jest określenie różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej, jakiej należy udzielić uczennicy w szkole lub poradni.

3) Realizacja indywidualnego toku nauki

Warunki udzielania zezwoleń na indywidualny tok nauki określone są 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). Uczennica będąca w ciąży i/lub młodociana matka może skorzystać z indywidualnego toku nauki. Warunkiem jest posiadanie opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej w tej sprawie. Z wnioskiem do dyrektora szkoły o udzielenie zezwolenia na indywidualny tok nauki mogą wystąpić: uczennica, z tym, że niepełnoletnia za zgodą rodziców (prawnych opiekunów), rodzice (prawni opiekunowie) niepełnoletniej uczennicy, wychowawca klasy lub nauczyciel prowadzący zajęcia edukacyjne, których dotyczy wnioski – za zgodą rodziców (prawnych opiekunów) albo pełnoletniej uczennicy.

Realizując indywidualny tok nauki uczennica może uczęszczać na wybrane zajęcia edukacyjne do danej klasy lub do klasy programowo wyższej, w tej lub innej szkole wyższego stopnia albo realizować program w całości lub w części we własnym zakresie. Uczennica realizująca indywidualny tok nauki jest klasyfikowana na podstawie egzaminu klasyfikującego.

4) Spełnianie odpowiednio obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą.

Uczennica w ciąży lub po położeniu może skorzystać również z możliwości stworzonej w przepisie art. 16 ust. 8 i ust. 10-13 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.). Na wniosek rodziców (prawnych opiekunów) lub pełnoletniej uczennicy dyrektor gimnazjum, w obwodzie których uczennica mieszka lub dyrektor szkoły ponadgimnazjalnej, do której uczennica uczęszcza, może zezwolić, w drodze decyzji, na spełnianie przez uczennicę odpowiednio obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą oraz określa warunki jego spełniania. Zezwolenie, o którym mowa powyżej, może być wydane, jeżeli:

- 1) wniosek o wydanie zezwolenia został złożony do dnia 31 maja;
- 2) do wniosku dołączono:

- a) opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej,
- b) oświadczenie rodziców o zapewnieniu uczennicy warunków umożliwiających realizację podstawy programowej obowiązującej na danym etapie kształcenia,
- c) zobowiązanie rodziców do przystępowania w każdym roku szkolnym przez uczennicę spełniającej obowiązek szkolny lub obowiązek nauki do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych.

Uczennica spełniająca obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą otrzymuje świadectwo ukończenia poszczególnych klas danej szkoły po zdaniu egzaminów klasyfikacyjnych z zakresu części podstawy programowej obowiązującej na danym etapie kształcenia, uzgodnionej na dany rok szkolny z dyrektorem szkoły, przeprowadzonych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. *w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania egzaminów i sprawdzianów w szkołach publicznych* (Dz. U. Nr 83, poz. 562, z późn. zm.). Uczennicy takiej nie ustala się oceny zachowania. Roczna i końcowa klasyfikacja uczennicy spełniającej obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą odbywa się zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia. Uczennica spełniająca obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą ma prawo uczestniczyć w szkole w nadobowiązkowych zajęciach pozalekcyjnych, a także ma pełne prawo do korzystania z różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Ten rodzaj wsparcia uczennicy w ciąży stanowi wypełnienie zobowiązania szkoły do udzielenia jej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, wynikającego z przepisu art. 2 ust. 3 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.), który stanowi, iż szkoła ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połóg powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła zobowiązana jest do wyznaczenia dodatkowego terminu egzaminu dogodnego dla uczennicy, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy.

2.2. Świadoma prokreacja

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. *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 z dnia 7 stycznia 1993 r. *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 obejmującą specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i położnictwa - są to dwa rodzaje świadczeń: porada ginekologiczno-położnicza i porada ginekologiczno-położnicza dla dziewcząt. W ramach tych porad jest zapewniana 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 porożu 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 regulują:

- 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.),
- 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.),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1422),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144, z późn. zm.).

Dodatkowo z dniem 19 października 2012 r. weszły w życie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100). Rozporządzenie to było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259). Aktualnie obowiązujące rozporządzenie, analogicznie jak wcześniej obowiązujące, określa standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Standardy uwzględniają wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), osiągnięcia medycyny opartej na dowodach

naukowych oraz doświadczenia polskie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Postanowienia standardów zostały dostosowane do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Rzeczypospolitej Polskiej i prawodawstwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.).

Zgodnie z delegacją ustawową, w nowym rozporządzeniu zmieniony został zakres podmiotów zobowiązanych do jego stosowania. Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. *w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem* obowiązują we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

W myśl art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2013 r. poz. 217) za podmiot wykonujący działalność leczniczą uznaje się podmiot leczniczy (w rozumieniu art. 4 ww. ustawy) oraz praktyki zawodowe (w rozumieniu art. 5 ww. ustawy).

Względem poprzednio obowiązującego rozporządzenia m.in. rozszerzono czynniki ryzyka identyfikowane podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie wywiadu o zakażenie wirusem HIV lub HCV oraz czynniki ryzyka identyfikowane w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania dodano o zakażenie wirusem różyczki. Do planu porodu opieki przedporodowej wprowadzono możliwość zakwalifikowania kobiety ciężarnej do Programu badań prenatalnych, realizowanego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych*.

Doprecyzowane zostały także zapisy związane z karmieniem noworodka i laktacją. Wprowadzono obowiązek obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry”, a także obowiązek przeprowadzenia przez osobę sprawującą opiekę nad rodzącą instruktażu w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi oraz doprecyzowano zasady porady laktacyjnej. Doprecyzowano przepisy dotyczące sposobu przeprowadzenia instruktażu matki i zakresu tego instruktażu oraz obserwacji procesu laktacji i prawidłowości przystawiania noworodka do piersi oraz oceny skuteczności karmienia piersią. Dostosowano też do aktualnie obowiązujących zaleceń zapisy dotyczące resuscytacji noworodka.

2.4. Badania prenatalne

Zgodnie z art. 2 ust. 2a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *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 6 grudnia 2012 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych*, poprzedzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych*. W załączniku do wyżej wymienionego rozporządzenia w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz warunków ich realizacji 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, poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych, poradnictwo i badania genetyczne.

Warto zaznaczyć, że zgodnie z art. 4a pkt 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *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 realizowana jest 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 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa* (Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.),
- ustawa z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2013 r. poz. 182),
- 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. z 2013 r. poz. 135, 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 zasiłek rodzinny, dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka, dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka.

1) zasiłek rodzinny

Zasiłek rodzinny jest świadczeniem podstawowym. W 2012 r. obowiązywały dwie wysokości zasiłku rodzinnego dla poszczególnych grup wiekowych dzieci, co było konsekwencją przypadającej na 2012 r. ustawowej weryfikacji kwot świadczeń rodzinnych, tj.: w okresie styczeń-październik - 68 zł miesięcznie na dziecko do ukończenia przez nie 5. roku życia (następnie po ukończeniu 5. roku życia do 18 roku życia - 91 zł i 98 zł na dziecko w wieku 18-24 lata), a od listopada - 77 zł miesięcznie na dziecko do ukończenia 5. roku życia (po ukończeniu 5. roku życia do 18 roku życia - 106 zł oraz 115 zł na dziecko w wieku 18-23 lata). Podstawowym warunkiem nabycia prawa do zasiłku rodzinnego jest spełnianie kryterium dochodowego, które w okresie styczeń-październik 2012 r. wynosiło 504 zł netto na osobę w rodzinie lub 583 zł netto na osobę w rodzinie, gdy członkiem rodziny jest niepełnosprawne dziecko, a od listopada 2012 r. - w związku z ustawową weryfikacją wysokości kryterium uprawniającego do świadczeń rodzinnych - odpowiednio - 539 zł i 623 zł.

2) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka

Dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka przysługuje w kwocie 1 000 zł jednorazowo.

3) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego

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

Jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. „becikowe”) w kwocie 1 000 zł jednorazowo przysługuje rodzicom dziecka, opiekunowi prawnemu bądź faktycznemu, z tytułu urodzenia się żywego dziecka (w 2012 r. przysługiwała ona niezależnie od wysokości osiąganych przez rodzinę dochodów, a od 1 stycznia 2013 r. warunkiem nabycia do niej prawa jest spełnianie kryterium dochodowego, które wynosi 1 922 zł netto na osobę w rodzinie, co jest konsekwencją zmian w przepisach o świadczeniach rodzinnych wynikających z ustawy z dnia 12 października 2012 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych* - Dz. U. z 2012 r. poz. 1255). Świadczenie wypłacane jest od 9 lutego 2006 r.

jednorazowo, w wysokości 1000 zł, w pierwszym okresie obejmowało ono wszystkie narodziny żywych dzieci poczynszy od 9 listopada 2005 r.

Z dniem 1 listopada 2009 r. - na podstawie art. 15b ust. 5 i 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych* - wszedł w życie obowiązek przedstawienia zaświadczenia lekarskiego lub zaświadczenia wystawionego przez położną o pozostawaniu matki dziecka pod opieką medyczną nie później, niż od 10. tygodnia ciąży do dnia porodu, w celu uzyskania dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka

Zgodnie z ustawą z dnia 5 marca 2010 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 50, poz. 301), dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka, do dnia 31 grudnia 2011 r. przysługiwały po przedstawieniu zaświadczenia lekarskiego lub zaświadczenia wystawionego przez położną, potwierdzającego co najmniej jedno badanie kobiety w okresie ciąży przez lekarza lub położną. Wzór tego zaświadczenia nie został określony przepisami prawa.

Od 1 stycznia 2012 r. osoby występujące o dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka, mają obowiązek dołączania do wniosku o wypłatę dodatku do zasiłku rodzinnego lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka zaświadczenia lekarskiego lub wystawionego przez położną potwierdzającego, że kobieta pozostawała pod opieką medyczną w okresie od 10 tygodnia ciąży do porodu. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. *w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką* (Dz. U. Nr 183, poz. 1234), które weszło w życie 1 stycznia 2012 r., zawarty jest wzór zaświadczenia.

Decyzja o wypłacaniu jednorazowej zapomogi tzw. „becikowego” i wprowadzona regulacja prawna uzależniająca uzyskanie dodatku z tytułu urodzenia dziecka od jak najwcześniej podjętej profilaktyki, była podyktowana koniecznością zachęcania kobiet do wczesnego zgłaszania się pod opiekę medyczną w celu poprawy opieki okołoporodowej. Oczekuje się, że tzw. „becikowe” przyczyni się do zwiększenia świadomości zdrowotnej kobiet, pozwoli na prawidłowy monitoring ciąży i na szybkie podjęcie działań profilaktycznych bądź leczniczych w przypadkach występowania powikłań lub zagrożeń we wczesnej ciąży. Oczekuje się także, że spowoduje to ograniczenie liczby zgonów

okołoporodowych noworodków, a także ich matek, zmniejszenie odsetka wcześniactwa, wad wrodzonych oraz noworodków urodzonych z niską masą urodzeniową. Jak wynika z powyższego, wypłacanie matkom, które od najwcześniejszych tygodni ciąży zgłosiły się pod fachową opiekę medyczną tzw. „becikowego” ma szczególne znaczenie. Stąd też, w przepisach prawnych uzasadniających jej wypłacanie nie uwzględniono żadnych wyjątków.

Słuszność przyjętych założeń i oczekiwań w kwestii poprawy opieki profilaktycznej nad kobietami w ciąży potwierdzają posiadane w Ministerstwie Zdrowia i Ministerstwie Pracy i Pomocy Społecznej dane statystyczne za okres ostatnich 3 lat, dotyczące skuteczności wprowadzonych regulacji prawnych. W okresie tym zdecydowanie zwiększyła się liczba kobiet objętych opieką medyczną od wczesnych okresów ciąży i tak (według informacji Departamentu Świadczeń Rodzinnych w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej):

- w 2011 r. wypłacono 397 894 jednorazowe zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka, co oznacza, że zapomogi wypłacono na ok. 102,4% ogółu urodzonych dzieci (388 416 urodzeń żywych). Było to prawdopodobnie spowodowane tym, że wniosek o wypłatę jednorazowej zapomogi składa się w terminie 12 miesięcy od dnia urodzenia się dziecka lub 12 miesięcy od dnia objęcia dziecka opieką prawną, faktyczną lub z tytułu przysposobienia;
- w 2012 r. wypłacono 373 130 jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka. Według wstępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego, w 2012 r. odnotowano 390 tys. urodzeń żywych (tj. o ok. 1,5 tys. więcej niż w roku 2011), co oznacza, że zapomogi wypłacono na 95,7% ogółu urodzonych dzieci. Ze względu na fakt, że wniosek o wypłatę jednorazowej zapomogi składa się w terminie 12 miesięcy od dnia urodzenia się dziecka lub 12 miesięcy od dnia objęcia dziecka opieką prawną, faktyczną lub z tytułu przysposobienia należy oczekiwać, że liczba wypłaconych jednorazowych zapomóg za ten okres ostatecznie jeszcze wzrośnie.

Tabela nr 4. Liczba jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka w 2011 r. i 2012 r. w podziale terytorialnym

| LP. | WOJEWÓDZTWO | 2011 r. | 2012 r. |
|-----|--------------------|---------|---------|
| 1. | dolnośląskie | 28 014 | 26 603 |
| 2. | kujawsko-pomorskie | 21 010 | 19 832 |
| 3. | lubelskie | 21 341 | 19 701 |
| 4. | lubuskie | 10 584 | 10 086 |
| 5. | łódzkie | 24 401 | 22 727 |
| 6. | małopolskie | 37 181 | 34 755 |

| | | | |
|-----|---------------------|----------------|----------------|
| 7. | mazowieckie | 60 181 | 57 023 |
| 8. | opolskie | 8 805 | 8 552 |
| 9. | podkarpackie | 21 277 | 20 431 |
| 10. | podlaskie | 11 343 | 10 264 |
| 11. | pomorskie | 26 032 | 24 416 |
| 12. | śląskie | 45 697 | 42 390 |
| 13. | świętokrzyskie | 11 522 | 10 823 |
| 14. | warmińsko-mazurskie | 14 944 | 13 269 |
| 15. | wielkopolskie | 38 895 | 37 041 |
| 16. | zachodniopomorskie | 16 667 | 15 217 |
| 17. | POLSKA | 397 894 | 373 130 |

Źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Sprawozdanie rzeczowo-finansowe z wykonywania zadań ze świadczeń rodzinnych*.

Tabela nr 5. Liczba porad udzielonych kobietom w ciąży z uwzględnieniem porad udzielonych po raz pierwszy

| Rok | Porady udzielone kobietom w ciąży | w tym po raz pierwszy | | |
|------|-----------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| | | do 10 tyg. ciąży | do 14 tyg. ciąży | powyżej 14 tyg. ciąży |
| 2007 | 2 245 362 | 206 848 | 134 117 | 161 647 |
| 2008 | 2 206 895 | 227 339 | 135 823 | 167 851 |
| 2009 | 2 365 075 | 240 169 | 122 114 | 160 942 |
| 2010 | 2 223 153 | 263 402 | 111 300 | 136 923 |
| 2011 | 2 146 672 | 260 901 | 125 278 | 168 734 |

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, druk MZ-12 *Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej*

Dane przedstawione w tabeli nr 5 wskazują, że w kolejnych latach wzrasta liczba udzielonych kobietom w ciąży wczesnych porad, tj. porad udzielonych do 10. tygodnia ciąży. W stosunku do całkowitej liczby porad udzielonych kobietom w ciąży, porady wczesne stanowią odpowiednio: 9,21%, 10,30%, 10,15%, 11,8 %, 12,15%.

