

SPRAWOZDANIE RADY MINISTRÓW Z WYKONYWANIA

W ROKU 2006

USTAWY Z DNIA 7 STYCZNIA 1993 ROKU

**O PLANOWANIU RODZINY, OCHRONIE PŁODU LUDZKIEGO
I WARUNKACH DOPUSZCZALNOŚCI PRZERYWANIA CIĄŻY
ORAZ O SKUTKACH JEJ STOSOWANIA**

WARSZAWA 2007

SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI	2
STRESZCZENIE SPRAWOZDANIA.....	3
WSTĘP.....	5
ROZDZIAŁ I OPIEKA MEDYCZNA, SOCJALNA I PRAWNA.....	11
1.1. OPIEKA MEDYCZNA NAD PŁODEM I KOBIETĄ W CIĄŻY	11
1.1.1. <i>Umieralność okołoporodowa płodów i noworodków.....</i>	<i>12</i>
1.1.2. <i>Zgony matek</i>	<i>14</i>
1.1.3. <i>Noworodki pozostawione w szpitalu nie ze względów zdrowotnych</i>	<i>16</i>
1.1.4. <i>Kontrakty zawarte przez NFZ</i>	<i>17</i>
1.1.5. <i>Program polityki zdrowotnej państwa w zakresie planowania rodziny, świadomego macierzyństwa oraz opieki medycznej nad kobietą w ciąży.....</i>	<i>18</i>
1.1.6. <i>Opieka nad kobietą ciężarną i dzieckiem zakażonym wirusem HIV i chorymi na AIDS.....</i>	<i>22</i>
1.2. POMOC MATERIALNA, SOCJALNA ORAZ PRAWNA	27
ROZDZIAŁ II ZAPEWNIENIE WARUNKÓW DO ŚWIADOMEGO MACIERZYŃSTWA	37
2.1. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH ŚWIADOMEJ PROKREACJI	37
2.1.1. <i>Dostęp do produktów leczniczych stosowanych w ciąży, opiece perinatalnej i służących do świadomej prokreacji.....</i>	<i>37</i>
2.1.2. <i>Inne działania wspomagające wiedzę z zakresu świadomej prokreacji i promujące odpowiedzialne postawy w życiu seksualnym.</i>	<i>37</i>
2.2. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH I RODZINNEGO PORADNICTWA GENETYCZNEGO	43
ROZDZIAŁ III WSPÓŁPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI	47
ROZDZIAŁ IV KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY	49
ROZDZIAŁ V PRZERYWANIE CIĄŻY	57
5.1. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY	57
5.2. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ ORGANY ŚCIGANIA I WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI	58
5.3. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ RZECZNIKÓW ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ LEKARZY I OKRĘGOWE SĄDY LEKARSKIE.....	68
5.4. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ BIURO PRAW PACJENTA	70

STRESZCZENIE SPRAWOZDANIA

W roku 2006 realizacja postanowień ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.) obejmowała m.in. różne aspekty świadomego rodzicielstwa oraz zagwarantowanie przez państwo warunków sprzyjających podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji o posiadaniu dzieci, a także zapewnienie wszechstronnej opieki zarówno kobietom w okresie ciąży, porodu i połogu, jak i płodowi w okresie jego rozwoju.

Po raz pierwszy od 2002 roku liczba urodzeń była wyższa niż liczba zgonów, co oznacza dodatni przyrost naturalny. W roku 2006 urodziło się ogółem 374 244 dzieci, tj. o ponad 10 tys. więcej niż w 2005 roku. Pomimo rosnącej liczby urodzeń, w dalszym ciągu nie ma prostej zastępowalności pokoleń.

W 2006 roku współczynnik umieralności okołoporodowej (urodzenia martwe i zgony noworodków w wieku 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych) pozostał niezmienny od 2005 roku i wynosił 8,0‰.

Współczynnik zgonów niemowląt wykazuje tendencję spadkową, z 8,8‰ w 1999 roku do 6,0‰ w 2006 roku.

Odnotowano spadek liczby noworodków pozostawionych w szpitalach nie ze względów zdrowotnych. W roku 2006 liczba ta wyniosła 826 (w roku 2003 – 1090). Brak jest informacji o przyczynach pozostawienia noworodków przez matki.

Na rzecz osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na świadczenia zdrowotne związane z ciążą, porodem i położeniem, zgodnie z zapisem art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), wydatkowano w 2006 r. z budżetu Ministra Zdrowia kwotę w wysokości 1 014 638,51 PLN.

W 2006 roku z budżetu Ministra Zdrowia finansowane były programy polityki zdrowotnej państwa, mające istotne znaczenie dla poprawy zdrowia społeczeństwa, a mianowicie:

- Program badań przesiewowych noworodków w Polsce,
- Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu,
- Program szczepień ochronnych na rok 2006.

- Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce (program był częścią *Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 2004-2006*).

Kobiety w ciąży i matki samotnie wychowujące dzieci, zwłaszcza znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej, miały zapewnioną opiekę przez organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego poprzez świadczenia w formie finansowej, rzeczowej, instytucjonalnej i niematerialnej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.).

Opieka medyczna nad kobietami w ciąży była zapewniona w ramach opieki podstawowej oraz specjalistycznej. Podobnie jak w roku poprzednim zasady kontraktowania i finansowania świadczeń z tego zakresu przez poszczególne oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia były zróżnicowane.

W 2006 roku, na podstawie dotychczas zebranych informacji z Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego i od Wojewódzkich Konsultantów w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz na podstawie bezpośrednich informacji uzyskanych z niektórych Wojewódzkich Ośrodków Analiz i Nadzoru nad Matką i Dzieckiem, zarejestrowano 21 zgonów kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu. Do zgonów położniczych zaliczono zgony 11 kobiet zmarłych w wyniku bezpośrednich lub pośrednich powikłań ciąży, porodu lub połogu.

Ponadto zgony kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu spowodowane były przez: wypadki komunikacyjne (3 zgony), choroby niezwiązane z ciążą (6 zgonów), samobójstwo (1 zgon).

W roku 2006 wykonano 7 739 inwazyjne badania prenatalne (o 3 705 więcej niż w roku 2005), w rezultacie których stwierdzono 707 patologii płodu (o 226 więcej niż w roku 2005). Udzielono 17 922 porad genetycznych. Biorąc pod uwagę, iż nastąpiło przesunięcie mediany wieku kobiet rodzących dzieci, należy przyjąć, iż była większa potrzeba wykonywania badań prenatalnych.

W 2006 roku zarejestrowano 340 zabiegów przerwania ciąży. Zagrożenie życia lub zdrowia kobiety ciężarnej było przyczyną 82 zarejestrowanych zabiegów przerwania ciąży. Stwierdzenie ciężkich zaburzeń lub wad płodu, w wyniku badania prenatalnego, było przyczyną 246 zabiegów przerwania ciąży. W 12 przypadkach przerwania ciąży dokonano ze względu na fakt, iż była ona wynikiem czynu zabronionego.

Przedstawione w sprawozdaniu dane dotyczące zabiegów przerywania ciąży odnoszą się do zabiegów zarejestrowanych w oficjalnych statystykach.

WSTĘP

Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania w roku 2006 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.), zawiera podsumowanie kolejnego roku jej stosowania. Obowiązek corocznej oceny jej wykonywania wynika z art. 9 ustawy, zgodnie z którym Rada Ministrów przedkłada Sejmowi do dnia 31 lipca każdego roku, sprawozdanie z wykonywania ustawy. Informacje i dane zostały usystematyzowane według kolejnych artykułów ustawy.

Uznając, że życie jest fundamentalnym dobrem człowieka, a troska o życie i zdrowie należy do podstawowych obowiązków państwa, społeczeństwa i obywatela; uznając prawo każdego obywatela do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz prawo dostępu do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa ustawa określa, że:

„Art. 2 ust. 1. Organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej, w szczególności poprzez:

- 1) opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży,*
- 2) pomoc materialną i opiekę nad kobietami w ciąży, znajdującymi się w trudnych warunkach materialnych podczas ciąży, porodu i po porodzie,*
- 3) dostęp do szczegółowych informacji na temat uprawnień, zasiłków i świadczeń przysługujących kobietom w ciąży, matkom, ojcom oraz ich dzieciom oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i społecznych, a także zajmujących się sprawami przysposobienia”,*

jak również zobowiązuje do:

„Art. 2 ust. 2 [...] zapewnienia obywatelom swobodnego dostępu do metod i środków służących dla świadomej prokreacji”,

„Art. 2 ust. 2a [...] zapewnienia swobodnego dostępu 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”,

”Art. 3 ust. 1 [...] udzielania pomocy Kościołowi Katolickiemu, innym kościołom i związkom wyznaniowym oraz organizacjom społecznym, które organizują opiekę nad kobietami w ciąży, jak również organizują rodziny zastępcze lub udzielają pomocy w przysposobieniu dzieci”.

Ustawa zobowiązuje szkoły do udzielenia uczennicy w ciąży pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji oraz do wprowadzenia do programów szkolnych 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.

Ustawa reguluje także warunki dopuszczalności przerywania ciąży:

„Art. 4a ust. 1 Przerwanie ciąży może być dokonywane 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”.*

Przepisy ustawy mają na celu zapewnienie kobietom, płodom i noworodkom, optymalnych warunków zdrowotnych, a także warunków sprzyjających podejmowaniu przez kobiety świadomej decyzji o posiadaniu potomstwa, poprzez stworzenie systemu edukacji, szerokiej gamy świadczeń zdrowotnych, socjalnych i prawnych.

Sprawozdanie Rady Ministrów, za rok 2006 przygotowano na podstawie informacji, danych statycznych i opinii uzyskanych od:

- Ministra Zdrowia,
- Ministra Pracy i Polityki Społecznej,
- Ministra Edukacji Narodowej,
- Ministra Sprawiedliwości oraz Prokuratora Krajowego,
- Pełnomocnika Rządu ds. Rodzin,
- Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Komendy Głównej Policji,
- Instytutu Matki i Dziecka,
- Zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń w zakresie zdrowia prokreacyjnego,
- Rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz okręgowych sądów lekarskich,
- Głównego Urzędu Statystycznego,
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,

- Krajowego Centrum ds. AIDS,
- Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

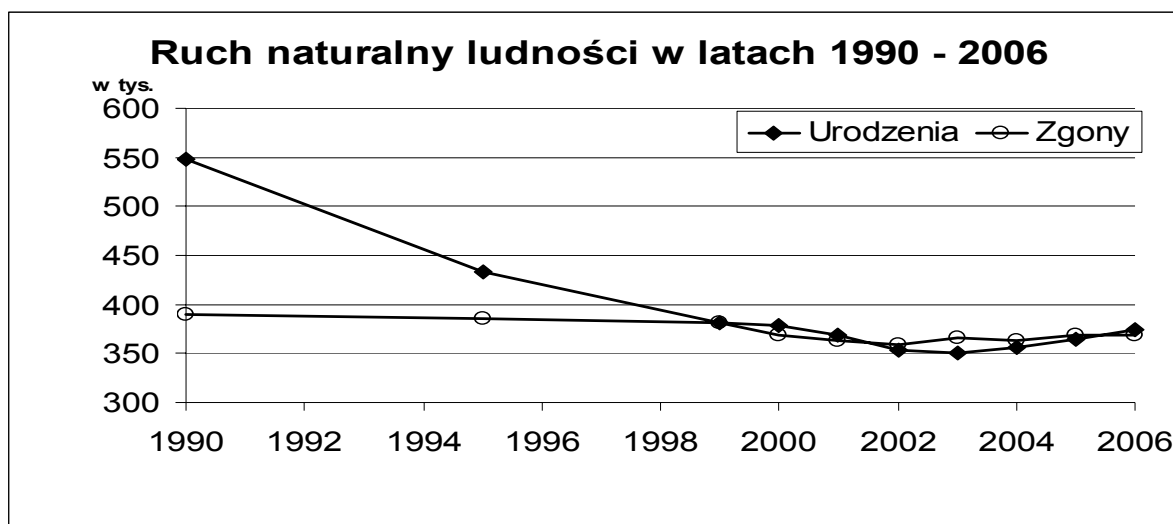
Dane statystyczne wykorzystane w sprawozdaniu udostępnione zostały m.in.: przez Instytut Matki i Dziecka, Państwowy Zakład Higieny, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny oraz okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i okręgowych sądów lekarskich.

Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski

W 2006 roku po raz ósmy z kolei odnotowano ubytek rzeczywistej ludności, a jednocześnie po raz pierwszy od 2002 roku liczba urodzeń była wyższa niż liczba zgonów, co oznacza dodatni przyrost naturalny. Szacuje się, że w końcu 2006 roku liczba ludności Polski wyniosła 38 122 tys. tj. o ok. 35 tys. mniej niż w końcu 2005 roku. W latach 1999-2006, w wyniku niskiego przyrostu naturalnego oraz migracji, liczba ludności Polski zmniejszyła się o ponad 155 tys.

Pod względem liczby ludności Polska znajduje się na 30 miejscu wśród krajów świata i na 6 wśród krajów Unii Europejskiej.

Wyk. 1 Ruch naturalny ludności w latach 1990 - 2006



Urodzenia

W 2006 roku urodziło się ogółem 374 244 dzieci, tj. o ponad 10 tys. więcej niż w 2005 roku, ale jednocześnie o ok. 1/3 mniej niż w 1990 roku i połowę mniej niż w 1983 r., który był szczytowym rokiem ostatniego wyżu demograficznego (723 tys. urodzeń).

W 2006 roku współczynnik urodzeń wyniósł 9,8‰. Zwiększenie natężenia urodzeń odnotowano zarówno wśród rodzin zamieszkałych w miastach, jak i na wsi. Szacuje się, że w 2006 roku współczynnik urodzeń na wsi wynosił 10,6‰, w mieście 9,4‰ (w 2005 r. – odpowiednio 10,4‰ i 9,0‰).

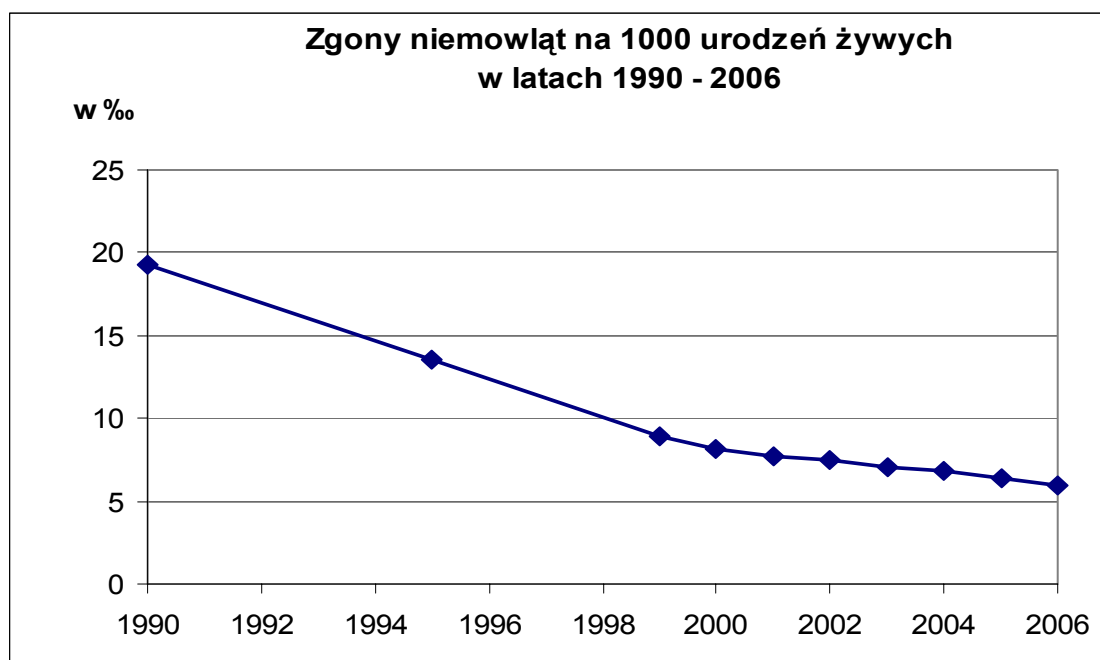
Pomimo rosnącej liczby urodzeń – w dalszym ciągu poziom reprodukcji nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. Od 1989 r. utrzymuje się w Polsce okres depresji urodzeniowej. W 2005 roku współczynnik dzietności wyniósł 1,24 (dane za rok 2006 nie są znane, ponieważ w dalszym ciągu prowadzone są analizy w tej sprawie), co oznacza minimalny wzrost (o 0,02) w stosunku do odnotowanego w 2003 roku - najniższego od ponad 50 lat. Pożądanym zjawiskiem jest osiągnięcie przedmiotowego współczynnika na poziomie 2,1-2,15, tj. kiedy w danym roku na jedną kobietę w wieku 15-49 lat przypada średnio dwoje dzieci. W latach 90-tych nastąpiło przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20-24 lat do grupy 25-29 lat. Spowodowane jest to wyborem, jakiego coraz częściej dokonują ludzie młodzi decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem na założenie rodziny oraz jej powiększenie. Analiza poziomu wykształcenia matek wskazuje, że od początku lat 90-tych ponad czterokrotnie wzrósł odsetek matek z wykształceniem wyższym (z 6% do ponad 26%), natomiast istotnie zmniejszył się odsetek kobiet z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia (z 18% do 11%).

W dalszym ciągu na dzietność kobiet największy wpływ ma liczba zawieranych związków małżeńskich. Zdecydowana większość dzieci (82%) rodzi się w rodzinach tworzonych przez prawnie zawarte związki małżeńskie, jednocześnie prawie połowa dzieci małżeńskich rodzi się w okresie pierwszych trzech lat trwania małżeństwa. Z badań ankietowych w rodzinach wynika, że model rodziny polskiej upodabnia się do wzorców zachodnioeuropejskich, nie należy więc oczekiwać powrotu do stanu wysokiej dzietności. Jednocześnie, od kilku lat systematycznie rośnie odsetek urodzeń pozamałżeńskich. Na początku lat 90-tych ze związków pozamałżeńskich rodziło się 6-7% dzieci, zaś w ostatnich latach 17-19%.

