

Jak pomagać kobietom w trudnej ciąży

Hospicja perinatalne, domy samotnej matki, ośrodki
adopcyjne, okna życia

Redakcja naukowa
Katarzyna Gęsiak



RAPORTY INSTYTUTU ORDO IURIS

Jak pomagać kobietom w trudnej ciąży

Hospicja perinatalne, domy samotnej matki, ośrodki
adopcyjne, okna życia



www.ordoiuris.pl

Jak pomagać kobietom w trudnej ciąży

Hospicja perinatalne, domy samotnej matki, ośrodki
adopcyjne, okna życia

Redakcja naukowa
Katarzyna Gęsiak

Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

Warszawa 2024

Redaktor naukowy

Katarzyna Gęsiak

Autorzy

Katarzyna Gęsiak

Anna Wawrzyniak

Opracowanie graficzne, skład i łamanie

Ursines – Creative Agency. Błażej Zych

www.ursines.pl

Wydawca

Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

ul. Zielna 39, 00-108 Warszawa

www.ordoiuris.pl

ISBN 978-83-970518-9-8

© Copyright 2024 by Fundacja Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

Spis treści

Wprowadzenie	9
Główne tezy	11
Hospicja perinatalne	15
1. Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej	15
2. Informacja o wynikach kontroli NIK dotyczącej zapewnienia opieki paliatywnej i hospicyjnej	21
3. Poselski projekt zmian w ustawie o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”	24
4. Wnioski i postulaty	26
Domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży	29
1. Rozporządzenie ministra rodziny i polityki społecznej w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży	29
2. Domy samotnej matki prowadzone przez podmioty prywatne	33
3. Informacja o wynikach kontroli NIK obejmującej wsparcie dla potrzebujących schronienia matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży	34
4. Wnioski i postulaty	38
Ośrodki adopcyjne	41
1. Pozostawienie noworodka w szpitalu	41
2. Oddanie dziecka do adopcji	44
2.1. Spostrzeżenia dotyczące funkcjonowania ośrodków adopcyjnych w związku z kontrolą NIK	45

3. Wybrane zagadnienia związane z funkcjonowaniem ośrodków adopcyjnych jako formy pomocy kobietom w trudnej ciąży	46
4. Wnioski i postulaty.....	48
Okna życia	50
1. Stanowisko Komitetu Praw Dziecka ONZ	51
2. Brak odpowiedzialności karnej za pozostawienie dziecka w oknie życia.....	54
3. Wnioski i postulaty.....	56

Wprowadzenie

Inspiracją do opracowania tego raportu stało się uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. w sprawie aborcji (sygn. K 1/20)¹, a dokładnie jego fragment, w którym sąd ten podkreślił, że pomoc „matce przed i po urodzeniu dziecka [...] aby mogła spełnić swoją rolę, nie może być iluzoryczna – ustawa musi zagwarantować jej realny wymiar”². Warto zatem postawić pytanie: na jaką pomoc mogą liczyć kobiety w „trudnej ciąży”, czyli w sytuacjach, w których otrzymały diagnozę o ciężkiej i nieuleczalnej chorobie dziecka, albo gdy z innych powodów nie mogą lub nie chcą podjąć się opieki nad dzieckiem po urodzeniu?

Nie ulega wątpliwości, że wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2020 r. jest ważnym krokiem w kierunku zapewnienia pełnej ochrony życia poczętego w Polsce. Choć jest to kolejne już orzeczenie sądu konstytucyjnego, potwierdzające spoczywający na państwie obowiązek zapewnienia prawnej ochrony życia człowieka także przed narodzeniem³, jego wydanie spowodowało znaczące poruszenie w debacie publicznej. Stało się tak głównie za sprawą przeciwników rozstrzygnięcia Trybunału, którzy organizowali w kraju marsze niezadowolonych z uchylecia przepisu dopuszczającego aborcję w przypadku podejrzenia choroby lub niepełnosprawności dziecka poczętego (określanego też jako przesłanka eugeniczna przerywania ciąży). W atmosferze skrajnych emocji zabrakło rzetelnej i merytorycznej debaty na ten temat, jak również na temat dostępnych form pomocy dla kobiet w ciąży, które z różnych przyczyn nie są w stanie podjąć się opieki nad nowonarodzonym dzieckiem.

Warto przypomnieć podstawowe założenia, które legły u podstaw orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego w zakresie ochrony życia człowieka w prenatalnym okresie rozwoju, począwszy od pierwszego orzeczenia z 1997 r. w sprawie K 26/96⁴, aż do najnowszego wyroku TK z 2020 r. w sprawie K 1/20. W pierwszej kolejności, w ślad za Trybunałem Konstytucyjnym, należy podkreślić, że „rolą sądu konstytucyjnego i orzekających w nim sędziów jest [...] wiążące wypowiedanie się w kwestiach, które dotyczą zgodności prawa stanowionego z Konstytucją, a wypowiedzi te muszą znajdować podstawę w obowiązującym prawie, czyli systemie norm ustanowionych zgodnie z formalnie określoną procedurą przez upoważniony organ władzy publicznej”⁵.

Realizując tak określone zadanie, Trybunał Konstytucyjny już w 1997 r. orzekł, że „wartość konstytucyjnie chronionego dobra prawnego jakim jest życie ludzkie, w tym życie rozwijające się w fazie prenatalnej, nie może być różnicowana. Brak jest bowiem dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie takiego zróżnicowania w zależności od fazy rozwojowej ludzkiego życia. Od momentu powstania życie ludzkie staje się więc wartością chronioną konstytucyjnie. Dotyczy to także fazy prenatalnej”.

1 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., sygn. K 1/20.

2 Tamże, pkt 184.

3 Pierwsze z serii takich orzeczeń zapadło już 28 maja 1997 r. w sprawie K 26/96.

4 Stwierdzającego niezgodność z Konstytucją przepisu legalizującego przerywanie ciąży ze względu na „ciężkie warunki życiowe lub trudną sytuację osobistą”.

5 Zob. uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie o sygn. K 1/20, pkt 80.

Uznanie, iż ochrona życia przysługuje istocie ludzkiej od chwili poczęcia, znalazło wyraz także w ustawodawstwie zwykłym. Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, zarówno w brzmieniu sprzed jak i po nowelizacji, w art. 1 deklaruje, iż prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej zaś spowodowanie śmierci dziecka poczętego przez przerwanie ciąży, jest czynem zabronionym i karalnym (nowy art. 152a oraz 152b kodeksu karnego w kontekście okoliczności legalizujących aborcję)⁶.

Do orzeczenia z 1997 r. odwoływał się Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 22 października 2020 r., na mocy którego uchylono przepis dopuszczający aborcję eugeniczną. Sąd konstytucyjny nie zajmował się pozostałymi dwiema przesłankami przerywania ciąży: tzw. medyczną (gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej) oraz tzw. kryminalną (kiedy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego).

To opracowanie nie ma na celu oceny legalności przerywania ciąży, lecz próbuje zwrócić uwagę na problem skutecznego wsparcia dla kobiet, które w trudnych sytuacjach życiowych, w poczuciu braku „innego wyjścia”, rozważają aborcję. Na potrzebę zapewnienia pomocy matkom, u których dzieci zdiagnozowano „duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu”, zwrócił uwagę Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z 2020 r., wskazując że „zasadne byłoby [...] przeanalizowanie przez ustawodawcę tego, czy obowiązujące rozwiązania prawne w tym zakresie są wystarczające w przypadku, gdy art. 4a ust. 1 pkt 2 u.p.r. został wyeliminowany z systemu prawnego”⁶.

Podkreślenia wymaga przy tym, że wspomniane rozwiązania prawne obejmujące wybrane formy pomocy matkom (rodzinom) oczekującym narodzin chorego czy z innego powodu niechcianego dziecka w żadnej mierze nie mogą być postrzegane jako „alternatywa” dla aborcji – co do zasady nielegalnej – rolą państwa jest natomiast „takie ukształtowanie systemu prawnego, które godność człowieka podda ochronie”⁷. Innymi słowy, państwo powinno oferować każdej potrzebującej matce (rodzinie) pomoc odpowiednią, dostępną i skuteczną.

A skoro tak, to zasadne jest przyjrzenie się formom wsparcia oferowanego matkom (rodzicom) w sytuacjach, gdy mogłyby one podjąć decyzję o aborcji. Czyli wtedy, gdy mamy zdiagnozowaną przez lekarza chorobę dziecka, nieporadność opiekuńczo-wychowawczą potencjalnych rodziców, ich uzależnienie od alkoholu, bezdomność, bezrobocie, przemoc w rodzinie etc.

Celem tego raportu jest przeanalizowanie wybranych form pomocy (państwowej, jak również społecznej, inicjowanej oddolnie), matkom w zależności od tego, czego potrzebują: hospicjów perinatalnych, domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, okien życia oraz ośrodków adopcyjnych pod kątem ich skuteczności oraz zaproponowanie rozwiązań mogących zapewnić podwyższenie poziomu wsparcia.

6 Tamże, pkt 184.

7 Zob. uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie o sygn. K 27/15, pkt 5.1.

Główne tezy

I. Hospicja perinatalne

- Hospicja perinatalne świadczą kompleksową opiekę nad noworodkiem z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, oraz ich rodzinami.
- Załącznik do rozporządzenia ministra zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zawiera katalog schorzeń kwalifikujących do objęcia dziecka przed narodzeniem świadczeniami gwarantowanymi z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.
- Katalog obejmuje większość przypadków chorób, w których przed wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. prawo dopuszczało zabijanie nienarodzonych dzieci, podczas gdy możliwe było udzielenie im i ich rodzicom niezbędnej pomocy w hospicjum perinatalnym.
- Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej wymaga nowelizacji w zakresie wykazu jednostek chorobowych, które kwalifikują do objęcia dzieci perinatalną opieką paliatywną.
- Dostęp do opieki paliatywnej powinien być zapewniony także noworodkom urodzonym przed 24. tygodniem ciąży oraz noworodkom żywo urodzonym w wyniku sztucznego poronienia między 20. a 24. tygodniem ciąży.
- Wyniki kontroli przeprowadzonej przez NIK pokazują, że realizacja założeń rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej napotyka różne problemy. Jednym z głównych jest ograniczony dostęp do hospicjów perinatalnych.
- Pomimo potrzeby wskazywanej między innymi przez Prezesa NFZ w 2016 r., minister zdrowia dotychczas nie określił standardów w opiece paliatywnej dla dorosłych, w pediatrycznej opiece paliatywnej i w perinatalnej opiece paliatywnej.
- Zbyt niski jest stan wiedzy w społeczeństwie na temat idei i praktyki hospicjów perinatalnych. Niewielu lekarzy kieruje pacjentki, u których dzieci stwierdzono wady letalne, po niezbędną pomoc do tego rodzaju ośrodków.

II. Domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży

- Domy samotnej matki zapewniają całodobowy, okresowy pobyt przede wszystkim matkom z małoletnimi dziećmi oraz kobietom w ciąży i zapewniają odpowiednie do potrzeb wsparcie specjalistyczne, którego celem jest przezwyciężenie sytuacji kryzysowej.
- W sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, kobiety w ciąży i rodzice z małoletnimi dziećmi przyjmowani są do domów samotnej matki na ich wnioski lub wnioski pracownika domu, bez konieczności wydania w tym przedmiocie decyzji administracyjnej.
- Prowadzenie przez jednostki pomocy społecznej ośrodków wsparcia przeznaczonego dla potrzebujących schronienia matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży było przedmiotem kontroli NIK zakończonej w 2020 r. Wyniki przeprowadzonej kontroli ujawniły nieprawidłowości w funkcjonowaniu tego rodzaju placówek.
- W trakcie przeprowadzonej kontroli NIK stwierdził między innymi problem z dostępnością informacji o podmiotach i placówkach udzielających schronienia.
- Kontrola przeprowadzona przez NIK wykazała również, że większość z kontrolowanych domów samotnej matki nie spełniała standardów wynikających z obowiązującego wówczas rozporządzenia.
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej powinno we współpracy z samorządami powiatowymi i kierownikami domów samotnej matki wypracować rozwiązania, które zapewnią dostępność miejsc w domach samotnej matki przy jednoczesnym zachowaniu odpowiednich standardów.

III. Ośrodki adopcyjne

- Najlepszym rozwiązaniem dla matki i dziecka jest nawiązanie kontaktu z ośrodkiem adopcyjnym jeszcze w trakcie ciąży. Pracownicy ośrodka mogą zaoferować kompleksowe wsparcie.
- Znaczna część noworodków pozostawionych w szpitalu obciążonych jest różnorodnymi schorzeniami, które wymagają szybkiego wdrożenia odpowiedniej terapii. Stąd tak ważne jest sprawne ustanowienie opiekuna prawnego dla dziecka, aby mógł podejmować decyzje dotyczące jego leczenia.
- Należałoby rozważyć rezygnację z określonych elementów opieki okołoporodowej w sytuacji kobiet, które decydują się na zrzeczenie się praw rodzicielskich do nowonarodzonego dziecka.
- Niekiedy kobiety, które zgłaszają decyzję o pozostawieniu dziecka po porodzie spotykają się z brakiem poszanowania sfery psychicznej i emocjonalnej ze strony pracowników szpitala. Taka postawa zniechęca kobiety do dalszej współpracy z nimi i innymi podmiotami, które są niezbędne do zabezpieczenia interesu dziecka mającego w przyszłości trafić do adopcji.

- Problemem sygnalizowanym przez osoby zajmujące się zawodowo adopcją, jest brak dostatecznej diagnostyki dzieci pozostawianych w szpitalu, a także w oknach życia.
- Procedura adopcji dziecka często komplikuje się zwłaszcza w przypadku, gdy kobieta po pozostawieniu dziecka w szpitalu nie dopełnia kwestii formalnych przed sądem opiekuńczym w celu uskutecznienia powziętej decyzji o zrzeczeniu się praw rodzicielskich.
- Warto rozważyć postulat wprowadzenia praktyki ustanawiania przez sąd opiekuńczy kuratora dla dziecka, którego matka wycofała się z procedury zrzeczenia się władzy rodzicielskiej, w osobie profesjonalnego pełnomocnika, który stałby na straży jego praw i podejmowałby działania prawne w interesie dziecka i jego rodziny.
- Sygnalizowanym istotnym problemem związanym z funkcjonowaniem systemu adopcyjnego jest przewlekłość postępowania o przysposobienie oraz nieterminowe wyznaczanie przez sądy opiekunów prawnych dzieci, których rodzice zostali pozbawieni praw rodzicielskich.
- Działalność ośrodków adopcyjnych była przedmiotem kontroli NIK w latach 2015–2017. Podczas kontroli stwierdzono m.in., że w 1/3 kontrolowanych ośrodków adopcyjnych wymagano od kandydatów do przysposobienia danych, które wykraczały poza zakres określony przepisami ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

IV. Okna życia

- Dziecko umieszczane w oknie życia jest pozostawiane w warunkach niezagrażających jego życiu i zdrowiu i natychmiast otaczane niezbędną pomocą, zwłaszcza medyczną.
- Dziecko pozostawione w oknie życia zasadniczo nie ma możliwości poznania swoich biologicznych rodziców wraz z informacją na temat np. dziedzicznych chorób. Argument ten traci jednak na znaczeniu, kiedy prawo do tożsamości zostanie skonfrontowane z niewątpliwie mającym priorytet prawem do życia, którego ochronie przede wszystkim służą okna życia.
- Okna życia stanowią realne rozwiązanie dla matki (rodziców), którzy byliby gotowi nawet porzucić dziecko w miejscu nieodpowiednim, w którym może dojść do śmierci dziecka np. z wychłodzenia. Ponadto poznanie rodziców, a co za tym idzie – tożsamości biologicznej – jest tylko częścią prawa do tożsamości.
- Sąd Najwyższy przesądził w 2011 r., że pozostawienie dziecka w oknie życia nie pociąga za sobą odpowiedzialności karnej. Czyn ten nie jest penalizowany, nie stanowi on przestępstwa porzucenia określonego w art. 210 kodeksu karnego.
- Minister Sprawiedliwości Prokurator Generalny w grudniu 2019 r. wystosował do prokuratorów zalecenie, aby nie prowadzili postępowań karnych w sprawie przestępstwa porzucenia wobec kobiet pozostawiających dzieci w oknach życia, w przypadku których nie ma podejrzenia popełnienia przestępstwa na szkodę dziecka.

Hospicja perinatalne

1. Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

Podstawowym aktem prawnym regulującym działanie hospicjów perinatalnych (a więc zajmujących się kwestiami dzieci w okresie ciąży, porodu oraz połogu) jest rozporządzenie ministra zdrowia (MZ) z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (dalej „Rozporządzenie MZ”)⁸. Akt ten określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej zostały uznane za świadczenia gwarantowane w 2017 r.⁹, zgodnie z propozycją Ogólnopolskiego Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej¹⁰.

Pierwsze pacjentki i ich nienarodzone dzieci zostały objęte świadczeniem gwarantowanym opieki paliatywnej w 2018 r.¹¹ i od tego czasu świadczenia te finansowane są ze środków publicznych, a więc bezpłatne. W myśl § 2 pkt 3 rozporządzenia MZ „perinatalna opieka paliatywna oznacza zapewnienie wsparcia rodzicom dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej, oraz opieki nastawionej na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią noworodkom z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu”.

Natomiast § 3 pkt 1 rozporządzenia MZ wskazuje, że „świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta ma na celu poprawę jakości życia, zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych”. Rozporządzenie MZ konstruuje zatem pewne ramy opieki paliatywnej, w tym opieki perinatalnej, i udzielanych w tym zakresie świadczeń, przyznając tej opiece nie tylko wymiar medyczny, ale również socjalny i duchowy.

W tym miejscu warto wskazać, że zdaniem ekspertów z Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, definicja perinatalnej opieki paliatywnej powinna być szersza. W przygotowanym przez nich w 2019 r. dokumencie skierowanym do Ministerstwa Zdrowia, zatytułowanym *Standardy*

8 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262).

9 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 236).