Tabela nr 6. Urodzenia, zgony, współczynnik umieralności okołoporodowej w latach 2009-2012

| Rok | Urodzenia | | | Zgony niemowląt | | Współczynnik umieralności okołoporodowej (‰) |
|---------|----------------|---------|--------|-----------------|-----------------------|--|
| | ogółem | w tym | | ogółem | w tym w wieku 0-6 dni | |
| | | żywe | martwe | | | |
| 2009 r. | 419 337 | 417 589 | 1 748 | 2 327 | 1 266 | 7,2 |
| 2010 r. | 415 030 | 413 300 | 1 730 | 2 057 | 408 | 6,8 |
| 2011 r. | 390 069 | 388 416 | 1 653 | 1 836 | 943 | 6,7 |
| 2012 r. | 387 878 | 386 257 | 1 621 | 1 791 | 918 | 6,5 |

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Analizując ogólną liczbę urodzeń w latach 2009-2012 a także liczbę udzielonych kobietom w ciąży wczesnych porad, tj. do 10. tygodnia ciąży, można stwierdzić, że liczba tych porad udzielonych w kolejnych latach wzrasta w sposób znaczący i zostało nimi objętych odpowiednio 57,27%, 63,46% i 66,88% dzieci urodzonych w roku 2009, 2010 i 2011. Systematycznie obniża się także współczynnik umieralności okołoporodowej. Jednym z czynników warunkujących ten spadek jest objęcie wczesną opieką medyczną coraz większej liczby kobiet ciężarnych.

Tabela nr 7. Dane dotyczące realizacji programu badań prenatalnych

| L.P. | Rok | Program badań prenatalnych | |
|------|---------|-------------------------------------|-------------------------------|
| | | Wartość wykonanych świadczeń (w zł) | Liczba kobiet objętych opieką |
| 1 | 2009 r. | 22 353 581 | 31 930 |
| 2 | 2010 r. | 25 073 314 | 36 878 |
| 3 | 2011 r. | 32 041 233 | 45 304 |
| 4 | 2012 r. | 28 110 502 | 54 071 |

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Jak wynika z powyższych danych Narodowego Funduszu Zdrowia, w kolejnych latach systematycznie wzrasta również liczba kobiet objętych opieką prenatalną, co świadczy o wczesnym objęciu opieką kobiet w ciąży i o systematycznej poprawie opieki okołoporodowej nad kobietami w ciąży. Skierowanie bowiem kobiety na badania prenatalne poprzedzone jest konsultacjami lekarza ginekologa-położnika i wydawane na podstawie uzyskanych wcześniej wskazań do ich wykonania.

Tabela nr 8. Liczba lekarzy pracujących w ambulatoryjnej, specjalistycznej opiece zdrowotnej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem

| Rok | Opieka nad matką i dzieckiem | | w tym | | | | | |
|------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| | | | pediatryczna | | neonatologiczna | | położniczo-ginekologiczna | |
| | Liczba porad w okresie sprawozdawczym | Lekarze udzielający świadczeń | Liczba porad w okresie sprawozdawczym | Lekarze udzielający świadczeń | Liczba porad w okresie sprawozdawczym | Lekarze udzielający świadczeń | Liczba porad w okresie sprawozdawczym | Lekarze udzielający świadczeń |
| 2007 | 14501552 | 8700 | 1103682 | 719 | 162341 | 412 | 12968205 | 7508 |
| 2008 | 12846721 | 8569 | 975980 | 723 | 159147 | 413 | 11559486 | 7343 |
| 2009 | 12883018 | 8889 | 1167878 | 897 | 165046 | 431 | 11442144 | 7454 |
| 2010 | 12873905 | 9076 | 970006 | 752 | 175080 | 454 | 11585773 | 7781 |

| | | | | | | | | |
|------|----------|------|--------|-----|--------|-----|----------|-------------|
| 2011 | 12527129 | 9408 | 956324 | 816 | 174862 | 476 | 11261546 | 8029 |
|------|----------|------|--------|-----|--------|-----|----------|-------------|

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, *Sprawozdanie MZ-12 o działalności i pracujących w ambulatoryjnej, specjalistycznej opiece zdrowotnej*

Według informacji Krajowego Konsultanta w dziedzinie położnictwa i ginekologii, liczba lekarzy położników-ginekologów oraz położnych pozwala na pełny dostęp do opieki położniczo-ginekologicznej wszystkim polskim kobietom w okresie ciąży, porodu i połogu.

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 (kwoty te zależne są 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, zasiłek pielęgnacyjny oraz świadczenie pielęgnacyjne.

2.5.2 Infrastruktura społeczna na rzecz dziecka i rodziny

Od 4 kwietnia 2011 r. kwestie dotyczące organizacji i funkcjonowania instytucjonalnych form opieki nad małym dzieckiem reguluje ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3*. Celem ustawy jest m.in. jest 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 realizuje od 2011 r. 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 nowych i utrzymania już istniejących miejsc w różnych instytucjach opieki nad małymi dziećmi (żłobek, klub dziecięcy i dzienny opiekun).

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 pieniężnej, rzeczowej i usługowej:

1) świadczenia z pomocy społecznej

Jeżeli dochód kobiet w ciąży nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego, które dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 542 zł, zaś dla osoby w rodzinie - 456 zł, mogą one ubiegać się o przyznanie zasiłku okresowego, zasiłku celowego, w szczególności na zakup żywności, leków, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu. Ponadto, jeśli osoby te są pozbawione schronienia, posiłku i ubrania, mogą wystąpić o ich przyznanie do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ośrodka pomocy społecznej. Jedną z możliwych przyczyn przyznania wyżej wymienionych form pomocy dla kobiet w ciąży i matek samotnie wychowujących dzieci jest bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (dotyczy to zwłaszcza rodzin niepełnych lub wielodzietnych). Świadczenia te finansowane są ze środków własnych gminy, z tym że w przypadku zasiłku okresowego istnieje gwarantowany poziom dofinansowania z budżetu państwa na poziomie minimalnej wysokości tego świadczenia (tj. 50 % różnicy między kryterium dochodowym dla osoby samotnie gospodarującej – 542 zł a dochodem tej osoby albo 50% różnicy między kryterium dochodowym rodziny – liczba osób w rodzinie pomnożona przez 456 zł (kryterium dochodowe dla osoby w rodzinie) a dochodem tej rodziny, przy czym w obydwu przypadkach nie mniej niż 20 zł).

Kobietom w ciąży, których dochód przekracza ustawowe kryterium dochodowe, może być przyznany:

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

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. Gwarantuje ono nie tylko godne warunki bytowe, ale także zadbanie o ich potrzeby psychiczne i duchowe. Schronienia w takim domu może szukać kobieta w ciąży, kobieta lub mężczyzna z małoletnimi dziećmi, która/y doznał(a) przemocy lub znajduje się w sytuacji kryzysowej. Możliwe jest ich przyjęcie bez skierowania w razie zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa, ale o jej dalszym pobycie decyduje starosta na podstawie rodzinnego wywiadu środowiskowego oraz opinii ośrodka pomocy społecznej uzasadniającej pobyt w domu.

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

3) poradnictwo

Poradnictwo specjalistyczne w ramach pomocy społecznej to w szczególności poradnictwo prawne, psychologiczne i rodzinne. Jest ono świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych. W ramach poradnictwa prawnego udziela się informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów. Poradnictwo psychologiczne w pomocy społecznej to proces diagnozowania, profilaktyki i terapii. Natomiast poradnictwo rodzinne obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemy związane z opieką nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną. Rozpoznanie potrzeb w zakresie poradnictwa rodzinnego dokonuje przede wszystkim pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej poprzez wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osób i rodzin. W przypadku zaistnienia takiej potrzeby rodzinom oferuje się przede wszystkim pomoc pedagoga, psychologa, często prawnika. W niektórych

ośrodkach pomocy społecznej funkcjonują zespoły konsultantów, które przejmują pieczę nad rodziną wskazaną przez pracownika socjalnego. Jest to także współpraca z pedagogami szkolnymi, kuratorami społecznymi, lokalnymi organizacjami pozarządowymi zajmującymi się działalnością na rzecz rodzin i dzieci. W powiatach organizowane i prowadzone jest m.in. specjalistyczne poradnictwo rodzinne dla rodzin naturalnych i zastępczych, a także terapia rodzinna.

2.5.4. System wspierania rodziny i pieczy zastępczej

Z dniem 1 stycznia 2012 r. weszła w życie ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*. Istotą rozwiązań ujętych w tej ustawie jest stworzenie spójnego systemu opieki nad dzieckiem i rodziną je wychowującą, jeżeli ma ona trudności w prawidłowym wypełnianiu swoich funkcji, głównie natury opiekuńczo-wychowawczej. Działania podejmowane w ramach tego systemu mają zapewnić rodzinie taką pomoc, aby w jej efekcie wyeliminowane zostało zagrożenie zabrania dziecka z rodziny lub zapewniony został szybki powrót do rodziny dziecka, które z uwagi na jego dobro okresowo musiało zostać umieszczone poza rodziną. Istotna jest w tym rola asystenta rodziny, do zadań którego należy pomoc w przewyciężaniu trudnych sytuacji życiowych rodziny a także rola rodziny wspierającej, której zadaniem jest pomoc rodzinie przeżywającej trudności m.in. w zakresie opieki i wychowania dziecka. Zadania na rzecz wsparcia rodziny (praca z rodziną) realizowane są przede wszystkim przez gminy. Działaniami profilaktycznym, mającym na celu stworzenie dziecku odpowiednich warunków życia w jego środowisku rodzinnym, towarzyszą działania na rzecz doskonalenia i rozwoju różnych form pieczy zastępczej nad dzieckiem. Tym niemniej pobyt dziecka w pieczy zastępczej powinien mieć - o ile to możliwe - charakter okresowy i zmierzać do integracji dziecka z jego rodziną. Wśród instytucji sprawujących pieczę zastępczą nad dzieckiem szczególne miejsce zajmują rodzinne formy, przy jednoczesnych działaniach na rzecz ograniczania roli form instytucjonalnych (głównie placówek opiekuńczo-wychowawczych) w tym zakresie. Działania związane z umieszczeniem dziecka w pieczy zastępczej można uruchomić – poza szczególnymi przypadkami - na podstawie orzeczenia sądu, który decyduje o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej (spokrewnionej; niezawodowej; zawodowej, w tym pełniącej funkcję pogotowia rodzinnego; zawodowej specjalistycznej, rodzinnym domu dziecka) albo w placówce opiekuńczo-wychowawczej (interwencyjnej, socjalizacyjnej, specjalistyczno-terapeutycznej, rodzinnej). Organem odpowiedzialnym za organizację pieczy

zastępczej na szczeblu lokalnym jest powiat (bezpośrednio zadanie to jest realizowane przez organizatora rodzinnej pieczy zastępczej). Z kolei do wyłącznej kompetencji ośrodków adopcyjnych należy m.in. prowadzenie procedur związanych z przysposobieniem dzieci oraz przygotowanie osób zgłaszających gotowość do przysposobienia dzieci, a także zapewnienie pomocy psychologicznej kobietom w ciąży oraz pacjentkom oddziałów ginekologiczno-położniczych, które sygnalizują zamiar pozostawienia dziecka bezpośrednio po jego urodzeniu. Od 1 stycznia 2012 r. ośrodki adopcyjne - jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej - prowadzone są przez marszałków województw (do końca 2011 r. zadania z tym związane realizowane były - jako zadanie własne - przez funkcjonujące na szczeblu powiatowym ośrodki adopcyjno-opiekuńcze). Ponadto na szczeblu samorządu województw funkcjonują interwencyjne ośrodki preadopcyjne, w których umieszcza się dzieci wymagające specjalistycznej opieki, a które w okresie oczekiwania na przysposobienie nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej, a także regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne, gdzie umieszczane są dzieci wymagające szczególnej opieki (specjalistycznej i rehabilitacji), które z tego powodu nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej.

Zgodnie z art. 119¹ ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz. U. z 2012 r. poz. 788, z późn. zm.) rodzice mogą przed sądem opiekuńczym wyrazić zgodę na przysposobienie swego dziecka w przyszłości bez wskazania osoby przysposabiającego. Rodzicom, którzy wyrazili taką zgodę, władza rodzicielska i prawo do kontaktów z dzieckiem nie przysługują. Przepisy o przysposobieniu za zgodą rodziców bez wskazania osoby przysposabiającego stosuje się także, jeżeli jedno z rodziców wyraziło taką zgodę, a zgoda drugiego nie jest do przysposobienia potrzebna, oraz w sytuacji, gdy rodzice przysposobianego są nieznani albo nie żyją, jeżeli sąd opiekuńczy w orzeczeniu o przysposobieniu tak postanowi. Ponadto zgoda rodziców na przysposobienie dziecka nie może być wyrażona wcześniej niż po upływie sześciu tygodni od urodzenia się dziecka.

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*. Ustawa określa działania 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.

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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - *Kodeks pracy*, zwanej 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 § 1 k.p.). Po wykorzystaniu 14 tygodni urlopu macierzyńskiego, pracownica może zrezygnować z pozostałej części urlopu na rzecz pracownika - ojca wychowującego dziecko (art. 180 § 5 k.p.).

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, z późn. zm.) - zarówno pracownicy, jak i pracownikowi-ojcu wychowującemu dziecko przysługuje prawo do dodatkowego urlopu macierzyńskiego (art. 182¹ i art. 182² 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 4 tygodni - w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym

porodzie oraz do 6 tygodni - w przypadku urodzenia dwojga i więcej dzieci przy jednym porodzie. Korzystanie z dodatkowego urlopu macierzyńskiego można łączyć z wykonywaniem pracy w wymiarze nie przekraczającym ½ etatu u pracodawcy udzielającego urlopu.

3) urlop ojcowski

Zgodnie z przepisem art. 182³ k.p. pracownik-ojciec wychowujący dziecko ma prawo skorzystać z urlopu ojcowskiego w wymiarze 2 tygodni. 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.

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 4 tygodni – w przypadku przyjęcia jednego dziecka oraz do 6 tygodni - w przypadku jednoczesnego przyjęcia dwojga i więcej dzieci. Korzystanie z takiego urlopu można łączyć z wykonywaniem pracy w wymiarze nie przekraczającym ½ etatu u pracodawcy udzielającego urlopu.

6) urlop związany z martwym urodzeniem

Zgodnie z art. 180¹ 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. Podstawą przyznania przedmiotowego urlopu jest akt stanu cywilnego (akt urodzenia).

7) urlop wychowawczy

Urlop wychowawczy przysługuje w wymiarze do lat 3 nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 5. roku życia. Aby skorzystać z urlopu wychowawczego pracownik musi posiadać co najmniej 6 miesięczny okres zatrudnienia (art. 186 k.p.). Ponadto, pracownik mający wymagany okres zatrudnienia, może skorzystać także z urlopu wychowawczego w wymiarze do 3 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia, jeżeli z powodu stanu zdrowia potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności dziecko wymaga osobistej opieki pracownika.