Umieralność

Corocznie zmniejsza się liczba zgonów niemowląt. W 2006 roku zmarło ok. 2,2 tys. dzieci w wieku poniżej 1 roku życia, co oznacza ponad 100 zgonów mniej niż w 2005 roku i prawie 5-krotnie mniej niż w roku 1990. Współczynnik zgonów niemowląt w 2006 roku wyniósł 6,0‰ (2005 r. – 6,4‰).

Wyk. 2 Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych w latach 1990-2006



Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt ponad 50% dzieci umiera w okresie pierwszego tygodnia, a kolejne prawie 20% - przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia. W dalszym ciągu przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Kolejną przyczyną zgonów (34%) były wady rozwojowe wrodzone, a pozostałe zgony spowodowane były chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

W 2006 roku współczynnik umieralności okołoporodowej (urodzenia martwe i zgony noworodków w wieku 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych) pozostał niezmienny od 2005 roku i wynosił 8,0‰. Podobnie jak ogólny współczynnik zgonów niemowląt, współczynnik umieralności okołoporodowej wykazuje tendencję spadkową. Dla porównania w 2000 roku wyniósł on 9,7‰, a od początku lat 90-tych, kiedy kształtował się na poziomie 19,5‰, odnotowano jego spadek o ponad połowę.

Począwszy od 1992 roku obserwuje się w Polsce nieprzerwany wzrost średniej długości trwania życia. W porównaniu do początku lat 90-tych trwanie życia wydłużyło się o 4,3 roku dla mężczyzn oraz o blisko 4 lata dla kobiet. Jednocześnie, nadal utrzymuje się duża różnica pomiędzy przeciętnym trwaniem życia mężczyzn, kobiet i wynosi 70,8 lat dla mężczyzn oraz 79,4 lat dla kobiet.

Wydaje się, że postęp w wydłużeniu się przeciętnego trwania życia można przypisać prowadzonej – od początku lat 90-tych promocji zdrowego stylu życia oraz poprawie jakości opieki zdrowotnej.

Struktura płci i wieku ludności

W ogólnej liczbie 38 122 tys. ludności Polski z końca 2006 roku – kobiety stanowiły prawie 52% ogółu ludności; na 100 mężczyzn przypadało 107 kobiet (wśród ludności miejskiej 111, na obszarach wiejskich 101). Współczynnik ten zmienia się w zależności od wieku.

Rezultatem przemian w procesach demograficznych jest znaczne zmniejszenie się liczby dzieci i młodzieży (w wieku 0–17). Wstępne dane wskazują, że w 2006 roku ich udział w ogólnej liczbie ludności obniżył się z 29% w 1990 r. do ok. 20%. Dzieci w wieku poniżej 15 lat stanowią obecnie niespełna ponad 16% ogólnej populacji, wobec prawie 25% w 1990 r.

ROZDZIAŁ I

Opieka medyczna, socjalna i prawna

1.1. Opieka medyczna nad płodem i kobietą w ciąży

„Art. 2. 1. Organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez:

1) opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży [...]”.

Głównym celem opieki medycznej nad kobietami w ciąży jest zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejsza identyfikacja ewentualnych czynników ryzyka, umożliwiająca objęcie pacjentek opieką odpowiadającą ich potrzebom zdrowotnym. Sprawowali ją lekarze ginekolodzy, lekarze rodzinni oraz położne. W przypadkach ciąży o podwyższonym ryzyku opiekę medyczną przejmowały poradnie specjalistyczne zorganizowane na wyższych poziomach opieki oraz oddziały patologii ciąży. Poradnie ogólne, poradnie dla kobiet oraz szpitale zapewniały opiekę medyczną dostosowaną do stopnia ryzyka ciąży. Istnieje jednak potrzeba zwiększenia częstości wczesnego objęcia opieką medyczną kobiet podczas ciąży, zwłaszcza na terenach wiejskich. Zależy to przede wszystkim od świadomości wśród kobiet potrzeby takiej opieki i wczesnego zgłaszania się kobiet do lekarza. System oceny stopnia ryzyka ciążowego służył między innymi określaniu grupy kobiet ciężarnych, u których ryzyko nieprawidłowego przebiegu ciąży i rozwoju płodu było większe. Pacjentki te były kierowane do ośrodków referencyjnych zajmujących się rozpoznawaniem schorzeń płodu i zaburzeń jego rozwoju oraz leczeniem.

Umieralność okołoporodowa jest ogólnie uznanym wskaźnikiem jakości opieki w czasie ciąży i porodu oraz we wczesnych okresach poporodowych. Poprawa wskaźników opieki perinatalnej oraz obniżenie umieralności w Polsce była możliwa dzięki wprowadzeniu systemu trójstopniowej opieki perinatalnej.¹

¹ Opieka perinatalna to wielodyscyplinarne działanie, którego celem jest zapewnienie opieki medycznej wraz z promocją zdrowia i postępowaniem leczniczym przedkoncepcyjnym, podczas ciąży, porodu i porodu, obejmujące matkę, płód i noworodka.

1.1.1. Umieralność okołoporodowa płodów i noworodków

Umieralność okołoporodowa zależy w znacznym stopniu od dojrzałości płodów, dlatego też wcześniactwo i mała masa urodzeniowa stanowią szczególny problem położniczy i są przyczynami ryzyka porodu przedwczesnego.

Współczynnik umieralności okołoporodowej płodów i noworodków w 2006 roku w Polsce wyniósł 8,0%. Współczynnik ten jest powszechnie stosowanym parametrem oceny jakości opieki perinatalnej, pośrednio wskazując na jakość opieki okołoporodowej. Uważa się, że prawie 75% wszystkich zgonów okołoporodowych można uniknąć, jeśli zapewni się kobietom odpowiednią opiekę podczas ciąży, porodu.

Tab.1 Umieralność okołoporodowa w Polsce w latach 2000-2006 według województw

		Umieralność okołoporodowa w Polsce w latach 2000-2006						
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
		%o	%o	%o	%o	%o	%o	%o
1	Dolnośląskie	11,7	11,1	11,2	9,9	9,5	9,3	9,4
2	Kujawsko-Pomorskie	9,5	9,0	9,2	8,5	8,2	7,9	6,2
3	Lubelskie	9,0	7,6	7,7	7,8	9,0	7,1	7,3
4	Lubuskie	11,8	9,9	8,0	9,5	8,7	7,2	9,2
5	Łódzkie	10,7	9,7	8,6	9,1	8,1	7,5	7,9
6	Małopolskie	8,5	8,8	8,1	7,2	7,8	8,1	7,7
7	Mazowieckie	8,5	9,4	8,0	7,8	7,5	7,3	7,0
8	Opolskie	8,1	8,9	9,3	7,8	8,1	5,7	7,1
9	Podkarpackie	10,0	8,8	8,5	8,2	8,7	9,0	9,1
10	Podlaskie	9,3	10,9	8,2	8,7	7,0	8,2	7,6
11	Pomorskie	10,1	9,3	9,2	8,4	9,3	9,2	8,4
12	Śląskie	11,3	10,2	9,6	8,8	9,6	8,6	9,2
13	Świętokrzyskie	9,2	10,4	9,4	10,1	9,1	8,8	8,7
14	Warmińsko-Mazurskie	8,4	8,9	9,3	9,0	7,2	8,3	8,2
15	Wielkopolskie	9,5	8,9	8,0	9,3	8,6	7,5	8,1
16	Zachodnio-Pomorskie	9,7	8,9	7,8	8,9	8,4	8,1	7,6
	Polska	9,7	9,4	8,7	8,6	8,5	8,0	8,0

Źródło GUS 2006 r.

Współczynniki umieralności okołoporodowej wykazują tendencję spadkową. Istnieje także wyraźne zróżnicowanie terytorialne umieralności okołoporodowej (tabela nr 1).

W roku 2000 współczynnik umieralności okołoporodowej wyniósł 9,7‰ natomiast w roku 2006 - 8,0‰ czyli zmniejszył się o 1,7‰.

Tab. 2 Urodzenia i umieralność w Polsce w 2006 roku według województw

Województwo		Urodzenia ogółem		Umieralność					
				Martwe urodzenia		Zgony		Martwe urodzenia + zgony	
		liczba	%	liczba	‰	liczba	‰	liczba	‰
1	Dolnośląskie	26 552	7,09	144	5,42	106	3,99	250	9,4
2	Kujawsko-Pomorskie	21 142	5,65	70	3,31	61	2,88	131	6,2
3	Lubelskie	21 496	5,75	95	4,41	63	2,93	158	7,3
4	Lubuskie	10 423	2,79	64	6,14	32	3,07	96	9,2
5	Łódzkie	23 395	6,25	110	4,70	76	3,21	186	7,9
6	Małopolskie	32 652	8,72	159	4,86	95	2,90	254	7,7
7	Mazowieckie	52 787	14,11	216	4,09	154	2,91	370	7,0
8	Opolskie	8 460	2,26	42	4,96	18	2,12	60	7,1
9	Podkarpackie	20 281	5,42	103	5,07	83	4,09	186	9,1
10	Podlaskie	11 045	2,95	47	4,25	37	3,34	84	7,6
11	Pomorskie	24 259	6,48	127	5,23	134	3,17	204	8,4
12	Śląskie	42 458	11,35	224	5,27	168	3,95	392	9,2
13	Świętokrzyskie	11 349	3,03	66	5,81	33	2,90	99	8,7
14	Warmińsko-Mazurskie	15 094	4,03	83	5,49	53	3,51	124	8,2
15	Wielkopolskie	36 440	9,74	170	4,66	126	3,45	296	8,1
16	Zachodnio Pomorskie	16 411	4,36	71	4,32	54	3,29	125	7,6
2006	POLSKA	374 244	100	1791	4,87	1224	3,23	3015	8,0

Źródło GUS 2006 r.

W dalszym ciągu u kobiet poniżej 18 roku życia i powyżej 35 roku życia częściej występują porody przedwczesne i o małej masie urodzeniowej noworodków, stąd w tej grupie noworodków wyższe są także współczynniki umieralności okołoporodowej. Strukturę urodzeń według wieku matki w 2006 roku ilustruje tabela nr 3.

Tab. 3 Urodzenia żywe według wieku matki

Wiek matki w latach ukończonych	Urodzenia żywe
Ogółem	374 244
19 lat i mniej	19 230
20 - 24	93 569
25 - 29	139 853
30 - 34	86 825
35 - 39	28 487
40 - 44	5975
45 lat i więcej	305

Źródło GUS 2006 r.

1.1.2. Zgony matek

Na podstawie informacji zebranych przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, w 2006 roku zarejestrowano 21 zgonów kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu.

Do zgonów położniczych zaliczono 11 kobiet zmarłych w wyniku bezpośrednich lub pośrednich powikłań ciąży, porodu lub połogu. W 10 przypadkach zgony kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu spowodowane były przez następujące przyczyny: wypadki komunikacyjne (3 zgony), choroby matki niezwiązane z ciążą (6 zgonów), samobójstwo (1 zgon).

Zgony kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu w Polsce zgłaszane są do Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego. Protokoły analiz i oceny zgonu dokonywane na miejscu przez wojewódzkiego specjalistę, ordynatora oddziału wraz z zespołem lekarskim, następnie wysyłane są do Pracowni Analiz Zdrowia Kobiet Instytutu Matki i Dziecka. Ocena merytoryczna polega na sprawdzeniu zasadności kwalifikacji danego przypadku w odniesieniu do pierwotnej przyczyny zgonu. Kwalifikacja ta decyduje o włączeniu danego przypadku do grupy zgonów położniczych.

Do stałej analizy zgonów matek i sprawozdań rocznych Polska jest zobowiązana przez Światową Organizację Zdrowia.

W ostatnich latach zaznaczył się wyraźny spadek częstości zgonów matek (na 100 tys. żywych urodzeń). W dalszym ciągu do głównych przyczyn bezpośrednich zgonów matek ze względów położniczych należą: krwotoki, zakażenia, zatory, gestozy i choroba nadciśnieniowa. Wśród niepołożniczych przyczyn zgonów zarejestrowano ciężkie choroby matki tj: nowotwory, wady serca, ciężkie schorzenia innych układów. Coraz częściej zdarzają się zgony z powodu wypadków komunikacyjnych.

Tab. 4 Wykaz zgonów matek w 2006 roku

	Województwo	Zgony	Wiek	Położniczy/ Niepołożniczy	Przyczyna zgonu
1	Dolnośląskie	2	30	NP	wypadek komunikacyjny
			21	NP	złośliwy guz endokryny trzustki
2	Kujawsko-Pomorskie	2	41	P	zator prawej gałęzi tętnicy płucnej
			24	NP	tętniak rzekomy rozwarstwiający aorty
3	Lubelskie	-	-	-	-
4	Lubuskie	2	33	P	zator tętnicy płucnej
			24	NP	samobójstwo
5	Łódzkie	3	29	NP	wypadek komunikacyjny
			37	P	Zespół HELLP nadciśnienie
			20	NP	krwotok mózgowy, kłębuszkowe zapalenie nerek
6	Małopolskie	-	-	-	-
7	Mazowieckie	-	-	-	-
8	Opolskie	1	43	P	posocznica
9	Podkarpackie	1	24	P	zator tętnicy płucnej zapalenie żył kończyny dolnej i żył miednicy mniejszej
10	Podlaskie	2	22	NP	wypadek komunikacyjny
			38	P	krwotok położniczy
11	Pomorskie	1	bd	P	krwotok położniczy
12	Śląskie	1	36	P	bd
13	Świętokrzyskie	1	43	NP	guz nadnercza prawego, nadciśnienie tętnicze
14	Warmińsko-Mazurskie	2	45	P	łożysko wrosnięte-atonie macicy-krwotok w III okresie porodu
			40	NP	tętniak rozwarstwiający aorty brzusznej
15	Wielkopolskie	3	bd	P	krwotok poporodowy
			bd	NP	choroba gr. dokrewnych, przem. materii i zaburzenia odżywiania
			bd	P	choroby układu krążenia wklajające ciążę, poród i połóg

Źródło: Samodzielna Pracownia Analiz Zdrowia Prokreacyjnego - Instytut Matki i Dziecka

Z szacunkowych danych WHO, UNICEF i UNFPA, zawartych w biuletynie Światowej Organizacji Zdrowia: *Zgony matek w 2000 roku*, wynika, że w zasadzie wszystkie krajowe statystyki dotyczące liczby zgonów kobiet z przyczyn położniczych w czasie ciąży, porodu i połogu (według klasyfikacji zawartej w X Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób, XV 000 – 099) są obciążone błędem niedoszacowań, ponieważ rozpoznanie nie zawiera w opisie informacji, że zgon nastąpił w wyniku pierwotnej przyczyny położniczej.

Mimo spadku umieralności, zgony matek stanowią poważny problem położniczy. Przy szczegółowej analizie tych zgonów – ich główne przyczyny można określić jako przeważnie możliwe do usunięcia.

1.1.3. Noworodki pozostawione w szpitalu nie ze względów zdrowotnych

Liczba noworodków pozostawionych w szpitalach nie ze względów zdrowotnych w roku 2006 zmniejszyła się o 187 przypadków w stosunku do roku 2005. Brakuje informacji o przyczynach pozostawienia noworodków przez matki. Tabela (nr 5) zawiera dane o noworodkach pozostawionych w szpitalu nie ze względów zdrowotnych w latach 2002-2006. Wskaźnik noworodków pozostawionych w szpitalu nie ze względów zdrowotnych wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne w kraju, osiągając najniższe wartości w województwach: mazowieckim, śląskim, a najwyższe wartości w województwach: świętokrzyskim, podkarpackim i podlaskim. Trzeba jednak zaznaczyć, że brak jest danych, które pozwalałyby stwierdzić, ile noworodków zostało pozostawionych przez rodziców będących obywatelami innych krajów.

Oddziały noworodkowe, realizując opiekę nad pozostawionymi noworodkami w szpitalu nie ze względów zdrowotnych, współpracują z sądami rodzinnymi, ośrodkami adopcyjnymi i rodzinami zastępczymi. Po uzyskaniu decyzji sądu rodzinnego, noworodki są przekazywane do domów małego dziecka lub wyspecjalizowanych placówek opieki nad małym dzieckiem, celem sprawowania dalszej opieki i ew. kwalifikacji do adopcji.

Tab. 5 Noworodki pozostawione w szpitalu z przyczyn niezdrowotnych w latach 2002-2006

Rok	2002	2003	2004	2005	2006
Urodzenia żywe	353 765	351 072	356 131	364 383	374 244
Liczba pozostawionych noworodków	1 018	1 090	1 012	1 013	826

Źródło CSIOZ 2006 r.

1.1.4. Umowy zawarte przez NFZ

Wojewódzkie Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia realizowały w 2006 roku swój ustawowy obowiązek zapewnienia opieki medycznej kobietom w ciąży w ramach następujących kontraktów:

1. podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia udzielane przez lekarza i położną podstawowej opieki zdrowotnej,
2. ambulatoryjne leczenie specjalistyczne – świadczenia udzielane w następujących zakresach: poradni ginekologiczno-położniczej, poradni ginekologicznej dla dziewcząt, poradni endokrynologii ginekologicznej i poradni leczenia niepłodności,
3. leczenie szpitalne – świadczenia udzielane w zakresie położnictwa i ginekologii,
4. profilaktyczne programy zdrowotne – świadczenia udzielane w ramach następujących programów: *Program badań prenatalnych oraz Program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży.*

Tab. 6 Kontrakty zaplanowane na 2006 r., wykonane oraz kwoty wykonania kontraktu za 2006 r.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	kwota kontraktu za 2006 r.	liczba punktów-kontrakt	kwota wyk. kontraktu	liczba punktów – wykonania kontraktów
świadczenia w poradni endokrynologiczno-ginekologicznej	3 775 209,19	492 631,81	3 741 713,59	488 984,92
świadczenia w poradni ginekologicznej dla dziewcząt	2 428 028,02	337 447,73	2 358 700,34	328 368,00
świadczenia w poradni ginekologiczno-położniczej	337 815 281,93	48 022 734,73	340 329 383,17	48 386 322,00
świadczenia w poradni leczenia niepłodności	1 008 108,76	139 718,02	947 230,74	132 183,88
świadczenia w poradni patologii ciąży	4 305 589,28	566 850,60	4 309 878,23	568 333,20
Lecznictwo szpitalne				
świadczenia w oddziale ginekologiczno-położniczym	890 237 271,83	88 164 641,75	901 631 542,19	89 262 403,38
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień				
świadczenia w poradni seksuologii i patologii współżycia	388 562,74	52 968,00	338 643,68	46 769,00

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

1.1.5. Program polityki zdrowotnej państwa w zakresie planowania rodziny, świadomego macierzyństwa oraz opieki medycznej nad kobietą w ciąży

W roku 2006 z budżetu Ministra Zdrowia finansowane były programy polityki zdrowotnej państwa, mające istotne znaczenie dla poprawy zdrowia kobiet i noworodków. Były to programy:

- Program badań przesiewowych noworodków w Polsce,
- Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu,
- Program szczepień ochronnych na rok 2006,
- Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce na lata 2005 – 2006 (program był częścią Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 2004-2006).