10 T. Dangel, *Standardy postępowania i procedury medyczne pediatrycznej domowej opieki paliatywnej w hospicjach dla dzieci. Standardy perinatalnej opieki paliatywnej*, Warszawa 2019, s. 94.

11 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Nr ewid. 146/2019/P/18/063/LBY, Warszawa 2019, s. 55.

perinatalnej opieki paliatywnej, zaproponowano następujące rozszerzenie pojęcia perinatalnej opieki paliatywnej:

„Perinatalna opieka paliatywna świadczona jest noworodkom z chorobami nieuleczalnymi, obarczonymi wysokim ryzykiem przedwczesnej śmierci, oraz skrajnie niedojrzałym, urodzonym przed 24. tygodniem ciąży, jeżeli przejawiają oznaki życia¹², oraz że perinatalna opieka paliatywna polega na:

- „Zapewnieniu komfortu i złagodzenia duszności dzieciom poronionym, jeżeli przejawiają oznaki życia.
- Zapewnieniu wsparcia w żałobie rodzicom dzieci zmarłych zarówno przed, jak i po urodzeniu¹³.

Na powyższym przykładzie widać zatem, że w ocenie ekspertów z Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci zasadne jest poszerzenie listy wskazań do perinatalnej opieki paliatywnej, o czym będzie jeszcze mowa poniżej.

Dla lepszego zrozumienia analizowanego zagadnienia warto w tym miejscu przytoczyć definicję hospicjum perinatalnego proponowaną przez specjalistów z WHD - prof. dr hab. n. med. Joannę Szymkiewicz-Dangel i dr hab. n. med. Tomasza Dangela, którzy uznawani są za twórców oryginalnego polskiego modelu hospicjum perinatalnego, opartego na koncepcji objęcia rodziny oczekującej narodzin nieuleczalnie chorego dziecka całościową opieką: medyczną, psychologiczną i duchową¹⁴. W *Standardach opieki paliatywnej* wskazali oni, że:

Hospicjum perinatalne to nie placówka (np. hospicjum lub poradnia), ale model medycyny perinatalnej oparty na szacunku dla życia i godności nieuleczalnie chorego dziecka w okresie płodowym i noworodkowym. Zapewnia wszechstronną opiekę kobiecie ciężarnej po prenatalnym rozpoznaniu wady letalnej [zwiastującej śmierć dziecka], które zostało zweryfikowane w ośrodku referencyjnym. Przed porodem obejmuje całościową opiekę nad kobietą ciężarną: medyczną, psychologiczną i duchową, jak również wsparcie w żałobie, niezależnie od okresu straty dziecka. Po porodzie obejmuje paliatywną opiekę neonatologiczną, domową opiekę paliatywną oraz opiekę długoterminową. Stanowi alternatywę wobec przerwania ciąży oraz uporczywej / daremnej terapii¹⁵.

Ostatnie zdanie cytowanej definicji uwzględnia stan prawny istniejący w chwili publikacji przywołanego opracowania. Dopuszczalne było wówczas przerwanie ciąży z uwagi na tzw. przesłankę eugeniczną, albowiem uchylający ją wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. (sygn. K 1/20), wydany został dopiero rok później. Badania przeprowadzone w roku 2018 wskazują natomiast, że rodzice, którym diagnozę o wadzie letalnej dziecka przekazano w poradni Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci, zdecydowanie rzadziej podejmowali decyzję o aborcji, niż kiedy informacja ta była przekazywana w szpitalu¹⁶. Pokazuje to, jak istotne znaczenie ma właściwie prowadzona

12 T. Dangel, dz. cyt., s. 95.

13 Tamże.

14 *Hospicjum perinatalne, czyli kiedy rodzicom wali się świat*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/143897,hospicjum-perinatalne-czyli-kiedy-rodzicom-wali-sie-swiat [dostęp: 11.10.2023].

15 T. Dangel, dz. cyt., s. 95.

16 Tamże, s. 84.

perinatalna opieka paliatywna dla zaakceptowania przez rodziców faktu, że oczekiwane przez nich dziecko urodzi się z chorobą, która prawdopodobnie w krótkim czasie doprowadzi do jego śmierci.

Katalog schorzeń kwalifikujących do objęcia świadczeniami gwarantowanymi z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej wymieniony został w załączniku nr 1 do rozporządzenia MZ. Wydaje się, iż redakcja przepisów dotyczących dzieci kwalifikowanych do objęcia perinatalną opieką paliatywną, pozwala przyznać prawo do tego rodzaju świadczeń w większości przypadków, o których była mowa w art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (dalej: ustawa o planowaniu rodziny)¹⁷, uchylonym na mocy wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie K 1/20. Na podstawie tego przepisu legalna była tzw. aborcja eugeniczna, a więc pozbawienie życia nienarodzonego dziecka na podstawie podejrzenia choroby lub wady rozwojowej.

Podkreślmy jednak, że omawiane regulacje nie obejmują dwóch przypadków, w których objęcie perinatalną opieką paliatywną wydaje się również zasadne: dzieci urodzonych przed 24. tygodniem ciąży oraz dzieci urodzonych w wyniku sztucznego poronienia między 20., a 24. tygodniem ciąży, które przeżyły poród. Twórcy raportu WHD rekomendują wprowadzenie zmian w obowiązującym rozporządzeniu MZ, za pomocą których gwarantowane świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej przyznane będą również:

- „noworodkom skrajnie niedojrzałym, urodzonym przed 24. tygodniem ciąży;
- dzieciom sztucznie poronionym między 20. a 24. tygodniem ciąży, jeżeli przejawiają oznaki życia [...]”¹⁸.

Autorzy raportu WHD wskazują, że postulowane zmiany znajdą zastosowanie w przypadku przeprowadzenia farmakologicznej aborcji, określanej jako sztuczne poronienie. Rodzące się w ten sposób dziecko między 20., a 23. tygodniem ciąży może przejawiać oznaki życia, a przyczyną śmierci jest wówczas niedojrzałość płuc. W sytuacji tej dziecko może odczuwać cierpienie aż do śmierci, która nieuchronnie nastąpi. W przywoływanym opracowaniu wskazano: „Agonia dziecka może trwać nawet kilka godzin. Nie można wykluczyć, że dziecko w tym okresie cierpi z powodu duszności. Proponujemy zatem, aby mogło otrzymać leczenie paliatywne, podobnie jak starsze dzieci, które w okresie terminalnym odczuwają duszność”¹⁹.

Opisywany stan faktyczny może nastąpić w przypadku porodu samoistnego przed 24. tygodniem ciąży, jak i w przypadku intencjonalnego sztucznego poronienia. Drugą z wymienionych sytuacji można interpretować w świetle art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny, zgodnie z którym legalne jest przerwanie ciąży w przypadku, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia lub życia kobiety ciężarnej. Jednocześnie w takich sytuacjach ustawa nie przewiduje ograniczenia na wzór tego, które obowiązywało w przypadku przesłanki eugenicznej, a więc terminu dopuszczalności wykonania aborcji do chwili osiągnięcia przez dziecko zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki.

17 Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (tekst jedn.: Dz. U. z 2022 r. poz. 1575).

18 T. Dangel, dz. cyt., s. 99.

19 Tamże, s. 102.

Dodać trzeba, że postulowana przez WHD zmiana jest tym bardziej konieczna obecnie, kiedy wyraźnie nadużywana jest przesłanka zagrożenia zdrowia psychicznego, co w praktyce prowadzi do sytuacji, w której np. w szpitalu w Oleśnicy w 2023 r. masowo wykonywano aborcje dzieci z wadami wrodzonymi²⁰.

Na potrzebę zapewnienia opieki paliatywnej dzieciom urodzonym przed 24. tygodniem życia płodowego zwrócono także uwagę w Raporcie Instytutu Ordo Iuris dotyczącym wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami z 2020 r.²¹

Zgodnie z § 4 rozporządzenia MZ świadczenia gwarantowane dla dzieci mogą być realizowane w hospicjach stacjonarnych i domowych, jak również w ośrodkach diagnostyki prenatalnej, ośrodkach kardiologii prenatalnej, zakładach genetyki i poradniach medycyny paliatywnej. Świadczenia gwarantowane w ramach perinatalnej opieki paliatywnej w myśl części IV ust. 2 pkt 5 załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ są realizowane do 28. dnia po porodzie. Po tym okresie jest możliwość kontynuowania opieki w hospicjum domowym albo w hospicjum stacjonarnym²².

Katalog świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej wskazany został w § 7 a rozporządzenia MZ. Obejmuje on porady i konsultacje lekarskie oraz porady psychologa. Miejsca, w których udzielane są te świadczenia, to poradnie medycyny paliatywnej, hospicja domowe dla dzieci, a także hospicja stacjonarne. W zakres gwarantowanej perinatalnej opieki paliatywnej wchodzi również koordynacja tej opieki realizowana poprzez zapewnienie współpracy:

- ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii lub neonatologii, w warunkach leczenia szpitalnego lub porady specjalistycznej,
- z hospicjum domowym dla dzieci lub z hospicjum stacjonarnym, pozwalającej na zachowanie ciągłości opieki nad dzieckiem w przypadku zaistnienia możliwości wypisu z oddziału, na którym przebywa dziecko,
- z ośrodkiem diagnostyki prenatalnej, ośrodkiem kardiologii prenatalnej lub zakładem genetyki²³.

W ramach koordynacji opieki rozporządzenie MZ zapewnia również:

- uzyskanie przez rodziców dziecka informacji o możliwości pożegnania się ze zmarłym dzieckiem oraz o sposobie pochówku,
- uzyskanie informacji dotyczących postępowania w przypadku śmierci dziecka, oraz
- ciągłość leczenia stosownie do stanu zdrowia, po zakończeniu realizacji świadczenia gwarantowanego w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej, w tym w uzasadnionych przypadkach opiekę paliatywną po urodzeniu dziecka oraz wsparcie w żałobie po śmierci dziecka przez

20 Olesnica24.com, <https://www.olesnica24.com/arttykul/20290,fundacja-pro-prawo-do-zycia-rekord-aborcji-w-olesnicy> [dostęp: 16.04.2024].

21 Raport Ordo Iuris dotyczący wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami z 2020 r., s. 21 – 22.

22 NFZ Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie, *Perinatalna opieka paliatywna*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/aktualnosc/perinatalna-opieka-paliatywna,568.html> [dostęp: 11.10.2023].

23 § 7a pkt 3 lit. a–c rozporządzenia MZ.

udział w grupie wsparcia w żałobie²⁴. W raporcie opracowanym przez WHD eksperci postulują, aby w ramach koordynacji perinatalnej opieki paliatywnej zapewniona była także opieka położnej w czasie porodu oraz opieka poradni laktacyjnej przed i po porodzie²⁵.

Warunkiem skorzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej jest przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego²⁶. Niezbędne jest również wystąpienie wskazania medycznego, tj. ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, w szczególności zaburzenia rozwojowe prowadzące do poronienia samoistnego, porodu przedwczesnego lub zgonu wewnątrzmacicznego, zaburzenia rozwojowe prowadzące do przedwczesnej śmierci żywo urodzonego dziecka²⁷. Jednostki chorobowe zaliczone do powyższych wskazań medycznych zostały określone w części III załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ. Oznaczono je kodem ICD – 10: P00-P96, Q00-Q99, a jako kryteria kwalifikacji do leczenia wskazano: „Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym oraz wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe”²⁸.

Specjaliści zajmujący się perinatalną opieką paliatywną wskazują, że katalog jednostek chorobowych kwalifikujących do objęcia perinatalną opieką paliatywną wskazany w rozporządzeniu MZ jest niepełny i nieodpowiedni. Stwierdzają to na podstawie przeprowadzonej analizy danych GUS o przyczynach wyjściowych zgonów dzieci w wieku 0-17 lat oraz dorosłych w wieku 18-29 lat w okresie od 1999 do 2018 roku. W badaniach uwzględniono także dane o rozpoznaniach stwierdzonych u 739 pacjentów Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci, hospitalizowanych w okresie od 1994 do 2019 roku, spośród których 519 zmarło²⁹.

Badania wykazały istnienie kilkudziesięciu jednostek chorobowych ICD-10, które kwalifikują do perinatalnej opieki paliatywnej, a które nie zostały wyszczególnione w rozporządzeniu MZ. Stwierdzono także występowanie w katalogu rozporządzenia MZ kodów ICD-10, które zostały zweryfikowane negatywnie, bowiem nie powodują zgonów dzieci, albo liczba zgonów jest znikoma, zaś pewna grupa nie wymaga opieki paliatywnej, ani długoterminowej³⁰.

Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że w rozporządzeniu MZ konieczne jest zmiana wykazu jednostek chorobowych, które kwalifikują do objęcia perinatalną opieką paliatywną. Przy tym klasyfikacja ICD-10 nie umożliwia opisanie wszystkich schorzeń, które mogą wymagać tego rodzaju opieki, w związku z czym od 2022 r. należy posiłkować się Kwalifikacją ICD-11³¹.

Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej wymaga nowelizacji w zakresie wykazu chorób, które kwalifikują do objęcia perinatalną opieką paliatywną.

24 § 7a pkt 3 lit. d-f rozporządzenia MZ.

25 T. Dangel, dz. cyt., s. 100.

26 § 9 pkt 1 rozporządzenia MZ.

27 § 9 pkt 2 rozporządzenia MZ.

28 Część III załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ.

29 T. Dangel, U. Wojciechowska, *Nowy katalog schorzeń mogących wymagać pediatrycznej opieki paliatywnej*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2020; 74(3), s. 505.

30 Tamże, s. 506.

31 Tamże, s. 520.

Specjaliści podkreślają także, że „o kwalifikacji pacjentów do pediatrycznej opieki paliatywnej powinni decydować lekarze na podstawie obowiązujących standardów, a nie urzędnicy Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie niepełnego i nieodpowiedniego katalogu schorzeń”³².

Personel medyczny zajmujący się udzielaniem świadczeń gwarantowanych z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej musi spełniać wymogi wskazane w IV części załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ. Lekarze zobligowani są posiadać jedną ze wskazanych tam specjalizacji, a także spełniać kryterium dotyczące stażu pracy, tj. co najmniej 2 lata w opiece paliatywnej oraz co najmniej jeden rok pracy w ośrodku zajmującym się perinatalną opieką paliatywną³³. Szczegółowym wymaganiom muszą sprostać również psychologowie i psychoterapeuci, którzy chcą udzielać świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej. Wymagania te odnoszą się zarówno do posiadanych kwalifikacji, potwierdzonych odpowiednim dokumentem, jak i do posiadanego stażu pracy³⁴.

Należy jednak pamiętać, że wymagania dotyczące personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej, choć z jednej strony pozwalają zapewnić wysoki poziom kwalifikacji personelu, to z drugiej jednak mogą zniechęcać osoby zainteresowane podjęciem pracy w tej dziedzinie, z uwagi na wysoki poziom skomplikowania wymagań, którym muszą sprostać kandydaci, jak i na relatywnie długi czas konieczny do uzyskania takich kwalifikacji. W przypadku psychologów konieczne jest bowiem m.in. odbycie szkoleń specjalistycznych, jak również uzyskanie dodatkowych certyfikatów, a także posiadanie odpowiedniego stażu pracy.

Twórcy Standardów WHD proponują więc uproszczenie procedury uzyskania kwalifikacji wymaganych do udzielania świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej. Zgodnie z ich propozycją należy usunąć dotychczasowe zapisy rozporządzenia MZ w tym zakresie i zastąpić je w odniesieniu do lekarzy następującym sformułowaniem: „lekarz specjalista posiadający udokumentowany co najmniej dwuletni staż pracy w ośrodku diagnostyki prenatalnej, ośrodku kardiologii prenatalnej, ośrodku genetyki lub w ośrodku położnictwa i neonatologii III stopnia referencyjności oraz posiadający certyfikat ukończenia kursu doskonalącego CMKP „Perinatalna opieka paliatywna”³⁵.

W odniesieniu do psychologów twórcy standardów WHD postulują, by gwarantowanych świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej mógł udzielać „psycholog posiadający certyfikat ukończenia szkolenia w ośrodku referencyjnym pediatrycznej i perinatalnej opieki paliatywnej, wskazanym przez dyrektora CMKP”³⁶.

Wśród innych warunków koniecznych do udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej rozporządzenie MZ wymienia:

- posiadanie przez placówkę pomieszczenia przystosowanego do udzielania konsultacji lekarskich i psychologicznych,

32 Tamże, s. 520.

33 Ust. 1 pkt 1 IV części załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ.

34 Ust. 1 pkt 2-5 IV części załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ.

35 T. Dangel, dz. cyt., s. 101.

36 Tamże, s. 101.

- współpracę ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii (III poziom referencyjny) oraz neonatologii, w warunkach leczenia szpitalnego, a także
- współpracę z położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzem specjalistą w dziedzinie położnictwa i ginekologii³⁷.

Przy tym świadczeniodawca realizujący świadczenie gwarantowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej powinien posiadać co najmniej trzyletnie doświadczenie w pracy w pediatrycznej opiece paliatywnej w zakresie hospicjum domowego dla dzieci lub hospicjum stacjonarnego, lub powinien współpracować z ośrodkiem mającym doświadczenie w pracy w pediatrycznej opiece paliatywnej³⁸.

Przytaczany już wcześniej ust. 2 pkt 5 IV części załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ wskazuje, że świadczenie gwarantowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej jest udzielane do 28. dnia po porodzie. Niemniej wskazać należy, że zgodnie z sygnalizowaną już treścią § 7a pkt 3 f rozporządzenia MZ, koordynacja opieki realizowana jest również poprzez zapewnienie ciągłości leczenia odpowiednio do stanu zdrowia dziecka, po zakończeniu realizacji świadczenia gwarantowanego w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej, zaś w uzasadnionych przypadkach obejmuje nie tylko opiekę paliatywną po urodzeniu dziecka, ale również wsparcie w żałobie po śmierci dziecka przez udział w grupie wsparcia w żałobie.