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. 186¹ 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. 182¹ § 6, art. 182³ § 3, art. 183 § 1 i § 4 k.p.).

9) inne uprawnienia związane z rodzicielstwem

Kobiet w ciąży nie wolno zatrudniać przy pracach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia (art. 176 k.p.); pracownicy w ciąży nie wolno również 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.).

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.).

Pracownica w ciąży ma prawo do zwolnień od pracy na zalecone przez lekarza badania lekarskie przeprowadzane w związku z ciążą, jeżeli badania te nie mogą być przeprowadzone poza godzinami pracy; za czas nieobecności w pracy z tego powodu pracownica zachowuje prawo do wynagrodzenia (art. 185 § 2 k.p.).

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.).

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. 186⁷ k.p.).

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.

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. 183², art. 186⁴, art. 182³ § 3 k.p.).

Ponadto, zgodnie z ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*, zasiłek macierzyński przysługuje przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, okres dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, a także okres urlopu ojcowskiego.

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 przerywaniem 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 procent uczniów uczęszczających na zajęcia edukacyjne *Wychowania do życia w rodzinie* w pierwszym semestrze roku szkolnego 2012/2013 wahał się od 37% w liceach ogólnokształcących (rok wcześniej było to 36%) do 72,95% w szkołach podstawowych (rok wcześniej 71%) i 75,17% w gimnazjach (rok wcześniej 74%). Jest jednak możliwe, że uczniowie nieujęci w tej statystyce będą mieli zajęcia w drugim semestrze (Tabela 9).

Tabela nr 9. Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych *Wychowanie do życia w rodzinie* (dane SIO na rok szkolny 2012/2013 – stan na dzień 30 września 2012 r. v.1)²

| Kod szkoły wg S1 SIO | Typ szkoły | Klasa | Liczba uczniów uczęszczających na zajęcia edukacyjne "wychowanie do życia w rodzinie" | Liczba uczniów ogółem | Wskaźnik procentowy |
|----------------------|----------------------------|--------------|---|-----------------------|---------------------|
| 3,21 | Szkoła podstawowa | Klasa V | 250 348 | 353 565 | 70,81% |
| | | Klasa VI | 271 258 | 361 492 | 75,04% |
| | | Razem | 521 606 | 715 057 | 72,95% |
| 4 | Gimnazjum | Klasa I | 294 648 | 379 161 | 77,71% |
| | | Klasa II | 295 105 | 386 051 | 76,44% |
| | | Klasa III | 278 652 | 390 117 | 71,43% |
| | | Razem | 868 405 | 1 155 329 | 75,17% |
| 13 | Zasadnicza szkoła zawodowa | Klasa I | 42 716 | 76 273 | 56,00% |
| | | Klasa II | 35 597 | 74 316 | 47,90% |
| | | Klasa III | 16 068 | 46 229 | 34,76% |
| | | Razem | 94 381 | 196 818 | 47,95% |
| 14 | Liceum ogólnokształcące | Klasa I | 90 414 | 187 547 | 48,21% |

² Wyłączono szkoły podstawowe i gimnazja, dla których niepełnosprawność dominująca to upośledzenie w stopniu umiarkowanym i znacznym.

| | | | | | |
|--------------|--|--------------|----------------|------------------|---------------|
| | | Klasa II | 66 218 | 190 899 | 34,69% |
| | | Klasa III | 57 166 | 199 400 | 28,67% |
| | | Razem | 213 798 | 577 846 | 37,00% |
| 15 | Liceum profilowane | Klasa II | 2 937 | 6 455 | 45,50% |
| | | Klasa III | 3 282 | 8 292 | 39,58% |
| | | Razem | 6 219 | 14 747 | 42,17% |
| 16 | Technikum | Klasa I | 87 162 | 148 994 | 58,50% |
| | | Klasa II | 62 482 | 128 109 | 48,77% |
| | | Klasa III | 54 259 | 121 871 | 44,52% |
| | | Razem | 203 903 | 398 974 | 51,11% |
| 13-16 | Szkoły ponadgimnazjalne razem | Klasa I | 220 292 | 412 814 | 53,36% |
| | | Klasa II | 167 234 | 399 779 | 41,83% |
| | | Klasa III | 130 775 | 375 792 | 34,80% |
| | | Razem | 518 301 | 1 188 385 | 43,61% |

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej

W podejmowaniu działań związanych z realizacją zajęć *Wychowanie do życia w rodzinie* szkoły wspierane są między innymi przez Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE) – jednostkę podległą Ministrowi Edukacji Narodowej. W ramach działalności ORE:

- 1) udostępniono w **Internetowym Systemie Edukacyjnym (ISE)** (zakładka *Formy doskonalenia*) informacje o formach doskonalenia dla nauczycieli wychowanie do życia w rodzinie organizowanych przez wojewódzkie, powiatowe i miejskie placówki doskonalenia <http://www.ise.ore.edu.pl>;
- 2) udostępniono w Internetowym Systemie Edukacyjnym (ISE) (zakładka *Studia dla nauczycieli*) informacje o studiach podyplomowych dla nauczycieli, nadające kwalifikacje do nauczania przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie, organizowane przez uczelnie wyższe <http://www.ise.ore.edu.pl>;
- 3) przygotowano następujące materiały edukacyjne:
 - opublikowano, w ramach projektu Wdrażanie podstawy programowej - konkurs na programy nauczania – na stronie internetowej ORE program nauczania *Wychowanie do życia w rodzinie*. Program zajęć edukacyjnych dla II, III i IV etapu edukacyjnego <http://www.ore.edu.pl/s/269> (17 594 pobrań),
 - udostępniano na Portalu Scholaris materiały edukacyjne dotyczące przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie* (scenariusze lekcji, karty pracy ucznia, poradniki, programy nauczania) – wybrane zasoby: „Równa szkoła – edukacja wolna od dyskryminacji”, „Jak dojrzeć i nie zwariować”, „Mężczyźni na rzecz zmiany”, „Odmienność płci – urokiem i wzajemnym uzupełnianie się”, „Wychowanie do życia w rodzinie”, „Scenariusze zajęć wychowania dożycia w rodzinie dla klasy V szkoły

podstawowej”, „Ślepa na płeć - równość po polsku. Raport krytyczny”, „Wokół tajemnicy mojego początku”, „Wychowanie do życia w rodzinie - program nauczania dla II, III, IV etapu edukacyjnego”;

- 4) udostępniono wybrane przykłady **działań bibliotek pedagogicznych** w zakresie przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie*:
- hasło *Wychowanie do życia w rodzinie* w portalu WikiEduLinki przygotowywanym przez Dolnośląską Bibliotekę Pedagogiczną we Wrocławiu we współpracy z 25 bibliotekami pedagogicznymi w kraju. WikiEduLinki są projektem zainicjowanym przez Dolnośląską Bibliotekę Pedagogiczną we Wrocławiu i przez nią koordynowanym. Prace nad bazą rozpoczęły się w 2002 r. i są na bieżąco aktualizowane. WikiEduLinki są przedsięwzięciem polegającym na wyszukiwaniu, indeksowaniu oraz adnotowaniu adresów stron internetowych, związanych tematycznie z szeroko rozumianą edukacją. Obecnie baza składa się z ok. 210 haseł;
 - hasło *Wychowanie do życia w rodzinie* dostępne w bazach bibliograficznych bibliotek pedagogicznych (dostęp on-line), np. *Baza Edukacja* w Dolnośląskiej Bibliotece Pedagogicznej we Wrocławiu;
 - zestawienia bibliograficzne literatury dotyczącej przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie* np. *Wychowanie do życia w rodzinie – zbiory multimedialne – zbiory multimedialne Pedagogicznej Biblioteki Wojewódzkiej w Bielsku Białej*;
 - nabytki za poszczególne lata realizowania przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie* Biblioteki Pedagogicznej w Siedlcach.

Ponadto w 2012 r. Ośrodek Rozwoju Edukacji:

- 1) prowadził szkolenie dla psychologów i pedagogów Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapii (MOS) i Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych (MOW) pn.: „Pomoc dziecku z zaburzeniami emocjonalnymi w warunkach MOS i MOW” (6 godz. warsztatów w dniach 10-11 maja 2012 r.), we współpracy z Grupą Edukatorów Seksualnych PONTON. Celem warsztatów było poszerzenie wiedzy z zakresu edukacji seksualnej, zasad świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, metod i środków świadomej prokreacji oraz nabycie umiejętności poruszania trudnych tematów z młodzieżą. W szkoleniu uczestniczyło 56 psychologów i pedagogów MOS i MOW.

- 2) zorganizował i przeprowadził naradę roboczą dyrektorów Młodzieżowych Ośrodków (w dniach 6-7.09.2012 r.). Celem narady było zaprezentowanie niektórych programów realizowanych w MOW dla dziewcząt na rzecz poszerzenia wiedzy o życiu seksualnym człowieka, zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życiu w fazie prenatalnej, metodach i środkach świadomej prokreacji. Podczas narady dokonano prezentacji założeń programu „Kiedy zostanę mamą będę kochać nad życie” oraz doświadczeń z jego wdrażania, przedstawiono także doświadczenia z realizacji w MOW Cerekwica programu „Kiedy zostanę mamą będę kochać nad życie” oraz z realizacji w MOW w Kwidzynie programu „Dobra mama”.

3.1.2. Doksztalcanie i doskonalenie nauczycieli

Ważnym działaniem wspierającym szkoły w realizacji zajęć *Wychowanie do życia w rodzinie* jest kształcenie i doskonalenie zawodowe nauczycieli.

Kształcenie nauczycieli prowadzone jest:

- w szkołach wyższych z uwzględnieniem standardów kształcenia nauczycieli, tj. od roku akademickiego 2012/2013 przepisów rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w *sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela* (Dz. U. poz. 131),
- w zakładach kształcenia nauczycieli, na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 czerwca 2006 r. w *sprawie standardów kształcenia nauczycieli w kolegiach nauczycielskich i nauczycielskich kolegiach języków obcych* (Dz. U. Nr 128, poz. 897).

Kwestie kwalifikacji wymaganych od nauczycieli określono przepisami ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – *Karta Nauczyciela* (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 marca 2009 r. w *sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli* (Dz. U. Nr 50, poz. 400, z późn. zm.). Zgodnie z przepisami § 2-4 ww. rozporządzenia kwalifikacje do nauczania przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie* w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych posiada osoba, która ukończyła:

- 1) studia magisterskie na kierunku (specjalności) zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub

- 2) studia magisterskie na kierunku, którego zakres określony w standardzie kształcenia dla tego kierunku studiów w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmuje treści nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub
- 3) studia magisterskie na kierunku (specjalności) innym niż wymieniony w pkt 1 i 2, a ponadto ukończyła studia podyplomowe w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

Ponadto kwalifikacje do nauczania przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie* w szkołach podstawowych i gimnazjach posiada również osoba, która ukończyła:

- 1) studia pierwszego stopnia na kierunku (specjalności) zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub
- 2) studia pierwszego stopnia na kierunku, którego zakres określony w standardzie kształcenia dla tego kierunku studiów w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmuje treści nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub
- 3) studia pierwszego stopnia na kierunku (specjalności) innym niż wymieniony w pkt 1 i 2, a ponadto ukończyła studia podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

Kwalifikacje do nauczania przedmiotu *Wychowanie do życia w rodzinie* w szkołach podstawowych posiada również osoba, która ukończyła:

- 1) zakład kształcenia nauczycieli w specjalności odpowiadającej nauczalnemu przedmiotowi lub prowadzonym zajęciami, lub
- 2) zakład kształcenia nauczycieli w specjalności innej niż wymieniona w pkt 1, a ponadto ukończyła kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć.

Stosownie do przepisów wydanych na podstawie art. 78 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.), zauważyć należy, że wyłącznie czynni zawodowo nauczyciele szkół podstawowych i gimnazjów mogą uzyskać kwalifikacje do nauczania tego przedmiotu poprzez ukończenie kursu kwalifikacyjnego. Kursy kwalifikacyjne mogą być prowadzone przez placówki doskonalenia nauczycieli oraz przez zakłady kształcenia nauczycieli po uzyskaniu zgody organu sprawującego nad nimi nadzór pedagogiczny (zgoda kuratora oświaty w przypadku

placówek doskonalenia nauczycieli, a ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania w przypadku zakładów kształcenia nauczycieli).

Tabela nr 10. Wykaz studiów podyplomowych dla nauczycieli zajęć *Wychowanie do życia w rodzinie* organizowanych w roku szkolnym 2012/2013

| 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. | POZNAŃ | UNIwersytet IM. ADAMA MICKIEWICZA | wychowanie seksualne | studia podyplomowe - dodatkowa specjalność |
| 8. | WARSZAWA | UNIwersytet WARSZAWSKI | wychowanie seksualne | studia podyplomowe - dodatkowa specjalność |
| 9. | WŁOCŁAWEK | WYŻSZA SZKOŁA HUMANISTYCZNO- EKONOMICZNA | wychowanie do życia w rodzinie | studia podyplomowe - dodatkowa specjalność |
| 10. | PŁOCK | PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA W PŁOCKU | wychowanie do życia w rodzinie | studia podyplomowe - dodatkowa specjalność |
| 11. | Szczecin | Szczecińska Szkoła Wyższa Collegium Balticum | wychowanie do życia w rodzinie | studia podyplomowe - dodatkowa specjalność |
| 12. | LESZNO | Wyższa Szkoła Humanistyczna im. Króla Stanisława Leszczyńskiego | wychowanie do życia w rodzinie | studia podyplomowe - dodatkowa specjalność |
| 13. | TORUŃ | UNIwersytet MIKOŁAJA KOPERNIKA | wychowanie do życia w rodzinie | studia licencjackie |
| 14. | WROCLAW | UNIwersytet WROCLAWSKI | wychowanie do życia w rodzinie | studia podyplomowe - dodatkowa specjalność |

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej, dane na podstawie informacji z Internetowego Systemu Edukacyjnego (ISE), który jest dostępny na stronie ORE, link: http://www.ore.edu.pl/index.php?option=com_ise&view=ise/

Tabela nr 11. Formy doskonalenia dla nauczycieli zajęć *Wychowanie do życia w rodzinie* organizowanych w roku szkolnym 2012/2013

| Lp. | Miejscowość | Ośrodek | Przedmiot kształcenia | Rodzaj |
|-----|---------------------|---|--|---------------------|
| 1. | BIAŁYSTOK | CENTRUM EDUKACJI NAUCZYCIELI | wychowanie, wychowanie do życia w rodzinie | kurs doskonalący |
| 2. | BIAŁYSTOK | CENTRUM EDUKACJI NAUCZYCIELI | wychowanie seksualne | kurs doskonalący |
| 3. | LESZNO | CENTRUM DOSKONALENIA NAUCZYCIELI | wychowanie seksualne | warsztaty |
| 4. | LESZNO | CENTRUM DOSKONALENIA NAUCZYCIELI | wychowanie przedszkolne, wychowanie seksualne | warsztaty |
| 5. | KALISZ | Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli | wychowanie do życia w rodzinie | warsztaty |
| 6. | KIELCE | Świętokrzyskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli | wychowanie do życia w rodzinie | kurs kwalifikacyjny |
| 7. | GORZÓW WIELKOPOLSKI | WOJEWÓDZKI OŚRODEK METODYCZNY | wychowanie do życia w rodzinie | warsztaty |
| 8. | GORZÓW WIELKOPOLSKI | WOJEWÓDZKI OŚRODEK METODYCZNY | wychowanie do życia w rodzinie, wychowanie seksualne | warsztaty |
| 9. | GDAŃSK | CENTRUM EDUKACJI NAUCZYCIELI | wychowanie do życia w rodzinie | kurs kwalifikacyjny |
| 10. | SIERADZ | WOJEWÓDZKI OŚRODEK DOSKONALENIA NAUCZYCIELI | wychowanie do życia w rodzinie | kurs kwalifikacyjny |
| 11. | LUBLIN | Lubelskie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Lublinie | wychowanie do życia w rodzinie | kurs kwalifikacyjny |
| 12. | KRAKÓW | Małopolskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli | wychowanie do życia w rodzinie | kurs kwalifikacyjny |
| 13. | SUWAŁKI | Suwałski Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli | wychowanie do życia w rodzinie | kurs kwalifikacyjny |
| 14. | KATOWICE | Regionalny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli „WOM” | wychowanie do życia w rodzinie | kurs kwalifikacyjny |
| 15. | KATOWICE | Regionalny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli „WOM” | metodyka nauczania, wychowanie do życia w rodzinie | kurs doskonalący |

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej, dane na podstawie informacji z Internetowego Systemu Edukacyjnego (ISE), który jest dostępny na stronie ORE, link: http://www.ore.edu.pl/index.php?option=com_ise&view=ise/

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.