1. Program badań przesiewowych noworodków w Polsce

Celem programu jest wczesne, jeszcze przed wystąpieniem objawów klinicznych, rozpoznanie występowania wrodzonych wad metabolicznych. Uzyskiwane jest ono poprzez badanie za pomocą testów i badań klinicznych całej populacji noworodków. Umożliwia to obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu wad metabolizmu oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu kalectwu. W 2006 r. prowadzone były badania przesiewowe noworodków w kierunku hipotyreozy, fenyloketonurii oraz zapoczątkowano badania w kierunku mukowiscydozy (docelowo do 2008 r. planowane jest objęcie całej populacji noworodków). W 2006 r. Ministerstwo Zdrowia w ramach programu finansowało zakup testów diagnostycznych i odczynników do badań oraz monitorowanie programu (koszt programu ogółem – 8 773 735 PLN).

W roku 2006 w ramach programu badań przesiewowych noworodków przebadano wszystkie noworodki w Polsce w kierunku hipotyreozy i fenyloketonurii oraz 30 000 noworodków w rozpoczętym badaniu przesiewowym w kierunku mukowiscydozy. Dzięki temu ujawniono u 174 noworodków zaburzenia bądź wady metaboliczne, w tym:

- u 114 noworodków wykryto hipotyreozę,
- u 53 noworodków wykryto fenyloketonurię,
- u 7 noworodków wykryto mukowiscydozę.

Dzięki zastosowaniu wczesnego leczenia tych noworodków, nie będą one w przyszłości obciążały budżetu państwa z tytułu niepełnosprawności przez całe życie.

2. Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu

Celem programu jest wprowadzenie nowych metod terapii wewnątrzmacicznej płodu z wykorzystaniem najnowocześniejszej aparatury badawczej. Główne działania przewidziane w ramach programu obejmują:

- stworzenie jednolitego, optymalnego modelu postępowania diagnostycznego dla wykrywania wad rozwojowych płodu,
- zastosowanie diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw wad rozwojowych i chorób płodu,
- zmniejszenie kosztów leczenia wewnątrzmacicznego wykonywanego za granicą dla Ministerstwa Zdrowia,
- wdrożenie standardów wewnątrzmacicznej terapii płodu.

(koszt poniesiony ogółem w 2006 roku: 493 748 PLN).

W roku 2006 wykonano 50 zabiegów wewnątrzmacicznych, 50 badań USG kwalifikujących do wykonania zabiegu *in utero*, 62 badania echokardiograficzne – oceniające wydolność układu krążenia u leczonych płodów. Zakupiono sprzęt jednorazowego użytku (shunty, cewniki i igły punkcyjne) niezbędne do terapii wewnątrzmacicznej. Prowadzono również ogólnopolski rejestr problemów kardiologicznych u płodu, uruchomiono komputerową bazę danych oraz opracowano internetowy system przekazu informacji i obrazów dotyczących stwierdzonej patologii płodu w całym kraju.

3. Program szczepień ochronnych na rok 2006

Minister Zdrowia finansuje zakup szczepionek niezbędnych do przeprowadzenia szczepień obowiązkowych. Program szczepień ochronnych realizowany jest na podstawie art. 14 § 9 ustawy z dnia 6 września 2001 r. *o chorobach zakaźnych i zakażeniach* (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.). Szczegółowy schemat stosowania poszczególnych szczepionek oraz wskazania do szczepień obowiązkowych i zalecanych, wynikający z aktualnej sytuacji epidemiologicznej podaje Główny Inspektor Sanitarny w formie komunikatu publikowanego do końca I kwartału każdego roku. Szczepienia w pierwszym roku życia obejmują:

- w ciągu 24 godzin po urodzeniu: szczepienie przeciw WZW typu B – domięśniowo (pierwsza dawka), podanie śródskórne szczepionki przeciw gruźlicy (BCG),
- w 2 miesiącu życia szczepienie przeciw: WZW typu B – domięśniowo (druga dawka) oraz szczepienie przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (pierwsza dawka) podskórną lub domięśniowo szczepionką DTP,
- na przełomie 3 i 4 miesiąca życia dziecka szczepienie przeciw: błonicy, tężcowi, krztuścowi (druga dawka) oraz szczepienie przeciw poliomyelitis – podskórną lub domięśniowo szczepionką inaktywowaną IPV poliwalentną (1,2,3 typ wirusa) - pierwsza dawka,
- w 5 miesiącu życia szczepienie przeciw: błonicy, tężcowi, krztuścowi (trzecia dawka) oraz szczepienie przeciw poliomyelitis – podskórną lub domięśniowo szczepionką inaktywowaną IPV poliwalentną (1,2,3 typ wirusa) - druga dawka,
- na przełomie 6 i 7 miesiąca życia szczepienie przeciw: WZW typu B – domięśniowo (trzecia dawka).

W 2006 roku na zakup szczepionek do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych zostały zaplanowane środki w wysokości 63 000 000 PLN, w tym:

- 26 773 000 PLN w rozdziale 85149 – programy polityki zdrowotnej,
- 36 227 000 PLN w rozdziale 85195 – pozostała działalność.

Z ww. środków kwota 40 484 783 PLN została wydatkowana w 2006 r., a kwota 22 515 217 PLN została ujęta w wykazie wydatków, które nie wygasają z upływem roku 2006.

4. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce (program był częścią Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 2004-2006).

Program ma na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV w społeczeństwie, poprawę jakości życia i dostępności opieki zdrowotnej dla ludzi żyjących z wirusem HIV, chorych na AIDS i ich bliskich. Głównym zadaniem programu jest zapewnienie dostępu do leczenia antyretrowirusowego, wraz z monitorowaniem jego skuteczności u pacjentów zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS, a także zmniejszenie zapadalności i śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z wirusem HIV oraz zmniejszenie ich zakaźności dla populacji osób zdrowych. Dzięki podawaniu leków antyretrowirusowych pacjentom objętym programem, obserwuje się wydłużenie okresu życia pacjentów zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS, co, pomimo choroby, pozwala im na powrót do funkcji społecznych i rodzinnych.

Finansowaniem przez Ministerstwo Zdrowia objęty był zakup leków antyretrowirusowych, testów diagnostycznych oraz szczepionek dla dzieci matek zakażonych HIV. W 2006 r. było leczonych antyretrowirusowo 109 dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS. Na realizację Programu w 2006 r. zaplanowano środki w wysokości 109 800 000 PLN. Do końca 2006 r. została wydatkowana kwota 89 999 713 PLN, a kwota 19 800 000 PLN została ujęta w wykazie wydatków, które nie wygasają z upływem roku 2006, z których wydatkowano 19 793 892 PLN.

Ponadto, w roku 2006 kontynuowano realizację następujących zadań finansowanych ze środków Ministra Zdrowia (z rozdziału pozostała działalność):

- **„Monitorowanie i poprawa pierwotnej profilaktyki wrodzonych wad rozwojowych w Polsce**, obejmującego prowadzenie **Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych w Polsce**”. Celem prowadzenia Rejestru jest gromadzenie danych, mających na celu ocenę skali występowania wad wrodzonych w Polsce oraz identyfikację rodzin ryzyka genetycznego (koszt zadania ogółem: 499 387 PLN),
- **„Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”**, które swoim zakresem obejmowało badanie stanu zdrowia jamy ustnej kobiety ciężarnej (koszt zadania ogółem: 225 492 PLN).

W ramach działalności oświatowo-zdrowotnej Departament Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia Głównego Inspektoratu Sanitarnego realizuje od roku 1999 we współpracy z Instytutem Matki i Dziecka **„Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej”**. Realizacja programu wynika z celu operacyjnego nr 2 Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2006 - **„Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności”**, zadania nr 8 – „Upowszechnianie podawania kwasu foliowego kobietom w wieku rozrodczym w celu zapobiegania wadom wrodzonym cewy nerwowej u noworodków”.

Głównym celem programu jest zmniejszenie częstości występowania wad cewy nerwowej u noworodków, a w szczególności upowszechnianie wiedzy na temat roli kwasu foliowego w profilaktyce wrodzonych wad cewy nerwowej, zalecanie spożywania kwasu foliowego w dawce profilaktycznej przez kobiety w wieku rozrodczym oraz kształtowanie wśród młodych kobiet świadomości realnego wpływu na zdrowie ich przyszłego potomstwa.

W 2006 roku Główny Inspektor Sanitarny powołał zespół koordynatorów programu, który opracował wersję przedsięwzięcia prozdrowotnego z uwzględnieniem dodatkowych możliwości dotarcia do grupy docelowej oraz przygotował materiały i narzędzia przekazu

informacyjno-edukacyjnego, integralnie związanego z realizacją programu w kolejnej edycji, w roku szkolnym 2006/2007.

Oceny realizacji programu na podstawie dostępnych wskaźników i wyników badań dokonuje Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

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

Sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS na świecie

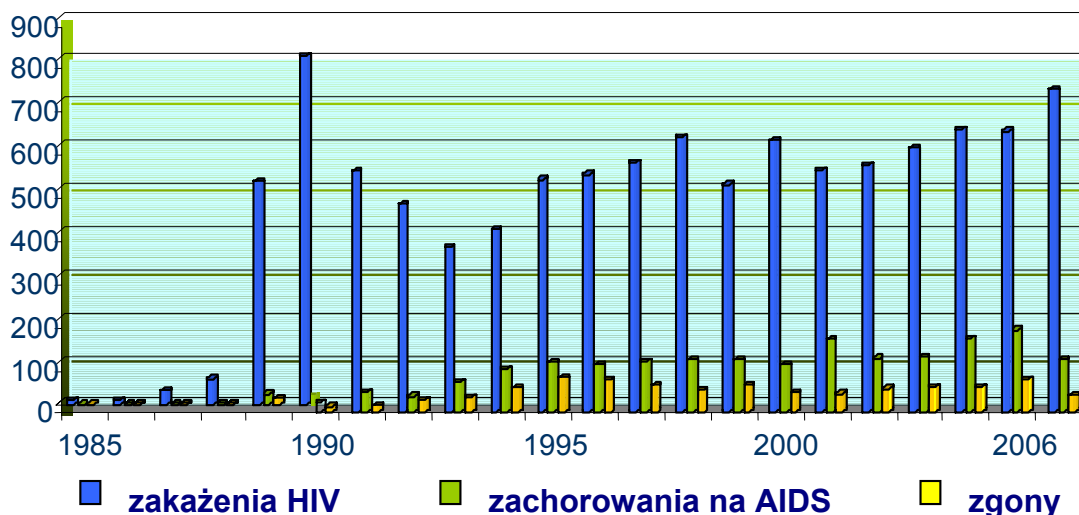
Według danych szacunkowych w 2006 roku na świecie żyło 39,5 mln osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS, z czego 17,7 mln (45%) to kobiety. W 2006 roku odnotowano 4,3 mln nowych zakażeń, z czego 2,8 mln (65% wszystkich zakażeń) miało miejsce w Afryce Subsaharyjskiej. Szacuje się, że w Ameryce Łacińskiej 1,6 mln osób żyje z HIV/AIDS, z czego nowe przypadki zakażeń to około 140 tys. osób. Innym regionem, w którym następuje dynamiczny wzrost liczby zakażeń (o około 15% rocznie od 2004 r.), jest południowa i południowo-wschodnia Azja. Znaczny wzrost zakażeń miał także miejsce w Europie Wschodniej i Azji Centralnej, gdzie według niektórych wskaźników ilość nowych przypadków HIV od 2004 r. wzrasta rocznie nawet o 50%. Na Ukrainie i w Federacji Rosyjskiej odsetek osób żyjących z HIV wynosi prawdopodobnie około 2%. W Europie Zachodniej i Środkowej oraz Ameryce Północnej, dzięki odpowiedniej i pełnej opiece nad osobami żyjącymi z wirusem HIV i chorymi na AIDS, poprawił się poziom jakości życia tych chorych. Leczenie antyretrowirusowe może przedłużyć życie do wieku naturalnej śmierci, chroni przed chorobami i zakażeniami oportunistycznymi.

Liczba zgonów na skutek AIDS konsekwentnie spada. W roku 2006 w USA w porównaniu z 1993 r. wskaźnik śmiertelności z powodu AIDS zmniejszył się o ponad 80%. Z drugiej strony w roku 2006 wykryto ok. 65 tysięcy nowych zakażeń, co sprawia, iż w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej i Centralnej z HIV żyje już ponad 2 mln osób, z czego 750 tys. w Europie. Epidemia HIV w Europie ma bardzo zróżnicowane oblicze. Sytuacja nawet w sąsiadujących ze sobą państwach może się znacznie różnić. Skandynawia i Europa Środkowa (w tym także Polska) pozostają obszarami o stabilnej sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS, choć nowe zakażenia spowodowane są głównie kontaktami seksualnymi, a nie stosowaniem środków psychoaktywnych w iniekcji.

Sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS w Polsce

Z danych Państwowego Zakładu Higieny wynika, iż w 2006 r. wykryto w Polsce 749 zakażeń HIV. W 12% to zakażenia związane ze stosowaniem narkotyków dożylnych, pozostałe to zakażenia inną drogą, głównie poprzez kontakty seksualne. W 2006 r. zarejestrowano 120 przypadków AIDS, 38 osób zmarło z przyczyn związanych z HIV/AIDS.

Rys. 3. Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS i zgony chorych na AIDS w latach 1985-2006.



Początek epidemii HIV/AIDS w Polsce miał miejsce w drugiej połowie lat 80-tych ubiegłego wieku. Pierwsze zakażenia zgłoszono w roku 1985, a dotyczyły one sześciu chorych na hemofilię, czterech mężczyzn homo- lub biseksualnych oraz kobiety świadczącej usługi seksualne. Osoby te mieszkały na terenie ówczesnych województw: warszawskiego (4), gdańskiego, łódzkiego (po 2), rzeszowskiego, toruńskiego i wrocławskiego (po 1). Na przełomie lat 80-tych i 90-tych wirus HIV zaczął szybko rozprzestrzeniać się w środowiskach osób używających substancji psychoaktywnych w iniekcji, co spowodowało gwałtowny wzrost liczby wykrywanych zakażeń. Największą jak dotąd liczbę zakażeń odnotowano w roku 1990 i było to 809 zakażeń (21,2 na 1 mln ludności). W pierwszej połowie lat 90-tych nastąpił spadek zakażeń do około 400 nowo wykrywanych rocznie, a następnie w latach 2004–2006 powolny wzrost do około 750 (19 na 1 mln ludności) (Rys. 3). Zakażenia wirusem HIV są obecnie wykrywane na terenie całego kraju, przy czym najwyższy wskaźnik (ponad 40 na 1 mln ludności) obserwuje się w ostatnich latach na terenie obecnego województwa dolnośląskiego.

Od wprowadzenia rutynowego systemu nadzoru epidemiologicznego (1986 r.) nad HIV/AIDS w Polsce do końca 2006 r. zarejestrowano 10 543 zakażeń wirusem HIV: przyczyną 5 384 odnotowanych zakażonych było używanie substancji psychoaktywnych w iniekcji,

666 zakażeń mężczyzn w wyniku kontaktów homo- lub biseksualnych, 540 osób zakażonych drogą kontaktów heteroseksualnych, 100 dzieci matek zakażonych wirusem HIV, 19 chorych na hemofilię, w odniesieniu do pozostałych nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia.

Spośród 1 845 zachorowań na AIDS – zarejestrowano 947 zakażeń z powodu używania substancji psychoaktywnych w iniekcji, 363 zakażeń mężczyzn w wyniku kontaktów homo- lub biseksualnych, 309 zakażeń drogą kontaktów heteroseksualnych, 41 zakażeń dzieci matek z wirusem HIV, 7 zakażeń chorych na hemofilię, w odniesieniu do pozostałych nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia.

Zakażenia wertykalne (odmatczyne)

Wedle wskazań międzynarodowych, profilaktyka zakażeń z matki na dziecko jest jednym z ważniejszych elementów działań z zakresu zdrowia prokreacyjnego, do realizacji których zobowiązane jest państwo. Działania te finansowane są w ramach programu polityki zdrowotnej dotyczącego leczenia antyretrowirusowego, koordynowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

Profilaktyka przeniesienia zakażenia wirusem HIV z matki na dziecko stosowana jest w Polsce od 1994 r. W skali roku leki antyretrowirusowe otrzymuje około 120 kobiet i ich dzieci. Ryzyko transmisji odmatczynej HIV (w grupie kobiet niepoddających się profilaktyce) na terenie Europy wynosi 15-30%. Jest większe w przypadku matek z wysoką wiremą, podczas porodu drogami natury, u dzieci karmionych piersią i kobiet, które nie były pod specjalistyczną opieką podczas ciąży i porodu oraz nie otrzymywały profilaktycznie leków antyretrowirusowych. Do ok. 70% zakażeń odmatczynej HIV dochodzi podczas porodu. Poznanie czynników ryzyka przeniesienia zakażenia HIV z matki na dziecko pozwoliło na opracowanie programów profilaktyki odmatczynej zakażeń HIV. Wdrożono leczenie zapobiegawcze u ciężarnych. Począwszy od opracowania w roku 1996 standardów w tym zakresie, profilaktyka jest prowadzona według protokołu ACTG 076 i jest to rutynowe postępowanie u każdej zidentyfikowanej ciężarnej HIV dodatkowo. Dzięki zastosowaniu profilaktyki antyretrowirusowej odsetek zakażeń zmniejszył się z 23% przed rokiem 1989 do < 1,0% zakażeń HIV w grupie noworodków, których matki otrzymały profilaktykę ARV zakażenia wertykalnego.