Grupy wsparcia w żałobie działają w ramach hospicjów perinatalnych. Zgodnie zaś z informacjami udostępnianymi na stronach internetowych niektórych wojewódzkich oddziałów NFZ po 28 dniach opieki perinatalnej może ona być kontynuowana w hospicjum domowym dla dzieci albo w hospicjum stacjonarnym³⁹, co oznacza, iż dostrzeżona została potrzeba pomocy rodzinom dzieci śmiertelnie chorych wykraczającej poza ramy prawne określone w rozporządzeniu MZ. Nie jest to jednak standardem, albowiem deklaracje niektórych wojewódzkich oddziałów NFZ nie wskazują na gotowość do udzielania dalszej opieki⁴⁰.

2. Informacja o wynikach kontroli NIK dotyczącej zapewnienia opieki paliatywnej i hospicyjnej

W 2019 roku Najwyższa Izba Kontroli pochyliła się nad funkcjonowaniem opieki hospicyjnej i paliatywnej w Polsce. W wyniku przeprowadzonej kontroli opublikowano raport⁴¹, w którym dostrzeżono, że realizacja omówionego wyżej rozporządzenia MZ rodzi pewne problemy.

37 Ust. 2 pkt 1-3 IV części załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ.

38 Ust. 2 pkt 4 IV części załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ.

39 Zob. np. komunikat śląskiego NFZ dostępny pod adresem internetowym: <https://www.nfz-katowice.pl/index.php/dla-swiadczeniodawcy/komunikaty-dla-swiadczeniodawcow/item/126580-komunikat-nr-51-2022-w-sprawie-finansowania-przez-narodowy-fundusz-zdrowia-swiadczen-w-zakresie-perinatalnej-opieki-paliatywnej>, komunikat mazowieckiego NFZ dostępny pod adresem internetowym: <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/aktualnosci/perinatalna-opieka-paliatywna,568.html>, komunikat łódzkiego NFZ dostępny pod adresem internetowym: <https://www.nfz-lodz.pl/dlapacjentow/jak-sie-leczyc/u-lekarza-w-szpitalu/1451-opieka-paliatywna-i-hospicyjna> [dostęp: 12.10.2023].

40 Zob. np. komunikat opolskiego NFZ dostępny pod adresem internetowym: <https://www.nfz-opole.pl/dla-pacjenta/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/>, komunikat podlaskiego NFZ dostępny pod adresem internetowym: <https://www.nfz-bialystok.pl/aktualnosci-oddzialu/perinatalna-opieka-paliatywna-3/>, komunikat dolnośląskiego NFZ dostępny pod adresem internetowym: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dotyczacy-perinatalnej-opieki-paliatywnej,7857.html> [dostęp: 12.10.2023].

41 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Nr ewid. 146/2019/P/18/O63/LBY, Warszawa 2019.

Najistotniejszą przeszkodą do pełnej realizacji założeń tego rozporządzenia, odnotowaną przez Najwyższą Izbę Kontroli, wydaje się fakt, że dostęp do hospicjów perinatalnych jest ograniczony. W czasie prowadzonej kontroli NIK stwierdził, że w sześciu województwach nie zostały zakontraktowane świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej⁴². Na terenie województwa podlaskiego, świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego w ogóle nie ogłoszono konkursów na te świadczenia, natomiast w województwie kujawsko – pomorskim, lubuskim i wielkopolskim nie wyłoniono świadczeniodawcy, który spełniałby wymagania prawne dla tego rodzaju placówek⁴³.

Jeszcze przed publikacją wyników kontroli NIK w województwie podlaskim podpisano umowę z NFZ, w ramach której na terenie tego województwa uruchomiono działalność pierwszego hospicjum perinatalnego. Kontrakt zaczął obowiązywać 1 kwietnia 2019 r., a postępowanie konkursowe podlaskiego oddziału NFZ wygrała Fundacja „Pomóż Im” na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci⁴⁴.

W województwie świętokrzyskim 12 maja 2021 r. ogłoszono postępowanie konkursowe w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej, obejmujące umowę oferowaną od 1 sierpnia 2021 r. do 30 czerwca 2022 r.⁴⁵. Z informacji udostępnianych na stronie internetowej Świętokrzyskiego Oddziału NFZ wynika, że postępowanie w tym przedmiocie zostało unieważnione⁴⁶. Nie ogłoszono również nowej oferty, która obejmowałaby umowę na kolejny okres.

Dotychczas konkursu nie przeprowadził również Zachodniopomorski Oddział NFZ.

W województwie kujawsko-pomorskim w roku 2022 umorzono prowadzone postępowanie konkursowe na udzielanie świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej, ponieważ nie wpłynęła żadna oferta⁴⁷. Kontraktu nie zawarto również w roku 2023, zaś na rok 2024 nie ogłoszono dotychczas konkursu⁴⁸.

W województwie lubuskim od 2021 r. ze świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej można skorzystać w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze⁴⁹.

Województwo wielkopolskie również posiada zakontraktowany dostęp do świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej. Z informacji dostępnej na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału NFZ wynika, że w drodze postępowania konkursowego wybrano Ginekologiczno-Położniczy

42 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Zapewnienie opieki...*, dz. cyt., s. 55.

43 Tamże, s. 62.

44 NFZ Podlaski Oddział Wojewódzki w Białymstoku, *Hospicjum perinatalne w woj. podlaskim zakontraktowane*, artykuł dostępny w Internecie: <https://www.nfz-bialystok.pl/aktualnosci-oddzialu/hospicjum-perinatalne-w-woj-podlaskim-zakontraktowane/>, [dostęp: 16.10.2023r.].

45 NFZ Świętokrzyski Oddział Wojewódzki w Kielcach, *Komunikat w sprawie ogłoszenia postępowań konkursowych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://www.nfz-kielce.pl/dla-swadczeniodawcy/komunikat-w-sprawie-ogloszenia-postepowan-konkursowych-w-rodzaju-opieka-paliatywna-i-hospicyjna-2/>, [dostęp: 16.10.2023r.].

46 NFZ Świętokrzyski Oddział Wojewódzki w Kielcach, *Lista postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, <https://aplikacje.nfz-kielce.pl/ap-pubpst/user/pst/pstlst/default> [dostęp: 19.04.2024].

47 NFZ Kujawsko – Pomorski Oddział Wojewódzki w Bydgoszczy, *KOMUNIKAT- unieważnienie postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju OPH (2022-10-03)*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <http://nfz-bydgoszcz.pl/artukul/221/3855/komunikat-uniewaznienie-postepowania-prowadzonego-w-trybie-konkursu-ofert-w-rodzaju-oph-2022-10-03>, [dostęp: 16.10.2023r.].

48 NFZ Kujawsko – Pomorski Oddział Wojewódzki w Bydgoszczy, *Konkurs ofert na rok 2024*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <http://nfz-bydgoszcz.pl/artykuly/266/konkurs-ofert-na-rok-2024>, [dostęp: 16.10.2023r.].

49 NFZ Lubuski Oddział Wojewódzki w Zielonej Górze, *Co nowego - Dla Pacjenta -*

Komunikat dotyczący perinatalnej opieki paliatywnej, artykuł dostępny pod adresem internetowym: https://www.nfz-zielonagora.pl/PL/1049/8282/Komunikat_dotyczacy_perinatalnej_opieki_paliatywnej/, [dostęp: 16.10.2023r.].

Szpital Kliniczny im. Heliodora Świąteczkiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu⁵⁰.

W porównaniu ze stanem na czas przeprowadzenia kontroli NIK, obecnie trzy województwa nie posiadają kontraktu z NFZ na udzielanie świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej. Są to województwa: świętokrzyskie, zachodniopomorskie i kujawsko – pomorskie. Powyższe spostrzeżenia potwierdza również NFZ, który w komunikacie z 6 lipca 2022 r. podaje, że w Polsce działa 17 miejsc zlokalizowanych na terenie 13 województw, w których można otrzymać świadczenia z zakresu perinatalnej opieki hospicyjnej⁵¹.

Świętokrzyskie, zachodniopomorskie i kujawsko-pomorskie to województwa, które nie posiadają kontraktu z NFZ na udzielanie świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.

Drugą istotną kwestią dostrzeżoną podczas kontroli NIK jest okoliczność, że minister zdrowia nie określił standardów w perinatalnej opiece paliatywnej. W opublikowanym raporcie czytamy: „pomimo potrzeby wskazywanej [między innymi] przez prezesa NFZ w 2016 r., a także przez AOTMiT [czyli Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji] w 2015 r., minister zdrowia nie określił standardów w opiece paliatywnej dla dorosłych, w pediatrycznej opiece paliatywnej i w perinatalnej opiece paliatywnej. [...] Brak standardów opieki został zgłoszony jako jeden z problemów funkcjonowania opieki paliatywnej [...]. NIK nie znajduje uzasadnienia dla bezczynności ministra w opracowaniu standardów”⁵².

NIK: „Pomimo potrzeby wskazywanej przez Prezesa NFZ w 2016 r., a także przez AOTMiT w 2015 r., Minister Zdrowia nie określił standardów [...] w perinatalnej opiece paliatywnej”.

Opisana powyżej sytuacja w ocenie kontrolujących powoduje, że zwiększenie finansowania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej nie przyczyni się do polepszenia jakości ich udzielania⁵³. Przy tym wskazania wymaga, że postulowanymi przez NIK, AOTMiT i świadczeniodawców standardami perinatalnej opieki paliatywnej w rozumieniu art. 22 ust. 5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵⁴, nie jest omówione wcześniej rozporządzenie MZ. Za przykład potrzebnych standardów opieki perinatalnej NIK posłużyła przywoływana już wcześniej pozycja *Standardy perinatalnej opieki paliatywnej* opracowana przez specjalistów z Warszawskiego Hospicjum Dla Dzieci.

50 NFZ Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu, *Opieka Paliatywna i Hospicyjna - konkurs ofert 2023 - rozstrzygnięcie postępowania*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://nfz-poznan.pl/page.php/1/0/show/18004/> [dostęp: 16.10.2023].

51 Narodowy Fundusz Zdrowia, *Komunikat dotyczący perinatalnej opieki paliatywnej*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosc/aktualnosc-centrali/komunikat-dotyczacy-perinatalnej-opieki-paliatywnej,7857.html> [dostęp: 16.10.2023].

52 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Zapewnienie opieki...*, dz. cyt., s. 21.

53 Tamże.

54 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.).

3. Poselski projekt zmian w ustawie o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

W 2021 r. grupa posłów zaproponowała uregulowanie problematyki hospicjów perinatalnych w projekcie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. W uzasadnieniu projektu⁵⁵ czytamy, że brakuje powszechnej wiedzy na temat idei i praktyki hospicjów perinatalnych. Powyższy stan rzeczy wynika z faktu, że niewielu lekarzy kieruje pacjentki, u których dzieci stwierdzono wady letalne, do tego rodzaju ośrodków. Tezę tę autorzy projektu popierają pierwszą w Polsce pogłębioną analizą działań podejmowanych przez hospicja perinatalne w kraju i za granicą, opublikowaną w raporcie Instytutu Ordo Iuris w 2016 r. *Perinatalna opieka hospicyjna: wizja, działania oraz wyzwania*⁵⁶.

W uzasadnieniu projektu powołano się także na badania „Hospicjum dla życia poczętego”, zawarte w raporcie przygotowanym w kwietniu 2020 r. na zlecenie Stowarzyszenia Medycznego Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska „Formuła Dobra”. Jak wskazano, z badań tych wynika, że „większość Polaków nie potrafi nawet wyjaśnić, czym jest hospicjum perinatalne – prawie 60. proc. domyśla się, o co chodzi, ale nie są pewni definicji, a co trzeci respondent w ogóle nie wie, czym ono jest. Jedynie co dziesiąty badany zna to pojęcie”⁵⁷. W związku z dostrzeżeniem wyżej wskazanego problemu, autorzy projektu postulowali wprowadzanie do materii ustawy „Za życiem” art. 6a, zgodnie z którym po przekazaniu kobiecie ciężarnej informacji o podejrzeniu lub rozpoznaniu wady letalnej jej dziecka, lekarz:

1. „wystawia kobiecie w ciąży skierowanie na dalsze badania diagnostyczne lub konsultacje specjalistyczne;
2. wystawia kobiecie w ciąży skierowanie do hospicjum perinatalnego;
3. wystawia kobiecie w ciąży skierowanie do poradni psychologicznej lub innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, realizującego świadczenia z zakresu wsparcia psychologicznego;”.

W projekcie tym umieszczono zatem przepis nakładający na lekarza obowiązek skierowania kobiety do hospicjum perinatalnego, w którym zarówno ona, jak i dziecko mogą uzyskać właściwą, kompleksową pomoc już na etapie ciąży.

Projektodawcy postulują powołanie w szpitalach stanowiska koordynatora perinatalnej opieki paliatywnej⁵⁸. Do jego zadań należałoby m.in. przekazywanie odpowiednim lekarzom informacji o danej kobiecie ciężarnej i jej dziecku, koordynacja obiegu dokumentacji medycznej, a także organizacja kontaktu między pacjentką, lekarzem, położną i psychologiem.

55 Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, *Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, druk nr 1063, Sejm IX kadencji*, dostępny pod adresem internetowym: <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/O/D901A9E10FD5EF59C12586A80038543B/%24File/1063.pdf> [dostęp: 16.10.2023r.].

56 B. Kmiecik, Z. Szafrńska-Czajka, R. Dorosiński, *Prenatalna opieka hospicyjna: wizja, działania oraz wyzwania*, Warszawa 2016, s. 27

57 *Poselski projekt ustawy...*, dz. cyt., s. 15.

58 Art. 6b *Poselski projekt ustawy...*, dz. cyt., s. 3.

Koordinator miałby również dokonywać zgłoszenia urodzonego dziecka z wadą letalną do podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie opieki paliatywnej dla dzieci w warunkach domowych lub stacjonarnych, jeżeli stan dziecka na to pozwala, pod warunkiem uzyskania zgody rodziców dziecka.

Art. 6d projektu pozwalałby koordinatorowi na zwoływanie konsylium z udziałem pacjentki, wskazanej przez nią osoby bliskiej, lekarza specjalisty ginekologa – położnika, lekarza specjalisty neonatologa, położnej, psychologa i koordynatora. Konsylium to miałoby na celu zaplanowanie miejsca porodu, przebiegu porodu, oraz opieki poporodowej, w tym neonatologicznej, a także sposobu postępowania z dzieckiem, które się urodzi.

Projekt nowelizacji zajmuje się też kwestią zapewnienia rodzinie atmosfery komfortu, spokoju i bliskości. Art. 6e zakłada, że kobiety w ciąży, w okresie porodu i połogu, u której dziecka podejrzewa się lub rozpoznano wadę letalną, nie umieszcza się w szpitalu w tej samej sali razem z kobietami oczekującymi narodzin zdrowych dzieci. Pacjentka powinna mieć w tym czasie umożliwiającą stałą obecność bliskiej osoby.

Wyniki przeprowadzonego badania pokazały, że w Polsce jedynie co dziesiąty ankietowany wie, czym jest hospicjum perinatalne.

Jak wskazuje Marta Brzezińska-Waleszczyk z WHD, „wielu rodziców dopiero w naszym hospicjum dowiaduje się, że taką opieką mogą zostać objęci, że nie zostaną sami. Tłumaczymy, na czym polega, że dzięki niej dziecko i oni będą mieli zapewnioną opiekę zespołu profesjonalistów – lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych, kapelana, wolontariuszy”⁵⁹.

Zasadny wydaje się zatem postulat ustawowego obowiązku wystawiania skierowań do hospicjów perinatalnych w przypadku zdiagnozowania u dziecka ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, albowiem można zakładać, że przyczyniłby się on do zwiększenia świadomości w tym zakresie tak u pacjentek, jak i u lekarzy.

W tym miejscu warto przywołać postulat sformułowany w przywoływanym już raporcie Instytutu Ordo Iuris z 2016 roku, w myśl którego zakładano włączenie tematyki funkcjonowania hospicjów perinatalnych do planu studiów wyższych. W zamyśle autorów pojawiły się nie tylko kierunki medyczne, obejmujące wydziały: lekarski i nauk o zdrowiu o kierunku położnictwo i pielęgniarstwo, ale także studia z zakresu psychologii, teologii, familiologii, pomocy socjalnej oraz socjologii. Podobna tematyka powinna znaleźć się również w ramach lekarskich studiów specjalizacyjnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz medycyny rodzinnej⁶⁰. Postulat ten jest wciąż aktualny.

Projekt ustawy o zmianie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” 30 marca 2021 r. został skierowany do I czytania w Komisji Polityki Społecznej i Rodziny⁶¹. Od tego czasu prace nad projektem nie były kontynuowane.

59 Aleteia, *Czego potrzebuje kobieta oczekująca narodzin chorego dziecka? [wywiad z psychologiem]*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://pl.aleteia.org/2020/11/16/czego-potrzebuje-kobieta-oczekujaca-narozdin-chorego-dziecka-wywiad-z-psychologiem/> [dostęp: 16.10.2023].

60 B. Kmiecik, Z. Szafrńska-Czajka, R. Dorosiński, dz. cyt., s. 24-25.

61 Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, *Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*, <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1063> [dostęp: 18 marca 2023.17.10.2023].

4. Wnioski i postulaty

Przeprowadzona analiza pozwoliła wykazać, że pomoc kobietom ciężarnym, u których dzieci podejrzewa się lub zdiagnozowano wadę zagrażającą życiu dziecka, wymaga usprawnień w zakresie funkcjonowania hospicjów perinatalnych. Aktualnie obowiązujące normy prawne nie obejmują swoim zakresem wszystkich przypadków, w których taka pomoc powinna być dostępna dla pacjentek i ich rodzin. Drugim problemem jest brak hospicjów perinatalnych we wszystkich województwach. Natomiast sama pomoc udzielana w ramach świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej nie podlega jednolitym standardom, które pozwoliłyby podnieść jej jakość we wszystkich ośrodkach. Wreszcie problemem jest brak świadomości społecznej na temat istnienia hospicjów perinatalnych i świadczonej przez nie opieki, jak również brak kierowania pacjentek do takich ośrodków przez lekarzy podejrzewających istnienie wad letalnych u dzieci w okresie prenatalnym.