Co do zasady, dostępne w Rzeczypospolitej Polskiej leki antykoncepcyjne nie są finansowane ze środków publicznych. Jednakże, zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2012 r. w *sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2012 r.*, (tj. ostatnim wykazem refundacyjnym wydanym w 2012 r.), objęte refundacją w 2012 r. były m.in. następujące leki, które mają również działanie antykoncepcyjne:

- Levomine,

- Microgynon 21,
- Rigevidon,
- Stediril 30.

Wskazane powyżej leki umieszczone zostały w grupie limitowej „Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron”. Preparaty te dostępne są przy poziomie odpłatności 30%, we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji. Najtańsze z ww. leków to Microgynon 21, 63 tabl., oraz Stediril 30, 21 tabl., dostępne dla pacjentek, na dzień 1 listopada 2012 r. za dopłatą 7,05 zł oraz 2,84 zł odpowiednio.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że na polskim rynku dostępny jest, obok preparatów refundowanych, również szeroki wachlarz hormonalnych środków antykoncepcyjnych w postaci nowoczesnych tabletek doustnych o różnym składzie i zawartości hormonów, w tym również środki hormonalne stosowane „po stosunku” zawierające lewonorgestrel (Escapelle) jak i nowoczesne systemy transdermalne, które nie są objęte refundacją. W związku z powyższym ceny tych środków różnią się między poszczególnymi podmiotami na rynku sprzedaży detalicznej. Dodatkowo bez recepty dostępne są m.in. środki plemnikobójcze w postaci globulek dopochwowych oraz prezerwatywy.

Ponadto, przez Narodowy Fundusz Zdrowia finansowane jest również wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej. W załączniku nr 5a do *zarządzenia z dnia 7 listopada 2012 r. nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Fundusz Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna* zastała umieszczona procedura wprowadzenia wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej w zakresie świadczeń ginekologii dla dziewcząt, położnictwa i ginekologii, leczenia AIDS oraz endokrynologii.

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 szpitalne.

Tabela nr 12. 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 2012 r. według województw

| Kod oddziału wojewódzkiego NFZ | Nazwa oddziału wojewódzkiego NFZ | Wartość zrealizowanych świadczeń - 2012 rok |
|--------------------------------|----------------------------------|---|
| 1 | DOLNOŚLĄSKI | 77 681 136 zł |
| 2 | KUJAWSKO-POMORSKI | 61 729 887 zł |
| 3 | LUBELSKI | 68 415 308 zł |
| 4 | LUBUSKI | 27 502 748 zł |
| 5 | ŁÓDZKI | 0 026 341 zł |
| 6 | MAŁOPOLSKI | 92 253 002 zł |
| 7 | MAZOWIECKI | 155 727 156 zł |
| 8 | OPOLSKI | 25 721 904 zł |
| 9 | PODKARPACKI | 56 838 600 zł |
| 10 | PODLASKI | 29 475 524 zł |
| 11 | POMORSKI | 58 965 300 zł |
| 12 | ŚLĄSKI | 105 886 257 zł |
| 13 | ŚWIĘTOKRZYSKI | 34688 460 zł |
| 14 | WARMIŃSKO-MAZURSKI | 40 195 997 zł |
| 15 | WIELKOPOLSKI | 112 936 512 zł |
| 16 | ZACHODNIOPOMORSKI | 40 696 448 zł |
| Suma | | 1 068 740 580 zł |

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Zgodnie z danymi zawartymi w 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 1 068 740 580 zł – dla porównania w 2010 r. było to 1 075 174 784 zł, a w 2011 r. 1 037 766 766 zł.

Tabela 13. Liczba porodów w poszczególnych grupach w 2012 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 | 21 817 | 406 | 4 191 | 722 | 11 | 27 147 |
| 2 | KUJAWSKO-POMORSKI | 17 533 | 678 | 1 195 | 735 | 6 | 20 147 |
| 3 | LUBELSKI | 14 583 | 323 | 4 098 | 721 | 1 | 47 294 |
| 4 | LUBUSKI | 8 945 | 228 | 674 | 173 | 0 | 10 020 |
| 5 | ŁÓDZKI | 17 224 | 803 | 4 243 | 708 | 1 | 22 979 |
| 6 | MAŁOPOLSKI | 29 139 | 778 | 5 254 | 373 | 1 | 35 545 |
| 7 | MAZOWIECKI | 48 572 | 1 333 | 6 970 | 1 014 | 31 | 57 920 |
| 8 | OPOLSKI | 6 835 | 215 | 1 557 | 144 | 2 | 8 753 |
| 9 | PODKARPACKI | 17 835 | 434 | 2 075 | 188 | 2 | 20 534 |
| 10 | PODLASKI | 9 472 | 347 | 1 086 | 164 | 0 | 11 069 |
| 11 | POMORSKI | 20 705 | 617 | 2 377 | 429 | 0 | 24 128 |
| 12 | ŚLĄSKI | 39 058 | 727 | 3 477 | 592 | 12 | 43 866 |
| 13 | ŚWIĘTOKRZYSKI | 7 647 | 229 | 2 479 | 235 | 4 | 10 594 |
| 14 | WARMIŃSKO-MAZURSKI | 12 487 | 204 | 982 | 429 | 3 | 14 105 |
| 15 | WIELKOPOLSKI | 30 971 | 698 | 5 698 | 617 | 26 | 38 010 |
| 16 | ZACHODNIOPOMORSKI | 14 838 | 409 | 313 | 194 | 16 | 15 770 |
| Suma | | 317 661 | 8 429 | 46 669 | 7 438 | 116 | 380 313 |

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela nr 14. Liczba porodów, które zakończyły się cięciem cesarskim w 2012 r. według województw

| kod oddziału wojewódzkiego NFZ | nazwa oddziału wojewódzkiego NFZ | Liczba cięć cesarskich |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| 1 | DOLNOŚLĄSKI | 11 152 |
| 2 | KUJAWSKO-POMORSKI | 5 844 |
| 3 | LUBELSKI | 7 743 |
| 4 | LUBUSKI | 3 705 |
| 5 | ŁÓDZKI | 10 071 |
| 6 | MAŁOPOLSKI | 13 801 |
| 7 | MAZOWIECKI | 20 666 |
| 8 | OPOLSKI | 3 162 |
| 9 | PODKARPACKI | 9 414 |
| 10 | PODLASKI | 4 728 |
| 11 | POMORSKI | 6 782 |
| 12 | ŚLĄSKI | 16 684 |
| 13 | ŚWIĘTOKRZYSKI | 4 378 |
| 14 | WARMIŃSKO- | 5 316 |

| | | |
|-------------|-------------------|----------------|
| | MAZURSKI | |
| 15 | WIELKOPOLSKI | 12 219 |
| 16 | ZACHODNIOPOMORSKI | 6 423 |
| Suma | | 142 088 |

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

W 2012 r. na 380 313 porodów wykonano 142 088 cięć cesarskich, co stanowi około 37%, a więc ponad 1/3 dzieci urodzonych w 2012 r. przyszła na świat drogą operacji cięcia cesarskiego. Dla porównania w 2010 r. 134 780 porodów zakończyło się cięciem cesarskim, a w 2011 r. było to 135 320 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, natomiast 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 2012 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 zastosowanie diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej co 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, a w niektórych przypadkach ma na celu ratowanie życia.

Głównymi zadaniami programu są: zabiegi wewnątrzmaciczne na płodzie, badania USG kwalifikujące do zabiegu oraz badania ECHO płodu.

W 2012 r. na realizację programu wydatkowano środki finansowe w wysokości 916.382,81 zł.

2) Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012–2016 – w zakresie zadań za 2012 r.

Programem leczenia antyretrowirusowego objęte są wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne, których możliwość objęcia programem nie pozostaje w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym kobiety ciężarne zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami.

Celem programu było ograniczenie skutków epidemii 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 indywidualnie na ich potrzeby przez ośrodek referencyjny leczenia dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS. Kalendarz szczepień dla dzieci HIV(+) jest stale modyfikowany, zgodnie z postęпами wiedzy medycznej i zmianami sytuacji epidemiologicznej.

W 2012 r. na realizację programu wydatkowano środki finansowe w wysokości – 265.368.413,52 zł.

Z informacji uzyskanych od Krajowego Centrum ds. AIDS wynika, iż na dzień 31 grudnia 2012 r. wśród wszystkich osób objętych leczeniem objęto leczeniem ARV m.in. 78 kobiet ciężarnych oraz 118 dzieci (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS.

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:

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

Podstawą prawną podejmowanych w tym obszarze 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). W 2012 r. zadania w ramach Programu były realizowane zgodnie z „Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanym na lata 2012 - 2016”.

W 2012 r. były realizowane między innymi przez Krajowe Centrum ds. AIDS następujące zadania:

1) profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych matka – dziecko

W 2012 r. leczeniem ARV zostało objętych 78 kobiet ciężarnych zakażonych HIV (miały miejsce 52 porody). Leki antyretrowirusowe otrzymały 52 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).

2) 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.

3) internetowa Poradnia ds. 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.

4) telefon informacyjny

W Krajowym Centrum ds. AIDS działa *Telefon informacyjny* (022 331 77 66) – czynny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Centrum. Umożliwia on uzyskanie informacji z zakresu HIV/AIDS osobom kontaktującym się z Centrum.

5) telefon zaufania HIV/AIDS

Program Telefon Zaufania AIDS jest profilaktycznym programem ogólnopolskim, skierowanym do populacji generalnej, adresowanym do wszystkich osób zainteresowanych problematyką HIV/AIDS.

6) informacja bezpośrednia

Pracownicy Centrum służyli konsultacjami oraz materiałami edukacyjnymi z zakresu HIV/AIDS na swoim stoisku w czasie pikniku „*Zdrowe Mazowsze*”, organizowanym dwukrotnie w 2012 r., we współpracy z Forum Zdrowia powołanym przy Wydziale Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego.

7) patronaty

Krajowe Centrum ds. AIDS udziela swojego patronatu przedsięwzięciom istotnym z punktu widzenia tematyki zapobiegania HIV/AIDS oraz pomocy osobom żyjącym z HIV i chorym na AIDS. W 2012 r. Centrum udzieliło swojego patronatu oraz zapewniło pomoc merytoryczną i bezpłatne materiały edukacyjne sześciu działaniom z zakresu profilaktyki HIV/AIDS, bezpośrednio angażującym młodzież i do niej skierowanym.

8) kampania „Zrób test na HIV”

Na początku 2012 roku Krajowe Centrum ds. AIDS zakończyło realizację kampanii „Zrób test na HIV”. Kampania koncentrowała się na promowaniu wykonywania w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) testów, które są anonimowe, bezpłatne oraz połączone z poradnictwem okołotestowym. W materiałach informacyjnych Centrum podkreślało, 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.

9) kampania „Fair Play”

W związku ze współorganizacją przez Polskę turnieju finałowego 14. Mistrzostw Europy w piłce nożnej UEFA Euro 2012, Krajowe Centrum ds. AIDS przeprowadziło kampanię społeczną dotyczącą profilaktyki zakażeń HIV pt. „Fair Play”. Kampania obejmowała kompleks działań reklamowych w mediach audiowizualnych i drukowanych oraz wydarzenia i rozwiązania z zakresu PR służące skłonieniu jak największej liczby osób do zmiany postaw – uprawiania bezpieczniejszego seksu, co w dużej mierze zapobiega rozprzestrzenianiu się HIV.

10) dystrybucja publikacji:

- *Jak zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV w praktyce pielęgniarstwa - poradnik dla pielęgniarek i położnych* - w profilaktyce HIV i AIDS pielęgniarki i położne pełnią ważną rolę, publikacja ta służy poszerzeniu ich warsztatu,
- *Kobieta, sex, zdrowie* - ulotka skierowana do kobiet, które nie rozpoczęły jeszcze życia seksualnego, tych które są aktywne seksualnie oraz tych które planują macierzyństwo bądź są w ciąży,
- *Ulotka dla kobiet HIV+ pragnących mieć dziecko* - broszura zawiera informacje i porady dotyczące planowania macierzyństwa dla kobiet zakażonych HIV i ich najbliższych,
- *Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz* - broszura skierowana do ogółu społeczeństwa obala mity związane z zakażeniem, przypomina, jakie zachowania niosą ze sobą ryzyko, a w jakich sytuacjach nie dochodzi do zakażenia wirusem,
- *Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową. Edukacja młodzieży szkolnej* - podręcznik opracowany przez Światową Organizację Zdrowia, został zaaprobowany przez Ministerstwo Edukacji do użytku przez osoby edukujące młodzież na temat zapobiegania zakażeniom HIV i chorobom przenoszonym drogą płciową (elektroniczny podręcznik dla edukatorów).

11) 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.

12) szkolenie dla doradców Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych

Przygotowanie kadry doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w punktach anonimowego i bezpłatnego testowania. Uczestnicy, po zdanym egzaminie, otrzymują certyfikat doradcy uprawniający do prowadzenia poradnictwa w zakresie HIV/AIDS.

13) 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 pielęgniarek i położnych (dla których został przygotowany kurs pt.: „Problematyka HIV/AIDS w praktyce pielęgniarskiej”).

14) broszura on-line

Krajowe Centrum ds. AIDS, nieodpłatnie korzysta z innowacyjnego serwisu internetowego „Broszura Online” stworzonego przez IDS Medical Services Poland Sp. z o.o.. „Broszura Online” to serwis internetowy, który ma na celu dotarcie z materiałami edukacyjnymi bezpośrednio do lekarzy, którzy następnie prześlą je swoim pacjentom. Lekarz po zarejestrowaniu na stronie www.broszura-ids.pl i złożeniu zamówienia oczekuje jeden dzień roboczy na skompletowanie i wysyłkę materiałów przez zespół obsługujący serwis.

W 2012 r. Krajowe Centrum ds. AIDS przekazało do zamieszczenia w serwisie Broszura Online ulotkę informacyjno-edukacyjną skierowaną do kobiet pt. „Kobieta, sex, zdrowie” (2.500 szt.).