Krajowe Centrum ds. AIDS będąc jednostką budżetową utworzoną przez Ministra Zdrowia, realizowało w roku 2006 zadania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia

16 czerwca 2003 roku w sprawie *Krajowego Centrum do spraw AIDS* (tekst jednolity z uwzględnieniem zmian wynikających z zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2004 r. w sprawie Krajowego Centrum ds. AIDS) oraz zadania zawarte w *Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS na lata 2004-2006 roku* (przyjętym przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 14 grudnia 2004, protokół ustaleń NR 53/2004, pkt 18).

1. Badania przesiewowe w kierunku HIV u kobiet ciężarnych

W roku 2006 ze środków finansowych pozostających w dyspozycji Krajowego Centrum zrealizowano, we współpracy z Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie, program badań przesiewowych w kierunku HIV u kobiet ciężarnych. Wykonano 163 badania, całkowity koszt - około 3 260 PLN. Program *wczesnego wykrywania zakażeń HIV* opracowany przez Krajowe Centrum ds. AIDS wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) dotyczy wykonywania testów w kierunku HIV i proponowania wykonywania takiego testu kobietom w ciąży i planującym ciążę (usługa bezpłatna dla pacjentki, finansowanie – NFZ). Program ten został uruchomiony na podstawie zarządzenia nr 21/2006 Prezesa NFZ z dnia 18 maja 2006 r o *ustanowieniu Programu Wczesnego Wykrywania Zakażeń HIV u Kobiet w Ciąży*. Wdrożenie tego programu stanowi istotny czynnik w dążeniu do zapewnienia opieki w dziedzinie zdrowia prokreacyjnego, a także konieczny element dla kompleksowego przeciwdziałania AIDS.

2. Leczenie antyretrowirusowe dzieci

W roku 2006 leczenie antyretrowirusowe otrzymywało 109 dzieci. Szacunkowy koszt leczenia ARV dzieci w 2006 r. – 2 583 300 PLN. Średni koszt leków ARV na okres 12 miesięcy w przeliczeniu na jedno dziecko wyniósł w 2006 r. około 23 700 PLN. Zgodnie z celami ww. programu polityki zdrowotnej państwa i obowiązującymi normami klinicznymi programu szczepień dla dzieci urodzonych przez matki żyjące z HIV, a różniącym się od programu szczepień innych dzieci – szczepionki nie mogą zawierać elementów „żywych”, zostały zakupione szczepionki (uzupełnienie kalendarza szczepień obowiązującego dla innych dzieci) dla nowo urodzonych w 2006 r. dzieci matek zakażonych HIV, a także dla dzieci już leczonych w latach ubiegłych, a wymagających dalszego leczenia.

3. Kampania społeczna zapobiegania zakażeniom HIV „Rodzina razem przeciw AIDS”

Kolejnym działaniem profilaktycznym była społeczna kampania medialna, która w roku 2006 skierowana była do rodzin. Znalazły się w niej treści skierowane m.in. do kobiet posiadających dzieci lub też planujących macierzyństwo. Kampania miała na celu uświadamianie, jak ważne jest budowanie silnych więzi i zaufania między rodzicami

i dziećmi. Podkreślała rolę ojca i matki, jako pierwszych nauczycieli własnego dziecka, którzy nie boją się rozmawiać z nim na „trudne tematy”, w tym również na temat HIV i AIDS. Środki przeznaczone na kampanię medialną w 2006 roku wyniosły 500 000 PLN.

1.2. Pomoc materialna, socjalna oraz prawna

„Art. 2.1. Organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności przez: [...],

- 2) *pomoc materialną i opiekę nad kobietami w ciąży, znajdującymi się w trudnych warunkach materialnych, przez czas ciąży, porodu i po porodzie – ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.),*
- 3) *dostęp do szczegółowych informacji na temat uprawnień, zasiłków i świadczeń przysługujących kobietom w ciąży, matkom, ojcom oraz ich dzieciom oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i społecznych, a także zajmujących się sprawami przysposobienia.”*

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 świadczonej w formie finansowej, rzeczowej, niematerialnej i instytucjonalnej, realizowanej w ramach ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.).

Jeżeli dochód kobiet w ciąży nie przekracza kryterium dochodowego określonego w art. 8 ustawy o pomocy społecznej (od dnia 1 października 2006 r. kryterium dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 477 PLN, zaś dla osoby w rodzinie 351 PLN, wcześniej wynosiło odpowiednio 461 PLN i 316 PLN), mogą one ubiegać się o przyznanie zasiłku okresowego lub zasiłku celowego - zwłaszcza 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.

W uzasadnionych wypadkach kobiety w ciąży i matki samotnie wychowujące dzieci mogą korzystać z pomocy z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych.

Zasiłek okresowy – w wysokości od 20 do 418 PLN, jest przyznawany w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych działów systemu zabezpieczenia społecznego. Świadczenie to stanowi różnicę między posiadany dochodem, a przyjętym kryterium uprawniającym do świadczeń z pomocy społecznej, przy czym ustalona została minimalna, gwarantowana wysokość tego świadczenia, docelowo (od roku 2008) na poziomie:

- dla osób samotnych w wysokości nie niższej niż 50% kwoty różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej, a posiadany dochodem,
- dla rodziny w wysokości nie niższej niż 50% różnicy między kryterium dochodowym rodziny, a posiadany dochodem.

Okres, na jaki jest przyznawany zasiłek okresowy, ustala ośrodek pomocy społecznej na podstawie udokumentowanych i rozpoznanych okoliczności sprawy. Świadczenie to jest zadaniem własnym gminy dofinansowywanym z budżetu państwa.

Zasiłek celowy – może być przyznany w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej, w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu. Może być przyznany również osobie albo rodzinie, które poniosły stratę w wyniku zdarzenia losowego lub w wyniku klęski żywiołowej i ekologicznej. Zasiłek przyznawany z takich przyczyn, może być przyznany niezależnie od dochodu i może nie podlegać zwrotowi.

W uzasadnionych przypadkach nieprzewidzianych ustawą, uzasadniających przyznanie świadczeń pomocy społecznej osobie lub rodzinie o dochodach przekraczających kryteria dochodowe może być przyznany specjalny zasiłek celowy, który nie podlega zwrotowi, w wysokości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodziny. Może też być przyznany zasiłek okresowy, zasiłek celowy lub pomoc rzeczowa, pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku lub wydatków na pomoc rzeczową. Zasiłki celowe finansowane są z budżetu gmin.

Ogółem, w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2006 roku udzielono pomocy z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa 33 568 rodzinom w mieście i 46 045 rodzinom ze środowisk wiejskich, w tym z uwagi na wielodzietność pomoc otrzymało 12 816 rodzin w mieście i 23 222 rodziny na wsi. W porównaniu do 2005 r. liczba rodzin, którym udzielono pomocy wzrosła o 6 847. Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-

wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2006 r. 332 181 rodzin, w tym na wsi 149 178 rodzin. W porównaniu do 2005 r. liczba rodzin, które otrzymały pomoc z tego tytułu zmniejszyła się o 4 321.

Pomoc instytucjonalna

Od dnia 1 maja 2004 r. powiaty przejęły nadzór nad prowadzeniem domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży oraz ośrodków interwencji kryzysowej. Do 30 kwietnia 2004 r. domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży należały do jednego z typów domów pomocy społecznej. Od 1 maja 2004 r. zyskały one status odrębnych placówek pomocy społecznej prowadzonych przez samorząd powiatowy. Na mocy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* zostało wydane rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (Dz. U. Nr 43, poz. 418), które określa standardy podstawowych usług świadczonych przez te placówki. Gwarantuje ono nie tylko godne warunki bytowe w postaci odrębnych sypialni i wspólnych pomieszczeń dla mieszkańców z dziećmi, pokoi dla kobiet w ciąży, łazienek dostosowanych zarówno dla dorosłych jak i dla dzieci, kuchni, pralni i suszarni oraz opieki lekarskiej, ale także zadbanie o ich potrzeby psychiczne i duchowe poprzez podmiotowe traktowanie, uwzględnianie indywidualnych potrzeb mieszkańców, pomoc w usamodzielnieniu, zapobieganiu marginalizacji społecznej i sieroctwu społecznemu. 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 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. Okres pobytu kończy się z dniem wskazanym w decyzji lub z dniem ustania przyczyny uzasadniającej skierowanie do domu, nie dłużej niż rok z możliwością przedłużenia w przypadku kontynuowania nauki, zdobywania kwalifikacji zawodowych, zdarzeń losowych, aż do momentu usamodzielnienia. Po opuszczeniu placówki jej „byli” mieszkańcy mogą dalej liczyć na wsparcie ze strony powiatowych centrów pomocy rodzinie w postaci:

- pomocy pieniężnej na usamodzielnienie,
- pomoc pieniężnej na kontynuowanie nauki,
- uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych,
- pomocy w formie rzeczowej,
- pomocy w uzyskaniu zatrudnienia,

- pracy socjalnej.

Spośród ww. świadczeń, w 2006 r. przyznano 44 świadczenia w postaci pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki na łączną kwotę 23 330 PLN, które były wypłacane 6 osobom; pomocy w formie pracy socjalnej udzielono 5 osobom opuszczającym domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Pomocy pieniężnej w pozostałych z wymienionych form w roku 2006 nie wypłacano.

W 2006 roku w Polsce funkcjonowały 3 domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży o zasięgu ponadgminnym finansowane z budżetu powiatów, ze środków przeznaczonych na pomoc społeczną. Dysponowały one 37 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 55 osób. Funkcjonowało również 6 domów prowadzonych przez inne podmioty (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia wyznaniowe i inne) z 204 miejscami, z których skorzystały w ciągu roku 272 osoby. W porównaniu do 2005 r. liczba domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży zmniejszyła się o 1 dom prowadzony przez podmiot niepubliczny. Liczba osób korzystających w 2005 r. wynosiła 428, natomiast w 2006 roku 327, czyli o 101 osób mniej niż w roku ubiegłym.

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 wprowadzoną do ustawy *o pomocy społecznej* w 2005 roku „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.

W 2006 r. ogółem działały 234 ośrodki interwencji kryzysowej. Prowadzenie ośrodka interwencji kryzysowej jest zadaniem własnym powiatu, jednakże zadanie to realizowane jest również przez gminy. W 2006 r. powiaty prowadziły 136 ośrodków, w których pomoc znalazło 35 251 osób, natomiast podmioty niepubliczne prowadziły 40 takich ośrodków, udzielając pomocy 10 779 osobom. Gminy prowadziły 41 ośrodków tego typu, w których pomoc uzyskały 10 462 osoby, podmioty niepubliczne prowadziły 17 ośrodków, gdzie pomoc znalazło 3 378 osób. Tak więc z pomocy w ośrodkach interwencji kryzysowej skorzystało w 2006 r. w powiatach 46 050 osób, a w gminach 13 840, co daje łącznie 59 890 osób.

W porównaniu z rokiem 2005 liczba osób, którym udzielono pomocy w ramach interwencji kryzysowej wzrosła o 1 975 (w powiatach z pomocy skorzystało o 3 668 osób więcej, natomiast w gminach o 1 693 osób mniej).

Ustawa o przeciwdziałaniu 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* (Dz. z 2005 r. Nr 180, poz. 1493).

Ustawa ma na celu zahamowanie zjawiska przemocy w rodzinie. Określa ona działania wobec różnych grup dotkniętych przemocą w rodzinie, do których należą: kobiety, mężczyźni, dzieci, osoby niepełnosprawne i osoby starsze.

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie w art. 10 zobligowała Radę Ministrów do uchwalenia Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, który został przyjęty przez Radę Ministrów uchwałą Nr 162/2006 z dnia 25 września 2006 roku.

W ramach realizacji programu wyznaczono pięć priorytetów:

- systematyczne diagnozowanie zjawiska przemocy w rodzinie,
- podnoszenie poziomu świadomości i wrażliwości społecznej wobec przemocy w rodzinie,
- szkolenie służb zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie,
- działania podejmowane w zakresie zapewnienia ochrony i udzielania pomocy osobom dotkniętym przemocą poprzez działalność specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie,
- oddziaływanie na osoby stosujące przemoc, poprzez realizację programów korekcyjno-edukacyjnych.

Ważnym i nowym zadaniem z zakresu administracji państwowej przypisanym powiatom jest tworzenie i prowadzenie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie *standardu podstawowych usług świadczonych przez specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, a także szczegółowych kierunków prowadzenia oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych*, z dnia 6 lipca 2006 r. (Dz. U. z 2006 r. Nr 127, poz. 890.).

Rozporządzenie to stworzyło podstawy prawne do tworzenia specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie oraz do uruchomienia środków finansowych na ten cel.

Zgodnie z zapisami ww. rozporządzenia, ośrodki te mają udzielać profesjonalnego poradnictwa medycznego, psychologicznego, prawnego, socjalnego.

W roku 2006 powstały 33 specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, natomiast programom korekcyjno–edukacyjnym zostało poddanych ok. 1569 sprawców przemocy w rodzinie.

W Krajowym Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie opracowano wytyczne do realizacji programów korekcyjno–edukacyjnych dla sprawców przemocy w rodzinie. Programy korekcyjno–edukacyjne są skierowane do osób:

- skazanych za czyny ze stosowaniem przemocy w rodzinie, odbywających karę pozbawienia wolności albo wobec których sąd zawiesił wykonanie kary zobowiązując do uczestnictwa w programie korekcyjno-edukacyjnym,
- stosujących przemoc w rodzinie, które uczestniczą w terapii uzależnienia od alkoholu lub narkotyków – w tym przypadku oddziaływania korekcyjno-edukacyjne mogą stanowić uzupełnienie podstawowej terapii odwykowej,
- które w innych okolicznościach zgłoszą się do uczestnictwa w programie.

Zawartość merytoryczna programów korekcyjno–edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc w rodzinie, oprócz oddziaływań edukacyjnych obejmuje również praktyczne ćwiczenia mające na celu zmienianie zachowań i postaw związanych z przemocą oraz rozwijanie umiejętności samokontroli i konstruktywnego współżycia.

Poradnictwo rodzinne

Poradnictwo specjalistyczne w pomocy społecznej to w szczególności poradnictwo prawne, psychologiczne i rodzinne. Jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych. W ramach poradnictwa prawnego udziela się informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów. Poradnictwo psychologiczne w pomocy społecznej to procesy diagnozowania, profilaktyki i terapii. Natomiast poradnictwo rodzinne obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną.

Poradnictwo rodzinne na poziomie gmin

Rozpoznania potrzeb w zakresie poradnictwa rodzinnego dokonuje pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej poprzez wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osób i rodzin. Gdy zajdzie taka potrzeba, rodzinom oferuje się przede wszystkim pomoc pedagoga, psychologa, często prawnika. W niektórych ośrodkach pomocy społecznej funkcjonują zespoły konsultantów, które przejmują pieczę nad rodziną wskazaną przez pracownika socjalnego. Jest to także współpraca z pedagogami szkolnymi, kuratorami społecznymi, lokalnymi organizacjami pozarządowymi zajmującymi się działalnością na rzecz rodzin i dzieci. Ogółem w 2006 r. w gminach udzielono porad specjalistycznych 7 155 osobom w 17 ośrodkach prowadzonych przez gminy i 2 453 osób w 2 ośrodkach niepublicznych.

W porównaniu do 2005 r. liczba ośrodków tego typu zmniejszyła się o 1 prowadzony przez gminę i o 2 prowadzone przez podmiot niepubliczny. Liczba porad udzielanych w publicznych placówkach zmalała o 2 701, zaś w niepublicznych placówkach udzielono o 922 porady mniej niż w roku ubiegłym.

Poradnictwo rodzinne na poziomie powiatu

Do zadań z zakresu pomocy społecznej realizowanych przez powiat należy m.in. organizowanie i prowadzenie specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego, dla rodzin naturalnych i zastępczych, a także terapii rodzinnej. W roku 2006 jednostki specjalistycznego poradnictwa finansowane były przez powiaty ze środków na pomoc społeczną.

W powiatach funkcjonowało 38 jednostek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego o zasięgu ponadgminnym, prowadzonych przez powiat oraz 30 poradni prowadzonych w powiecie przez podmioty niepubliczne. Z usług jednostek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego skorzystało 44 181 osób. Od zeszłego roku przybyły 4 placówki publiczne i 19 niepublicznych, udzielając łącznie o 11 768 więcej porad w porównaniu do 2005 roku.

Program Wspierania Jednostek Samorządu Terytorialnego w Budowaniu Lokalnego Systemu Opieki nad Dzieckiem i Rodziną

Na rok 2006 w budżecie Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Część 44 - zabezpieczenie społeczne, dział 852 – pomoc społeczna, rozdział 85295 – pozostała działalność) na Program Wspierania Jednostek Samorządu Terytorialnego w Budowaniu Lokalnego Systemu Opieki nad Dzieckiem i Rodziną zaplanowano kwotę 5 615 000 PLN.

Przedmiotem ww. Programu jest dofinansowanie samorządów gminnych i powiatowych w tworzeniu zintegrowanego systemu opieki nad dzieckiem i rodziną. Na poziomie

samorządu w systemie pomocy społecznej powinna znaleźć się szeroka oferta działań profilaktycznych, opiekuńczych, wychowawczych, terapeutycznych, dostosowanych do występujących problemów, sytuacji demograficznej, ekonomicznej i socjalnej mieszkańców.

Ponadto, w dyspozycji Ministra Pracy i Polityki Społecznej były środki finansowe w wysokości 2 081 000 PLN na realizację zadań wynikających z Programu Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznemu i Przystępczości wśród Dzieci i Młodzieży.