Mając na uwadze powyższe, w celu urealnienia pomocy dla kobiet w trudnej ciąży i ich rodzin, jaką oferują hospicja perinatalne, warto sformułować i rozważyć następujące postulaty:

1. Perinatalna opieka paliatywna powinna być dostępna dla wszystkich noworodków, które takiej opieki potrzebują. W tym celu należy w porozumieniu z ekspertami poszerzyć zakres rozporządzenia MZ o dwa przypadki, w których objęcie perinatalną opieką paliatywną wydaje się zasadne, i objąć nią również: dzieci urodzone przed 24. tygodniem ciąży oraz dzieci urodzone w wyniku sztucznego poronienia między 20. a 24. tygodniem ciąży, które przeżyły aborcję.
2. Aktualizacji wymaga wykaz schorzeń kwalifikujących do objęcia świadczeniami gwarantowanymi z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej, co powinno być dokonane za pomocą nowelizacji rozporządzenia MZ, po konsultacji ze specjalistami zajmującymi się perinatalną opieką paliatywną. Eksperci wykazali, że obecnie możliwe jest udzielanie świadczeń gwarantowanych w przypadkach, które powinny być kwalifikowane do innego rodzaju opieki, a nadto nie wszystkie przypadki, które wymagają perinatalnej opieki paliatywnej widnieją w obowiązującym wykazie.
3. Minister zdrowia, konsultując się z ekspertami, powinien opracować i wprowadzić standardy perinatalnej opieki paliatywnej, które zapewnią optymalną, jednolitą w całym kraju opiekę. Jednym ze standardów powinien być poród dziecka z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą jego życiu w oddzielnej, odpowiednio wyposażonej sali szpitalnej oraz zapewnienie rodzicom możliwości stałego kontaktu z noworodkiem, także w przypadku jego śmierci.
4. Obecnie w trzech województwach hospicja perinatalne nie są dostępne. Minister zdrowia we współpracy z NFZ powinien wypracować (systemowe) rozwiązania poprawiające dostępność hospicjów perinatalnych.
5. Jednym z głównych problemów jest brak wiedzy o hospicjach perinatalnych, z czym wiąże się fakt, że ginekolodzy-położnicy wydają się rzadko informować pacjentki o działalności takich ośrodków i kierować do nich w celu uzyskania potrzebnej pomocy. Problem ten występuje pomimo obowiązku informacyjnego wynikającego z punktu XV podpunkt 9 załącznika do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej,

zgodnie z którym: „w przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, należy poinformować o możliwości uzyskania dalszej pomocy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej”. Poza odpowiednią edukacją lekarzy, rozwiązaniem problemu mogłoby być wprowadzenie ustawowego obowiązku wystawienia kobiecie w takiej sytuacji, skierowania do hospicjum perinatalnego.

Domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży

1. Rozporządzenie ministra rodziny i polityki społecznej w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży

Instrumentem wsparcia dla kobiet spodziewających się dziecka, które znajdują się w trudnej sytuacji życiowej, są domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (dalej: domy samotnej matki). Według danych GUS aktualnych na 31 grudnia 2018 r., w Polsce funkcjonowały wówczas 63 takie placówki, które udostępniały potrzebującym 1663 miejsca. W domach samotnej matki przebywało wtedy 1061 osób, w tym 572 dzieci, zaś w każdym województwie funkcjonował przynajmniej jeden dom samotnej matki⁶².

Rządowy portal „Za życiem” wskazuje, że na terenie Polski funkcjonuje obecnie 41 domów samotnej matki, przy czym są to jednostki prowadzone przez samorządy lub na ich zlecenie⁶³. Z kolei w wykazie internetowym zawierającym dane z roku 2023 wskazuje się, że pomoc dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży uzyskać można w 69 placówkach, a lista ta obejmuje jednostki prowadzone przez samorządy, podmioty niepubliczne na zlecenie samorządu i podmioty niepubliczne niezależnie od samorządu⁶⁴. Dane GUS wskazują, że w 2018 r. „najwięcej DMD [domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży], było prowadzonych przez Kościół katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe – 27. Organami prowadzącymi były także stowarzyszenia – 19, fundacje – 7, miasta na prawach powiatu – 6, samorząd gminny – 2, samorząd powiatowy i organizacja społeczna – po jednym”⁶⁵.

Aktem prawnym wyznaczającym ramy funkcjonowania domów samotnej matki jest rozporządzenie ministra rodziny i polityki społecznej w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (dalej: rozporządzenie MRiPS), wydane 17 stycznia 2022 r. i obowiązujące od 8 lutego 2022 r.⁶⁶. Zgodnie z §1 rozporządzenie MRiPS określa standard podstawowych usług świadczonych przez domy samotnej matki oraz tryb kierowania i przyjmowania do tych jednostek. Domy samotnej matki zapewniają całonocowy, okresowy pobyt:

62 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Wsparcie dla potrzebujących schronienia matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży*, Nr ewid. 19/2020/P/19/067/LBY, Warszawa 2020, s. 35.

63 Minister Rodziny i Polityki Społecznej, *Baza pomocy - domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://zazyciem.gov.pl/baza-pomocy/typ-jednostki/625> [dostęp: 17.10.2023].

64 *Dom Samotnej Matki - Lista (wykaz) 2023 r.*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://aborcjaforum.pl/lista.html> [dostęp: 17.10.2023].

65 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Wsparcie dla potrzebujących schronienia matek...*, dz. cyt., s. 36.

66 rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (Dz. U. z 2022 r. poz. 150).

- matkom z małoletnimi dziećmi,
- kobietom w ciąży,
- ojcom z małoletnimi dziećmi,
- innym osobom sprawującym opiekę prawną nad małoletnimi dziećmi⁶⁷.

W domu samotnej matki jego mieszkańcy mają zapewnione odpowiednie do potrzeb wsparcie specjalistyczne, którego celem jest przezwycięzenie sytuacji kryzysowej, będącej przyczyną skierowania do ośrodka⁶⁸.

Domy samotnej matki zapewniają przede wszystkim schronienie kobietom w ciąży i matkom z małoletnimi dziećmi.

Warto wspomnieć, że w pierwotnym brzmieniu projekt rozporządzenia MRiPS zakładał, że wsparcie realizowane przez domy samotnej matki nie będzie dostępne dla niepełnoletnich ciężarnych i niepełnoletnich rodziców oraz ich dzieci. Tłumaczono to przeszkodami formalnoprawnymi, ponieważ osobom znajdującym się pod władzą rodzicielską w aktualnym stanie prawnym, nie może przysługiwać władza rodzicielska nad ich własnym potomstwem.

Rozwiązanie to zostało skrytykowane przez Instytut Ordo Iuris, który w analizie projektu wskazał, że takie rozwiązanie skutkuje brakiem udzielenia pomocy osobom małoletnim ubiegającym się o skierowanie do domu samotnej matki, również w sytuacjach kryzysowych, bądź też w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia. Instytut stwierdził również, że zapisy ustawy nie upoważniają do zawężenia kręgu osób uprawnionych do korzystania z usług świadczonych przez domy samotnej matki w sposób wykluczający małoletnie matki i małoletnie kobiety w ciąży, a tym samym rozporządzenie MRiPS było niezgodne z ustawą. Analiza Ordo Iuris stwierdziła przy tym, że „uregulowanie kwestii małoletnich matek z małoletnimi dziećmi i małoletnich kobiet w ciąży wydaje się wciąż niezbędne, wbrew wnioskowi wysuwanemu w Ocenie Skutków Regulacji”⁶⁹. Ograniczenie dotyczące wieku mieszkańców domów samotnej matki ostatecznie nie zostało wprowadzone do obowiązującego aktualnie rozporządzenia MRiPS i dziś nie ma przeszkód prawnych, aby także niepełnoletni rodzice mogli uzyskać pomoc świadczoną przez te placówki.

Dalej w rozporządzeniu MRiPS określono standardy usług świadczonych przez domy samotnej matki, obowiązujące w trzech zakresach: interwencyjnym, terapeutyczno-wspomagającym i w zakresie potrzeb bytowych⁷⁰. W ramach pomocy interwencyjnej domy samotnej matki zapewniają mieszkańcom i ich małoletnim dzieciom schronienie, bezpieczeństwo oraz ochronę przed ewentualną przemocą w rodzinie, a także udzielają pomocy psychologicznej, jeżeli zaistnieje taka potrzeba.

67 § 2 ust. 1 rozporządzenia MRiPS.

68 § 2 ust. 2 rozporządzenia MRiPS.

69 Instytut Ordo Iuris, *Uwagi dot. rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: https://ordoiuris.pl/rodzina-i-malzenstwo/uwagi-dot-rozporzadzenia-ministra-rodziny-i-polityki-spolecznej-w-sprawie#_ftn3 [dostęp: 17.10.2023].

70 § 3 ust. 1 rozporządzenia MRiPS.

W ramach usług terapeutyczno-wspomagających domy samotnej matki udzielają m.in. wsparcia w formie specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego, prawnego, socjalnego), przygotowują do świadomego i odpowiedzialnego wypełniania ról rodzicielskich oraz zapobiegają bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, w szczególności przez udzielanie konsultacji wychowawczych. W zakresie realizacji potrzeb bytowych domy samotnej matki zgodnie z prawem mają zapewnić mieszkańcom z małoletnimi dziećmi oraz kobietom w ciąży całodobowy, okresowy pobyt w odrębnych pokojach.

Rozporządzenie MRiPS określa też standardy bytowe dla domów samotnej matki, na przykład potrzebę zapewnienia miejsc do nauki dla dzieci i standard wyposażenia kuchni. Wskazano również kwalifikacje wymagane od osób świadczących usługi w domach samotnej matki, określając, że osoby te powinny posiadać odpowiednio kwalifikacje zawodowe psychologa, pedagoga, terapeuty, prawnika, pracownika socjalnego⁷¹.

W ramach pomocy terapeutyczno-wspomagającej świadczonej w domach samotnej matki tworzony jest indywidualny plan wsparcia, opracowywany przez pracownika domu wspólnie z osobą potrzebującą pomocy. W planie tym określa się cele, które należy osiągnąć dla przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej oraz działania podejmowane dla osiągnięcia tych celów, opracowywane w oparciu o dokonaną diagnozę sytuacji mieszkańca⁷². Realizacja indywidualnego planu wsparcia jest na bieżąco monitorowana, a poszczególne działania są odnotowywane w dokumentacji, co umożliwia ewentualną weryfikację celów i działań w nim ujętych.

Monitoring, a także koordynacja realizacji indywidualnego planu wsparcia, dokonywane są w porozumieniu z mieszkańcem przez asystenta indywidualnego planu wsparcia, którego wyznacza kierownik domu samotnej matki⁷³. Realizacja indywidualnego planu wsparcia bazuje również na współpracy z domem pomocy społecznej działającym na terenie gminy, w której mieszkaniec domu samotnej matki zamierza zamieszkać po opuszczeniu tej jednostki. Współpraca tych placówek ma na celu w szczególności uzyskanie dostępu do mieszkania lub innego stałego miejsca pobytu po opuszczeniu domu samotnej matki⁷⁴.

W sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, kobiety w ciąży i rodzice z małoletnimi dziećmi przyjmowani są do domów samotnej matki na ich wniosek lub wniosek pracownika domu, bez wydania decyzji administracyjnej. W takim przypadku starosta niezwłocznie wydaje decyzję, w której może orzec o skierowaniu kobiety z dzieckiem do domu samotnej matki⁷⁵. Dzięki temu osoby potrzebujące mogą uzyskać schronienie niezwłocznie, bez konieczności oczekiwania na wydanie decyzji administracyjnej.

W zwykłej procedurze decyzja ta wydawana jest przez starostę na wniosek osoby ubiegającej się o skierowanie do domu samotnej matki. Osoba potrzebująca tego rodzaju wsparcia składa wniosek o skierowanie do domu samotnej matki w lokalnym ośrodku pomocy społecznej, a w przypadku

71 § 3 ust. 2 rozporządzenia MRiPS.

72 § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia MRiPS.

73 § 4 ust. 4 i 5 rozporządzenia MRiPS.

74 § 4 ust. 6 i 7 rozporządzenia MRiPS.

75 § 5 ust. 9 i 10 rozporządzenia MRiPS.

osób bezdomnych – w ośrodku położonym w gminie, w której przebywa⁷⁶. Przed wydaniem decyzji o skierowaniu do domu samotnej matki organ rozważa zasadność takiego postępowania analizując zgromadzony materiał dowodowy, którego dostarczeniem powinna być zainteresowana strona postępowania. Niezbędnymi dokumentami do wydania decyzji są:

- wniosek o skierowanie do domu samotnej matki,
- rodzinny wywiad środowiskowy,
- zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do umieszczenia w domu samotnej matki,
- skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub książeczka zdrowia dziecka,
- orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności, jeżeli zostało wydane w stosunku do którejkolwiek z osób ubiegających się o pobyt w domu samotnej matki,
- opinia ośrodka, w którym złożono wniosek o skierowanie do domu wraz z uzasadnieniem⁷⁷.

W przypadku braku miejsca w domu samotnej matki w powiecie, w którym kobieta przebywa, ośrodek, do którego złożono wniosek o skierowanie, w porozumieniu z osobą ubiegającą się o wsparcie, poszukuje miejsca w domu w innym powiecie⁷⁸.

Decyzja administracyjna o skierowaniu do domu samotnej matki może być wydana na czas określony, nie dłuższy niż 12 miesięcy⁷⁹. Istnieje jednak możliwość przedłużenia pobytu w domu samotnej matki w uzasadnionych przypadkach o okres nie dłuższy niż kolejne 6 miesięcy. Rozstrzygnięcie w tej kwestii wydaje starosta na uzasadniony wniosek mieszkańca po analizie opinii uzyskanej od kierownika domu samotnej matki⁸⁰.

W trakcie przyjęcia do domu samotnej matki przeprowadzana jest rozmowa z pracownikiem, podczas której ustala się aktualną sytuację osoby potrzebującej wsparcia. Osobie skierowanej do domu przekazuje się wówczas także informacje dotyczące funkcjonowania tej placówki, m.in. zakresu usług świadczonych przez dom samotnej matki, okresu pobytu w domu, a także praw i obowiązków, które jej dotyczą⁸¹.

Kwestię ponoszenia opłat za pobyt w domach samotnej matki reguluje art. 97 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej⁸². Co do zasady pobyt w ośrodkach wsparcia i mieszkaniach chronionych, a zatem również w domach samotnej matki, jest odpłatny. W ust. 1 przywołanego artykułu

76 § 5 ust. 4 rozporządzenia MRiPS.

77 § 5 ust. 5 rozporządzenia MRiPS.

78 § 5 ust. 8 rozporządzenia MRiPS.

79 § 5 ust. 2 rozporządzenia MRiPS.

80 § 6 ust. 1 rozporządzenia MRiPS.

81 § 5 ust. 11i 12 rozporządzenia MRiPS.

82 Dz. U. z 2023 r., poz. 901.

przewidziano jednak, że osoby skierowane do takiej placówki nie ponoszą opłat, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kryterium dochodowego.

W myśl art. 8 ust. 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej wynosi 776 zł, a kryterium dochodowe na osobę w rodzinie wynosi 600 zł. W przypadku przekroczenia kryterium dochodowego opłatę za pobyt w domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży ustala podmiot prowadzący lub organ zlecający – jeżeli dom prowadzony jest w ramach wykonywanego zlecenia. Przy ustaleniu wysokości opłaty uwzględnia się zakres usług świadczonych przez daną jednostkę, obowiązki mieszkańca oraz warunki pobytu.

Ustalając tę opłatę uwzględnia się również sytuację osobistą zainteresowanej osoby, stąd wysokość opłaty nie musi być równa kosztowi utrzymania ponoszonemu przez dom samotnej matki. W takim wypadku różnicę między rzeczywistym kosztem utrzymania, a kwotą pozostałą po zapłacie ustalonej sumy dla mieszkańca domu, pokrywa gmina, w której mieszka beneficjent świadczeń⁸³. Gdy osoba przebywająca w domu samotnej matki nie jest w stanie płacić za swój pobyt w placówce, gmina powinna pokryć całość opłaty⁸⁴.

Warto zwrócić uwagę na okoliczność, że rozporządzenie MRiPS milczy na temat żywienia, jakie powinno być zapewnione przez domy samotnych matek dla ich mieszkańców. Nie porusza kwestii obowiązku zapewnienia ciepłych posiłków, czy też odpowiedniej kaloryczności dostępnych posiłków, co z punktu widzenia kobiety ciężarnej, jak i kobiety w połogu, czy karmiącej piersią, ma istotne znaczenie dla prawidłowego rozwoju nowonarodzonego dziecka i powrotu do sił po porodzie.

Brak regulacji prawnych w materii rozporządzenia MRiPS wiąże się z brakiem przekazywanych środków publicznych na ten cel, wobec czego domy samotnej matki muszą organizować posiłki we własnym zakresie, gospodarując ogólną pulą przyznanych im środków. Zasadne wydaje się zatem przeprowadzenie kontroli wydawania przez domy samotnej matki środków przeznaczanych na wyżywienie, aby stwierdzić, czy posiadane przez nie środki są odpowiednie w stosunku do potrzeb. Jeśli środki te są zbyt niskie, za konieczne należy uznać wprowadzenie rozwiązań, które zwiększyłyby finansowanie tych placówek.

2. Domy samotnej matki prowadzone przez podmioty prywatne

Drugą grupę ośrodków świadczących pomoc dla kobiet w ciąży, które znajdują się w trudnej sytuacji życiowej, stanowią jednostki prowadzone przez podmioty prywatne. Przykładem tego rodzaju placówki jest prowadzony przez Fundację Małych Stópek z siedzibą w Szczecinie „Dom Małych Stópek”. Fundacja oferuje pomoc kobietom w ciąży, które zostały porzucone przez najbliższych, w tym przez ojca dziecka, i z różnych powodów rozważają aborcję. Jak wskazuje organizacja, kobiety te znajdują się nie tylko w trudnej sytuacji materialnej, ale również w słabej kondycji psychicznej, dlatego wymagają one wielowymiarowego wsparcia. Pomoc oferowana przez Fundację nie kończy

83 W. Maciejko [w:] P. Zaborniak, W. Maciejko, *Ustawa o pomocy społecznej. Komentarz*, wyd. IV, Warszawa 2013, art. 97, uwaga 1.