15) portal edukacyjny dla pacjentów

Portal edukacyjny www.edukacja-pacjentow.pl został stworzony przez IDS Medical Services Poland Sp. z o.o. z myślą o pacjentach (współpraca odbywa się nieodpłatnie).

W portalu zamieszczone są materiały informacyjne, broszury itp. Po kliknięciu w wybrany materiał użytkownik zostanie przeniesiony na podstronę właściciela broszury, gdzie znajduje się krótki opis broszury i problemu, którego dotyczy broszura. W ramach niniejszego portalu Krajowe Centrum ds. AIDS zmieściło informację dla kobiet - jako materiał wyjściowy posłużyła ulotka „Kobieta, sex, zdrowie”. Na podstronie został zamieszczony film video i linki do strony www.aids.gov.pl.

16) punkty konsultacyjno-diagnostyczne (PKD)

W 2012 roku funkcjonowało 31 punktów konsultacyjno–diagnostycznych (PKD) wykonujących anonimowo i bezpłatnie badanie w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym.

Podstawowym zadaniem realizowanym w punktach jest wykonywanie bezpłatnie i anonimowo testów na obecność HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi 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 zakażyć się wirusem. Natomiast jeśli wynik jest dodatni, doradca rozmawia o możliwościach leczenia i pomocy.

Sieć punktów anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku zakażenia HIV tworzona od kilku lat obejmuje obecnie wszystkie województwa.

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 2012 r. następujące działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w kontekście zdrowia kobiet w ciąży i matek z dziećmi:

- 1) prowadzono internetową stronę edukacyjną www.ciazabezalkoholu.pl;
- 2) we współpracy z Mazowieckim Urzędem Wojewódzkim zrealizowano szkolenie dla lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych oraz pracowników oświaty dotyczące rozpoznawania i pomocy dzieciom z Alkoholowym Zespołem Płodowym (FAS).

W zajęciach wykładowo-seminaryjnych w dniu 14 września 2012 r. uczestniczyło ok. 70 osób. Uczestnicy otrzymali także materiały informacyjne dotyczące problematyki FAS;

- 3) w porozumieniu z Fundacją MEDERI współorganizowano IX. konferencję naukową dotyczącą zaniedbywania dzieci jako najczęstszej formy krzywdzenia dzieci, cięż młodościanych, czynników ryzyka w ciąży, Alkoholowego Zespołu Płodowego, Alkoholowego Efektu Płodowego (FAE). Konferencja odbyła się w dniu 23 listopada 2012 r. w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Podczas konferencji zaprezentowano dwa wystąpienia w zakresie szkód wynikających ze spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży i wynikających z nich uszkodzeń płodu;
- 4) współpracowano z Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie przy organizacji konferencji pn.: „Dlaczego kobiety i dzieci umierają w czasie ciąży i porodu”. Ekspert PARPA w zakresie FAS przedstawił wykład „Picie alkoholu przez kobiety ciężarne jako przyczyna poronień i wad wrodzonych u dzieci”;
- 5) podczas konferencji zorganizowanej w październiku 2012 r. przez Urząd Miasta Sosnowca pn.: „Trzeźwa matka – zdrowe dziecko”, adresowanej do lekarzy, psychologów, nauczycieli, przedstawicieli placówek świadczących pomoc rodzinie, przedstawiciel PARPA przedstawił prezentację „Kampanie FAS w Polsce i w Europie, jako przykład działań profilaktyczno-edukacyjnych”. Podczas konferencji poruszano m.in. zagadnienia dotyczące uszkodzenia płodu wywołanego spożywaniem alkoholu przez ciężarne;
- 6) przedstawiciele PARPA uczestniczyli w międzynarodowych konferencjach edukacyjnych dotyczących Spektrum Alkoholowych Uszkodzeń Płodu (FASD), na których prezentowane były wyniki najnowszych badań związanych

z poalkoholowymi uszkodzeniami płodu, programy profilaktyczne adresowane do kobiet w ciąży oraz programy terapeutyczne dla dzieci i dorosłych z FASD. Podczas konferencji przedstawiciele PARPA prezentowali film dokumentujący prowadzone w Polsce badania dotyczące uszkodzeń mózgu dzieci, których matki piły alkohol w czasie ciąży oraz przedstawiciele działań prowadzone w Polsce w obszarze profilaktyki FASD;

- 7) rozpoczęto realizację projektu badawczego pn.: „Populacyjne badanie rozpowszechnienia FASD w Polsce oraz walidacji różnych metod badań przesiewowych dzieci w wieku 7-9 lat”. Projekt przewiduje poprzeczne, trzy-etapowe badania, obejmujące reprezentatywną populację dzieci w wieku 7-9 lat, z wybranych czterech powiatów i został zaplanowany na lata 2012-2014.

3.3.5. Badania prenatalne

W 2012 r. – podobnie jak w latach ubiegłych – ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia finansowany był program badań prenatalnych. Program ten realizowany jest od 2005 r. dla kobiet spełniających co najmniej jedno z następujących kryteriów: wiek matki powyżej 35 lat, wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka, stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka, stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikowo, stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu. W celu włączenia do programu wymagane jest skierowanie zawierające informacje o wskazaniach do objęcia nim wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu, wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę. W ramach programu wykonywane są następujące procedury: badanie USG płodu wykonane zgodnie ze standardami Sekcji Ultrasonograficznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego; badania biochemiczne (oznaczenia w surowicy krwi PAPP-A – osoczowe białko ciążowe A, β -hCG – wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta), AFP – alfa fetoproteina, Estriol – wolny estriol), komputerowa ocena ryzyka choroby płodu; porada genetyczna; badania inwazyjne (w przypadku zaistnienia ku temu wskazań medycznych) – pobranie materiału do badań genetycznych w drodze amniopunkcji lub biopsji trofoblastu lub kordocentezy i badanie genetyczne materiału płodowego.

Tabela nr 15. Dane dotyczące realizacji świadczeń w ramach programu badań prenatalnych w 2012 r.

| Lp. | Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ | Wartość wykonanych świadczeń | Liczba kobiet objętych opieką | Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń |
|-----|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--|
| 1 | DOLNOŚLĄSKI | 2 372 319 | 3 306 | 5 |
| 2 | KUJAWSKO-POMORSKI | 3 157 767 | 3 671 | 4 |
| 3 | LUBELSKI | 486 260 | 625 | 3 |
| 4 | LUBUSKI | 831 816 | 1 316 | 3 |
| 5 | ŁÓDZKI | 3 229 441 | 3 826 | 10 |
| 6 | MAŁOPOLSKI | 1 262 008 | 1 589 | 5 |
| 7 | MAZOWIECKI | 4 902 130 | 5 631 | 9 |
| 8 | OPOLSKI | 875 259 | 971 | 1 |
| 9 | PODKARPACKI | 466 610 | 856 | 2 |
| 10 | PODLASKI | 1 313 732 | 1 704 | 2 |
| 11 | POMORSKI | 2 411 506 | 3 277 | 4 |
| 12 | ŚLĄSKI | 10 544 568 | 16 639 | 23 |
| 13 | ŚWIĘTOKRZYSKI | 973 558 | 1 349 | 2 |
| 14 | WARMIŃSKO-MAZURSKI | 1 052 307 | 1 774 | 1 |
| 15 | WIELKOPOLSKI | 2 772 629 | 5 718 | 11 |
| 16 | ZACHODNIOPOMORSKI | 1 458 593 | 1 819 | 1 |
| 17 | razem | 28 110 502 | 54 071 | 86 |

Zródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Zgodnie z danymi zaprezentowanymi w tabeli nr 15 w 2012 r. 54 071 kobiet zostało objętych opieką w ramach programu badań prenatalnych – dla porównania w 2010 r. było to 36 878 kobiet, a w 2011 r. 45 304 kobiety. Widoczny w powyższej tabeli nierównomierny rozkład wykonania rozważanych świadczeń w poszczególnych województwach może być wynikiem m.in. różnic w rozwoju bazy medycznej w poszczególnych regionach. Ponadto, należy pamiętać, że do wykonania badań prenatalnych kwalifikują się kobiety spełniające określone - scharakteryzowane we wcześniejszej części *Sprawozdania* kryteria (w tym w szczególności wiek ciężarnej) – co z kolei może wpływać na nierównomierne w skali poszczególnych województw zapotrzebowanie na ten zakres świadczeń. W zamieszczonej poniżej tabeli przedstawiono poziom zabezpieczenia świadczeń w zakresie badań prenatalnych w odniesieniu do liczby ciężarnych w poszczególnych województwach oraz do liczby świadczeniodawców.

Tabela nr 16. Poziom zabezpieczenia w 2012 r. świadczeń w zakresie badań prenatalnych w odniesieniu do liczby ciężarnych w poszczególnych województwach oraz do liczby świadczeniodawców.

| Lp. | Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ | Liczba kobiet z rozpoznaniem ciąży (O00-O99 oraz Z32-Z36) objętych opieką w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie położnictwa i ginekologii | Liczba kobiet, u których wykonano badanie prenatalne | Odsetek kobiet ciężarnych, u których wykonano badanie prenatalne | Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie badań prenatalnych | Liczba kobiet ciężarnych „przypadająca” na jednego świadczeniodawcę |
|-----|----------------------------------|--|--|--|--|---|
| 1 | DOLNOŚLĄSKI | 27 233 | 3 306 | 12,14% | 5 | 5 447 |
| 2 | KUJAWSKO-POMORSKI | 23 397 | 3 671 | 15,69% | 4 | 5 447 |
| 3 | LUBELSKI | 19 036 | 625 | 3,28% | 3 | 6 345 |
| 4 | LUBUSKI | 9 952 | 1 316 | 13,22% | 3 | 3 317 |
| 5 | ŁÓDZKI | 20 508 | 3 826 | 18,66% | 10 | 2 051 |
| 6 | MAŁOPOLSKI | 33 859 | 1 589 | 4,69% | 5 | 6 779 |
| 7 | MAZOWIECKI | 60 207 | 5 631 | 9,35% | 9 | 6 690 |
| 8 | OPOLSKI | 8 494 | 971 | 11,43% | 1 | 8 494 |
| 9 | PODKARPACKI | 19 076 | 856 | 4,49% | 2 | 9 538 |
| 10 | PODLASKI | 12 929 | 1 704 | 13,18% | 2 | 6 465 |
| 11 | POMORSKI | 28 075 | 3 277 | 11,67% | 4 | 7 019 |
| 12 | ŚLĄSKI | 40 109 | 16 639 | 41,48% | 23 | 1 744 |
| 13 | ŚWIĘTOKRZYSKI | 8 884 | 1 349 | 15,18% | 2 | 4 442 |
| 14 | WARMIŃSKO-MAZURSKI | 17 134 | 1 774 | 10,35% | 1 | 17 134 |
| 15 | WIELKOPOLSKI | 31 712 | 5 718 | 18,03% | 11 | 2 883 |
| 16 | ZACHODNIOPOMORSKI | 18 029 | 1 819 | 10,09% | 1 | 18 029 |
| | RAZEM | 378 670 | 54 071 | 14,28% | 86 | 4 403 |

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Świadczenia udzielane kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mogły być w 2012 r. rozliczane jako standardowe porady polegające na finansowaniu porady „bazowej”, której wartość jest odpowiednio zwiększana w zależności od zakresu wymaganej diagnostyki (zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu 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, z późn. zm.) lub w oparciu o produkt dedykowany świadczeniodawcom prowadzącym opiekę nad kobietą w ciąży fizjologicznej tj.: świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej – wykonywane zgodnie z zapisami określonymi w dokumencie „Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem”, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100), poprzedzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259). Rozliczenie ww. świadczenia możliwe jest po wykazaniu w raporcie statystycznym świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych przypisanych właściwemu terminowi badania w rozporządzeniu.

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

1) system świadczeń rodzinnych

W 2012 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- przeciętnie miesięcznie 663,8 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 552,1 mln zł,
- 132,7 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 132,7 mln zł,
- przeciętnie miesięcznie 81,2 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 380,2 mln zł,
- 373,1 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 373,1 mln zł.

Ponadto gminy wypłaciły ze środków własnych 14 tys. zapomóg z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 13 mln zł oraz 1,6 tys. podwyższeń ustawowej kwoty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 0,7 mln zł.

W 2012 r. miała miejsce ustawowa weryfikacja kwot świadczeń rodzinnych oraz kryteriów dochodowych do nich uprawniających, co wynika z art. 18 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. *o świadczeniach rodzinnych*, zgodnie z którym powyższe kwoty podlegają okresowej weryfikacji co 3 lata, z uwzględnieniem wyników badania prognozy wsparcia dochodowego rodzin, przeprowadzonego przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Na skutek ww. weryfikacji, kwoty zasiłków rodzinnych od 1 listopada 2012 r. zostały podwyższone do wartości odpowiadającej 40% kwoty koszyka żywnościowego dla danej grupy wiekowej ustalonej w badaniach prognozy wsparcia dochodowego rodzin, tj. miesięcznie do 77 zł na dziecko w wieku 0-5 lat (poprzednio 68 zł), 106 zł na dziecko w wieku 6-18 lat (poprzednio 91 zł), 115 zł na dziecko w wieku 19-23 lata (poprzednio 98 zł). Ponadto zdecydowano o dwuetapowym podwyższeniu kwot kryterium dochodowego uprawniających do świadczeń rodzinnych, tj. od 1 listopada 2012 r. z 504 zł na osobę w rodzinie lub 583 zł na osobę w rodzinie, w której jest dziecko niepełnosprawne, do odpowiednio: 539 zł i 623 zł oraz od 1 listopada 2014 r. docelowo do wysokości 574 zł na osobę w rodzinie i 664 zł na osobę dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym. Obowiązujące od 1 listopada 2012 r. ww. kwoty kryteriów dochodowych uprawniających do świadczeń rodzinnych oraz kwoty świadczeń rodzinnych zostały określone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 10 sierpnia 2012 r. *w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę do ubiegania się o zasiłek rodzinny oraz wysokości świadczeń rodzinnych* (Dz. U. poz. 959).

Na skutek zmian zawartych w ustawie z dnia 12 października 2012 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych* (Dz. U. poz. 1255) warunkiem nabycia prawa do jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka od 1 stycznia 2013 r. jest spełnianie kryterium dochodowego, które wynosi 1 922 zł netto na osobę w rodzinie (do końca 2012 r. prawo do tego świadczenia nie było warunkowane spełnianiem jakiegokolwiek kryterium dochodowego).

2) system pomocy społecznej

Ogółem w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2012 roku udzielono pomocy z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa 119 424 rodzinom, w tym 73 390 rodzinom

ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy rodzin 72 903 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na wielodzietność (51 626 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2012 r. 235 878 rodzin, w tym 103 162 rodziny ze środowisk wiejskich.

W 2012 r. w Polsce funkcjonowały 2 powiatowe domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży o zasięgu ponadgminnym. Dysponowały one 17 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 40 osób. Funkcjonowało również 11 domów prowadzonych na zlecenie powiatu przez inne podmioty (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia kościelne i inne) z 229 miejscami, z których skorzystało w ciągu roku 657 osób. Jednocześnie funkcjonowały 4 domy tego typu o zasięgu lokalnym, prowadzone przez gminę, w których z 93 miejsc skorzystało 113 osób oraz 6 prowadzonych przez inny pomiot, które dysponowały 146 miejscami, a skorzystało z nich 184 osoby.