W związku z tym, że powyższe zadania jednostki samorządu terytorialnego realizują w ramach tworzenia spójnego systemu opieki nad dzieckiem i rodziną, środki finansowe przyznane zostały w oparciu o jeden ogłoszony otwarty konkurs. Łączna kwota do podziału pomiędzy aplikujące podmioty wynosiła 7 696 000 PLN.

Dotacje były udzielane tym jednostkom samorządu terytorialnego, które przedstawiły wnioski zawierające propozycje działań z zakresu opieki nad dzieckiem i rodziną, wynikające ze strategii rozwiązywania problemów społecznych. Za priorytetowe uznano te programy, których celem było:

- przekształcanie placówek opiekuńczo–wychowawczych w celu osiągnięcia standardów opieki i wychowania,
- rozwój profilaktyki niedostosowania społecznego i przeciwdziałanie przestępczości wśród dzieci i młodzieży poprzez tworzenie i umacnianie środowiskowych form pomocy dzieciom, młodzieży i rodzinie,
- rozwój niespokrewnionych z dzieckiem zawodowych rodzin zastępczych,
- tworzenie mieszkań chronionych dla pełnoletnich wychowanków placówek opiekuńczo–wychowawczych i rodzin zastępczych,
- tworzenie mieszkań usamodzielnienia dla wychowanków placówek opiekuńczo–wychowawczych.

W wyniku ostatecznej selekcji Komisja wyznaczona przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej wybrała 223 wnioski, przeznaczając na ich dofinansowanie kwotę przewidzianą w rezerwie tj. 7 536 000 PLN.

Ponadto Komisja postanowiła przyznać cztery równorzędne nagrody pieniężne po 40 000 PLN.

Podział przyznanych środków dla poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego przedstawiał się następująco:

▪ Powiat	6 970 600 PLN
▪ Gmina	725 400 PLN
Razem	7 696 000 PLN

Podział przyznanych środków w poszczególnych kategoriach przedstawia się następująco:

▪ zapobieganie niedostosowaniu społecznemu	1 422 000 PLN
▪ dojście placówek do standardów opieki i wychowania	2 720 200 PLN
▪ tworzenie i rozwój specjalistycznego poradnictwa rodzinnego	362 400 PLN
▪ tworzenie i rozwój placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego	512 000 PLN
▪ zawodowe rodziny zastępcze	761 400 PLN
▪ tworzenie mieszkań chronionych, w tym dla młodych matek	1 210 000 PLN
▪ tworzenie mieszkań usamodzielnienia	548 000 PLN
▪ nagrody pieniężne 4 x 40 000 PLN	160 000 PLN
razem	7 696 000 PLN

Ponadto w ramach Rządowego Programu - Fundusz Inicjatyw Obywatelskich w roku 2006, Minister Pracy i Polityki Społecznej dofinansował kilkanaście projektów, które w całości lub częściowo dotyczyły realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.), w tym zakresu zdrowia prokreacyjnego. Wśród nich należy wymienić następujące projekty:

- Stowarzyszenie wolontariuszy wobec AIDS „*Bądź z nami*” – *Kobieta a AIDS. W dobrym stylu aktywizacja społeczna kobiet przewlekle chorych zakażonych HIV* - dofinansowanie w 2006 r. 61 632,50 PLN;
- Śląskie Centrum Równych Szans – *Utworzenie Sieci Punktów Pomocy Dla Kobiet i Ich Rodzin* – dofinansowanie w 2006 r. 131 175 PLN;
- Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny – *Poznaj swoje prawa: dostęp do informacji z zakresu ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej dla kobiet* – dofinansowanie w 2006 r. 30 000 PLN;

- Stowarzyszenie Solidarni „PLUS” Ośrodek Readaptacji EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie – *Program postrehabilitacyjny „Drugi krok – uwierz w siebie”* – dofinansowanie w 2006 r. 66 210 PLN;
- Akademię Stowarzyszenie VERUM – *„Rodzina Na Solidnym Fundamencie”* – *kampania na rzecz wspierania podstawowych funkcji rodziny na łamach Magazynu Studentów Semestr* – dofinansowanie w 2006 r. 6 765 PLN;
- Towarzystwo Rozwoju Inicjatyw Społecznych Unison – *Zadbaj o Zdrowie – swoje i dziecka – profilaktyka HIV/AIDS wśród kobiet* – dofinansowanie w 2006 r. 45 030,72 PLN;
- Fundacja Przestrzenie Dialogu – *Objazdowa Akademia Kobiet: Decyduję – Działam!* dofinansowanie w 2006 r. 22 100 PLN;
- Parafia Rzym.-Kat. pw. Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny – Centrum Rodziny – dofinansowanie w 2006 r. 42 456 PLN;
- Fundacja „Mamy Dziecko” – *Centrum „Mamy Dziecko”* – dofinansowanie w 2006 r.; 48 750 PLN;
- Fundacja Domin – *Rodzina jest szczęśliwsza od jednostki* – dofinansowanie w 2006 r. 75 000 PLN.

ROZDZIAŁ II

Zapewnienie warunków do świadomego macierzyństwa

2.1. Dostęp do metod i środków służących świadomej prokreacji

„Art. 2. 2. Organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są zobowiązane zapewnić obywatelom swobodny dostęp do metod i środków służących dla świadomej prokreacji”.

2.1.1. Dostęp do produktów leczniczych stosowanych w ciąży, opiece perinatalnej i służących do świadomej prokreacji.

W Polsce zarejestrowane są obecnie i dostępne nowoczesne środki antykoncepcyjne będące produktami leczniczymi bądź wyrobami medycznymi oraz leki, środki i wyroby medyczne stosowane w czasie ciąży i niezbędne do opieki nad płodem, opieki medycznej nad kobietą w ciąży oraz używane w celu świadomej prokreacji.

W 2006 r. w Polsce było dopuszczonych do obrotu 38 produktów leczniczych stosowanych jako środki antykoncepcyjne (gestagenów i estrogenów, w tym dwóch progestagenów).

Dostępne wyniki badań ankietowych Prof. Zbigniewa Izdebskiego^[1] wskazują na to, że ponad połowa (58%) kobiet aktywnych seksualnie w okresie 12 miesięcy stosuje jakieś metody zapobiegania ciąży. Prawie 28% nie stosowało żadnej metody antykoncepcyjnej. Wśród kobiet, które stosowały antykoncepcję, najpopularniejsze jest używanie przez partnera prezerwatywy. Przyznało się do tego 54% badanych. Na drugiej pozycji znalazły się tabletki antykoncepcyjne (30%), na trzecim miejscu stosunek przerywany (21%).

Zmniejsza się odsetek par współżyjących bez żadnego zabezpieczenia i wyraźnie wzrasta odsetek stosujących hormonalną antykoncepcję

^[1] Raport: Zdrowie Kobiet w wieku prokreacyjnym 15 – 49 lat. Polska 2006, wyd. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007

Tab. 7 Metody zapobiegania ciąży w grupie kobiet stosujących antykoncepcję w ostatnich 12 miesiącach, N=574, 2005 r., w %

Metody zapobiegania ciąży	Odsetek kobiet
Prezerwatywa	54,4
Tabletki antykoncepcyjne	30,1
Stosunek przerywany	20,7
Kalendarzyk małżeński	15,2
Spirala domaciczna	5,2
Metoda objawowa, termiczna lub objawowo-termiczna	3,8
Globulki/żele/pianki/kremy plemnikobójcze	3,0
Kapturek/krążek dopochwowy	0,3
Inne metody	2,4
Brak odpowiedzi	0,7

Źródło: Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15 – 49 lat. Polska 2006

2.1.2. Inne działania wspomagające wiedzę z zakresu świadomej prokreacji i promujące odpowiedzialne postawy w życiu seksualnym.

Krajowe Centrum ds. AIDS podejmowało działania w zakresie świadomej prokreacji i zapobiegania zaburzeniom zdrowotnym u kobiet będących w ciąży, poprzez realizację programów i akcji prozdrowotnych, takich jak:

- badania przesiewowe w kierunku HIV,
- profilaktykę zakażeń wertykalnych.

Na procedury zapobiegania zakażeniom wertykalnym w ramach programu zdrowia publicznego – leczenie antyretrowirusowe składają się:

- środki medyczne dla kobiety w ciąży,
- zestaw leków dożylnych do porodu,
- leki dla dzieci urodzonych przez matki żyjące z HIV.

Szacunkowo w 2006 r. na zapobieganie zakażeniom wertykalnym wydano w sumie 1 771 200 PLN. W roku 2006 wykonano 13 511 testów wraz z poradnictwem, z czego kobiety w wieku prokreacyjnym stanowiły 39,66% pacjentów (5359 badań i konsultacji). Na całą usługę dla populacji kobiet w wieku prokreacyjnym w 2006 r. przeznaczono w tym zadaniu 208 680 PLN.

W 2006 roku Ministerstwo Edukacji Narodowej podjęło następujące działania w zakresie profilaktyki HIV/AIDS wynikające z Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki Nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 2004-2006.

Zrealizowano m.in. następujące zadania:

- Przeprowadzono szkolenie pt.: „Edukacja dzieci i młodzieży” (w Dywidach i Piszu) przeznaczone dla nauczycieli i dyrektorów szkół z terenu województwa warmińsko-mazurskiego. Szkolenie zostało zorganizowane we współpracy z Kuratorium Oświaty w Olsztynie.
- Przeprowadzono kurs doskonalący pt.: „Sposoby postępowania z wychowankiem zakażonym wirusem HIV w warunkach placówki resocjalizacyjnej” (w Serocku) przeznaczony dla pracowników Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych w Integracyjnym Centrum Opieki, Wychowania, Terapii Krajowego Komitetu Wychowania Resocjalizującego. Uczestnikami byli pedagodzy, wychowawcy,

pielęgniarki. Kurs został zorganizowany we współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS.

- Dofinansowano Ogólnopolską Konferencję pt.: „Wychowanie do życia w rodzinie – teoria – metodyka”, zorganizowaną przez Regionalny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli „WOM” w Katowicach. Konferencja została skierowana do nauczycieli zajęć edukacyjnych z *wychowania do życia w rodzinie* ze szkół gimnazjalnych, nauczycieli konsultantów z centralnych i wojewódzkich placówek doskonalenia nauczycieli oraz doradców metodycznych z powiatowych placówek doskonalenia nauczycieli, zajmujących się problematyką *wychowania do życia w rodzinie*. Celem konferencji, która odbyła w siedzibie Regionalnego Ośrodka Doskonalenia Nauczycieli „WOM” w Katowicach, był opis i wyjaśnienie teorii współtworzących zajęcia edukacyjne *wychowanie do życia w rodzinie*, metodyki zajęć *wychowania do życia w rodzinie* w gimnazjum oraz ukazanie powyższych zajęć jako profilaktyki niekorzystnych zachowań w rodzinach. Teoria i metodyka została przedstawiona w oparciu o „Program zajęć edukacyjnych *Wychowanie do życia w rodzinie*” autorstwa Marianny Kłyk.
- W grudniu 2006 roku została przeprowadzona ankieta dotycząca realizacji zajęć edukacyjnych *wychowanie do życia w rodzinie*. Ankieta zostały objęte wszystkie szkoły publiczne i niepubliczne o uprawnieniach szkół publicznych, nad którymi nadzór pedagogiczny sprawują kuratorzy oświaty.

Realizacja Programu Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej koordynowanego na poziomie krajowym przez Głównego Inspektora Sanitarnego – Departament Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia obejmuje strategię informacyjną oraz działania edukacyjne wśród młodych kobiet, które planują lub będą planować posiadanie potomstwa. Do głównych zadań w tym zakresie należy przygotowanie programu i włączenie informacji o roli kwasu foliowego w pierwotnej profilaktyce wad cewy nerwowej do systemu kształcenia nauczycieli, fachowych pracowników opieki zdrowotnej, studentów i doradców rodzinnych. Specjaliści oświaty zdrowotnej i promocji Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmują, zgodnie z metodyką realizacji, działania programowe w środowiskach lokalnych, a także przekazują wydawnictwa opracowane przez Instytut Matki i Dziecka oraz własne opracowania przeznaczone dla szkolnych koordynatorów programu, edukatorów (osób prowadzących działania edukacyjne wśród uczniów i studentów w wieku 16-24 lat) i młodych

kobiet w zakładach opieki zdrowotnej („Poradniach dla Kobiet”) oraz w Parafialnych Poradniach Przedmałżeńskich.

W roku szkolnym 2005/2006 program realizowano w 2 083 szkołach ponadgimnazjalnych, 514 szkołach gimnazjalnych oraz w innych placówkach szkolno-wychowawczych (szkoły policealne, uczelnie wyższe), zakładach opieki zdrowotnej (poradnie „K”, szpitale, gabinety ginekologiczno-położnicze, szkoły rodzenia) i parafiach rzymsko-katolickich – w sumie w 870 placówkach. Działaniami programowymi objęto 1 069 672 osób w całej Polsce.

Rozpowszechnianie wiedzy na temat sposobów zapobiegania wadom wrodzonym odbywa się poprzez bezpośrednią edukację kobiet w wieku rozrodczym, środki masowego przekazu oraz materiały rozdawane w zakładach opieki zdrowotnej, a także w trakcie imprez masowych w wielu miejscowościach na terenie całego kraju. W 2006 roku 16 wojewódzkich i 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych na terenie całego kraju angażuje do współpracy władze lokalne, fachowych pracowników medycznych, nauczycieli, dyrektorów ośrodków oświatowo-wychowawczych, organizacje pozarządowe oraz aktywną część społeczeństwa w środowiskach lokalnych.

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

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) od kilku lat podejmuje działania edukacyjne dotyczące Płodowego Zespołu Alkoholowego (*ang. Fetal Alcohol Syndrome FAS*) i promocji powstrzymania się od picia alkoholu podczas ciąży. FAS jest zespołem uszkodzeń organizmu i związanych z tym zaburzeń rozwoju u dzieci matek pijących alkohol w czasie ciąży. Wśród objawów FAS wymienia się m.in.: wady rozwojowe (m.in.: serca i stawów), uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, zaburzenia neurologiczne, opóźnienie rozwoju fizycznego i psychicznego, zaburzenia zachowania, nadpobudliwość psychoruchową.

W związku z powyższym dziecko ma problemy z uczeniem się, koncentracją uwagi, pamięcią, koordynacją ruchową i zaburzeniami mowy. FAS ma negatywny wpływ na rozwój intelektualny oraz społeczny także w okresie dorastania i po osiągnięciu dorosłości. Osoby te nie są w stanie wziąć odpowiedzialności za własne życie, często łamią prawo i latami skazane są na pomoc różnych organizacji i instytucji.

Z badań przeprowadzonych na zlecenie PARPA wynika, że co trzecia kobieta (33%) w wieku prokreacyjnym piła alkohol w czasie ciąży. W Polsce brakuje danych, które dałyby

odpowieź na pytanie o liczbę dzieci ze stwierdzonym FAS. Zagrożone wystąpieniem FAS są jednak wszystkie dzieci matek pijących alkohol w czasie ciąży. Badacze wciąż nie ustalili „bezpiecznej” dla kobiet w ciąży ilości alkoholu, której spożycie nie naraża płodu na wystąpienie FAS. Przypuszcza się, że z FAS i FAE (*Fetal Alcohol Effects*) rocznie rodzi się w Polsce od kilku do kilkunastu tysięcy dzieci.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2006 roku realizowała działania o charakterze edukacyjnym w zakresie profilaktyki FAS. Organizowała szkolenie dla wojewódzkich edukatorów z zakresu profilaktyki uszkodzeń płodu związanych z używaniem alkoholu przez ciężarne kobiety.

W ramach obchodów VI Światowego Dnia FAS zorganizowano edukacyjny piknik rodzinny pod hasłem „Ciąża bez alkoholu”. W ramach przedsięwzięcia zorganizowano punkt informacyjno-konsultacyjny, w którym uczestnicy mogli porozmawiać ze specjalistami (ginekologami, pediatrami, neurologami) o profilaktyce i diagnozie Płodowego Zespołu Alkoholowego oraz o ofercie specjalistycznej pomocy. Przedsięwzięcie objęte zostało patronatem Ministra Zdrowia, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. Partnerami organizacyjnymi pikniku byli: Centrum Edukacyjno-Kulturalne „Łowicka”, Instytut Matki i Dziecka, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”. Wsparcia udzieliło także Biuro Polityki Zdrowotnej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy.

Ważnym elementem działań na rzecz kobiet jest ochrona przed przemocą domową. W ramach działań służących przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, na zlecenie PARPA funkcjonowało Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”. W 2006 roku zwróciło się o pomoc 10,6 tys. osób. Zdecydowana większość to kobiety (83%). Trudno jest stwierdzić jaki odsetek stanowiły kobiety w ciąży – takie dane nie są gromadzone. Ponad 2,1 tys. zgłoszonych przypadków przemocy związanych było z krzywdzeniem dzieci.

2.2. Dostęp do badań prenatalnych i rodzinnego poradnictwa genetycznego

„Art. 2.2a Organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczegółowych, są zobowiązane zapewnić swobodny dostęp do informacji i badań prenatalnych, szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu”.

Zakres świadczeń profilaktycznych realizowanych u kobiet w ciąży został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których badania te są przeprowadzane (Dz. U. Nr 276, poz. 2740.).

Termin „badania prenatalne” odnosi się do badań i procedur diagnostycznych stosowanych w I i II trymestrze ciąży w celu wykrycia i rozpoznania chorób i wad rozwojowych płodu, w tym uwarunkowanych genetycznie (diagnostyka prenatalna chorób genetycznych). Mimo, iż choroby i wady rozwojowe płodu można rozpoznać także w późniejszym okresie ciąży, celem diagnostyki prenatalnej jest ustalenie rozpoznania możliwie jak najwcześniej, nie później niż do 20 – 22 tygodnia ciąży. W przypadku stwierdzenia choroby lub wady płodu, której leczenie jest możliwe, wczesne ustalenie rozpoznania umożliwia optymalizację postępowania terapeutycznego zarówno w okresie ciąży, jak i po urodzeniu się dziecka. Natomiast w przypadku rozpoznania ciężkiej, nieuleczalnej wady lub choroby rodzice mają prawo, zgodnie z przepisami ustawy, podjąć decyzję o przerwaniu ciąży.