84 I. Sierpowska [w:] *Pomoc społeczna. Komentarz*, wyd. VI, Warszawa 2023, art. 97.

się wraz z urodzeniem dziecka, lecz jest kontynuowana tak długo, jak jest potrzebna, co jest możliwe dzięki regularnym wpłatom darczyńców⁸⁵.

„Dom Małych Stópek” znajduje się w Syrkowicach w pobliżu Kołobrzegu. Miejsce to w zostało wyremontowane i przystosowane do użytku przez pracowników Fundacji i wolontariuszy, dzięki pieniądzom przekazanych przez darczyńców. Czas pobytu kobiet w placówce, podobnie jak w domach samotnej matki finansowanych ze środków publicznych, jest ograniczony, co ma na celu mobilizację do uporządkowania swoich spraw i uzyskania samodzielności.

„Dom Małych Stópek” ma własne wewnętrzne zasady, które decydują o udzieleniu pomocy konkretnym kobietom w ciąży lub matkom z dziećmi. Dzięki temu możliwe jest objęcie darmowym schronieniem osób, które nie kwalifikowałyby się do bezpłatnej pomocy ze względu na osiągnięty przez rodzinę dochód. Jak wskazuje ks. Tomasz Kancelarczyk z Fundacji Małych Stópek: dom „daje miejsce zamieszkania, ciepło, jedzenie, schronienie, poczucie bezpieczeństwa. Szansę na złapanie oddechu”⁸⁶.

3. Informacja o wynikach kontroli NIK obejmującej wsparcie dla potrzebujących schronienia matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży

Najwyższa Izba Kontroli w 2020 roku opublikowała wyniki kontroli działalności jednostek pomocy społecznej w latach 2016-2019, wykonanej w celu zbadania prawidłowości realizacji zadań powiatów, jakimi jest prowadzenie ośrodka wsparcia przeznaczonego dla potrzebujących schronienia matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży⁸⁷. Analiza ta miała udzielić odpowiedzi na pytanie, czy działania samorządu zapewniły odpowiednie wsparcie potrzebującym schronienia matkom z małoletnimi dziećmi oraz kobietom w ciąży⁸⁸.

Wyniki przeprowadzonej kontroli ujawniły nieprawidłowości w funkcjonowaniu tego rodzaju placówek, co wraz z postulatami osób kierujących domami samotnej matki, stanowiło asumpt do przyjęcia obowiązującego obecnie rozporządzenia MPiPS, zastępującego poprzednie rozporządzenie z 2005 r.⁸⁹. Jakkolwiek kontrola NIK prowadzona była na podstawie nieobowiązujących już dzisiaj przepisów, to dostrzeżone podczas jej prowadzenia problemy wciąż pozostają aktualne, dlatego niektóre z nich zostaną omówione poniżej.

Podczas kontroli NIK przeprowadzono badanie społeczne w zakresie oceny satysfakcji podopiecznych domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży oraz placówek niepublicznych udzielających schronienia i wsparcia dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Badanie wykorzystano metodę wywiadów bezpośrednich przeprowadzonych w 32 ośrodkach (15 publicznych, czyli prowadzonych przez samorządy lub na ich zlecenie, i 17 niepublicznych, działających niezależnie

85 Fundacja Małych Stópek, *Pomoc*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://fundacjamalychstopek.pl/pomoc/> [dostęp: 18.10.2023].

86 K. Pawłowska, *Dom Małych Stópek*, *Gość.pl* koszalińsko-kołobrzeski, nr 41/2023, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://koszalin.gosc.pl/doc/8058804.Dom-Malych-Stopek> [dostęp: 18.10.2023].

87 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Wsparcie dla potrzebujących schronienia matek...*, dz. cyt., s. 7.

88 Tamże, s. 6.

89 rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (Dz. U. z 2005 r. poz. 418).

od samorządu). Odpowiedzi udzieliło 205 respondentów (w tym 123 z placówek publicznych i 82 z placówek niepublicznych)⁹⁰.

Z badań wynika, że z pomocy domów samotnej matki korzystają najczęściej kobiety z wykształceniem podstawowym, z których ponad połowa posiada źródło utrzymania, przy czym ich dochody przeważnie są niższe niż 1800 zł miesięcznie. Kobiety te w większości pochodzą z rodzin korzystających z pomocy opieki społecznej, co pozwala stwierdzić, że trudności życiowe są problemem, który można określić jako „dziedziczny”.

Kobiety korzystające z domów samotnej matki zwykle posiadają jedno lub dwoje dzieci w wieku 3 lat lub młodsze. Najczęstszym powodem korzystania z pomocy placówki udzielającej schronienia jest utrata miejsca zamieszkania, potrzeba zapewnienia bezpieczeństwa dzieciom oraz przemoc domowa⁹¹. Mieszkancki domów samotnej matki udzieliły także odpowiedzi na pytanie, jakiego rodzaju wsparcie oferowane przez placówkę, w której przebywają, jest dla nich najważniejsze. Zdecydowana większość - 75% badanych wskazała, że jest to „schronienie, dach nad głową”. Dla 13% badanych najważniejsze było „odizolowanie od sprawcy przemocy”, a dla 9% najistotniejsze na moment przeprowadzania badania było „wsparcie psychologa, terapeuty”⁹².

Na pytanie o to, czy uzyskanie schronienia w domu samotnej matki było skomplikowane, 10 proc. matek odpowiedziało, że procedury te sprawiły im trudność. Zdecydowana większość, łącznie 82% ankieterowanych, określiła procedurę umieszczania w placówce jako łatwą lub raczej łatwą⁹³. \$\$\$

Po przeprowadzeniu kontroli, NIK sformułowała następujące wnioski, kierowane do starostów i prezydentów miast na prawach powiatu:

1. „zabezpieczenie miejsc schronienia w DMD [domach samotnej matki – przyp. OI] dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży z terenu powiatu,
2. zapewnienie w BIP dostępu do informacji na temat możliwości i sposobu uzyskania schronienia oraz wsparcia w DMD,
3. zapewnienie przez jops [jednostki organizacyjne pomocy społecznej] kierujące matki z małoletnimi dziećmi i kobiety w ciąży do DMD, standardu usług na poziomie określonym w rozporządzeniu w sprawie DMD”⁹⁴.

Pierwszy ze sformułowanych postulatów wynikał z faktu, że jedynie 6 z 21 powiatowych jednostek pomocy społecznej, w których przeprowadzono kontrolę, prowadziło domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, bądź też zlecało ich prowadzenie podmiotom niepublicznym. Zatem 15 powiatowych jednostek pomocy społecznej nie zabezpieczyło realizacji zadania określonego w art. 19 pkt 11 ustawy o pomocy społecznej, jakim jest prowadzenie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

90 Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli. Wsparcie dla potrzebujących schronienia matek..., dz. cyt., s. 81.

91 Tamże, s. 6-7.

92 Tamże, s. 22.

93 Tamże, s. 39.

94 Tamże, s. 16.

Przy tym w powiatach, w których działały domy samotnej matki, było za mało dostępnych miejsc w stosunku do potrzeb. W jednej jednostce organizacyjnej pomocy społecznej odmówiono przyznania pomocy 12 osobom, 14 osób zostało wpisanych na listę oczekujących, a 2 zostały odesłane do placówek niepublicznych, prowadzonych niezależnie od samorządu⁹⁵. Z raportu NIK wynika, że 14 z 15 powiatowych jops, które nie zapewniały całonocnego pobytu w DMD, oferowały zastępcze miejsca dające schronienie potrzebującym kobietom w schroniskach dla bezdomnych kobiet i matek z dziećmi, hostelach działających przy ośrodkach interwencji kryzysowej, w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie oraz w mieszkaniach chronionych.

Niektóre powiaty tłumaczyły brak domów samotnej matki możliwością skorzystania przez potrzebujące osoby z wyżej wymienionych miejsc. W ocenie NIK nie stanowiło to realizacji zadania wynikającego z art. 19 pkt 11 ustawy o pomocy społecznej, albowiem miejsca zastępcze nie spełniały standardów określonych dla domów samotnej matki w stosownym rozporządzeniu⁹⁶. Przy tym jedynie 4 z 15 powiatowych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej zgłosiły starostom lub prezydentom miast potrzebę utworzenia domów samotnej matki lub zlecenia innym podmiotom prowadzenia takiego ośrodka⁹⁷.

W trakcie przeprowadzonej kontroli NIK stwierdził problem z dostępnością informacji o podmiotach i placówkach udzielających schronienia. Przeprowadzone badania społeczne wykazały, że głównym źródłem informacji o możliwości uzyskania wsparcia świadczonego przez domy samotnej matki są pracownicy socjalni, na których powoływało się 40% ankietowanych. O tej formie pomocy osoby potrzebujące schronienia dowiadywały się również od rodziny, przyjaciół i znajomych – tak było w przypadku 28% respondentów. Internet stanowił źródło informacji dla 19% zapytanych osób. Taka sama ich liczba (19%) powoływała się także na inne źródła⁹⁸.

Niepubliczne domy samotnej matki, prowadzone niezależnie od samorządu, były lepiej ocenione przez podopiecznych niż domy prowadzone przez samorząd lub na jego zlecenie.

Kontrola NIK wykazała, że samorządy nie mają dostępu do wiarygodnych informacji o domach samotnej matki funkcjonujących na terenie Polski, w tym również w ich najbliższym otoczeniu. Między danymi Głównego Urzędu Statystycznego oraz danymi Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej istnieją rozbieżności na temat liczby domów samotnej matki, liczby dostępnych miejsc oraz liczby osób korzystających z tej formy wsparcia. Wynika to z faktu, że dane GUS obejmują zarówno domy samotnej matki prowadzone przez samorządy i na ich zlecenie, jak i domy samotnej matki prowadzone przez podmioty z sektora prywatnego, podczas gdy dane MRPiPS obejmują tylko placówki prowadzone przez samorząd i na jego zlecenie⁹⁹.

W dokumencie NIK wskazano, że niewystarczający dostęp do wiarygodnych informacji na temat placówek świadczących pomoc dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży wynika z faktu, iż nie jest prowadzony rejestr domów samotnej matki oraz innych placówek tego typu, udzielających

95 Tamże, s. 9.

96 Tamże, s. 27.

97 Tamże, s. 25.

98 Tamże, s. 35.

99 Tamże.

schronienia niezależnie od samorządu. Na potrzebę utworzenia takiego rejestru wskazywało 63% zapytanych wojewodów, którzy stwierdzili, że prowadzenie i publikowanie spisu pomogłoby w ustaleniu jednostek dających schronienie kobietom w ciąży i matkom z małoletnimi dziećmi. Ułatwiłoby to również dostęp i możliwość skorzystania z pomocy domów samotnej matki osobom potrzebującym tego rodzaju wsparcia¹⁰⁰. Przepisy ustawy o pomocy społecznej, jak i rozporządzenia MRiPS nie przewidują jednak obowiązku prowadzenia takiego rejestru.

NIK wykazał również ograniczony dostęp do informacji o domach samotnej matki, publikowanych w Biuletynie Informacji Publicznej. Informacje o dostępności schronienia dla kobiet w ciąży i matek z małoletnimi dziećmi nie były udostępniane aż przez 27 z 32 skontrolowanych powiatowych i gminnych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, czyli aż przez 84%¹⁰¹. Aktualnie baza domów samotnej matki znajduje się na rządowej stronie internetowej programu „Za życiem”, która umożliwia wyszukiwanie najbliższego ośrodka¹⁰². Dostęp do informacji uległ zatem poprawie, choć wciąż odpowiednie komunikaty nie są publikowane na stronach internetowych Biuletynu Informacji Publicznych. Niektóre jednostki wciąż bowiem nie zastosowały się do rekomendacji NIK w tym zakresie.

Kontrola przeprowadzona przez NIK wykazała, że większość z kontrolowanych domów samotnej matki nie spełniała standardów wynikających z obowiązującego wówczas rozporządzenia. W jednym z domów nie zapewniono nawet odizolowania osób poszukujących schronienia od sprawców przemocy¹⁰³. Ustalono, że 6 domów samotnej matki nie posiadało osobnych pomieszczeń do spania dla mieszkanki z dziećmi, osobnych pokoi dla kobiet w ciąży, wymaganej liczby łazienek, dodatkowego pomieszczenia do przyrządzania i spożywania posiłków oraz pomieszczenia do prania i suszenia odzieży¹⁰⁴. NIK stwierdził również, że część domów samotnej matki nie opracowywała programów zmierzających do usamodzielnienia mieszkańców i przewyciężenia ich trudnej sytuacji życiowej. Z oceny kontrolerów Izby wynika, że większość problemów wynika z braku nadzoru albo z niewystarczającego nadzoru powiatowych jednostek pomocy społecznej nad domami samotnej matki¹⁰⁵.

Co ciekawe, niepubliczne domy samotnej matki, prowadzone niezależnie od samorządu, były lepiej ocenione przez ich podopiecznych, jeśli chodzi o warunki i udzielaną pomoc, niż domy prowadzone przez samorząd lub na jego zlecenie, które podlegają nadzorowi wojewody na mocy art. 22 pkt. 8 ustawy o pomocy społecznej¹⁰⁶. Wydaje się zatem, że niepubliczne domy samotnej matki, mimo braku sprawowania nad nimi nadzoru, co do zasady są prowadzone lepiej niż placówki publiczne. Nie ma zatem podstaw, by przypuszczać, że wprowadzenie wymogu uzyskania zezwolenia i nadzoru wojewody nad tymi jednostkami poprawiłoby jakość świadczonych tam usług. Zaś wprowadzenie tego typu rozwiązań mogłoby stworzyć niepotrzebną przeszkodę do powstawania i prowadzenia niepublicznych domów samotnej matki, które obecnie skutecznie oferują pomoc potrzebującym.

Po opublikowaniu informacji z kontroli NIK, w 2022 r. zostało wydane nowe rozporządzenie dotyczące domów samotnej matki, omówione powyżej. Dokument nie przewiduje obowiązku prowadzenia

100 Tamże, s. 38.

101 Tamże.

102 Minister Rodziny i Polityki Społecznej, *Baza pomocy...*, dz. cyt.

103 Tamże, s. 11.

104 Tamże.

105 Tamże.

106 Tamże, s. 57, s. 66, s. 68.

listy domów samotnej matki, jak również nowych rozwiązań w zakresie nadzoru, które dotyczyłyby przestrzegania standardów w domach samotnej matki prowadzonych przez podmioty prywatne. Nowe rozporządzenie MRiPS po części porządkuje, a po części wprowadza nowe standardy - w pewnych aspektach są one podniesione w stosunku do tych zawartych w rozporządzeniu z 2005 r. Nadzór nad zgodnością usług świadczonych przez publiczne domy samotnej matki z wyznaczonymi standardami, tak jak dotychczas należy do zadań wojewody. Niemniej przestrzeganie nowych standardów może zostać zweryfikowane dopiero po przeprowadzeniu ponownej kontroli jednostek udzielających schronienia kobietom w ciąży i matkom z małoletnimi dziećmi.

4. Wnioski i postulaty

Przeprowadzona kontrola NIK zakończona w styczniu 2020 r. oraz analiza nowego rozporządzenia MRiPS w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży pozwoliły wykazać problemy w udzielaniu odpowiedniej pomocy tej grupie osób znajdujących się trudnej sytuacji życiowej. Do najistotniejszych należy zaliczyć niezapewnienie całodobowego, okresowego pobytu w domach samotnej matki w części powiatów, trudności w dostępie do informacji o pomocy udzielanej przez domy samotnej matki, a także nieprzestrzeganie części wymagań zawartych w obowiązującym wówczas rozporządzeniu z 2005 r., zwłaszcza w zakresie standardów bytowych.

Biorąc po uwagę wymienione powyżej problemy, a także fakt, że brak jest danych NIK o standardzie działalności domów samotnej matki po styczniu 2020 r., w celu urealnienia pomocy dla kobiet jaką oferują domy samotnej matki, sformułować można następujące propozycje:

1. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej powinno we współpracy z samorządami powiatowymi i kierownikami domów samotnej matki wypracować rozwiązania, które zapewnią dostępność miejsc w domach samotnej matki przy jednoczesnym zachowaniu odpowiednich standardów. W tym celu należy rozważyć:
 - zwiększenie finansowania domów, a równocześnie skuteczny nadzór nad wykorzystaniem funduszy,
 - wprowadzenie prawnej możliwości finansowania ze środków publicznych pobytu matek w niepublicznych domach prowadzonych niezależnie od samorządu w sytuacji, gdy brakuje miejsc w domach prowadzonych przez samorządy lub na ich zlecenie.
2. Starostowie i prezydenci miast na prawach powiatu powinni zapewnić dostęp do informacji na temat możliwości uzyskania wsparcia w domu samotnej matki na stronach internetowych powiatów lub stronie Biuletynu Informacji Publicznej, tak aby informacje o takim wsparciu były łatwe do odnalezienia.
3. W celu sprawdzenia przestrzegania standardów organizacyjnych wynikających z rozporządzenia MRiPS w domach samotnej matki, zasadne wydaje się przeprowadzenie kontroli, która wykazałaby, czy wprowadzone zmiany prawne niosą za sobą realną poprawę jakości usług.

4. Ordo Iuris przedstawił projekt ustawy, która odpowiada na problemy związane z pobytem małoletnich matek w domach samotnej matki. Proponowane rozwiązania dotychczas nie zostały uwzględnione, a problem małoletnich rodziców pozostaje nierozwiązany. Postulowane zmiany w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej powinny zostać wniesione pod obrady Sejmu.

Ośrodki adopcyjne

Kobieta, która nie chce lub nie może podjąć się opieki nad dzieckiem, może oddać je do adopcji. Kroki zmierzające do tego celu matka może poczynić jeszcze przed urodzeniem dziecka, zaraz po porodzie, jak również w czasie późniejszym. Poniżej zostaną przybliżone możliwe drogi postępowania mającego na celu umieszczenie dziecka w rodzinie adopcyjnej, jak i zagadnienia prawne z tym związane.