W 2012 r. ogółem działało 209 ośrodków interwencji kryzysowej. Prowadzenie ośrodka interwencji kryzysowej jest zadaniem własnym powiatu, jednakże zadanie to realizowane jest również przez gminy. W 2012 r. powiaty prowadziły 143 ośrodki, w których pomoc znalazło 46 171 osób, natomiast podmioty niepubliczne prowadziły 36 takich ośrodków, udzielając pomocy 9 368 osobom. Jednocześnie gminy prowadziły 20 ośrodków tego typu, w których pomoc uzyskało 6 185 osób, podmioty niepubliczne prowadziły 10 ośrodków, gdzie pomoc znalazło 2 702 osoby.

W 2012 r. udzielono w gminach porad specjalistycznych 33 526 osobom w 50 ośrodkach specjalistycznego poradnictwa rodzinnego prowadzonych przez gminy i 4 879 osobom w 11 ośrodkach niepublicznych. Natomiast w powiatach funkcjonowały 73 jednostki specjalistycznego poradnictwa rodzinnego o zasięgu ponadgminnym, prowadzone przez powiat oraz 21 poradni prowadzonych w powiatach przez podmioty niepubliczne. Z usług jednostek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego skorzystało 25 997 osób w poradniach prowadzonych przez powiat i 10 084 osoby w poradniach ponadgminnych prowadzonych przez podmioty niepubliczne.

3) 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* (Dz. U. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.) oraz w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy

w Rodzinie i mają na celu głównie skuteczną ochronę różnych kategorii ofiar przemocy w rodzinie w szczególności kobiet i dzieci.

W 2012 r. w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie zostały zrealizowane następujące zadania:

- uruchomienie środków na utrzymanie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie,
- uruchomienie środków na realizację programów korekcyjno-edukacyjnych dla sprawców,
- realizacja ogólnopolskiej kampanii społecznej i opracowanie we współpracy z Ministerstwem Sprawiedliwości publikacji pn. „Informator dla Osób Dotkniętych Przemocą w Rodzinie (publikacja została przekazana do urzędów marszałkowskich celem dalszej bezpłatnej dystrybucji do samorządów gminnych i powiatowych realizujących zadania na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie),
- przeprowadzenie przez ośrodek badania opinii publicznej Millward Brown SMG/KRC ogólnopolskiej diagnozy dotyczącej realizacji zadań wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie wykonywanych przez zespoły interdyscyplinarne/grupy robocze, a także realizacji procedury „Niebieskiej Karty” (raporty z powyższych badań zostały zamieszczone na stronie internetowej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej),
- zorganizowanie ogólnopolskiej konferencji pn. „Interdyscyplinarnie przeciw przemocy” dla pracowników i służb zawodowo zajmujących się realizacją zadań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- opracowanie przez Zespół Monitorujący do Spraw Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie projektu nowego Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie.

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 realizowane są również programy korekcyjno-edukacyjne dla sprawców przemocy w rodzinie.

4) system wspierania rodziny i pieczy zastępczej

Jak wynika z gromadzonych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej danych, wg stanu na dzień 31 grudnia 2012 r., w pieczy zastępczej przebywało łącznie 78 607 dzieci, z tego:

- w rodzinach zastępczych spokrewnionych 33 769 dzieci, w tym 270 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w rodzinach zastępczych niezawodowych 16 383 dzieci, w tym 210 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w rodzinach zastępczych zawodowych 6 454 dzieci, w tym 568 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w rodzinnych domach dziecka 1 476 dzieci, w tym 40 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia,
- w placówkach opiekuńczo-wychowawczych 20 525 dzieci, w tym 440 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia.

W różnych formach pieczy zastępczej przebywały łącznie 572 małoletnie matki.

W funkcjonujących w Polsce regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej oraz interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym przebywało wg stanu na dzień 31 grudnia 2012 r. łącznie 72 dzieci, z tego 49 w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej i 23 w interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym, w tym dzieci w wieku poniżej 1. roku życia odpowiednio: 7 i 23 dzieci.

W 2012 r., przysposobiono łącznie 3 486 dzieci (zarówno w przysposobieniu krajowym, jak i międzynarodowym), w tym 837 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia.

5) **uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem**

Jeszcze w 2012 r. rozpoczęto prace legislacyjne nad projektem *ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw*. W projektowanej ustawie proponuje się umożliwienie obojgu rodzicom skorzystania z płatnego urlopu przez okres jednego roku, w związku z urodzeniem się ich dziecka (albo przez okres dłuższy niż jeden rok, w związku z jednoczesnym urodzeniem się większej liczby dzieci). Projekt przewiduje wprowadzenie zmian w przepisach dotyczących dodatkowego urlopu macierzyńskiego (dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego), tj. ich wydłużenie do 6 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka i do 8 tygodni w przypadku porodu mnogiego, a także wprowadzenie nowej instytucji, tj. urlopu rodzicielskiego w wymiarze do 26 tygodni, niezależnie od liczby dzieci urodzonych przy jednym porodzie (jednocześnie przyjętych na wychowanie). Zarówno dodatkowy urlop macierzyński (dodatkowy urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego), jak i urlop rodzicielski będą mogły być wykorzystywane w częściach, co umożliwi rodzicom dziecka dzielenie się tymi urlopami w dostosowaniu do ich sytuacji zawodowej. Korzystanie z tych urlopów będzie także można łączyć z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego urlopu w wymiarze nie przekraczającym ½ etatu. Zakłada się, że powyższe zmiany wejdą w życie z dniem 17 czerwca 2013 r., przy czym z dłuższego urlopu związanego z urodzeniem dziecka będą mogli skorzystać nie tylko pracownicy korzystający w dniu wejścia w życie ustawy z dodatkowego urlopu macierzyńskiego, ale również pracownicy, których dziecko urodziło się po dniu 31 grudnia 2012 r., a na dzień wejścia w życie ustawy nie korzystają z takiego urlopu (dotyczyć to będzie także pracowników, którzy po dniu 31 grudnia 2012 r. przyjęli dziecko na wychowanie i wystąpili do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub przyjęli dziecko na wychowanie jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej). Po wydłużeniu okresu przysługiwania dodatkowego urlopu macierzyńskiego i wprowadzeniu urlopów rodzicielskich zasiłek macierzyński będzie przysługiwał również za pobyt na tych urlopach.

W dniu 22 listopada 2012 r. Rada Ministrów skierowała do Sejmu RP projekt *ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw* zawierający propozycję zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym w okresie przerwy w aktywności zawodowej związanej z wychowywaniem dziecka. Realizując cele polityki prorodzinnej i kierując się potrzebą zadbania o wysokość przyszłych świadczeń osób wychowujących dzieci, uznano za właściwe rozszerzenie - poza pracowników - kręgu osób, za które budżet państwa, za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, opłacałby

składki w związku ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem. Dla osób posiadających co najmniej 6-miesięczny staż ubezpieczeniowy w związku z wykonywaną aktywnością zawodową (opłacających przez ten okres składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe) bezpośrednio przed skorzystaniem z możliwości ubezpieczenia w związku z opieką nad dzieckiem, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe miałyby stanowić kwota 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego (w przypadku zleceniobiorcy - nie więcej jednak, niż przychód stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne tej osoby) i nie mniej niż 75% minimalnego wynagrodzenia za pracę. W przypadku osób nie posiadających stażu ubezpieczeniowego, osób nieubezpieczonych, oraz osób z krótszym niż półroczny stażem, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne stanowiłaby kwota 75% minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Ponadto, w Departamencie Prawa Pracy 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 2012 r. zasiłki macierzyńskie wypłacano przeciętnie miesięcznie dla 162,6 tys. osób (matek i ojców) na kwotę 3 650,0 mln zł. Składki na ubezpieczenie zdrowotne zostały przypisane 266,6 tys. osób przebywających na urlopie wychowawczym (które nie podlegały ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu) na kwotę 96,4 mln zł.

6) 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, wg stanu na dzień 31 grudnia 2012 r., w objętych rejestrem 791 żłobkach i 105 klubach dziecięcych funkcjonowało łącznie 39,9 tys. miejsc opieki nad małymi dziećmi, z tego 39,2 tys. w żłobkach i 0,7 tys. w klubach dziecięcych. Ponadto gminy zatrudniały 30 dziennych opiekunów. Spośród 38,7 tys. dzieci uczęszczających do żłobków 2,7 tys. stanowiły dzieci w poniżej 1. roku życia.

W 2012 r. wydatki gmin w rozdziale 85305 klasyfikacji budżetowej - *Żłobki* wyniosły 504,8 mln zł, w rozdziale 83306 - *Kluby dziecięce* – 3,2 mln zł, zaś w rozdziale 85307 - *Dzienny opiekun* – 0,2 mln zł. Łączne w 2012 r. wydatki na utrzymanie i rozwój instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 wyniosły 508,2 mln zł.

W 2012 r. w związku z realizacją w 2012 r. Programu „Maluch” gminy złożyły oferty na kwotę ok. 23,9 mln zł i zadeklarowały powstanie ok. 3,2 nowych miejsc opieki nad małymi dziećmi w żłobkach i klubach dziecięcych. Ponadto na przełomie III i IV kwartału 2012 r. uruchomiono z budżetu państwa 77,1 mln zł (z tego 61 mln zł z wolnych środków

z rezerw celowych budżetu państwa pierwotnie zaplanowanych na inne cele), z przeznaczeniem na dofinansowanie wydatków bieżących związanych z utrzymaniem miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 utworzonych z udziałem Programu „Maluch”, a także kosztów utrzymania i tworzenia innych miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, szczególnie u dziennego opiekuna. Łącznie na ww. zadania uruchomiono z budżetu państwa środki w kwocie 101 mln zł.

Ponadto Zakład Ubezpieczeń Społecznych opłacał składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, wypadkowe i ubezpieczenie zdrowotne (od podstawy nie wyższej niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę) za ok. 9,1 tys. nian (dane ZUS wg stanu na grudzień 2012 r.). W 2012 r. kwota przypisu składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne za nianie wyniosła łącznie 37,3 mln zł, z tego 28,7 mln na ubezpieczenia społeczne i 8,6 mln zł na ubezpieczenie zdrowotne.

Zgodnie z Planem Działania na 2012 rok dla Priorytetu I Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w I kwartale 2012 r. ogłoszono pierwszy konkurs w ramach Działania 1.5 PO KL nr DWF_1.5_1_2012 pt.: „Wspieranie rozwiązań na rzecz godzenia życia zawodowego i rodzinnego”. Konkurs miał charakter zamknięty, a alokacja na konkurs wynosiła 150 mln zł. Wpłynęło 373 wnioski o dofinansowanie projektów na łączną kwotę 427 mln zł. Na skutek ocen (formalnej i merytorycznej) pozytywnie zostały ocenione 164 wnioski na kwotę 198,4 mln zł. Tym niemniej, w związku z dostępną alokacją środków, podjęto negocjacje ze 132 wnioskodawcami. Zgodnie z wnioskami o dofinansowanie, w ramach wybranych projektów utworzonych zostanie: 166 żłobków, 20 klubów dziecięcych, 6 domowych punktów opieki oraz 1 dzienny opiekun, zaś wsparciem zostanie objętych 4 829 uczestników, tj. osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i/lub wychowywaniem dzieci. Wg założeń konkursu, projekty mogą być realizowane do końca 2014 r., natomiast po zakończeniu okresu realizacji beneficjenci zobowiązani są do zachowania trwałości działań, tj. zapewnienia dalszego funkcjonowania placówek.

W IV kwartale 2012 r. ogłoszono drugi konkurs w ramach Działania 1.5 PO KL pt.: „Wspieranie rozwiązań na rzecz godzenia życia zawodowego i rodzinnego”. Alokacja środków na ten konkurs wynosiła 50 mln zł. Nabór wniosków trwał do 28 grudnia 2012 r.

Złożono 418 wniosków na kwotę 363,8 mln zł. Ocena formalna rozpoczęła się w dniu 31 grudnia 2012 r., zaś ocena merytoryczna - w dniu 12 lutego 2013 r.

W 2012 r. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przygotowało również projekt ustawy o zmianie ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3. Przewiduje on m.in.: a) zwiększenie do 80% maksymalnej wysokości dotacji z budżetu państwa (obecnie 50%) dla podmiotów na tworzenie nowych miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 w żłobkach, klubach dziecięcych i u dziennych opiekunów oraz na dofinansowanie funkcjonowania już istniejących miejsc opieki w tych instytucjach, b) umożliwienie ubiegania się o środki z dotacji zarówno przez gminy, jak i podmioty niepubliczne, w tym osoby fizyczne, c) umożliwienie zatrudnienia niani przez osoby prowadzące działalność rolniczą (dotychczas uprawnienie takie miały tylko osoby zatrudnione na umowę o pracę lub wykonujące działalność pozarolniczą), za którą (nianię) Zakład Ubezpieczeń Społecznych opłaci składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, wypadkowe i ubezpieczenie zdrowotne.

3.3.7. Zabiegi przerywania ciąży według przyczyn

Tabela nr 17. Zabiegi przerywania ciąży dokonane w latach 2002-2012, 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 |
| 2012 | 752 | 50 | 701 | 1 |

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

Tabela nr 18. Zabiegi przerywania ciąży dokonane w roku 2012, w podziale na województwa, wiek kobiet i przyczynę

| Przerwania ciąży dokonane w szpitalach | | | | | | | | | |
|--|--------|----------------------------|-------|-------|-------|-------------|---|----------------|----------------|
| Województwo | Ogółem | w tym u kobiet w wieku lat | | | | | Przerwania ciąży uwzględnione w rubryce „Ogółem” w podziale na przyczynę przeprowadzenia zabiegu: | | |
| | | poniżej 20 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35 i więcej | z powodu zagrożenia życia | w wyniku badań | w wyniku czynu |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | lub zdrowia matki | prenatalnych | zabronionego |
|---------------------|------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|----------------------|--------------|--------------|
| Dolnośląskie | 9 | 1 | 0 | 2 | 4 | 2 | 1 | 8 | 0 |
| Kujawsko-Pomorskie | 40 | 0 | 6 | 10 | 11 | 13 | 2 | 38 | 0 |
| Lubelskie | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Lubuskie | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Łódzkie | 62 | 1 | 6 | 13 | 26 | 16 | 4 | 58 | 0 |
| Małopolskie | 51 | 0 | 6 | 9 | 18 | 18 | 14 | 37 | 0 |
| Mazowieckie | 243 | 6 | 17 | 74 | 66 | 80 | 12 | 230 | 1 |
| Opolskie | 16 | 0 | 2 | 3 | 8 | 3 | 0 | 16 | 0 |
| Podkarpackie | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| Podlaskie | 11 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 5 | 6 | 0 |
| Pomorskie | 81 | 5 | 9 | 21 | 24 | 22 | 1 | 80 | 0 |
| Śląskie | 111 | 5 | 12 | 32 | 31 | 31 | 2 | 109 | 0 |
| Świętokrzyskie | 10 | 0 | 3 | 1 | 1 | 5 | 0 | 10 | 0 |
| Warmińsko-Mazurskie | 23 | 0 | 3 | 6 | 7 | 7 | 7 | 16 | 0 |
| Wielkopolskie | 37 | 0 | 5 | 12 | 9 | 11 | 2 | 35 | 0 |
| Zachodniopomorskie | 53 | 1 | 9 | 4 | 9 | 30 | 0 | 53 | 0 |
| POLSKA | 752 | 23 | 82 | 189 | 217 | 241 | 50 | 701 | 1 |

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

Dane dotyczące wykonywanych zabiegów przerwania ciąży są gromadzone w oparciu o sprawozdania opracowywane w związku z realizacją *Programu badań statystycznych statystyki publicznej* na dany rok. Zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 marca 2012 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2012, w formularzach MZ-24 oraz MZ-29 prezentowane są dane obejmujące zabiegi przerwania ciąży w podziale na przedział wiekowy kobiet oraz na przyczynę dokonania zabiegu (tj. z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki, w wyniku badań prenatalnych, w wyniku czynu zabronionego).