Wykrycie wad u płodu ma istotne znaczenie dla prowadzenia ciąży i porodu, a w wielu przypadkach stwarza szansę uratowania dziecka, dzięki np. zaplanowaniu i przeprowadzeniu natychmiast po urodzeniu zabiegu operacyjnego. W ostatnich latach coraz większego znaczenia nabiera wewnątrzmaciczne leczenie płodu, w tym leczenie operacyjne wad rozwojowych. Diagnostyka prenatalna jest zatem coraz częściej wstępem do terapii płodu.

Metody diagnostyki prenatalnej podzielić możemy na:

1. nieinwazyjne:
 - badanie USG płodu pod kątem wad i chorób genetycznie uwarunkowanych,
 - badanie biochemiczne (PAPP-A, AFP, B-hCG, Estriol),

2. inwazyjne:

- biopsja trofoblastu (pobranie próbki kosmków służy do wykonania badań chromosomalnych komórek kosmówki),
- amniopunkcja (nakłucie igłą punkcyjną jamy owodniowej przez powłoki brzuszne i pobranie płynu owodniowego),
- kordocenteza (nakłucie igłą przez powłoki brzuszne kobiety ciężarnej sznura pępowinowego i pobraniu próbki krwi),
- badanie krwi pępowinowej,

3. badanie cytogenetyczne molekularne:

- hodowla komórkowa, wykonywanie preparatów do analizy cytogenetycznej, analiza mikroskopowa kariotypu, analiza FISH, analiza molekularna i biochemiczna w przypadkach chorób monogenicznych.

Warunkiem oferowania i prowadzenia badań genetycznych, w tym także dla celów diagnostyki prenatalnej chorób genetycznych, jest zapewnienie konsultowanym rodzinom poradnictwa genetycznego (art. 12 „Genetyczne testy prognozujące” Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny, Konwencja o Prawach Człowieka i Medycynie, podpisana w Oviedo dnia 4 kwietnia 1997 r.). Umożliwia to rodzinie uzyskanie wiedzy zarówno dotyczącej istoty choroby, rokowania, ryzyka genetycznego, możliwości leczenia, jak też ryzyka oraz zakresu możliwości diagnostycznych badań prenatalnych.

Badania prenatalne wykonywane są u kobiet o podwyższonym, w stopniu do populacyjnego ryzyka wystąpienia choroby lub wady, zgodnie z obowiązującymi w genetyce klinicznej wskazaniami. Należą do nich:

- wiek matki powyżej 40 lat,
- wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka,
- stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnych lub u ojca dziecka,
- nieprawidłowy wynik testu przesiewowego w I lub II trymestrze ciąży,
- stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową,
- stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badań USG lub badań biochemicznych wykazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Tab. 8 Liczba udzielonych porad genetycznych, badań inwazyjnych i stwierdzonych patologii.

Region i nazwa instytucji	liczba udzielonych porad genetycznych	liczba inwazyjnych badań prenatalnych	liczba stwierdzonych przypadków patologii płodu
Białystok (AM Zakład Genetyki Klinicznej)	brak danych	220	19
Bydgoszcz (Katedra i Zakład Genetyki Klinicznej)	1908	255	18
Gdańsk (Katedra i Zakład Biologii i Genetyki)	440	252	17
Katowice (Katedra i Zakład Biologii Ogólnej, Molekularnej i Genetyki ŚAM)	3 974	353	48
Kraków (Uniwersytecki Szpital Kliniczny)	800	115	6
Łódź (Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki)	1 107	672	88
Łódź (Katedra Genetyki AM w Łodzi)	2 749	179	16
Poznań (Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny)	378	3 543	351
Szczecin (Zakład Genetyki i Patomorfologii)	1 521	97	25
Warszawa (Zakład Genetyki Medycznej Instytut Matki i Dziecka)	1 940	513	26
Warszawa (Zakład Genetyki Instytut Psychiatrii i Neurologii)	2 296	1009	71
Warszawa (Zakład Genetyki Medycznej IP-CZD)	259	211	4
Wrocław (Katedra Patofizjologii Zakład Genetyki)	550	317	18

Zródło: Opracowania własne na podstawie danych uzyskanych od zakładów genetyki.

Badania prenatalne wykonywane są na koszt NFZ w specjalistycznych ośrodkach medycznych.

Świadczenia zdrowotne obejmujące badania prenatalne, zarówno nieinwazyjne jak i inwazyjne, są udzielane kobietom ciężarnym przez zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne i grupowe praktyki lekarskie. Badania prenatalne nieinwazyjne (np. badanie ultrasonograficzne) stanowią obecnie element standardu postępowania medycznego w opiece nad kobietą ciężarną. Badania inwazyjne (metodą amniopunkcji i kordocentezy) są wykonywane na zlecenie lekarza ginekologa, w przypadku podejrzenia wystąpienia ryzyka wady genetycznej lub rozwojowej płodu, bądź nieuleczalnej choroby płodu, zagrażającej jego

życiu. Liczba tych badań z roku na rok rośnie, co jest wynikiem, między innymi, zwiększonej świadomości prozdrowotnej społeczeństwa.

W 2006 roku udzielono 17 922 porad genetycznych (o 890 więcej niż w roku 2005), wykonano 7739 inwazyjnych badań prenatalnych (o 3 705 więcej niż w roku 2005), w rezultacie których stwierdzono 707 patologii płodu (o 226 więcej niż w roku 2005)

Należy przypomnieć, że na szeroką skalę stosuje się nieinwazyjne badania prenatalne, tj. USG, test potrójny (AFP, HCG, E3), PAPP-A wśród kobiet będących w ciąży. Jeśli te standardowo wykonywane badania wykażą nieprawidłowość, kobiety kierowane są do specjalistycznych ośrodków, gdzie wykonuje się bardziej szczegółowe inwazyjne badania prenatalne.

ROZDZIAŁ III

Współpraca z organizacjami pozarządowymi

„Art. 3. 1. Organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego współdziałają i udzielają pomocy Kościołowi Katolickiemu, innym kościołom i związkom wyznaniowym oraz organizacjom społecznym, które organizują opiekę nad kobietami w ciąży, jak również organizują rodziny zastępcze lub udzielają pomocy w przysposabianiu dzieci”.

Organizacje pozarządowe, stanowiące trzeci, obok publicznego i prywatnego, sektor państwa są znaczącą częścią każdego efektywnie i demokratycznie funkcjonującego państwa i społeczeństwa. Dostarczają usług obywatelom, nierzadko wypełniając „lukę”, której nie zapelnia sektor publiczny i prywatny. Realizują zadania, które wynikają z polityki państwa, lub te, których, mimo istniejącego zapotrzebowania, ani podmioty publiczne, ani prywatne zorientowane na zysk, nie podejmują.

Polskie prawo przewiduje stosunkowo liczne formy i procedury współpracy administracji rządowej z organizacjami pozarządowymi, zarówno w obszarze wymiany informacji, opiniowania działań rządu, jak i zlecenia zadań administracji rządowej organizacjom pozarządowym.

Głównymi partnerami organizacji pozarządowych z ramienia Ministra Zdrowia były: Krajowe Centrum ds. AIDS i Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Krajowe Centrum ds. AIDS w ramach programu zapobiegania zakażeniom wirusem HIV w wyniku postępowań konkursowych dofinansowuje działania prowadzone przez jednostki pozarządowe, na podstawie upoważnienia udzielonego krajowemu Centrum ds. AIDS przez Ministra Zdrowia. W roku 2006 zrealizowano ze współfinansowaniem Krajowego Centrum ds. AIDS następujące programy z zakresu zdrowia prokreacyjnego:

- Stowarzyszenie „Pomoc Socjalna” Warszawa – Dzień Kobiet: promocja zdrowia prokreacyjnego dla kobiet żyjących z HIV – 3 500 PLN,
- Stowarzyszenia DA DU oraz „Bądź z Nami” – projekt Kobieta a AIDS –24 000 PLN,
- Stowarzyszenie „Mały Książę” – turnus rehabilitacyjno-edukacyjny dla dzieci żyjących z HIV – 16 940 PLN.

Dodatkowo, inne projekty, częściowo realizujące zadania z zakresu zdrowia prokreacyjnego realizowały organizacje: Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej (PTOZ) oddział we Wrocławiu, Poznaniu i Łodzi, Towarzystwo Rozwoju Rodziny z Zielonej Góry i MONAR Kraków.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2006 roku udzieliła wsparcia organizatorom obchodów Światowego Dnia FAS przeprowadzonego przez Stowarzyszenie Zastępczego Rodzicielstwa o/śląski w Łędzinach. Przekazano bezpłatne materiały edukacyjne zakupione przez Agencję w Wydawnictwie Edukacyjnym PARPA. Podpisano porozumienie o współpracy z firmą Information Display System (IDS), w ramach którego w poczekalniach w przychodniach zdrowia umieszczono materiały informacyjno-edukacyjne (broszury, ulotki) dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w tym FAS. Materiały te były dostępne dla pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w prawie 1 000 placówkach służby zdrowia.

W roku 2006 Ministerstwo Edukacji Narodowej współpracowało z organizacjami pozarządowymi w celu efektywniejszej realizacji w szkołach i placówkach oświatowych zadań wynikających z *ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*: Współpraca z organizacjami obejmowała m.in.:

- zorganizowanie we współpracy z Fundacją Homo-Homini Ogólnopolskiej Konferencji „*Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*”; do udziału w konferencji zaproszono osoby zarządzające strukturami oświatowymi, przedstawiciele Ministerstwa Edukacji Narodowej, Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Centralnego Ośrodka Doskonalenia Nauczycieli, kuratoriów oświaty i innych instytucji oświatowych; na konferencji przedstawiono wyniki aktualnych badań naukowych, które pozwalają na ocenę rzeczywistej skuteczności dotychczas realizowanych różnych strategii profilaktycznych i wychowawczych odnoszących się szczególnie do zachowań seksualnych;
- prezentację programu o roboczej nazwie „Warto czekać” Fundacji Pro; w prezentacji wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Edukacji Narodowej, Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej oraz Kuratorium Oświaty w Warszawie; specyfiką programu jest założenie angażowania się uczniów w tworzenie grupy rówieśniczej promującej w szkole i środowisku zdrowy styl życia.

ROZDZIAŁ IV

Kształcenie i wychowanie młodzieży

„Art. 4. 1. Do programów nauczania szkolnego wprowadza się wiedzę o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji”.

Minister Edukacji Narodowej stosownie do ustawy z 7 stycznia 1993 roku *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.), zapewnił warunki realizacji w szkołach 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.

Zgodnie z art. 4, ust. 3 ww. ustawy minister właściwy do spraw oświaty i wychowania ustalił, w drodze rozporządzenia, sposób nauczania szkolnego i zakres treści dotyczących powyższej problematyki. W myśl przepisów rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 roku *w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół* (Dz. U. Nr 51, poz. 458 z późn. zm.), zagadnienia te ujęte są w kontekście wychowania prorodzinnego.

Treści programowe realizowane na zajęciach uwzględniają zobowiązania wynikające z Konwencji o Prawach Dziecka oraz założeń Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 2004-2006.

Sposób nauczania szkolnego oraz zakres 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 został określony przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 roku *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), które zostało

znowelizowane rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 20 lipca 2001 roku (Dz. U. Nr 79, poz. 845 z późn. zm.) *zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego.*

Wobec powyższego, zgodnie z przepisami § 2 ww. rozporządzenia z dnia 12 sierpnia 1999 roku realizacja treści programowych zajęć stanowi spójną całość z pozostałymi działaniami wychowawczymi i profilaktycznymi szkoły, a w szczególności:

- wspiera wychowawczą rolę rodziny,
- promuje integralne ujęcie ludzkiej seksualności,
- kształtuje postawy prorodzinne, prozdrowotne i prospołeczne.

Realizowane w szkole *wychowanie do życia w rodzinie*:

- ułatwia rozumienie płciowości człowieka i służy budowaniu prawidłowych relacji rówieśniczych oraz przyczynia się do podnoszenia ich jakości,
- konfrontuje ze stereotypami, mitami oraz błędnymi przekonaniem normatywnymi dotyczącymi szczególnie sfery seksualnej człowieka, upowszechnianymi przez rówieśników, prasę młodzieżową, media,
- kształtuje przekonania normatywne, szczególnie w zakresie postaw i zachowań seksualnych,
- wyrabia różnorodne umiejętności psychospołeczne, w znaczący sposób wpływające na jakość życia (umiejętność komunikacji, empatii, wyrażania uczuć i emocji, podejmowania decyzji i przyjmowania za nie odpowiedzialności, asertywności, radzenia sobie z presją, ze stresem i niepowodzeniami).

Wychowanie do życia w rodzinie realizowane jest obowiązkowo we wszystkich typach szkół dla dzieci i młodzieży (w tym specjalnych) od 5 klasy szkoły podstawowej do 3 klasy szkoły ponadgimnazjalnej włącznie. W każdym roku nauki przewiduje się jednakowy wymiar 14 godzin zajęć, w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców.

Przygotowanie nauczycieli do realizacji w szkołach zajęć edukacyjnych *wychowanie do życia w rodzinie* w roku szkolnym 2005/2006 odbywało się w szkołach wyższych w formie studiów magisterskich, studiów wyższych zawodowych i studiów podyplomowych.

Studia magisterskie na kierunku (specjalności) *wychowanie do życia w rodzinie* realizowane były przez Uniwersytet Opolski, Wyższą Szkołę Pedagogiczną Związku Nauczycielstwa

Polskiego, Wyższą Szkołę Humanistyczno-Ekonomiczną w Łodzi. Studia podyplomowe kwalifikacyjne w zakresie *wychowania do życia w rodzinie* realizowane były przez szkoły wyższe: Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Uniwersytet Opolski, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytet Rzeszowski, Uniwersytet Szczeciński, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Mazowiecką Wyższą Szkołę Humanistyczno-Pedagogiczną w Łowiczu, Górnośląską Wyższą Szkołę Pedagogiczną im. Kardynała Augusta Hlonda w Mysłowicach, Szkołę Wyższą im. Pawła Włodkowica w Płocku, Wyższą Szkołę Humanistyczno-Przyrodniczą, Studium Generale Sandomiriense w Sandomierzu, Akademię Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Kolegium Karkonoskie w Jeleniej Górze PWSZ, Wyższą Szkołę Społeczno-Ekonomiczną w Gdańsku, Wyższą Szkołę Humanistyczną w Lesznie, Wyższą Szkołę Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa w Poznaniu, Wyższą Szkołę Przymierza Rodzin w Poznaniu, Wyższą Szkołę Humanistyczno-Ekonomiczną we Włocławku, Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Legnicy, Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Raciborzu, Akademię Wychowania Fizycznego w Katowicach. Studia wyższe zawodowe na kierunku (specjalności) *wychowanie do życia w rodzinie* realizowane były przez: Wszechnicę Świętokrzyską w Kielcach, Górnośląską Wyższą Szkołę Pedagogiczną im. Kardynała Augusta Hlonda w Mysłowicach, Wyższą Szkołę Pedagogiczną Związku Nauczycielstwa Polskiego w Warszawie.

Nauczyciele szkół podstawowych, gimnazjów oraz szkół zawodowych, którzy legitymują się dyplomem ukończenia studiów wyższych na kierunku innym niż nauczany przedmiot lub rodzaj prowadzonych zajęć, którzy ponadto posiadają przygotowanie pedagogiczne, mają możliwość uzyskania kwalifikacji do prowadzenia zajęć edukacyjnych *wychowanie do życia w rodzinie*, poprzez ukończenie kursu kwalifikacyjnego. Kursy te prowadzi placówki doskonalenia nauczycieli na zasadach określonych przepisami § 16 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 23 kwietnia 2003 roku *w sprawie warunków i trybu tworzenia, przekształcania i likwidowania oraz organizacji i sposobu działania placówek doskonalenia nauczycieli, w tym zakresu ich działalności obowiązkowej oraz zadań doradców metodycznych, warunków i trybu powierzania nauczycielom zadań doradcy metodycznego* (Dz. U. Nr 84, poz. 779).

Zgodnie z ww. przepisami rozporządzenia Minister Edukacji Narodowej zatwierdził program, w którym przewiduje następujące bloki przedmiotowe:

- Zagadnienia dotyczące podstaw wychowania do życia w rodzinie – 50 godzin,

- Zagadnienia biomedyczne – 60 godzin,
- Zagadnienia seksuologiczne – 40 godzin,
- Zagadnienia psychologiczno-pedagogiczne – 60 godzin,
- Metodyka i dydaktyka zajęć – 40 godzin.

W roku szkolnym 2005/2006 kursy, których ukończenie uprawnia do prowadzenia zajęć *wychowania do życia w rodzinie* organizowały (za zgodą organu sprawującego nadzór pedagogiczny) wojewódzkie placówki doskonalenia nauczycieli w Bielsku-Białej, Bydgoszczy, Chełmie, Częstochowie, Gdańsku, Katowicach, Kielcach, Koszalinie, Olsztynie, Piotrkowie Trybunalskim, Radomiu, Siedlcach, Sieradzu, Słupsku, Suwałkach, Radomiu, Włocławku, Wrocławiu, Zielonej Górze.

W grudniu 2006 roku została przeprowadzona ankieta dotycząca realizacji zajęć edukacyjnych *wychowanie do życia w rodzinie*. Ankieta została objęta wszystkie szkoły publiczne i niepubliczne o uprawnieniach szkół publicznych, nad którymi nadzór pedagogiczny sprawują kuratorzy oświaty. W efekcie przeprowadzonej ankiety ustalono następujące fakty.

W roku szkolnym 2005/2006 zajęcia edukacyjne *wychowanie do życia w rodzinie* odbywały się w większości szkół dla dzieci i młodzieży - publicznych i niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych: w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wszystkich typów i rodzajów tj. zasadniczych szkołach zawodowych, liceach ogólnokształcących, liceach profilowanych, technikach.