1. Pozostawienie noworodka w szpitalu

Kobieta ma zagwarantowaną w odpowiednich przepisach możliwość pozostawienia dziecka w szpitalu po porodzie. Powinna w tym celu poinformować o swoim zamiarze personel medyczny w chwili zgłoszenia się do szpitala. Podczas pobytu w szpitalu otrzyma wzór oświadczenia „O pozostawieniu dziecka w szpitalu”. Istotne jest, aby dokument ten wypełnić rzetelnie, zgodnymi z prawdą informacjami, albowiem wpisanie nieprawdziwych danych lub zaniechanie złożenia stosownego oświadczenia skutkować będzie koniecznością powiadomienia policji o pozostawieniu dziecka w szpitalu, która rozpocznie postępowanie w sprawie porzucenia noworodka. Następnie o narodzinach dziecka pozostawionego przez matkę szpital powiadamia ośrodek adopcyjny oraz urząd stanu cywilnego¹⁰⁷.

Kolejnym działaniem, które powinna podjąć matka decydująca się na pozostawienie w szpitalu nowonarodzonego dziecka, jest uzyskanie aktu urodzenia w urzędzie stanu cywilnego. Jeżeli kobieta tego nie uczyni, akt urodzenia dziecka zostanie sporządzony z urzędu¹⁰⁸. Rejestracji urodzenia dziecka w urzędzie stanu cywilnego można dokonać przez internet. Szczegółowa instrukcja postępowania w sprawie zgłoszenia urodzenia dziecka w urzędzie stanu cywilnego i uzyskania aktu urodzenia dziecka znajduje się na stronie internetowej serwisu rządowego pod adresem: <https://www.gov.pl/web/gov/zglos-urodzenie-dziecka>.

Zgłoszenie urodzenia dziecka w urzędzie stanu cywilnego powinno być dokonane w ciągu 21 dni od przekazania do USC przez szpital karty urodzenia sporządzanej po urodzeniu się żywego dziecka. Uzyskanie aktu urodzenia dziecka jest bezpłatne¹⁰⁹. Kobieta niezamężna nie musi podawać w urzędzie stanu cywilnego danych ojca dziecka, zwłaszcza w sytuacji, gdy mężczyzna nie wspiera jej w trosce o wychowanie potomstwa, a ona jest zdecydowana oddać noworodka do adopcji. W sytuacji, gdy kobieta jest zamężna domniemuje się, że dziecko pochodzi z małżeństwa i w dalszej procedurze adopcyjnej konieczne będzie uczestnictwo ojca dziecka¹¹⁰.

107 Niechciana ciąża, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://aborcjaforum.pl/pozostaw-w-szpitalu.html> [dostęp: 21.10.2023].

108 Powierzenie opieki nad dzieckiem innej rodzinie, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <http://mamaniejestsama.pl/niepelnoletnia-mama/adopcja/> [dostęp: 21.10.2023r.].

109 Zgłoś urodzenie dziecka, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://www.gov.pl/web/gov/zglos-urodzenie-dziecka>, [dostęp: 21.10.2023r.].

110 Zob. art. 62 k.r.o..

Po uzyskaniu aktu urodzenia dziecka kobieta, która chce oddać dziecko do adopcji, powinna stawić się w wydziale rodzinnym sądu rejonowego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania, w którym złoży wniosek w sprawie zrzeczenia się władzy rodzicielskiej. W sądzie dostępne są kwestionariusze takiego wniosku, który można wypełnić na miejscu. Opłata od wniosku o pozbawienie władzy rodzicielskiej wynosi 100 zł¹¹¹, jednakże możliwe jest zwolnienie od kosztów sądowych po złożeniu odpowiedniego wniosku wraz z oświadczeniem o stanie rodzinnym, majątku i dochodach, którego druk również dostępny jest w sądzie.

Następnie matka dziecka powinna stawić się na wezwanie sądu opiekuńczego w terminie wskazanym przez sąd i zrzec się praw rodzicielskich. Zgoda na adopcję nie może być wyrażona wcześniej, niż po upływie 6 tygodni od dnia urodzenia dziecka¹¹². Jeżeli dziecko pochodzi z małżeństwa, lub też zostało ono uznane przez ojca, konieczne jest złożenie oświadczenia przez oboje rodziców.

W przypadku, gdy kobieta po upływie 6 tygodni od urodzenia się dziecka nie stawi się w sądzie opiekuńczym i całkowicie zerwie kontakt z dzieckiem, sąd pozbawi ją praw rodzicielskich, a dziecko trafi do adopcji¹¹³. To rozwiązanie wygodne dla matki w niektórych przypadkach, ale nie dla dziecka – bo wydłuży procedurę przysposobienia noworodka przez rodziców adopcyjnych, który dłużej pozostanie bez opieki osób, które go wyczekują.

Opisując procedurę adopcyjną dziecka pozostawionego w szpitalu warto pochylić się nad praktycznymi problemami, które mogą pojawić się na drodze dziecka do rodziny adopcyjnej. O pozostawieniu dziecka informowane są Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie bądź inne jednostki pomocy społecznej. Podmioty te przekazują informację o pozostawieniu dziecka w szpitalu do ośrodka adopcyjnego, ale również mogą zwrócić się do sądu rodzinnego o wyznaczenie opiekuna prawnego dla dziecka. Sąd jako opiekuna wyznacza najczęściej pracownika socjalnego jednostki pomocy społecznej. To on ma prawo wyrażenia zgody na przeprowadzenie badań dziecka, co nierzadko wymaga interwencji medycznej.

W przypadku braku opiekuna prawnego wyznaczonego dla dziecka, zgody na udzielenie potrzebnego leczenia może udzielić sąd opiekuńczy. W praktyce jednak o wiele korzystniejsze dla dziecka jest ustanowienie dla niego opiekuna, bo po pozostawieniu dziecka w szpitalu często matka zrywa kontakt z dzieckiem i instytucjami, którym został powierzony noworodek, a taka sytuacja może zagrażać jego życiu i zdrowiu, gdy trzeba czekać na wydanie przez sąd zgody na leczenie dziecka.

Jest to zagadnienie szczególnie istotne, gdyż znaczna część noworodków pozostawionych w szpitalu obciążonych jest różnorodnymi schorzeniami, w tym FAS (*Fetal Alcohol Syndrome* - płodowy zespół alkoholowy), które wymagają szybkiego rozpoczęcia leczenia. Z danych publikowanych przez Interwencyjny Ośrodek Preadopcyjny w Otwocku, do którego przyjmowane są dzieci do 12 miesiąca życia, wynika, że większość dzieci ma problemy zdrowotne i rozwojowe: **30% dzieci** wymaga intensywnej opieki medycznej, leczenia specjalistycznego lub rehabilitacji; **97% dzieci** przyjmuje preparaty krwiotwórcze¹¹⁴.

111 Art. 23 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Dz. U. z 2023 r., poz. 1144.

112 Art. 1192 k.r.i.o.

113 *Powierzenie opieki nad dzieckiem innej rodzinie*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <http://mamaniejestsama.pl/niepelnoletnia-mama/adopcja/> [dostęp: 19.10.2023].

114 *Interwencyjny Ośrodek Preadopcyjny, Jakie dzieci przyjmujemy*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://adopcja.org.pl/iop/> [dostęp: 22.10.2023].

Opiekun prawny, jeśli zaangażuje się w sprawę, może również starać się o nawiązanie kontaktu z matką i pomóc jej w skutecznym zrzeczeniu się praw rodzicielskich przed sądem. Działania, jakie może podejmować opiekun dziecka pozostawionego w szpitalu, nie są jednak sprecyzowane, nie ma wytycznych, które mobilizowałyby go do działania w interesie dziecka, dlatego praktyka w tym zakresie bywa różna.

Procedura adopcji dziecka może się komplikować zwłaszcza w przypadku, gdy kobieta po pozostawieniu niemowlęcia w szpitalu nie dopełnia kwestii formalnych przed sądem opiekuńczym w celu zakończenia powziętej decyzji o oddaniu dziecka do adopcji.

Bywa, że kobiety po pozostawieniu dziecka w szpitalu ostatecznie decydują, że podejmą się opieki nad nim, wobec czego nie dokonują przed sądem potwierdzenia zrzeczenia się opieki nad dzieckiem. Nie zawsze jednak odbierają wówczas dziecko z ośrodka preadopcyjnego, czy rodziny zastępczej, w której noworodek przebywa w oczekiwaniu na adopcyjnych rodziców. Niekiedy kontaktują się z dzieckiem sporadycznie, odwiedzają je raz na kilka miesięcy. W takich sytuacjach sądy rodzinne nie mogą orzec o pozbawieniu matki władzy rodzicielskiej nad dzieckiem, otrzymuje ona szansę na uporządkowanie swoich spraw i podjęcie faktycznej opieki nad dzieckiem w dogodnej dla siebie sytuacji.

Sytuacje takie powodują, że dziecko trwa niejako w zawieszeniu, nie otrzymuje koniecznej mu opieki od biologicznych rodziców, jak i nie może być przekazane do adopcji. Skutkuje to wydłużeniem procedury sądowej związanej z pozbawieniem praw rodzicielskich, do których w wielu przypadkach w końcu i tak dochodzi, lecz wówczas dziecko pozostaje w pieczy zastępczej przez kilka miesięcy, a nawet kilka lat. Dopiero po tym etapie może trafić do rodziny adopcyjnej.

Wydłużająca się procedura pozbawienia praw rodzicielskich matki, która nie chce lub nie może podjąć się stałej opieki nad swoim dzieckiem silnie oddziałuje na sytuację dziecka, gdyż jego szanse na adopcję spadają - w praktyce bowiem liczba adoptowanych dzieci po ukończeniu 2 roku życia jest znacznie niższa w porównaniu z liczbą dzieci adoptowanych wcześniej¹¹⁵.

Wydaje się, że postępowanie przed sądem w takich przypadkach mogłoby zostać usprawnione poprzez wzmocnienie znaczenia opinii ośrodka rozstrzygającego opiekę nad dzieckiem. Pracownicy jednostek zajmujących się pomocą rodzinie, jak i osoby bezpośrednio sprawujące opiekę nad dzieckiem w ośrodku preadopcyjnym, czy w rodzinie zastępczej, mają wiedzę na temat rzeczywistego zaangażowania matki w sprawy dziecka. Uwzględnienie przez sąd takiej opinii pozwalałoby ustalić sytuację dziecka i jego matki, zwłaszcza w gdy chodzi o przejęcie opieki nad dzieckiem.

Wskazać należy, że zgodnie z art. 109 § 4 k.r.o.¹¹⁶ w przypadku umieszczenia małoletniego w pieczy zastępczej, właściwa jednostka organizacyjna wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, udziela rodzinie małoletniego odpowiedniej pomocy i składa sądowi opiekuńczemu regularne sprawozdania dotyczące sytuacji rodziny i udzielanej pomocy, w tym prowadzonej pracy z rodziną, a także współpracuje z kuratorem sądowym. Niemniej praktyka pokazuje, że sprawozdania te zazwyczaj nie prezentują rzeczywistej sytuacji dziecka, wobec którego matki prowadzone jest postępowanie o pozbawienie władzy rodzicielskiej. Być może problemem jest zbyt rzadkie przygotowywanie

115 Informacje uzyskane podczas rozmowy telefonicznej przeprowadzonej 22.10.2023 r. z panem Wojciechem Pytlem – Prezesem Zarządu Fundacji Rodzin Adopcyjnych z siedzibą w Warszawie.

116 Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1359).

i przekazywanie do sądu takich sprawozdań, czy też brak wnikliwej analizy sytuacji dziecka, bądź też ogólny brak zrozumienia wagi takiego raportu.

Być może w rozwiązaniu problemu niepotrzebnego przedłużania procedury „uwolnienia prawnego” dziecka pozostawionego po urodzeniu pomocą mogą praktyczne szkolenia dla sędziów orzekających w wydziałach rodzinnych. Szkolenia takie, w miarę swoich możliwości, organizuje m.in. warszawska Fundacja Rodzin Adopcyjnych¹¹⁷. Należy też się zastanowić nad możliwością wprowadzenia praktyki ustanawiania przez sąd opiekuńczy kuratora dla dziecka, którego matka wycofała się z procedury zrzeczenia się władzy rodzicielskiej, którym byłby profesjonalny pełnomocnik stojący na straży praw dziecka i podejmowałby odpowiednie działania prawne. Jak wskazuje Wojciech Pytel – Prezes Zarządu Fundacji Rodzin Adopcyjnych – w praktyce zdarzają się przypadki, kiedy po początkowym pozostawieniu dziecka w szpitalu matka podejmuje się opieki nad dzieckiem, ale po pewnym czasie po interwencji policji i jednostek opieki społecznej trafia ono do ośrodka preadopcyjnego i do pieczy zastępczej. W takich sytuacjach sąd opiekuńczy prowadzi postępowanie w sprawie pozbawienia matki władzy rodzicielskiej nad dzieckiem, jednak czas trwania tej procedury i pozostawanie w tym okresie dziecka w pieczy zastępczej wywiera na nie niekorzystny wpływ¹¹⁸. Należy więc podjąć działania mające na celu lepsze zabezpieczenie interesów dziecka, nad którym matka (rodzice) nie chce lub nie może podjąć się opieki.

Najlepszym rozwiązaniem dla matki i spodziewanego dziecka jest nawiązanie kontaktu z ośrodkiem adopcyjnym, którego pracownicy mogą zaoferować kompleksowe wsparcie.

2. Oddanie dziecka do adopcji

Rozwiązaniem, z którego może skorzystać kobieta nie chcąca lub nie mogąca podjąć się opieki nad spodziewanym dzieckiem jest kontakt z ośrodkiem adopcyjnym, który kobieta może nawiązać jeszcze będąc w ciąży. Zgłoszenie się do ośrodka adopcyjnego kobiety ciężarnej nie oznacza automatycznie, że dziecko zostanie przekazane do adopcji. Pracownicy ośrodka adopcyjnego oferują wsparcie w zakresie analizy sytuacji życiowej kobiety, doradztwo, ukazanie możliwych rozwiązań, w tym procedury adopcyjnej oraz informacji o jej przebiegu i konsekwencjach. Matka zgłaszająca się do ośrodka adopcyjnego, może liczyć na wsparcie pracowników takiej jednostki w czasie procedur związanych z przekazaniem dziecka rodzinie adopcyjnej¹¹⁹.

Aktem prawnym regulującym działalność ośrodków adopcyjnych jest ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (dalej u.w.r.)¹²⁰. Ośrodki adopcyjne prowadzone są przez samorządy województw lub przez podmioty, którym samorząd województwa zlecił

117 Informacje uzyskane podczas rozmowy telefonicznej przeprowadzonej 22.10.2023 r. z panem Wojciechem Pytlem – Prezesem Zarządu Fundacji Rodzin Adopcyjnych z siedzibą w Warszawie.

118 Jak wyżej.

119 Katolicki Ośrodek Adopcyjny przy Caritas Diecezji Radomskiej, *Zastanawiasz się, czy oddać dziecko do adopcji?*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <http://www.adopjaradom.pl/rodzice-biologiczni/oddac-dziecko-do-adopcji/> [dostęp: 22.10.2023].

120 Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. 2022 poz. 447).

realizację tego zadania¹²¹. Z danych opublikowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2018 roku wynika, że w Polsce funkcjonuje 65 ośrodków adopcyjnych. W czterech województwach funkcjonują jedynie 1 lub 2 takie miejsca, w trzech województwach działalność prowadzą po 3 ośrodki adopcyjne, w kolejnych trzech zlokalizowane są po 4 placówki, w jednym województwie prowadzonych jest 5 ośrodków adopcyjnych, w dwóch – po 6, w jednym – 9, a najwięcej – 10 ośrodków adopcyjnych - zlokalizowanych jest w regionie śląskim¹²².

2.1. Spostrzeżenia dotyczące funkcjonowania ośrodków adopcyjnych w związku z kontrolą NIK

Aby przybliżyć kwestie związane z działalnością ośrodków adopcyjnych warto opisać niektóre wyniki kontroli przeprowadzonej przez NIK w 15 ośrodkach adopcyjnych, obejmującej lata 2015-2017. Kontrola ta skupiała się na odpowiedzi na pytanie „czy ośrodki adopcyjne prawidłowo i skutecznie realizują zadania związane z postępowaniem adopcyjnym?”¹²³.

Z opublikowanych przez NIK danych wynika wysoka skuteczność działań ośrodków mierzona jako odsetek dzieci, które znalazły nowych rodziców – w kontrolowanym okresie było to 98% zakwalifikowanych do adopcji dzieci. Zdaniem kontrolerów wysoka skuteczność wynika z tego, że w tamtym okresie było znacznie więcej kandydatów na rodziców adopcyjnych niż dzieci z uregulowaną sytuacją prawną, które mogły być adoptowane¹²⁴. Do adopcji dziecka doszło w przypadku 67% rodzin, które zgłosiły chęć przysposobienia dziecka (wyłączając te, które wycofały swoje wnioski z własnej inicjatywy)¹²⁵. W ocenie NIK przyczyną tego zjawiska były przede wszystkim „niewystarczające działania powiatów na rzecz wychodzenia dzieci z pieczy zastępczej”¹²⁶, na przykład w zakresie pracy z rodzinami biologicznymi¹²⁷. Czas trwania procedur adopcyjnych wynosił najczęściej do dwóch lat (50% przypadków) lub do roku (20% przypadków), licząc od momentu zarejestrowania się w ośrodku adopcyjnym do orzeczenia przysposobienia przez sąd¹²⁸.