Sprawozdaniem MZ-29 po raz drugi zostały objęte szpitale publiczne podległe Ministrowi Obrony Narodowej. Powyższe dane przedstawione przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (tabela nr 17) nie obejmują jednak danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz Ministerstwa Sprawiedliwości. Jednocześnie należy wskazać, że z informacji uzyskanych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wynika, że w 2012 r. w podległych temu resortowi szpitalach publicznych wykonano 5 zabiegów przerwania ciąży,

z czego 1 ze względu na zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, natomiast 4 z uwagi na fakt, że badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu.

Natomiast z danych uzyskanych z Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że w latach 2002-2012 w szpitalach podległych Ministrowi Sprawiedliwości nie przeprowadzono żadnego zabiegu przerwania ciąży.

Z roku na rok obserwuje się w Rzeczypospolitej Polskiej wzrost liczby zabiegów przerywania ciąży, w 2012 r. zarejestrowano (łącznie z danymi z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych) **757** zabiegów przerwania ciąży, to jest o 88 zabiegów więcej niż w 2011 r.

W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 51 zabiegów przerwania ciąży.

W wyniku przeprowadzonego badania prenatalnego wskazującego na duże prawdopodobieństwo ciężkiego nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu wykonano 705 zabiegów.

Odnotowano 1 przypadek przerwania ciąży wskazujący, że ciąża była wynikiem czynu zabronionego.

Przedmiotowe dane z przyczyn obiektywnych, tj. z uwagi na pozaprawny charakter tego zjawiska, nie uwzględniają liczby zabiegów przerwania ciąży dokonanych w sposób nielegalny. Zjawisko to jest trudne do zbadania. Częstokwym jego odzwierciedleniem jest wynik działań organów ścigania oraz wymiaru sprawiedliwości. Należy jednak zaznaczyć, że działania te polegają na prowadzeniu i nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w zakresie czynów zabronionych stypizowanych w przepisach ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), tj. m.in. takich, w których przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia i bezpośrednio po urodzeniu. Informacje na temat liczby postępowań prowadzonych w 2012 r. dotyczących m.in. przerywania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.) oraz przerwania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerwania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.) zostały przedstawione w pkt 4.1 rozdziału IV niniejszego *Sprawozdania*. Zaprezentowane zostały w nim również dane na temat liczby spraw zakończonych w 2012 r. aktem oskarżenia oraz liczby osób prawomocnie skazanych.

Jak podkreślono powyższe dane obrazują zjawisko przerywania ciąży z naruszenie przepisów prawa jedynie w sposób wyrywkowy, odnoszą się bowiem wyłącznie

do przypadków objętych już działaniami jednostek organizacyjnych prokuratury. Niemniej jednak wyłącznie takie dane mają charakter oficjalny.

Pomimo istotnych trudności w oszacowaniu całościowej liczby wykonywanych corocznie w skali kraju zabiegów przerwania ciąży, próby takich szacunków są podejmowane. Wyliczenia w tym zakresie prowadzą m.in. organizacje społeczne, w tym przede wszystkim Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.

ROZDZIAŁ IV Działania podjęte w celu respektowania przepisów ustawy

4.1. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości

W 2012 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*. Działania prokuratury w zakresie realizacji cyt. wyżej 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.), 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 Kodeksu karnego (k.k.) 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:

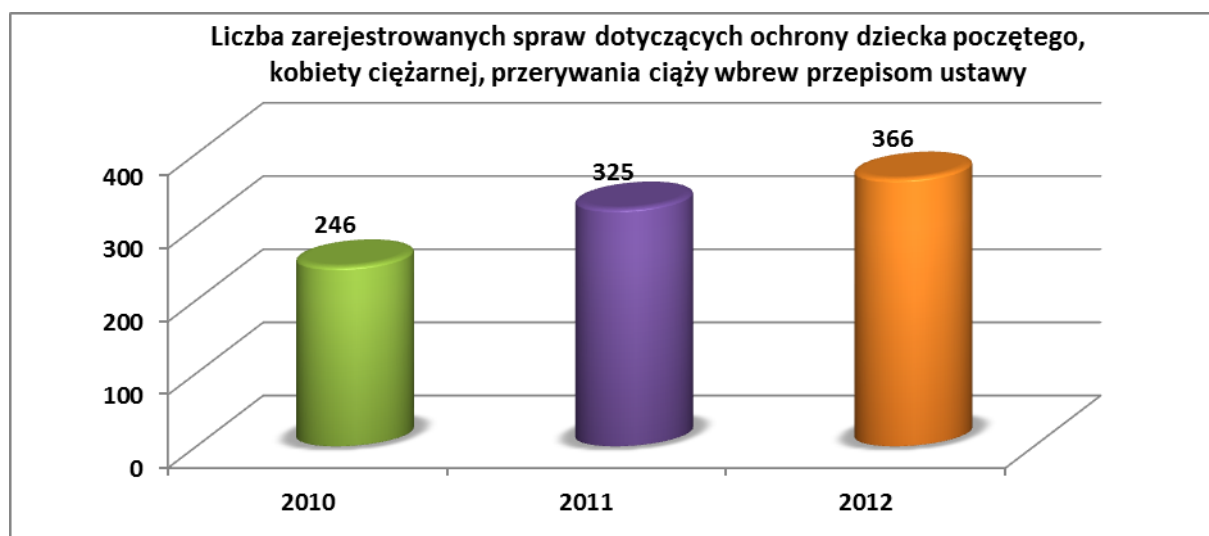
- przerywania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.),
- przerywania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerywania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.),
- spowodowania śmierci kobiety ciężarnej w następstwie przerywania ciąży (art. 154 k.k.),
- uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu (art. 157 a 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 przerywaniem 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.),
- zabójstwa dziecka (art. 148 k.k.).

W 2012 r. w powszechnych jednostkach organizacyjnych prokuratury zarejestrowano łącznie 366 spraw o wskazane wyżej przestępstwa oraz kontynuowano 82 postępowania zarejestrowane w okresach poprzednich (łącznie 448 prowadzonych postępowań).

Mając na uwadze, iż w 2011 r. zarejestrowano łącznie 325 spraw o wskazane wyżej przestępstwa, w 2012 r. odnotowano (podobnie jak latach poprzednich) wzrost – o 41 – spraw w tej kategorii przestępstw. Zwiększyła się również o 15 liczba spraw kontynuowanych z poprzednich okresów sprawozdawczych. Wpływ spraw tej kategorii w ciągu ostatnich trzech lat obrazuje poniższy wykres.

Wykres nr 4. Liczba zarejestrowanych spraw dotyczących ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy.



Źródło: Prokuratura Generalna

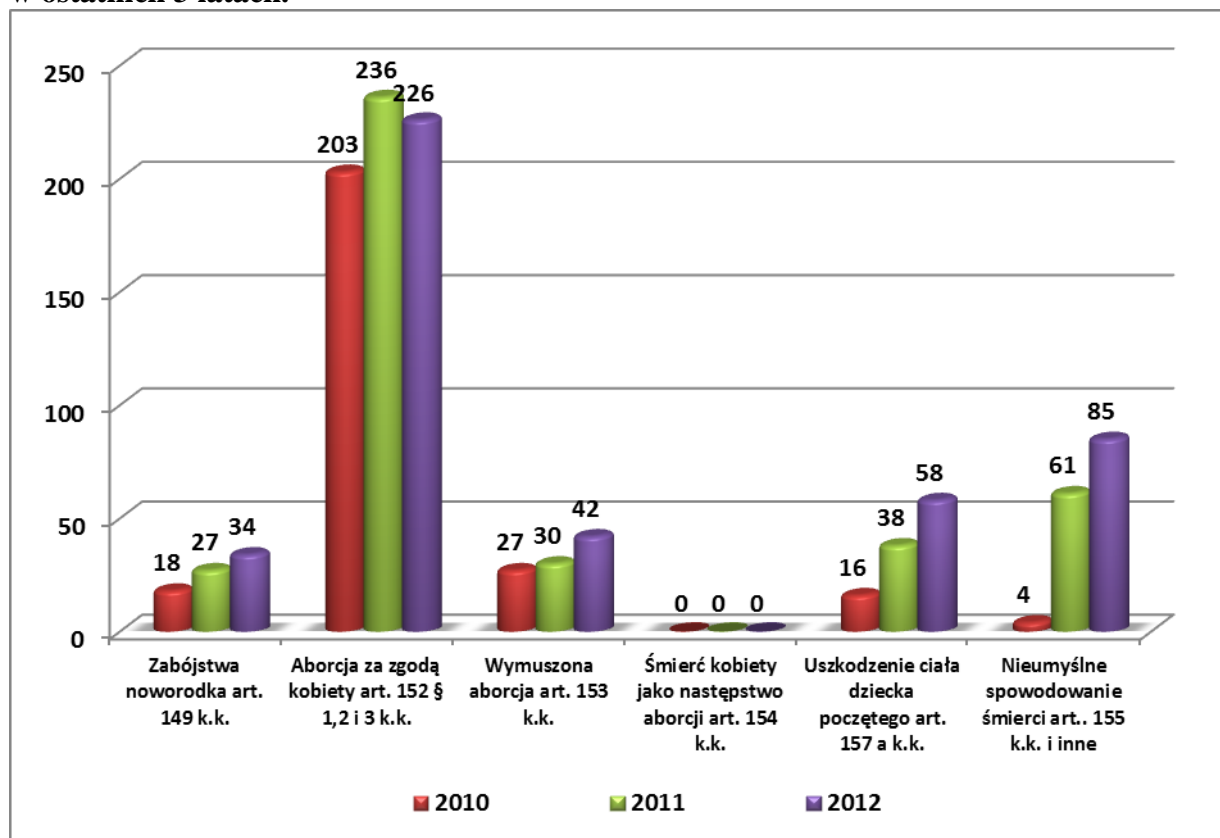
Największą liczbę postępowań, podobnie jak w latach ubiegłych, prowadzono w kierunku art. 152 k.k. (łącznie 226 spraw), co stanowiło 50,5% ogółu prowadzonych postępowań przygotowawczych o wskazane wyżej przestępstwa. Zaznaczyć jednak trzeba, iż w stosunku do ubiegłego roku liczba ta spadła o 10 (przy wskaźniku dynamiki wynoszącym 96%). Dokonując analizy wyników statystycznych za 2012 r. w zakresie tej kategorii przestępstw odnotować trzeba wzrost liczby prowadzonych postępowań

przygotowawczych w pozostałych typach czynów zabronionych zaliczanych do tej kategorii przestępczości, a w szczególności:

- o 7 wzrosła liczba spraw dotyczących zabójstwa noworodka penalizowanego w art. 149 k.k. (przy wskaźniku dynamiki wynoszącym 126%),
- o 12 wzrosła liczba spraw dotyczących wymuszonej aborcji penalizowanej w art. 153 k.k. (przy wskaźniku dynamiki wynoszącym 140%),
- o 20 wzrosła liczba spraw dotyczących uszkodzenia ciała dziecka poczętego z art. 157a k.k. (przy wskaźniku dynamiki wynoszącym 153%),
- o 24 wzrosła liczba spraw dotyczących nieumyślnego spowodowania śmierci noworodka lub kobiety ciężarnej z art. 155 k.k. i inne (przy wskaźniku dynamiki wynoszącym 139%).

Liczbę spraw prowadzonych w poszczególnych kategoriach przestępstw, w ostatnich 3 latach, przedstawia poniższy wykres.

Wykres nr 5. Lista spraw prowadzonych w poszczególnych kategoriach przestępstw w ostatnich 3 latach.



Źródło: Prokuratura Generalna

Prowadzone (zarejestrowane w 2012 r. i kontynuowane z poprzednich okresów statystycznych) postępowania dotyczyły:

- 226 – przerywania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.),
- 42 – przerywania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerywania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.),
- 58 – uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu (art. 157a k.k.),
- 34 – spowodowania śmierci dziecka przez matkę w okresie porodu i pod jego wpływem (art. 149 k.k.),
- 85 – innych czynów zabronionych, w tym nieumyślnego spowodowania śmierci matki lub dziecka (art. 155 k.k. lub 160 § 1 i 2 k.k.),
- 3 – zabójstwa dziecka bezpośrednio po urodzeniu (art. 148 k.k.).

W 2012 r. podobnie jak w latach ubiegłych nie odnotowano spraw dotyczących spowodowania śmierci kobiety ciężarnej w następstwie aborcji (art. 154 k.k.).

W ubiegłym roku, powszechne jednostki organizacyjne prokuratury zakończyły łącznie 378 spraw o wskazane wyżej przestępstwa, o 37 spraw więcej niż w 2011 r. Skierowaniem aktu oskarżenia do sądu zakończono 25 postępowań przygotowawczych (o 12 spraw mniej niż w 2011 r.), postanowieniem o umorzeniu śledztwa – 206 postępowań (o 10 więcej niż w roku ubiegłym). W 106 sprawach czynności sprawdzające zakończyły się postanowieniem o odmowie wszczęcia śledztwa, natomiast 40 postępowań zawieszono, z uwagi na wystąpienie długotrwałych przeszkód uniemożliwiających ich kontynuowanie.

Sprawy zakończone aktem oskarżenia dotyczyły:

- przerywania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 § 1 k.k.) – łącznie w 3 sprawach przeciwko 3 oskarżonym,
- udzielania kobiecie ciężarnej pomocy w przerywaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub nakłaniania do przerywania ciąży (art. 152 § 2 k.k.) – łącznie w 8 sprawach przeciwko 12 oskarżonym,
- stosowania przemocy wobec kobiety ciężarnej w celu doprowadzenia do przerywania ciąży (art. 153 § 1 k.k.) – w 1 sprawie przeciwko 1 oskarżonemu,
- zabicia dziecka w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu (art. 149 k.k.) – w 3 sprawach przeciwko 3 oskarżonym,

- 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.) – w 10 sprawach przeciwko 20 oskarżonym,
- zabójstwa dziecka bezpośrednio po urodzeniu (art. 148 k.k.) – w 2 sprawach przeciwko 3 oskarżonym.

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 42 osoby, o 2 mniej niż w roku ubiegłym.

Jedną sprawę o przestępstwo z art. 160 § 2 k.k. i art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. zakończono wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania prowadzonego przeciwko 1 osobie.

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.). Odnotowano również sprawy zakończone umorzeniem postępowania z powodu niewykrycia sprawcy przestępstwa.