Z ankiety wynika, że prawie 85% szkół realizowało zajęcia edukacyjne *wychowanie do życia w rodzinie*, najwięcej gimnazja (90,7%) a najmniej zasadnicze szkoły zawodowe (81,7%) oraz licea profilowane (81,5%).

Zgodnie z przepisami przywołanego rozporządzenia, zajęcia w szkołach podstawowych, zasadniczych szkołach zawodowych, liceach i technikach prowadzone były w ramach godzin przeznaczonych do dyspozycji dyrektora placówki, w gimnazjach w ramach zajęć edukacyjnych „Wiedza o społeczeństwie”. W nielicznych przypadkach realizowano te zajęcia na zastępstwach lub w ramach innych zajęć.

Z ankiety wynika, że z 31 827 nauczycieli prowadzących zajęcia edukacyjne *wychowanie do życia w rodzinie* 28 543, tj. prawie 90% posiada wymagane kwalifikacje.

Nauczyciele legitymują się dyplomem ukończenia studiów wyższych i posiadają przygotowanie pedagogiczne, w tym - 1189 ukończyło studia wyższe na kierunku (specjalności) zgodnym z rodzajem prowadzonych zajęć, 1 729 na kierunku (specjalności) zbliżonym do rodzaju prowadzonych zajęć, 11 687 ukończyło studia wyższe na kierunku (specjalności) innym niż rodzaj prowadzonych zajęć, posiada przygotowanie pedagogiczne a ponadto ukończyło studia podyplomowe z zakresu wychowania do życia w rodzinie. Świadectwo ukończenia kursu kwalifikacyjnego z zakresu zajęć edukacyjnych *wychowanie do życia w rodzinie* uzyskało 13 932 nauczycieli. Z pozostałych 3 284 nauczycieli prowadzących zajęcia edukacyjne *wychowanie do życia w rodzinie*, na dzień 31 sierpnia 2006 roku, 946 było w trakcie uzyskiwania wymaganych kwalifikacji.

Liczba nauczycieli, którzy nie posiadają wymaganych kwalifikacji do prowadzenia zajęć zmniejsza się, w roku 2004 było ich 4 803, na dzień 31 sierpnia 2006 roku 2 338.

Z wykazanych w ankiecie 3 772 736 uczniów, w zajęciach edukacyjnych *wychowanie do życia w rodzinie* uczestniczyło prawie 80%. Pozostali uczniowie nie uczestniczyli w zajęciach z powodu braku zgody rodziców/prawnych opiekunów lub braku deklaracji ze strony ucznia pełnoletniego. Najwięcej uczniów, prawie 92%, uczęszczało na zajęcia w gimnazjach.

Z ankiety wynika, że roku szkolnym 2005/2006 do szkoły uczęszczało 6 579 uczennic w ciąży, 4 775 uczennic objętych obowiązkiem nauki (do 18 roku życia) w tym 212 w wieku 13 – 15 lat, 4 563 w wieku 16 – 18 lat.

Zgodnie z przepisami art. 2 ust. 3 ustawy *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, szkoła ma obowiązek udzielenia uczennicom w ciąży pomocy niezbędnej do ukończenia edukacji.

W związku z powyższym uczennice korzystały z:

- urlopów - 20% przypadków,
- możliwości zdawania egzaminów w dodatkowym terminie - 19% przypadków,
- innych form pomocy, wśród których najczęściej wymieniano: indywidualne nauczanie, spełnianie obowiązku szkolnego poza szkołą, konsultacje indywidualne z nauczycielem.

Ponadto dyrektorzy placówek, do których uczęszczały uczennice w ciąży, w zależności od możliwości szkoły i potrzeb ww. uczennic, zapewniali pomoc materialną, opiekę psychologa lub pedagoga szkolnego, pomoc w dotarciu do lekarza i na badania kontrolne, pomoc w prawnym ustaleniu ojcostwa, w znalezieniu rodziny zastępczej oraz w umieszczeniu w domu samotnej matki.

Uczennice w okresie ciąży, porodu, połogu i po połogu, mogą korzystać z następujących form pomocy, określonych przepisami ministra właściwego ds. oświaty i wychowania do:

1. Indywidualnego nauczania

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 właściwej dla szkoły, do której uczęszcza uczennica.

Do wniosku należy dołączyć zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia uczennicy, w którym lekarz określa czy stan zdrowia uczennicy uniemożliwia, czy tylko znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, określa w nim również okres, na który ma być orzeczone indywidualne nauczanie.

Podstawę prawną do wydania orzeczenia stanowi rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 29 stycznia 2003 r. *w sprawie sposobu i trybu organizowania indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży* (Dz. U. Nr 23, poz. 193) oraz rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 lutego 2001 r. *w sprawie orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży oraz wydawania opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, a także szczegółowych zasad kierowania do kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania* (Dz. U. Nr 13, poz. 114 oraz z 2003 r. Nr 23, poz. 192).

2. Spełniania odpowiednio obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą

Uczennica może skorzystać z możliwości spełniania odpowiednio obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą, zgodnie z art. 16 ust. 8 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm). Przepis ten stanowi iż, „na wniosek rodziców dyrektor publicznej szkoły podstawowej lub gimnazjum, w obwodzie w którym dziecko mieszka, lub dyrektor szkoły ponadgimnazjalnej, do której dziecko uczęszcza, może zezwolić na spełnianie przez dziecko odpowiednio obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą oraz określa warunki jego spełniania. Dziecko spełniając odpowiednio obowiązek szkolny lub obowiązek nauki w tej formie może otrzymać świadectwo ukończenia poszczególnych klas danej szkoły lub ukończenia tej szkoły na podstawie egzaminów klasyfikacyjnych przeprowadzonych przez szkołę, której dyrektor zezwolił na taką formę spełniania obowiązku szkolnego lub nauki”.

Taki sposób spełniania obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki nie wyklucza prawa

do korzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

3. Indywidualnego programu lub toku nauki

Korzystanie z indywidualnego programu lub toku nauki odbywa się na podstawie rozporządzenia 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 w ciąży, która ma potwierdzone opinią poradni psychologiczno-pedagogicznej, wybitne uzdolnienia, może skorzystać z indywidualnego programu lub toku nauki. Z wnioskiem do dyrektora szkoły o udzielenie zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki mogą wystąpić:

- uczeń - z tym, że uczeń niepełnoletni za zgodą rodziców lub prawnych opiekunów,
- rodzice lub prawni opiekunowie niepełnoletniego ucznia,
- wychowawca klasy lub nauczyciel prowadzący zajęcia edukacyjne, których dotyczy wniosek - za zgodą rodziców lub prawnych opiekunów albo pełnoletniego ucznia.

Uczeń realizujący indywidualny tok nauki może uczęszczać na wybrane zajęcia edukacyjne do danej klasy lub do klasy programowo wyższej, w tej lub innej szkole, na wybrane zajęcia edukacyjne w szkole wyższego stopnia albo realizować program w całości lub w części we własnym zakresie. Uczeń realizujący indywidualny tok nauki jest klasyfikowany na podstawie egzaminu klasyfikacyjnego.

4. Pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Wszyscy potrzebujący uczniowie, a uczennice w ciąży w szczególności, powinni otrzymać pomoc psychologiczno-pedagogiczną na terenie szkoły lub w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Zasady i formy tej pomocy reguluje rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 r. w *sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* (Dz. U. Nr 11, poz. 114) oraz rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 r. w *sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych* (Dz. U. z 2003 r. Nr 5, poz. 46).

Z ankiety wynika, że poza ww. formami określonymi przepisami Ministra Edukacji Narodowej i Sportu, uczennica mogła liczyć (w okresie sprawozdawczym) na uzyskanie w szkole pomocy zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5 października

1993 roku w sprawie *określenia zakresu i form oraz trybu udzielania kobietom w ciąży oraz wychowującym dziecko pomocy w zakresie opieki socjalnej i prawnej* (Dz. U. z 1993r. Nr 97, poz. 441 z późn. zm.).

ROZDZIAŁ V

Przerywanie ciąży

„Art. 4a. 1. 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 nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu,*
- 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego”.*

5.1. Zabiegi przerywania ciąży

W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2 przerywanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej; w przypadku określonym w ust. 1 pkt 3 lub 4, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, przerywania ciąży dokonuje lekarz w szpitalu.

Do przerywania ciąży wymagana jest pisemna zgoda kobiety. W przypadku małoletniej lub kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku małoletniej powyżej 13 roku życia wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby. 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 przerywania ciąży wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.

W roku 2006 zarejestrowano 340 zabiegów przerywania ciąży, to jest o 115 zabiegów więcej niż w roku 2005 i o 147 więcej niż przed dwoma laty. W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 82 zabiegi przerywania ciąży. Natomiast w wyniku przeprowadzonego badania prenatalnego wskazującego na duże prawdopodobieństwo ciężkiego nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu wykonano 246 zabiegów, jest to o 78 zabiegów więcej niż w roku 2005.

W 12 przypadkach przerwania ciąży dokonano w związku z faktem, że ciąża była wynikiem czynu zabronionego.

Tab. 9 Zabiegi przerwania ciąży dokonane w latach 2002-2006, 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	340	82	246	12

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

5.2. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) obejmuje przepisy odnoszące się do odpowiedzialności karnej za przekroczenie warunków dopuszczalności przerywania ciąży. Zadania, związane z obowiązkiem wykonywania tej ustawy, realizowane są przez organy ścigania i sprawiedliwości w dwóch obszarach:

- ujawnianie i ściganie sprawców nielegalnego przerywania ciąży,
- prowadzenie szeroko pojętej działalności prewencyjnej na rzecz dziecka i rodziny.

Policja podejmuje działania w przypadkach stwierdzonych przestępstw nielegalnej aborcji (czyn określony w art. 152, 153 k.k.), dzieciobójstwa (art. 149 k.k.) i porzucenia małoletniego (art. 210 k.k.), ze szczególnym uwzględnieniem przypadków, w których śmierć nastąpiła w wyniku porzucenia.

„Art. 149 k.k.

Matka, która zabija dziecko w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

„Art. 210 k.k.

§ 1. Kto wbrew obowiązkowi troszczenia się o małoletniego poniżej lat 15 albo osobę nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny osobę tę porzuca, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3,

§ 2. Jeżeli następstwem czynu jest śmierć osoby określonej w § 1 sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

Tab. 10 Przeszypstwa przeciw życiu - dzieciobójstwo i porzucenie w latach 1990-2006.

Rok	Dzieciobójstwo Art. 149 k.k.	Porzucenie Art. 210 § 1 k.k.	Porzucenie ze skutkiem śmiertelnym Art. 210 § 2 k.k.
1990	50	20	2
1991	53	36	1
1992	59	28	0
1993	56	38	0
1994	52	53	3
1995	42	55	4
1996	44	54	2
1997	43	77	3
1998	38	63	4
1999	31	46	1
2000	47	71	0
2001	26	76	0
2002	28	63	3
2003	25	86	0
2004	19	58	1
2005	12	70	2
2006	10	94	1

Źródło: Komenda Główna Policji

„Art. 152 k.k.

§ 1. Kto za zgodą kobiety przerywa jej ciążę z naruszeniem przepisów ustawy, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3,

§ 2. Tej samej karze podlega, kto udziela kobiecie ciężarnej pomocy w przerywaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub ją do tego nakłania,

§ 3. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1 lub 2, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

Tab. 11 Przepięstwa przeciw Źyciu - przerywanie cięŹy za zgodę kobiety w latach 1999-2006.

Rok	Art. 152 § 1-2	Art. 152 § 3
1999	92	3
2000	19	1
2001	17	0
2002	200	0
2003	38	0
2004	26	0
2005	56	0
2006	47	2

Zródło: Komenda Główna Policji

„Art. 153 k.k.

§ 1. Kto stosując przemoc wobec kobiety ciężarnej lub w inny sposób bez jej zgody przerywa cięŹę albo przemocą, groŹbą bezprawną lub podstępem doprowadza kobietę ciężarną do przerywania cięŹy, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8,

§ 2. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego Źycia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10”.

Tab. 12 Przepięstwa przeciw Źyciu - przerywanie cięŹy bez zgody kobiety w latach 1999-2006.

Rok	Art. 153 § 1	Art. 153 § 2
1999	2	2
2000	8	2
2001	4	0
2002	10	0
2003	4	0
2004	5	0
2005	4	0
2006	2	1

Zródło: Komenda Główna Policji

„Art. 154 k.k.

§ 1. JeŹeli następstwem czynu określonego w art. 152 § 1 lub 2 jest śmierć kobiety ciężarnej, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10,

§ 2. JeŹeli następstwem czynu określonego w art. 152 § 3 lub w art. 153 jest śmierć kobiety ciężarnej, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12”.

Tab. 13 Przestępstwa przeciw życiu - śmierć kobiety jako następstwo aborcji latach 1999-2006.

Rok	Art. 154 § 1 i 2
1999	0
2000	0
2001	1
2002	0
2003	0
2004	0
2005	0
2006	0

Źródło: Komenda Główna Policji

W 2006 roku powszechne jednostki organizacyjne prokuratury kontynuowały działania zmierzające do realizacji przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.) przy uwzględnieniu zmian wprowadzonych przepisami ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

W 2006 r. w jednostkach prokuratury zarejestrowano łącznie 134 sprawy o przestępstwa objęte zakresem regulacji cytowanej ustawy. W porównaniu z 2005 rokiem liczba tych spraw wzrosła o 34 (a w porównaniu z 2004 rokiem – o 36).

Z zarejestrowanych 134 nowych spraw:

- w 28 – po uprzednim przeprowadzeniu czynności w trybie art. 307 § 1 k.p.k. mających na celu sprawdzenie faktów podanych w zawiadomieniu o przestępstwie, odmówiono wszczęcia postępowania przygotowawczego,
- w 2 – po przeprowadzeniu czynności niecierpiących zwłoki, postępowanie umorzono na podstawie art. 308 § 3 k.p.k. tj. przed jego wszczęciem,
- w 104 – wszczęto postępowanie przygotowawcze.

W zdecydowanej większości spraw (46, tj. 32,1%) podstawę podjęcia czynności lub wszczęcia śledztwa bądź dochodzenia stanowiło doniesienie osoby bliskiej kobiety ciężarnej, w tym najliczniejszą grupę osób, które powiadomiły organy ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa stanowili jej byli partnerzy życiowi (34): konkubenci (23) i mężowie (11) nadto w 7 sprawach rodzice i w 5 dalsi krewni.

Tab. 14 Podstawy podjęcia czynności w sprawie lub wszczęcia postępowania przygotowawczego w 2006 r.

Lp.	Okręgi apelacji	Inne postępowania	dom OPS	ustalenia operacyjne	przypadkowy przechodzien	służba zdrowia	konkubent	mąż	rodzice	dalsi krewni	osoby trzecie	kobiety ciężarne	anonim
1	białostocka	0	2	0	0	0	4	0	2	1	2	2	0
2	gdańska	4	0	2	0	4	2	1	0	0	0	0	0
3	katowicka	3	0	1	0	3	3	2	0	0	0	2	0
4	krakowska	3	1	0	0	2	1	1	0	1	0	3	0
5	lubelska	0	0	1	1	2	1	0	0	1	0	1	0
6	łódzka	1	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	0
7	poznańska	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
8	rzeszowska	1	0	2	1	2	1	1	1	0	0	1	0
9	szczecińska	0	0	2	0	3	3	0	0	0	2	4	1
10	warszawska	2	0	0	1	2	2	3	3	0	1	1	0
11	wrocławska	7	0	1	0	3	3	3	0	2	1	3	2
	łącznie	24	3	9	3	23	22	11	7	5	7	17	3

Źródło: Prokuratura Krajowa

Podstawę podjęcia czynności w sprawie lub wszczęcia postępowania przygotowawczego stanowiły:

- w 24 sprawach (17,9%) ustalenia wynikające z innych postępowań: w tym: w 18 – z postępowań w sprawach karnych toczących się o inne przestępstwa, w 6 – z postępowań rozpoznawanych przez sąd rodzinny,
- w 23 sprawach (17,2%) zawiadomienia placówek służby zdrowia w 14 – dyrekcji szpitali:, w 2 – niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, w 5 – ordynatorów oddziałów ginekologiczno - położniczych, w 2 – lekarzy pomocy doraźnej,
- w 17 sprawach (12,7%) – zawiadomienia złożyły same kobiety ciężarne: w 8 o poronieniu jako skutku użycia wobec nich przemocy, w 7 – o nakłanianiu ich do usunięcia ciąży, w 2 – o spowodowanie uszkodzenia ciała dziecka poczętego,
- w pozostałych 25 przypadkach (17,9%) – inne czynniki: w 9 ustalenia operacyjne policji, w 7 – doniesienia osób trzecich, w 3 – powiadomienia pracowników opieki społecznej, w 3 – powiadomienia przypadkowych przechodniów np.: o znalezieniu płodu, w 3 – doniesienia anonimowe.