Jedną z wykazanych podczas kontroli NIK nieprawidłowości był brak rzetelnych danych na temat dzieci. Potencjalni nowi rodzice wskazali w ankiecie przeprowadzonej przez NIK, że „diagnoza dziecka w niektórych przypadkach mogła nie być w pełni rzetelna lub przekazano [kandydatom do adopcji] nieprawdziwe informacje, szczególnie dotyczące stanu zdrowia dziecka”¹²⁹. Można przypuszczać, że taka sytuacja jest spowodowana nieprzekazywaniem informacji przez ich przez rodziców biologicznych osobom otaczającym dzieci opieką po oddaniu dziecka, jak również brak kompletnych danych o stanie zdrowia rodziców dziecka. Niemniej jednak w interesie dziecka, a także kandydatów

121 Art. 154 ust. 2 u.w.r.

122 Najwyższa Izba Kontroli, *Adopcja po polsku*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/adopcja-po-polsku.html>, [dostęp: 22.10.2023r.].

123 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Wykonywanie zadań przez ośrodki adopcyjne*, KPS.430.007.2017. Nr ewid. 21/2018/P/17/044/KPS, Warszawa 2018, s. 137.

124 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Wykonywanie...*, dz. cyt., s. 9.

125 Tamże, s. 22.

126 Tamże, s. 17.

127 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Działania powiatów w zakresie tworzenia i wsparcia rodzin zastępczych*, KPS.410.002.00.2016, Nr ewid. 202/2016/P/16/038/KPS, Warszawa 2017, s. 81-82.

128 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Wykonywanie...*, dz. cyt., s. 110.

129 Tamże, s. 67-68.

do adopcji jest, aby przyszli rodzice adopcyjni wiedzieli, z jakimi problemami będą się mierzyć i aby mogli dokonać świadomej oceny i podjęcia decyzji w zakresie adopcji.

Na uwagę zasługuje również dostrzeżona przez NIK okoliczność, że w 1/3 kontrolowanych ośrodków adopcyjnych wymagano od kandydatów na rodziców adopcyjnych danych, które wykraczały poza zakres określony przepisami u.w.r. W 3 ośrodkach stosowano dodatkowe kryteria formalne dotyczące na przykład wieku kandydatów na rodziców adopcyjnych czy stażu małżeńskiego. Kwestia wieku związana jest z art. 1141 § 2 k.r.o., w myśl którego między rodzicem adopcyjnym a adoptowanym dzieckiem powinna istnieć odpowiednia różnica wieku. Przepis ten nie określa jednak, jaka konkretnie musi ona być. Zasadniczo przyjmuje się, że różnica ta powinna być taka, jak między biologicznymi rodzicami, a dziećmi, czyli 20–30 lat.

Niemniej w orzecznictwie zwraca się uwagę, że przesłanka odpowiedniej różnicy wieku może zejść na drugi plan, zwłaszcza w sytuacji, gdy między nowym rodzicem a dzieckiem nawiązała się więź emocjonalna, do czego dochodzi w przypadkach, gdy o adopcję stara się rodzina, której powierzono dziecko tymczasowo w pieczę zastępczą. Doniosłość więzi emocjonalnej między przysposabiającymi a przysposobionym potwierdził Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 29 listopada 1972 r. w sprawie o sygn. akt III CRN 284/72, w którego tezie czytamy, że „orzeczenie przysposobienia dziecka przez ludzi starszych należy uznać za uzasadnione wówczas, gdy między przysposabiającym a przysposobionym zostały wcześniej już nawiązane trwałe więzy uczuciowe”.

Za pozytywny aspekt działalności ośrodków adopcyjnych należy uznać dostrzeżoną przez NIK inicjatywę własną tych placówek, polegającą na monitorowaniu dalszych losów dzieci po adopcji, na przykład poprzez organizowanie cyklicznych spotkań z rodzicami, którzy przysposobili dzieci¹³⁰. Działania takie nie wynikają z u.w.r., ale niewątpliwie są one ważne i warte promowania. Są one formą wsparcia dla rodzin adopcyjnych, zaś pracownikom ośrodka pozwalają zorientować się z jakimi problemami mierzą się te rodziny, co w przyszłości może być wykorzystane do lepszego przygotowania kandydatów do przysposobienia.

3. Wybrane zagadnienia związane z funkcjonowaniem ośrodków adopcyjnych jako formy pomocy kobietom w trudnej ciąży¹³¹

Aby omówić funkcjonowanie ośrodków adopcyjnych posłużono się w tym rozdziale przykładem Katolickiego Ośrodka Adopcyjnego przy Caritas Diecezji Radomskiej, w którym wsparcie mogą uzyskać kobiety w ciąży rozważające decyzję o oddaniu dziecka do adopcji. Na stronie internetowej tej placówki wskazano, że zgłaszają się tam matki spodziewające się dziecka, które znajdują się w sytuacji trudnej, osoby borykające się z problemem przemocy w rodzinie, uzależnieniami, jak i życiowo

130 Tamże, s. 111.

131 Rozdział opracowany na podstawie informacji uzyskanych podczas rozmowy przeprowadzonej w dniu 9 maja 2023 r. z Elżbietą Stolarczyk, Dyrektorką Katolickiego Ośrodka Adopcyjnego przy Caritas Diecezji Radomskiej.

niezaradne. Dla wielu z nich ośrodek ten jest pierwszym miejscem, w którym otrzymują konkretną pomoc, zrozumienie i życzliwość¹³².

Ośrodki adopcyjne zajmują się również udzielaniem pomocy matkom, które podejmują decyzję o pozostawieniu dziecka w szpitalu, z czym wiążą się różnego rodzaju problemy związane opieką okołoporodową. W takich przypadkach niektóre z kobiet chcą zrezygnować z pewnych standardowych procedur, jak kontakt z dzieckiem „skóra do skóry” czy karmienie piersią. Okazuje się jednak, że stanowisko rodzących w tym zakresie nie zawsze spotyka się ze zrozumieniem ze strony personelu szpitala, który nalega, aby kobiety poddały się tym czynnościom.

Procedury związane z opieką okołoporodową zawarte są w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. W myśl pkt XI.2. „[w] ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania osuszenia noworodka po wydobyciu i położenia go na brzuchu matki w kontakcie «skóra do skóry», jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła” (podpunkt 7) oraz do „obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” [tak określa się ułożenie nagiego noworodka bezpośrednio po narodzinach na nagim ciele matki] i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeżeli stan ogólny dziecka i matki na to pozwalają” (podpunkt 8). Jakkolwiek należy uznać, że procedury te są rozwiązaniem dobrym i pożądanym w okolicznościach „normalnego” porodu, to trzeba zauważyć, że nie uwzględniają one specyficznej sytuacji kobiet, które decydują się na zrzeczenie się praw rodzicielskich do nowonarodzonego dziecka. Kobiety, które chcą zrezygnować ze stosowania wobec nich tych procedur w szpitalu, mogą sygnalizować to i liczyć na pomoc ze strony pracowników ośrodków adopcyjnych.

Z doświadczeń ośrodków adopcyjnych wynika również, że ze strony personelu szpitala widoczny jest niekiedy brak poszanowania sfery psychicznej i emocjonalnej kobiet, które zgłaszają decyzję o pozostawieniu tam dziecka po porodzie. Taka postawa osób zatrudnionych w placówkach medycznych zniechęca kobiety do dalszej współpracy z nimi i innymi podmiotami, które są niezbędne do zabezpieczenia interesu dziecka mającego w przyszłości trafić do adopcji.

Katolicki Ośrodek Adopcyjny przy Caritas Diecezji Radomskiej samodzielnie wychodzi naprzeciw temu problemowi, organizując z własnej inicjatywy szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek oddziałów położniczych. Zajęcia te mają uwrażliwić personel szpitali na specyficzne problemy, z jakimi mierzą się matki decydujące się na przekazanie noworodka do adopcji.

Kolejnym problemem sygnalizowanym przez osoby zajmujące się zawodowo adopcją, jest brak dostatecznej diagnostyki dzieci pozostawianych w szpitalu, a także w oknach życia. Elżbieta Stolarczyk, dyrektor Katolickiego Ośrodka Adopcyjnego przy Caritas Diecezji Radomskiej wskazuje, że takie dzieci powinny mieć zapewnioną pełną diagnostykę obejmującą również kompleksowe badania genetyczne. Rozwiązanie to, zmierzające do kompleksowego ustalenia stanu zdrowia dziecka na tym etapie, pozwalałoby zabezpieczyć w przyszłości zdrowie i życie dziecka. Poprawiłoby również sytuację rodzin zastępczych i adopcyjnych, ponieważ wyeliminowałoby problemy związane z leczeniem

132 Katolicki Ośrodek Adopcyjny przy Caritas Diecezji Radomskiej, *O ośrodku*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <http://www.adopcjaradom.pl/osrodek/o-osrodku/> [dostęp: 23.10.2023].

niezdiagnozowanej uprzednio choroby, zaś ośrodki adopcyjne posiadałyby pełniejsze informacje tak istotne dla osób podejmujących się w przyszłości opieki nad dzieckiem.

Ośrodki adopcyjne wskazują także, że istotnym problemem związanym z funkcjonowaniem systemu adopcyjnego, jest przewlekłość postępowania o przysposobienie oraz nieterminowe wyznaczanie przez sądy opiekunów prawnych dzieci, których rodzice zostali pozbawieni praw rodzicielskich. Do poprawy działalności ośrodków adopcyjnych nie przyczynia się również zwiększająca się liczba obowiązków formalnych związanych z prowadzeniem i obiegiem wymaganej dokumentacji, która determinuje większe zaangażowanie w sprawy formalne kosztem spraw adopcyjnych.

4. Wnioski i postulaty

Przeprowadzona analiza regulacji prawnych oraz kontrola NIK dotycząca działalności ośrodków adopcyjnych pozwala stwierdzić, że w obszarze tym są obszary, które należałoby usprawnić.

Z punktu widzenia kobiet w trudnej sytuacji życiowej, które decydują się na oddanie dziecka do adopcji, do najistotniejszych należy zaliczyć brak odpowiedniego wsparcia w szpitalu, jak również dość skomplikowane postępowanie związane z procedurą przekazania dziecka do adopcji.

Z punktu widzenia dzieci, których matki nie mogą lub nie chcą wychować, największym problemem wydaje się występujący często brak danych na temat ich stanu zdrowia, brak ustanowienia opiekuna prawnego i przedłużające się często niepotrzebnie postępowanie zmierzające do oddania dziecka do rodziny adopcyjnej.

Mając to na uwadze, w celu urealnienia pomocy dla kobiet w trudnej ciąży i ich rodzin, jaką stanowi możliwość oddania dziecka do adopcji, warto rozważyć następujące pomysły:

1. Powinny zostać wprowadzone obowiązkowe szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek oddziałów położniczych (oddzielnie dla każdej z tych grup zawodowych) w celu uwrażliwienia pracowników szpitali na szczególnie trudne sytuacje matek zrzekających się praw rodzicielskich oraz wypracowania właściwego podejścia do ich sfery psychicznej. Obecnie takie dobrowolne szkolenia przeprowadzają z własnej inicjatywy niektóre ośrodki adopcyjne.
2. Minister zdrowia powinien wprowadzić możliwości odstąpienia od procedury przewidzianej w pkt XI.2. ppkt 7 i 8 załącznika do rozporządzenia MZ w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (który dotyczy między innymi zapewnienia bezpośredniego kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry”) w sytuacjach, gdy proszą o to matki zamierzające pozostawić dziecko w szpitalu.
3. Dla zapewnienia lepszej ochrony zdrowia i życia dziecka pozostawianego w szpitalu, jak i oddawanego do adopcji w czasie późniejszym, zasadne wydaje się obowiązkowe przeprowadzanie kompleksowych badań diagnostycznych. W tym celu konieczne byłoby wprowadzenie regulacji na poziomie ustawowym, które przewidywałyby również finansowanie ich ze środków publicznych.

4. Dla zatroszczenia się o interes dziecka oddawanego do adopcji zasadne jest uregulowanie kwestii obowiązku sprawnego ustanawiania opiekuna prawnego dziecka, który wyrażałby zgodę m.in. na wdrożenie koniecznego leczenia. Możliwość taka zastępowałaby konieczność uzyskania zezwolenia sądu w tym zakresie.
5. Należy wprowadzić obowiązek ustanawiania kuratora sądowego – profesjonalnego pełnomocnika dla dziecka oddawanego do adopcji krótko po urodzeniu – w celu zabezpieczenia jego interesów prawnych. Mogłoby to usprawnić procedurę „uwalniania prawnego”, koniecznego do adopcji dziecka przez wyczekujące go osoby.
6. Usprawnieniu procedury sądowej związanej z procesem adopcji mogłoby pomóc szkolenie sędziów z wydziałów rodzinnych w zakresie sytuacji faktycznej dzieci, które oczekują na przyjęcie przez nowe rodziny. Wiedza o praktycznych aspektach funkcjonowania miejsc, w których sprawowana jest doraźna opieka nad dzieckiem, może przyczynić się do podniesienia świadomości o wadze tych kwestii, jak i wrażliwości na los dzieci, o którym decyduje się w sali sądowej.
7. Minister rodziny i polityki społecznej powinien monitorować działanie ośrodków adopcyjnych poprzez zlecenie odpowiednich badań i analiz, ze szczególnym zwróceniem uwagi na problemy wskazane przez NIK.
8. Ośrodki adopcyjne powinny publikować na swoich stronach internetowych dane dotyczące dzieci oczekujących na adopcję, jak zasugerował w raporcie NIK, w celu zwiększenia przejrzystości ich funkcjonowania.
9. Ośrodki adopcyjne powinny wdrożyć, na ile to możliwe, dobrą praktykę (stosowaną już przez ich część) jaką jest monitorowanie losów przysposobionych dzieci.

Okna życia

Uzasadnieniem funkcjonowania okien życia od początku ich istnienia była ochrona życia dzieci poprzez stworzenie dla nich bezpiecznego miejsca, w którym mogą być pozostawione przez matkę znajdującą się w trudnej sytuacji życiowej i przez to nie mogącą podjąć się opieki nad dzieckiem. Są bowiem przypadki, w których matki, działając często pod wpływem silnych emocji, czy też przytłoczone ciężarem odpowiedzialności związanej z obowiązkiem wychowania dziecka, niejednokrotnie porzucają swoje potomstwo, a nawet pozbawiają je życia¹³³.

Okna życia to miejsca, w których matki mogą anonimowo pozostawić swoje dziecko, jeżeli nie chcą lub nie mogą podjąć się opieki nad nim, a przy tym zapewnić mu bezpieczeństwo i opiekę odpowiedzialnych osób. Dziecko jest pozostawiane w warunkach nie zagrażających jego życiu i zdrowiu i natychmiast otaczane niezbędną pomocą, zwłaszcza medyczną. Okna otwierane są od zewnątrz, w pomieszczeniu jest odpowiednie ogrzewanie i wentylacja. Po otwarciu uruchamia się sygnał, który zawiadamia osoby czuwające nad tym miejscem, że pozostawione zostało dziecko. Następnie o umieszczeniu dziecka w oknie życia niezwłocznie powiadamiane są pogotowie ratunkowe oraz sąd opiekuńczy¹³⁴. Również ośrodek adopcyjny jest powiadamiany o pozostawieniu niemowlęcia w oknie życia. Do sądu kierowane są dwa wnioski – o wydanie postanowienia w sprawie zarządzeń opiekuńczych oraz o nadanie dziecku imienia i nazwiska¹³⁵.

Pierwsze współczesne okno życia działa w Polsce od 16 marca 2006 r. Utworzyły je w Krakowie siostry zakonu nazaretanek. Caritas Polska szacuje, że w oknach życia prowadzonych przez tę instytucję znaleziono dotychczas 160 dzieci i podaje na swojej stronie internetowej listę 61 takich miejsc¹³⁶.

Jednakże okna życia prowadzone są nie tylko przez Kościół. Przykładem może być okno, które powstało w 2018 r. w Lubawie za sprawą „Stowarzyszenia św. Józefa”, które funkcjonuje w prywatnym domu¹³⁷. W literaturze podaje się, że w sumie w Polsce funkcjonują 64 takie miejsca, których zadaniem jest ocalenie dzieci¹³⁸.

Nie ma regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania okien życia w Polsce. W dyskursie publicznym pojawiają się argumenty przemawiające za potrzebą takiej regulacji, jak i za jej brakiem. Poniżej przedstawiamy najważniejsze, będące przedmiotem dyskusji publicznej, kwestie dotyczące funkcjonowania okien życia w Polsce.

133 P. Czaplicki, Z. Kroczyk-Sawicka, *Prawne aspekty funkcjonowania „okien życia”*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2017, t. 22, nr 2, s. 34, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://doi.org/10.15290/bsp.2017.22.02.02> [dostęp: 19.10.2023].

134 Caritas.pl, *Okna życia*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://caritas.pl/projekty/okna-zycia/> [dostęp: 19.10.2023].

135 P. Czaplicki, Z. Kroczyk-Sawicka, dz. cyt., s. 38.

136 Caritas.pl, dz. cyt.

137 B. Krajewska, *Okna życia – idea, kontrowersje, doświadczenia*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2021, t. 1, nr 45, s. 85, <https://doi.org/10.34766/fetr.v45i1.763>.

138 Tamże, s. 86.

1. Stanowisko Komitetu Praw Dziecka ONZ

Komitet Praw Dziecka ONZ, którego zadaniem jest czuwanie nad realizacją praw dzieci, negatywnie ocenił fakt istnienia okien życia w Polsce. W 2015 r. Komitet w dokumencie wydanym po dokonaniu sprawozdania okresowego dla Polski, w sekcji zatytułowanej "Prawo do tożsamości", stwierdził, że niepokojący jest brak regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania okien życia w naszym kraju, jak i fakt, że stale wzrasta ich liczba. W ocenie Komitetu istnienie okna życia narusza art. 6–9 oraz art. 19 Konwencji o Prawach Dziecka przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r.¹³⁹. W związku z powyższym Komitet wezwał Polskę do zakazania okien życia, propagowania alternatywnych rozwiązań oraz w ostateczności do rozważenia możliwości wprowadzenia anonimowych porodów w szpitalach¹⁴⁰.