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, w oparciu o opinię biegłych, 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 2012 r. rozpoznały 25 spraw o wskazane wyżej przestępstwa, w których akty oskarżenia zostały skierowane do sądu w 2012 r. i w latach ubiegłych. Osądzono łącznie 32 osoby.

Wobec 3 oskarżonych sądy orzekły kary bezwzględnego pozbawienia wolności w wysokości:

- 15 lat pozbawienia wolności za czyn z art. 148 § 1 k.k.,
- 2 lat i 3 mies. pozbawienia wolności m.in. za czyn z art. 157a § 1 k.k. (kwalifikowany kumulatywnie z innymi czynami przeciwko rodzinie i opiece oraz życiu i zdrowiu),
- 1 roku pozbawienia wolności za czyn z art. 152 § 2 k.k.

W odniesieniu do 16 oskarżonych sądy orzekły kary w wymiarze od 6 miesięcy do 2 lat pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem ich wykonania na okres próby od 2 do 5 lat, w większości wymierzając dodatkowo karę grzywny. Samoistne kary grzywny sąd wymierzył wobec 3 osób. Jednego oskarżonego sąd skazał na karę 10 miesięcy ograniczenia wolności. Wobec 4 oskarżonych sąd warunkowo umorzył postępowanie karne.

Sąd uniewinnił łącznie 3 osoby oskarżone odpowiednio o czyn z art. 157a § 1 k.k. (wyrok uchylono do ponownego rozpoznania w wyniku apelacji prokuratora), 148 § 1 k.k. (orzeczenie prawomocne), art. 160 § 2 k.k. i art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. (wyrok uchylono do ponownego rozpoznania w wyniku apelacji prokuratora).

Sąd umorzył postępowanie wobec 2 oskarżonych o przestępstwo z art. 160 § 1 k.k. na podstawie art. 17 § 1 pkt 7 k.p.k. wobec stwierdzenia, iż postępowanie karne dotyczące tego samego czynu tej samej osoby toczy się.

Prezentując powyższe dane należy zaznaczyć, że obejmują one zapadłe w 2012 r. nieprawomocne orzeczenia w rozważanej kategorii spraw. Z informacji zawartych w Krajowym Rejestrze Karnym wynika natomiast, że w 2012 r. zostało prawomocnie skazanych:

- z art. 149 k.k. (zabicie dziecka w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu) – 7 oskarżonych,
- z art. 152 § 1 k.k. (przerwanie ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy) – 8 oskarżonych,
- z art. 152 § 2 k.k. (udzielanie kobiecie ciężarnej pomocy w przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub nakłaniania do przerwania ciąży) – 12 oskarżonych,
- z art. 152 § 3 k.k. (typ kwalifikowany przestępstw określonych w art. 152 § 1 i 2 k.k., gdy dziecko osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej) – 1 oskarżony,
- z art. 153 § 1 k.k. (stosowanie przemocy wobec kobiety ciężarnej w celu doprowadzenia do przerwania ciąży) – 1 oskarżony,
- z art. 157a k.k. (spowodowanie uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu) – 3 oskarżonych.

W 2012 r. prokurator w jednej sprawie o przestępstwo z art. 200 § 1 k.k. stwierdził okoliczność, o której mowa w art. 4a ust. 4 pkt 3 ustawy, iż zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego i wydał w tym zakresie zaświadczenie, na podstawie którego kobieta w ciąży mogła ubiegać się o przerwanie ciąży na podstawie przepisów ustawy.

Reasumując stwierdzić należy, iż w 2012 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 nadzrędnego 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, a w przypadku stwierdzenia uchybień podejmowane były działania w celu wyeliminowania ich w przyszłości.

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. Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny odnośnie aktualizacji opracowanych i przekazanych list.

Na wstępie należy zaznaczyć, iż w 2012 r. nie wpłynął żaden sprzeciw w sprawie dotyczącej aborcji, w trybie art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Niemniej jednak w 2012 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził trzy postępowania wyjaśniające, dotyczące zabiegu przerywania ciąży z tym, że dwa z nich dotyczyły jednej Pacjentki, lecz prowadzone były wobec dwóch odrębnych podmiotów.

Pierwsze z ww. postępowań, które było prowadzone w 2012 r., zostało wszczęte na podstawie informacji uzyskanych z treści sprzeciwu wniesionego w 2011 r. do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta dotyczącego kwestii przerwania ciąży. Sprzeciw ten nie spełniał wymogów formalnych. Przesłanką do dokonania zabiegu przerywania ciąży miała być trudna sytuacja materialna matki. Przedmiotowa przesłanka nie mieści się w katalogu określonym w art. 4a ustawy 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 przerwania ciąży, Rzecznik ustalił,

że sprzeciw nie został wniesiony przez ciężarną bezpośrednio zainteresowaną zabiegiem przerwania ciąży ani też przez jej opiekuna (pacjentka jest częściowo ubezwłasnowolniona), lecz przez osobę, która nie mogła reprezentować jej interesów albo też działać na jej rzecz i w jej imieniu. Jednakże, dokonując analizy ww. sprzeciwu, Rzecznik Praw Pacjenta wszczął z własnej inicjatywy na podstawie art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* postępowanie wyjaśniające z uwagi na możliwość naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 – 8 ww. ustawy (RzPP-ZPR-4210-32-4/KLA/12). Treść rzeczonego sprzeciwu wskazywała na odmowę przeprowadzenia badania, wystawienia skierowań na badania prenatalne w celu ustalenia przesłanek weryfikujących możliwość skorzystania z uprawnień wynikających z art. 4a ust. 1 ustawy dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Żadna z wymienionych przesłanek w ww. przepisie warunkujących możliwość przerwania ciąży nie ziściła się w przypadku ww. pacjentki. Jednocześnie prowadzone przez Prokuraturę Rejonową śledztwo w sprawie doprowadzenia przez sprawcę do obcowania płciowego z pacjentką, wskutek wykorzystania jej bezradności wynikającej z upośledzenia umysłowego, zostało umorzone wobec braku znamion czynu zabronionego. Z przytoczonych powyżej powodów uznano, iż nie naruszono przysługującego pacjentce prawa do świadczeń zdrowotnych, w związku z czym w dniu 14 września 2012 r. wydano rozstrzygnięcie o nie stwierdzeniu naruszenia ww. prawa.

Przedmiotem pierwszego z dwóch postępowań wyjaśniających w sprawie jednej pacjentki (sygn. RzPP-ZPR-4210-43-15/MMA/12/2013) było ustalenie, czy w dniu 8 sierpnia 2012 r. doszło do naruszenia prawa pacjentki do świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 6-8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, poprzez odmowę przerwania ciąży. Pacjentka wskazała, iż dokonano doprowadzenia jej przemocą i groźbą bezprawną do obcowania płciowego. W związku z powyższym pacjentka wskazała, iż właściwa Prokuratura Rejonowa została zawiadomiona o podejrzeniu popełnienia przestępstwa tj. z art. 197 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - *Kodeks karny*. Niemniej jednak pacjentka nie przedłożyła świadczeniodawcy odpowiedniego zaświadczenia prokuratora, iż zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża tej pacjentki powstała w wyniku czynu zabronionego, co stanowi niezbędną przesłankę, o której mowa w art. 4a ust. 5 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności ciąży*. Ostatecznie lekarz odmówił wykonania zabiegu przerwania ciąży, sugerując pacjentce przemyślenie decyzji i utrzymanie ciąży, przede wszystkim z powodu,

iż podczas rozmowy z lekarzem to osoba trzecia wyrażała wolę przerwania ciąży, w przeciwieństwie do samej pacjentki, która milczała. Z uwagi na powyższe, a w szczególności brak jasnej deklaracji ze strony pacjentki, lekarz skierował pacjentkę do innego podmiotu leczniczego, wykonującego tego typu zabiegi. Ostatecznie jeden z podmiotów leczniczych wyraził gotowość do przeprowadzenia zabiegu. Ponadto pacjentka złożyła wniosek o umorzenie postępowania, z uwagi na niezasadność prowadzenia dalszego postępowania. W związku z powyższym niniejsze postępowanie należało umorzyć jako bezprzedmiotowe, na wniosek wnioskodawczyni, na podstawie art. 54 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w związku z art. 105 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - *Kodeks postępowania administracyjnego* (Dz. U. z 2013 r. poz. 267), zwanej dalej „k.p.a.”.

Kolejne postępowanie wyjaśniające, które zostało wszczęte z urzędu, prowadzone wobec innego podmiotu leczniczego niż wyżej wymieniony (sygn. RzPP-ZPR-4210-42-15/MMA/12/2013), w celu ustalenia, czy zostało naruszone prawo ww. pacjentki do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 - 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. W wyjaśnieniach podmiot leczniczy wskazał, iż to matka zgłosiła problem, że córka została zgwałcona i chce przerwać ciążę. Pełnoletnia pacjentka zachowała się biernie, nie zabierała głosu. Podała się badaniu ginekologicznemu, w wyniku którego ustalono wielkość macicy odpowiadającą 6-tygodniowej ciąży. Nie stwierdzono objawów zagrożenia ciąży i konieczności hospitalizacji z tego powodu. Matka pacjentki okazała dokumenty z prokuratury wyjaśniając, że dotyczą one wszczęcia postępowania w sprawie zgwałcenia. Lekarz odmówił przyjęcia pacjentki do podmiotu leczniczego w celu wykonania zabiegu przerwania ciąży z uwagi na fakt, że od wielu lat nie są w nim wykonywane zabiegi przerwania ciąży w oparciu o klauzulę sumienia a czas na wykonanie zabiegu jest ograniczony do 12 tygodnia trwania ciąży. Pacjentka złożyła wniosek do Rzecznika Praw Pacjenta o umorzenie postępowania, z uwagi na niezasadność prowadzenia dalszego postępowania. W związku z powyższym ostatecznie niniejsze postępowanie należało umorzyć jako bezprzedmiotowe, na podstawie art. 54 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w związku z art. 105 § 1 k.p.a.

Kolejna sprawa dotycząca prawa do przerwania ciąży została zgłoszona w dniu 18 maja 2012 r. podczas wizyty osobistej w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta (numer ITM Rzecznik 16480, 16483). Interesantka, która była w kolejnej ciąży poinformowała, że podczas badania ultrasonograficznego wykryto wadę jej płodu. Podała również, że u pierwszego

jej dziecka wykryto cechy upośledzenia. Poinformowano interesantkę o możliwości wykonania badań prenatalnych. Ponadto, poproszono pacjentkę o przekazanie dalszych informacji w niniejszej sprawie. Ostatecznie Pacjentka nie przekazała ww. informacji.

Natomiast za pośrednictwem bezpłatnej infolinii Rzecznika Praw Pacjenta zostały zgłoszone dwie sprawy dotyczące zabiegu przerywania ciąży:

- 1) w dniu 11 października 2012 r. zgłoszono sprawę (numer ITM Rzecznik 32884) dotyczącą napotkania trudności w wykonaniu zabiegu przerywania ciąży na terenie Ostrowa Wielkopolskiego. Ustalono, iż pacjentka otrzymała skierowanie na zabieg, tj. badanie prenatalne, które ujawniło zespół wad wrodzonych u płodu. Pacjentce wskazano przysługujące środki prawne oraz poinformowano o możliwości podjęcia sprawy przez Rzecznika Praw Pacjenta w przypadku odmowy wykonania zabiegu przez konkretnego świadczeniodawcę. Pacjentka nie skontaktowała się ponownie z Biurem;
- 2) w dniu 21 grudnia 2012 r. wpłynęła informacja (numer ITM Rzecznik 40186), która następnie została potwierdzona w formie pisemnej przez ojca małoletniej dziewczynki, który zwrócił się z prośbą o pomoc. Podczas rozmowy ustalono, iż ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. Właściwa Prokuratura Rejonowa wydała stosowne zaświadczenie. Ojciec wskazał, że Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii zakwestionował przedłożone zaświadczenie, a lekarze jednego z podmiotów leczniczych odstąpili od wykonania zabiegu przerywania ciąży. Pismem z dnia 27 grudnia 2012 r. (sygn. RzPP-ZIP-4110-27-22/MC/12) Rzecznik Praw Pacjenta, na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, zwrócił się do właściwej Prokuratury Rejonowej o przekazanie informacji w sprawie potwierdzenia wskazań prawnych do wykonania zabiegu przerywania ciąży. Pismem z dnia 31 grudnia 2012 r. Prokurator Rejonowy, w załączeniu przesłał kopię zaświadczenia z dnia 19 grudnia 2012 r. o następującej treści: *„niniejszym stwierdzam, że zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża (...) powstała w wyniku czynu zabronionego.”* Ponadto załączono kopię pisma z dnia 24 grudnia 2012 r. skierowanego do Konsultanta Wojewódzkiego z Zakresu Ginekologii i Położnictwa. W treści ww. pisma wskazano, iż ww. *„zaświadczenie wydane zostało na prośbę ojca pokrzywdzonej i stwierdza fakt, że istnieje uzasadnione podejrzenie, że ciąża pokrzywdzonej jest wynikiem popełnienia na jej szkodę czynu zabronionego stypizowanego w art. 200 Kodeksu karnego. Okoliczność ta (...) stanowi prawną*

przesłankę dopuszczalności przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży.” Ponadto, we współpracy z Konsultantem Krajowym ustalono, iż ww. Konsultant Wojewódzki zlecił kierownictwu podmiotu leczniczego zakup preparatu „Prepidil” oraz wyznaczył termin wykonania zabiegu. W wyniku rozmowy telefonicznej z ojcem małoletniej ustalono, iż zabieg przerwania ciąży został wykonany w dniu 27 grudnia 2012 r.

Ponadto, do Rzecznika Praw Pacjenta za pośrednictwem bezpłatnej infolinii oraz drogą elektroniczną zwracały się nieubezpieczone kobiety w ciąży z zapytaniami dotyczącymi prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Pacjentki informowano o treści art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

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

W 2012 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 2012 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 19. 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 2012 r.

| Lp. | OIL | Opieka nad kobietami w ciąży | Opieka okołoporodowa | Badania genetyczne płodu | Zabiegi przerywania ciąży |
|-----|-----------------|------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1 | Białystok | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 2 | Bielsko – Biała | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 3 | Bydgoszcz | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 4 | Częstochowa | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | Gdańsk | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 6 | Gorzów Wlkp. | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | |
|------|-----------------------|---|----|---|---|
| 7 | Katowice | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 8 | Kielce | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 9 | Koszalin | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | Kraków | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 11 | Lublin | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | Łódź | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 13 | Olsztyn | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 14 | Opole | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | Płock | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | Poznań | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 17 | Rzeszów | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18 | Szczecin | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | Tarnów | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20 | Toruń | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 21 | Warszawa | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 22 | Wrocław | 1 | 2 | 0 | 1 |
| 23 | SL WIL | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 24 | Zielona Góra | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 25 | Naczelny Sąd Lekarski | 1 | 5 | 0 | 0 |
| SUMA | | 8 | 18 | 0 | 5 |

Źródło: Naczelny Sąd Lekarski

W porównaniu do 2011 r.:

- liczba postępowań dotyczących opieki okołoporodowej była mniejsza o 5 postępowań,
- liczba postępowań dotyczących opieki nad kobietami w ciąży utrzymała się na tym samym poziomie,
- liczba postępowań dotyczących badań genetycznych płodu była mniejsza o 1 postępowanie,
- liczba postępowań dotyczących zabiegów przerywania ciąży wzrosła o 1 postępowanie.