Podmiotem 104 wszczętych w 2006 roku postępowań przygotowawczych było uzasadnione podejrzenie zaistnienia przestępstw:

- w 61 sprawach – z art. 152 § 1 k.k. lub art. 13 § 1 k.k. w zw. z art. 152 § 1 k.k. – przerwania ciąży za zgodą kobiety ciężarnej, dokonanego z naruszeniem przepisów

powołanej ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży lub usiłowania dokonania tego rodzaju przestępstw,

Tab.15 Podmiot wszczętych postępowań przygotowawczych

lp.	okręgi apelacji	art. 152§1 k.k.	art. 152§2 k.k.	art. 152§1i §2 k.k.	art. 152§3 k.k.	art. 153§1 k.k.	art. 153§2 k.k.	art. 157a §1 k.k.
1	białostocka	3	4	-	1	1	-	-
2	gdańska	10	2	-	-	-	-	-
3	katowicka	8	1	-	-	1	-	-
4	krakowska	4	2	-	-	1	-	-
5	lubelska	5	-	-	-	2	-	-
6	łódzka	5	1	-	-	-	-	-
7	poznańska	2	1	-	-	-	-	-
8	rzeszowska	2	1	1	2	2	-	1
9	szczecińska	6	2	1	-	-	-	-
10	warszawska	6	3	-	-	1	-	1
11	wrocławska	10	4	2	-	2	1	2
	łącznie	61	21	4	3	10	1	4

Źródło: Prokuratura Krajowa

- w 21 przypadkach – z art. 152 § 2 k.k. – udzielenie pomocy kobiecie ciężarnej w przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów wymienianej ustawy lub nakłanianie jej do tego czynu,
- w 9 przypadkach – z art. 153 § 1 k.k. – stosowanie przemocy wobec kobiety ciężarnej lub w inny sposób bez jej zgody – przerwanie ciąży, bądź też przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadzenie kobiety ciężarnej do przerywania ciąży,
- w 4 sprawach – z art. 152 § 1 i 2 k.k. – (w podanych wyżej sytuacjach),
- w 4 sprawach z art. 152 § 3 k.k. – dopuszczenie się przestępstwa przerywania ciąży i udzielenie pomocy kobiecie ciężarnej w przerwaniu ciąży w warunkach, gdy dziecko poczęte osiągało zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej,
- w 4 przypadkach – z art. 153 § 2 k.k. – stosowanie przemocy wobec kobiety ciężarnej lub w inny sposób bez jej zgody – przerwanie ciąży, bądź też przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadzenie kobiety ciężarnej do przerywania ciąży, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem matki.

Tab. 16 Sposób zakończenia wszczętych w 2006 roku postępowań

lp.	okregi apelacji	umorzone				Umorzenie NN	Akt oskarżenia
		art. 17§1 pkt1 k.p.k.	art. 17§1 pkt 2 k.p.k.	art. 17§1 pkt 6 k.p.k.	art. 11§1 k.p.k.		
1	białostocka	4	-	-	-	1	-
2	gdańska	5	1	-	-	-	2
3	katowicka	2	-	1	-	-	-
4	krakowska	3	1	-	-	1	-
5	lubelska	5	1	-	-	-	1
6	łódzka	2	-	-	-	-	-
7	poznańska	2	-	-	-	-	1
8	rzeszowska	3	1	-	-	-	2
9	szczecińska	8	-	-	1	-	-
10	warszawska	4	1	-	-	1	1
11	wrocławska	10	-	-	-	-	3
	łącznie	48	5	1	1	3	10

Źródło: Prokuratura Krajowa

Ze 104 postępowań wszczętych w 2006 roku merytorycznie zakończono 68, z czego 10 wniesieniem do sądu aktu oskarżenia, a 58 umorzeniem, w tym:

- 48 – art. 17 § 1 pkt 1 k.p.k. – ustalając, iż czynu nie popełniono lub brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia,
- 5 – art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. – z uwagi na brak znamion czynu zabronionego,
- 3 – art. 322 § 1 k.p.k. – wobec niewykrycia sprawcy przestępstwa,
- 1 – art. 17 § 1 pkt. 6 k.p.k. – nastąpiło przedawnienie karalności,
- 1 – art. 322 § 1 k.p.k.- wobec uznania, że orzeczenie wobec oskarżonego kary byłoby niecelowe ze względu na rodzaj i wysokość kary prawomocniej orzeczonej za inne przestępstwo.

Poza wymienionymi, w 2006 roku zakończono również 11 postępowań wszczętych w roku 2005 – w 5 sprawach skierowaniem do sądów aktów oskarżenia, w 3 umorzeniem i w 3 zawieszeniu postępowań.

Powodem zawieszenia toku trwania postępowań w 2 sprawach było ukrywanie się podejrzanych, natomiast w 1 – zły stan zdrowia podejrzanego uniemożliwiający jego udział w czynnościach procesowych.

Postępowanie przygotowawcze w 36 dalszych sprawach, wszczętych w 2006 roku, pozostaje w toku z uwagi na dokonywanie w nich przez prokuratorów czynności procesowych zmierzających do wszechstronnego ustalenia okoliczności i sposobu dokonania przestępstw

określonych w rozdziale XIX kodeksu karnego, związanych z naruszeniem wymogów ustawy *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, w tym m.in. z uwagi na konieczność sporządzenia opinii przez biegłych lekarzy specjalistów z zakresu ginekologii, a także podejmowanie w tych sprawach czynności zmierzających do ujawnienia sprawców i pociągnięcia ich do odpowiedzialności karnej za wymienione przestępstwa.

W 2006 roku w 1 przypadku – wobec ustalenia, iż stwierdzona ciąża była następstwem czynu zabronionego – wydano, na prośbę pokrzywdzonej kobiety, zaświadczenie potwierdzające okoliczności wynikające z treści art. 4a ust. 1 pkt 3 w zw. z pkt 5 powołanej ustawy.

Sądy powszechne rozpoznały w 2006 roku 11 spraw (w tym 8, w których akty oskarżenia wniesiono przed 2006 rokiem) skazując łącznie 13 sprawców przestępstw naruszających przepisy ustawy.

W wyniku rozpoznania takich spraw zapadły następujące orzeczenia:

- w 9 z nich – wyroki skazujące 11 oskarżonych m.in. za przestępstwa z art. 152 § 1 k.k. (4), art. 152 § 2 k.k. (5) oraz z art. 207 k.k. w zb. z art. 157 § 2 k.k. w zb. z art. 152 § 2 k.k. (1). i z art. 13 § 1 k.k. w zw. z art. 157a § 1 k.k. (1),
- w 1 z nich – jeden z oskarżonych o popełnienie czynu z art. 13 § 2 k.k. w zw. z art. 152 § 2 k.k. w zw. z art. 12 k.k. – został uniewinniony, natomiast wobec drugiego, na podstawie art. 14 § 2 k.k. sąd odstąpił od wymierzenia kary,
- w 1 z nich – 1 oskarżony o popełnienie czynu z art. 152 § 1 k.k. w zw. z art. 160 § 2 k.k. został uniewinniony.

W 9 sprawach, w których zapadły wyroki skazujące łącznie wobec 11 oskarżonych za wymienione przestępstwa, sąd wymierzył:

- wobec 6 osób – kary do roku pozbawienia wolności, z warunkowym zawieszeniem ich wykonania na okres od 2 do 3 lat, w tym wobec 1 osoby również karę grzywny w wysokości 100 stawek dziennych po 30 PLN każda.
- wobec 3 osób – kary powyżej roku do 2 lat pozbawienia wolności, z warunkowym zawieszeniem ich wykonania na okres od 3 do 4 lat, w tym wobec 1 osoby nadto karę grzywny w wysokości 100 stawek dziennych po 50 PLN każda i zakaz wykonywania zawodu na okres 2 lat, a wobec 1 osoby nawiązkę w kwocie 700 PLN.

W pierwszej ze spraw, w której zapadł wyrok uniewinniający U.G. została oskarżona o to, że realizując z góry powzięty zamiar udzieliła nieustalonej osobie pomocy w przerwaniu ciąży w ten sposób, że dwukrotnie zamówiła leki wczesnoporonne mając świadomość, że będą służyły do aborcji. Natomiast J.Sz. został oskarżony o to, że udzielił pomocy nieustalonej osobie w przerwaniu ciąży w ten sposób, że dwukrotnie polecił U.G. zamówienie leków wczesnopotrónnych a następnie przekazał je nieustalonej kobiecie ciężarnej tj. o czyny z art. 152 § 2 k.k. w związku z art. 12. k.k. Zarówno w toku postępowania przygotowawczego jak i sądowego nie uzyskano dowodów na to, aby doszło do udzielenia pomocy kobiecie ciężarnej w przerwaniu ciąży tj. aby U.G. czy J.Sz., ewentualnie inna osoba kontaktowała się z kobietą ciężarną i udzieliła jej pomocy a także, aby przerwanie ciąży tej nieustalonej osoby miałoby nastąpić z naruszeniem przepisów ustawy. W tej sytuacji sąd uniewinnił J.Sz. od popełnienia zarzucanego mu czynu, natomiast kwalifikując czyn U.G. jako usiłowania nieudolne – na podstawie art. 14 § 2 k.k. odstąpił od wymierzenia jej kary.

W drugiej ze spraw, w której zapadł wyrok uniewinniający, Prokurator Rejonowy w Zamościu oskarżył lekarza H.B. o to, że za zgodą M.K., wbrew przepisom ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, dokonała zabiegu usunięcia płodu przy czym w czasie zabiegu pozostawiła w jamie macicy fragment łożyska powodując krwotok z dróg rodnych pokrzywdzonej, przez co naraził ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia tj. o czyn z art. 152 § 1 k.k. w zw. z art. 160 § k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. W toku postępowania sądowego uległ zmianie stan dowodowy i ponad wszelką wątpliwość ustalono, że M.K. doprowadziła do usunięcia płodu w sposób pozostający bez żadnego związku z zachowaniem H.B.

W łącznie w 12 sprawach skierowanych do sądu z aktem oskarżenia zarówno w 2006 roku jak i w okresach wcześniejszych postępowania sądowe pozostają w toku.

Dokonana na szczeblu prokuratur okręgowych analiza materiału dowodowego w 88 sprawach, w których w 2006 roku podjęto decyzje o odmowie wszczęcia postępowania przygotowawczego, umorzeniu tegoż postępowania w trybie art. 308 § 3 k.p.k. oraz o umorzeniu postępowania wykazała, że w zdecydowanej większości z nich decyzje te podjęte zostały po wszechstronnym wyjaśnieniu przez organ procesowy okoliczności zaistnienia zdarzeń będących przedmiotem postępowań.

Miały one w tych sprawach formę niepotwierdzonych dowodami pomówień byłych partnerów życiowych kobiet, samoistnych poronień, obumarcia płodu powikłań związanych

z przebiegiem ciąży, stanem zdrowia dziecka poczętego, które nie dawały podstaw do uznania, że zaistniałe zdarzenia nastąpiły na skutek popełnienia przestępstwa.

W sprawach zakończonych umorzeniem postępowania, wyjaśnienie okoliczności czynu miało formę procesową i polegało na zebraniu i utrwaleniu dowodów na miejscu zdarzenia lub odnalezienia płodu, zabezpieczeniu niezbędnej w tych sprawach dokumentacji lekarskiej, wykonaniu badań laboratoryjnych i ekspertyz, zasięgnięciu opinii biegłych lekarzy z zakresu ginekologii i położnictwa oraz biegłych innych specjalności, a także na przesłuchaniu pokrzywdzonych i ustalonych świadków zdarzeń.

Nadmienić należy, że specyfika spraw tego rodzaju, a zwłaszcza charakter zdarzeń i okoliczności w jakich dochodziło do samoistnych poronień czy powikłań związanych z ciążą i jej przebiegiem, niejednokrotnie nie pozwalały na jednoznaczne określenie czasu, miejsca i przyczyn ich zaistnienia oraz na ustalenie ewentualnego faktu przyczynienia się do nich osób trzecich.

Z podanych względów znaczny odsetek spraw stanowią postępowania zakończone umorzeniem, przy przyjęciu wymienionych wyżej podstaw prawnych takich decyzji. Dodać należy, że były one przedmiotem badań aktowych w ramach nadzoru służbowego sprawowanego przez prokuratorów nadrzędnych. W 14 sprawach (były to sprawy, w których odmówiono wszczęcia postępowania przygotowawczego lub je umorzono) decyzje merytoryczne oceniono jako przedwczesne, oparte na niepełnym materiale dowodowym np.:

- w sprawie o udzielenie kobiecie pomocy w usunięciu ciąży przez przekazanie jej na ten cel kwoty 1.500 zł podstawą decyzji o umorzeniu postępowania była załączona do akt notatka z rozmowy z lekarzem medycyny sądowej, który podał, iż z medycznego punktu widzenia nie jest możliwe ustalenie czy przed dwoma laty I.B. była w ciąży. Uznając przedmiotową decyzję za przedwczesną polecono uzupełnienie śledztwa w trybie art. 327 § 1 k.p.k. przez przesłuchanie w charakterze świadków byłego konkubenta, jego matki i męża I.B;
- w toku postępowania zainicjowanego doniesieniem pracownika Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o możliwości przeprowadzenia aborcji w kilku ogłaszających się w prasie gazetach ginekologicznych ustalono, że jednym z właścicieli wskazanych gabinetów był lekarz R.Z., który przesłuchany w charakterze świadka zaprzeczył, aby wykonywał zabiegi przerwania ciąży. Postępowanie umorzono wobec braku danych dostatecznie uzasadniających podejrzenia popełnienia przestępstwa. Po analizie akt tak zakończonego postępowania uznano, iż śledztwo to należy podjąć na nowo

z uwagi na podmiotowy i przedmiotowy związek z innym, prowadzonym przeciwko temu samemu lekarzowi, postępowaniem;

- podstawą wszczęcia postępowania o przestępstwo z art. 153 § 1 k.k. było doniesienie pokrzywdzonej E.A., iż ojciec dziecka R.Sz. w lutym 2001 roku groźbą pozbawienia życia doprowadził ją do usunięcia w gabinecie lekarskim 3-miesięcznej ciąży. Po tygodniu pokrzywdzona odwołała zeznania wyjaśniając ich złożenie emocjami. Postanowieniem z dnia 27 września 2006 roku śledztwo zostało umorzone z powodu przedawnienia ścigania. W wyniku badania aktowego zakwestionowano zasadność tej decyzji, w tym także prawidłowość przyjętej podstawy umorzenia, polecając podjęcie i kontynuowanie śledztwa w sprawie.

Śledztwa w tych sprawach są kontynuowane i pozostają pod nadzorem prokuratury apelacyjnej.

Reasumując należy stwierdzić, że przedstawione dane dotyczące liczby spraw zarejestrowanych w powszechnych jednostkach organizacyjnych prokuratury, rodzaju podjętych końcowych decyzji merytorycznych oraz treści zapadłych wyroków sądowych nie pozwalają na sformułowanie jednoznacznych ocen, zarówno co do skali zjawiska jak i wniosków w zakresie skuteczności ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* oraz uregulowań zawartych w obowiązującym kodeksie karnym, w ograniczeniu rozmiarów nielegalnej aborcji i jej skutków społecznych.

5.3. Działania podejmowane przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej lekarzy i okręgowe sądy lekarskie.

Zgodnie z ustawą z dnia 17 maja 1989 roku *o izbach lekarskich* (Dz. U. Nr 30 poz. 158, z późn. zm.), postępowanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy, prowadzi okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Odpowiedzialność ponosi się za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej i deontologii oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. Poniżej zaprezentowano dane na temat spraw rozpatrywanych w związku z opieką nad ciężarną, z opieką okołoporodową, zabiegami przerywania ciąży. Dane - na potrzeby sprawozdania - przekazali okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej.

Tab.17 Liczba spraw rozpatrywanych w latach 2002-2006 przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej

Liczba spraw rozpatrywanych w latach 2002-2006 przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej dotyczących:								
lata	opieka nad ciężarną		opieka okołoporodowa		badań genetycznych płodu		przerwania ciąży	
	ogółem	z czego odmowa/umorzenie	ogółem	z czego odmowa/umorzenie	ogółem	z czego odmowa/umorzenie	ogółem	z czego odmowa/umorzenie
2002	41	25	84	48	3	2	3	1
2003	58	44	126	50	-	-	6	-
2004	23	1	39	7	-	-	-	-
2005	45	13	94	34	-	-	6	1
2006	29	20	54	35	-	-	8	5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych od okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej

Powyższa zestawienie pokazuje, iż w roku 2006 ogólna liczba spraw rozpatrywanych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej w związku z opieką nad kobietą w ciąży utrzymała się podobnym jak dotychczas poziomie.

Tab.18 Postępowania prowadzone w latach 2002–2006 przez okręgowe sądy lekarskie.

Liczba spraw rozpatrywanych w latach 2002 – 2006 przez okręgowe sądy lekarskie dotyczących:								
lata	opieki nad ciężarną		opieki okołoporodowej		badań genetycznych płodu		przerwywania ciąży	
	ogółem	z czego ukarani	ogółem	z czego ukarani	ogółem	z czego ukarani	ogółem	z czego ukarani
2002	3	3	15	9	0	0	4	4
2003	15	8	16	9	0	0	2	2
2004	16	7	16	12	0	0	0	0
2005	3	1	10	12	0	0	2	2
2006	6	3	14	5	0	0	4	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych od okręgowych sądów lekarskich.

W stosunku do roku 2005 w roku 2006 wzrosła liczba spraw z 15 do 24 rozpatrywanych przez okręgowe sądy lekarskie. Zarówno w roku 2006 jak i w latach ubiegłych okręgowe sądy lekarskie nie rozpatrywały spraw dotyczących badań genetycznych płodu.

5.4. Działania podejmowane przez Biuro Praw Pacjenta

W roku 2006 Biuro Praw Pacjenta zarejestrowało 232 spraw związanych z opieką nad kobietą w ciąży, porodem i położeniem. Sprawy zgłaszane można podzielić na zgłoszone za pośrednictwem: infolinii – 159; poczty bądź w formie elektronicznej – 63; osobiście – 10.

Sprawy w większości dotyczyły:

- przysługujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego świadczeń zdrowotnych, np.: badania (w tym prenatalne, ultrasonograficzne),
- rodzaju zaproponowanego znieczulenia przy porodzie, ewentualnego sposobu rozwiązania ciąży (cesarskiego cięcia),
- trudności z wypełnieniem druku „Zgłoszenia Urodzenia Dziecka” w przypadku, gdy ciąża w wyniku poronienia została przerwana przed 22 tygodniem jej trwania, w szczególności w zakresie określenia płci dziecka,
- świadczeń lekarza ginekologa oraz niewłaściwej (w ocenie osób zgłaszających) opieki nad kobietą w ciąży, podczas porodu i położu,
- podstaw prawnych do pobierania opłat za tzw. poród rodzinny,
- oceny realizacji świadczeń lekarza ginekologa,
- zastrzeżeń do relacji pacjent – lekarz,
- uszkodzeń okołoporodowych,
- warunków przerywania ciąży.

Wszystkie osoby zgłaszające się w ww. sprawach do Biura Praw Pacjenta, otrzymywały informacje oraz porady prawne z zakresu obowiązujących przepisów prawa, zgodnie z posiadanymi uprawnieniami.