Powyższe zastrzeżenia motywowane są przede wszystkim prawem do tożsamości dziecka, gwarantowanym przez art. 7 i art. 8 Konwencji o Prawach Dziecka. W myśl art. 7 przywołanego aktu:

1. „Niezwłocznie po urodzeniu dziecka zostanie sporządzony jego akt urodzenia, a dziecko od momentu urodzenia będzie miało prawo do otrzymania imienia, uzyskania obywatelstwa oraz, jeśli to możliwe, prawo do poznania swoich rodziców i pozostawania pod ich opieką.
2. Państwa-Strony zapewnią, aby te prawa stały się zgodne z ich prawem wewnętrznym oraz z ich międzynarodowymi zobowiązaniami w tej dziedzinie, w szczególności w przypadkach, gdyby brak tych uregulowań spowodował, iż dziecko zostałoby bezpaństwowcem.”.

Z kolei art. 8 Konwencji o Prawach Dziecka stanowi, że:

1. „Państwa-Strony podejmują działania mające na celu poszanowanie prawa dziecka do zachowania jego tożsamości, w tym obywatelstwa, nazwiska, stosunków rodzinnych, zgodnych z prawem, z wyłączeniem bezprawnych ingerencji.
2. W przypadku gdy dziecko zostało bezprawnie pozbawione części lub wszystkich elementów swojej tożsamości, Państwa-Strony okażą właściwą pomoc i ochronę w celu jak najszybszego przywrócenia jego tożsamości.”.

Niewątpliwie warte uwzględnienia wydaje się zwrócenie uwagi na okoliczność, że dziecko pozostawione w oknie życia zostaje pozbawione możliwości poznania swoich biologicznych rodziców. Osoba pozostawiająca dziecko w takim miejscu co do zasady jest anonimowa wobec czego niemożliwe jest późniejsze znalezienie rodziny, a co za tym idzie osób, od których dziecko się wywodzi.

Drugą istotną sferą, do której dostępu nie ma dziecko pozostawione w oknie życia, jest wiedza o swoim stanie zdrowia oraz o potencjalnych jego zagrożeniach związanych z chorobami genetycznymi. W dyskusji podnosi się, że sytuacja ta może w przyszłości negatywnie wpływać na jego rozwój psychospołeczny oraz zagrażać zdrowiu i życiu takiego człowieka.

¹³⁹ Dz. U. z 1991 r., poz. 120.526.

¹⁴⁰ Komitet Praw Dziecka ONZ (2015), Uwagi końcowe do połączonych trzeciego i czwartego sprawozdania okresowego Polski (CRC/C/POL/CO/3-4).

Niemniej wydaje się, że argumenty te tracą na znaczeniu, kiedy prawo do tożsamości zostanie skonfrontowane z niewątpliwie mającym priorytet prawem do **życia**, którego ochronie przede wszystkim służą okna **życia**. Stanowią one bowiem realne rozwiązanie dla matki (rodziców), którzy byliby gotowi nawet porzucić dziecko w miejscu nieodpowiednim, w którym może dojść do śmierci dziecka np. z wychłodzenia. Wreszcie miejsca te mają na celu ratowanie dzieci przed śmiercią w wyniku aborcji.

Okna życia stanowią sposób wywiązania się przez Polskę z obowiązku ochrony życia dzieci wynikającego z art. 6 Konwencji o prawach dziecka, zapewniając matce dyskrecję

Na te podstawowe aspekty funkcjonowania okien życia w 2016 r. zwrócili uwagę eksperci Instytutu Ordo Iuris, wskazując, że „okna» te stanowią sposób wywiązania się z Konwencyjnego obowiązku ochrony życia dzieci wynikającego z art. 6 KPD [Konwencji o prawach dziecka] i jednocześnie zapewnia[ją] kobiecie w trudnej sytuacji życiowej odpowiednią dyskrecję¹⁴¹. Art. 6 przywołanego aktu stanowi bowiem, że:

1. „Państwa-Strony uznają, że każde dziecko ma niezbywalne prawo do życia.
2. Państwa-Strony zapewnią, w możliwie maksymalnym zakresie, warunki życia i rozwoju dziecka.”.

Na temat zestawienia prawa do tożsamości z prawem do życia w kontekście istnienia okien życia w sposób przejrzysty i rzeczowy wypowiedział się sędzia Sądu Okręgowego w Krakowie Waldemar Żurek: „W prawie znane jest pojęcie stanu wyższej konieczności, gdzie poświęcamy dobro niższej wartości, by ratować dobro o wartości wyższej. W tym przypadku prawo dziecka do życia jest dobrem o oczywiście wyższej wartości niż prawo do informacji, czyli prawo dziecka do poznania swoich biologicznych rodziców. Ale oprócz prawa są jeszcze wartości, które każdy człowiek nosi w sercu, ich nie da się zadekretować, a one mówią nam jasno, ratujmy życie ludzkie, jak tylko potrafimy. [...] Oczywiście wiemy dobrze, że najlepiej jest, jeśli biologiczna matka wychowuje swoje dziecko, ale rzeczywistość jest daleka od ideału. Lepiej, żeby dziecko znalazło się w oknie życia niż w Wiśle czy na śmietniku. Staramy się wypracować w sądach takie procedury, żeby w ramach istniejących przepisów prawa rodzinnego sprawić, że[by] dziecko szybko trafiło do rodziny adopcyjnej, która otoczy go opieką i miłością¹⁴².”

Trzeba wyraźnie powiedzieć, że nie może być mowy o korzystaniu z prawa do tożsamości bez uprzedniego zapewnienia jednostce prawnej ochrony życia. Nadto sama Konwencja o prawach dziecka wskazuje, że nie zawsze jest możliwa pełna realizacja prawa do tożsamości, w szczególności w kontekście prawa do poznania swoich rodziców. Z treści art. 7 Konwencji wynika, że dziecko ma prawo do poznania rodziców „jeśli to możliwe”. Autorzy zajmujący się funkcjonowaniem okien życia wskazują zaś, że dziecko pozostawione w oknie życia nie jest zupełnie pozbawione prawa do tożsamości, ponieważ poznanie rodziców, a co za tym idzie - tożsamości biologicznej, jest tylko częścią

141 Instytut Ordo Iuris, *Spostrzeżenia Końcowe Komitetu Praw Dziecka w sprawie raportu okresowego Polski*, <https://ordoiuris.pl/rodzina-i-malzenstwo/spostrzezenia-koncowe-komitetu-praw-dziecka-w-sprawie-raportu-okresowego> dostęp: [10.03.2023].

142 A. Pizoń, M. Podlowska, *Przysposobienie w Polsce – analiza i propozycja zmian prawnych*, https://ordoiuris.pl/przysposobienie-w-polsce-analiza-i-propozycja-zmian-prawnych#_ftn16 dostęp: [11.03.2023]. Caritas.pl, dz. cyt.

tego prawa. Z kolei dzięki nowej rodzinie dziecko ma szansę na stworzenie poczucia przynależności do danej grupy społecznej¹⁴³.

Kończąc rozważania dotyczące prawa do tożsamości dzieci pozostawianych w oknach życia, można postawić pytanie o zasadność anonimowości osób korzystających z tego rozwiązania. Wydaje się jednak, że to właśnie dyskrecja oferowana przez okna życia jest najistotniejszym aspektem ich funkcjonowania z punktu widzenia potencjalnych zainteresowanych tym rozwiązaniem. Nie można bowiem zapominać, że miejsca te wykorzystywane są w przypadkach, które można określić jako ekstremalne. Pozostawienie dzieci w oknach życia następuje jedynie w nielicznych przypadkach, a instytucja ta nie konkuruje z innymi możliwościami, którymi dysponuje matka, która (niezależnie od powodów) rezygnuje ze sprawowania opieki nad własnym dzieckiem.

Beata Krajewska – doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki - pochylając się nad problematyką okien życia – tłumaczy: „Instytucje te są tworzone po to, aby matki, które znalazły się w trudnym położeniu, nie musiały krzywdzić swoich dzieci, lecz mogły anonimowo oddać je w bezpieczne miejsce. To miejsca dla kobiet, które często ukrywają ciążę, nie chcą lub nie mogą urodzić w szpitalu albo nie są w stanie zająć się dzieckiem po jego urodzeniu. Przeznaczone są one dla matek, które nie dostrzegają innej możliwości wyjścia z trudnej dla nich sytuacji, ponieważ często paraliżuje je wstyd i strach”¹⁴⁴.

Zarzut braku regulacji prawnych w zakresie działalności okien życia odnosi się przede wszystkim do braku określenia kręgu podmiotów uprawnionych do ich prowadzenia. Tym samym może istnieć obawa w zakresie kwalifikacji osób prowadzących okna życia i ich realną możliwość udzielenia dziecku odpowiedniej pomocy i otoczenia go opieką, jakiej wymaga.

Wątpliwości mogą powstawać również w odniesieniu do motywacji osób prowadzących tego typu miejsca. Dotychczasowe działanie okien życia nie daje jednak podstaw, aby uznać, że waga tych argumentów przesądza o konieczności prawnego uregulowania kręgu osób uprawnionych do prowadzenia okien życia. Miejsca te w przeważającej większości prowadzone są przez osoby duchowne, niektóre z nich zaś przez domy dziecka lub fundacje. Nie występowały dotąd problemy w ich funkcjonowaniu wynikające z braku kompetencji, czy też pobudek moralnych osób podejmujących się tego zadania.

Dziecko pozostaje w oknie życia przez kilkanaście minut, póki nie podejmą działań osoby czuwające nad danym punktem. Ich rolą jest pełnienie dyżuru przy oknie życia, a po uruchomieniu się sygnału – powiadomienie pogotowia i policji. Dalsze działania w zakresie opieki nad dzieckiem odbywają się na podstawie zarządzenia wydanego przez sąd opiekuńczy¹⁴⁵. Niemniej w celu zabezpieczenia ewentualnych działań niepożądanych na tym obszarze zasadne wydaje się rozważenie potrzeby utworzenia rejestru okien życia działających w Polsce, w którym wskazane byłyby podmioty odpowiedzialne za funkcjonowanie tych miejsc. W razie wystąpienia jakichkolwiek wątpliwości łatwiej byłoby wówczas dotrzeć do osób zajmujących się danym oknem życia. Rejestr taki mógłby mieć także oddziaływanie

143 P. Czaplicki, Z. Kroczyk-Sawicka, dz. cyt., s. 38.

144 B. Krajewska, dz. cyt., s. 82.

145 P. Czaplicki, Z. Kroczyk-Sawicka, dz. cyt., s. 41.

prewencyjne, zniechęcając na przykład do przekazania dziecka osobom trzecim, zamiast powiadomienia odpowiednich instytucji o pozostawieniu dziecka w oknie życia.

Część prawników twierdzi, że pozostawienie dziecka w oknie życia wydłuża procedury związane z jego adopcją. Wskazują, że sytuacja prawna takiego dziecka od początku jest utrudniona, konieczne jest uruchomienie działania większej liczby instytucji, co może wydłużyć procedurę adopcyjną o kilka miesięcy. Z uwagi na to wskazuje się, że ze względu na dobro dziecka, lepiej jest pozostawić je w szpitalu, niż przekazać do okna życia¹⁴⁶.

Wskazać jednak należy, że w przypadku pozostawienia dziecka w oknie życia, postępowanie adopcyjne od standardowej procedury odróżniać będzie jedynie etap zmierzający do ustalenia tożsamości dziecka i odnalezienia jego biologicznych rodziców. W praktyce sprowadza się to do powiadomienia policji o pozostawieniu dziecka w oknie życia, która z braku dostatecznych informacji nie ma zazwyczaj realnych możliwości podjęcia skutecznych działań operacyjnych. Autorzy pochylający się nad zagadnieniem okien życia stwierdzają, że procedura adopcji dzieci pozostawionych w oknach życia przebiega bardzo sprawnie, a „dziecko niemalże od razu może trafić pod opiekę swoich przyszłych rodziców”¹⁴⁷.

Warto rozważyć, czy pozostawienie dziecka w oknie życia jest procesem odwracalnym. W przypadku procedury adopcyjnej, na mocy art. 1192 k.r.o., kobieta ma zagwarantowane tzw. prawo do okresu wyczekiwania, czyli do przemyślenia decyzji o oddaniu dziecka przez 6 tygodni od dnia jego narodzin. W przypadku okien życia kobieta ma zagwarantowane takie samo prawo. Zdarzają się bowiem przypadki, kiedy rodzice wracają po dziecko, które wcześniej pozostawili w takim miejscu.

Sytuacja taka wystąpiła w Zamościu w czerwcu 2013 r. Kobieta niedługo po oddaniu dziecka do okna życia, stawiała się przed sądem, wskazując, że jest jego biologiczną matką. W takim przypadku konieczne jest przeprowadzenie badań genetycznych, a następnie niezbędna jest decyzja sądu dotycząca władzy rodzicielskiej nad dzieckiem¹⁴⁸. W przytoczonej sytuacji kobieta odzyskała prawo do opieki nad dzieckiem¹⁴⁹.

2. Brak odpowiedzialności karnej za pozostawienie dziecka w oknie życia

Pozostawienie dziecka w oknie życia nie pociąga za sobą odpowiedzialności karnej. Czyn ten nie jest karany, nie stanowi przestępstwa porzucenia określonego w art. 210 kodeksu karnego¹⁵⁰. W myśl tego przepisu ten, kto wbrew ciężącemu na nim obowiązкови troszczenia się o małoletniego poniżej lat 15, osobę tę porzuca, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Jeżeli zaś następstwem tego czynu jest śmierć porzuconej osoby, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 15. Do wypełnienia znamion czynu zabronionego z art. 210 k.k. dojdzie w sytuacji, gdy

146 A. Patryk, K. Nocuń, P. Rojek-Socha, dz. cyt.

147 P. Czaplicki, Z. Kroczyk-Sawicka, dz. cyt., s. 41.

148 B. Krajewska, dz. cyt., s. 88.

149 P. Czaplicki, Z. Kroczyk-Sawicka, dz. cyt., s. 42.

150 Dz. U. z 2022 r., poz. 1138.

sprawca uchyli się całkowicie od ciążącego na nim obowiązku zapewnienia opieki dziecku i pozostawi je własnemu losowi.

Karalne zatem jest pozostawienie dziecka bez opieki w miejscu, w którym szansa na udzielenie mu pomocy przez inne osoby jest żadna lub znikoma, jak np. w lesie, parku, czy na polnej drodze¹⁵¹. Sytuacja taka nie nastąpi natomiast w przypadku pozostawienia dziecka w oknie życia, ponieważ miejsca te są zabezpieczone przed niekorzystnym oddziaływaniem warunków atmosferycznych i znajdują się pod stałym nadzorem osób, które przejmują opiekę nad dzieckiem w czasie kilku, czy kilkunastu minut od jego pozostawienia. O powyższej interpretacji przestępstwa porzucenia przesądził wyrok Sądu Najwyższego z 4.06.2001 r., wydany w sprawie prowadzonej pod sygn. V KKN 94/99. Stwierdzono w nim, że „Porzucenie» [...] oznacza działanie polegające na opuszczeniu dziecka lub osoby nieporadnej, połączone z zaprzestaniem troszczenia się o nią, bez zapewnienia jej opieki ze strony innych osób. Do istoty «porzucenia» należy więc pozostawienie osoby, nad którą miałyby być roztoczona opieka, własnemu losowi, przy czym chodzi tu nie tylko o zaniechanie opieki nad osobą małoletnią lub nieporadną, lecz także o uniemożliwienie takiej osobie udzielenia natychmiastowego wsparcia”.

Matka dziecka, która pozostawia je w oknie życia, nie popełnia przestępstwa porzucenia.

Nie jest wobec tego możliwe pociągnięcie do odpowiedzialności karnej z art. 210 k.k. matki dziecka, która pozostawia je w oknie życia¹⁵². Pozostawienie tam noworodka nie wypełnia definicji porzucenia, ponieważ dziecko w takim miejscu ma zagwarantowaną natychmiastową i kompleksową pomoc.

Minister sprawiedliwości w grudniu 2019 r. poinformował, że wystosował do prokuratorów zalecenie, aby nie prowadzili postępowań karnych w sprawie przestępstwa porzucenia wobec kobiet pozostawiających dzieci w oknach życia¹⁵³. Zobowiązanie to dotyczy przypadków, w których nie zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa na szkodę dziecka, w szczególności z użyciem przemocy. W takich bowiem sytuacjach „należy niezwłocznie zainicjować postępowanie sprawdzające, a w przypadku ich potwierdzenia - wszcząć postępowanie przygotowawcze oraz - w razie potrzeby - podjąć działania zmierzające do ustalenia tożsamości dziecka i jego rodziców”¹⁵⁴.

W komunikacie Ministerstwa Sprawiedliwości przytoczono historie dzieci, które nie trafiły do okien życia, lecz w tragicznych okolicznościach zostały pozbawione życia. Przywołano zdarzenie, do którego doszło w Lublinie, kiedy to kobieta, która urodziła dziecko w pracy, wrzuciła je do kosza. Przypomniano, że w połowie grudnia 2019 r. znaleziono ciało noworodka w sortowni odpadów w Płońsku. Miesiąc wcześniej zaś zwłoki malutkiego dziecka ujawniono na terenie ogródków działkowych na warszawskiej Białołęce. Ciało dziecka znaleziono porzucone w foliowym worku na wrocławskim osiedlu Muchobór w lutym 2019 r.¹⁵⁵

151 A. Kilińska-Pękacz, *Przestępstwo porzucenia dziecka*, Prok.i Pr. 2016, nr 4, s. 22-34.

152 M. Mozgawa [w:] M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa, *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2023, art. 210, uwaga nr 2.

153 K. Sobczak, *Prokuratorzy nie będą ścigać za pozostawienie dziecka w „oknie życia”*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: https://www.prawo.pl/prawo/okna-zycia-za-pozostawienie-dziecka-prokuratura-nie-bedzie-scigac,496830.html?_gl=1*52rnwk*_ga*MTI2NzI4MzEzNi4xNjk3Mjg0NTY3*_ga_TRNTF-04CYF*MTY5NzczMTk5NC4xOC4xLjE2OTc3MzlwNTAuMCAwLjA [dostęp: 20.10.2023].

154 Ministerstwo Sprawiedliwości, *Zalecenia Ministra Sprawiedliwości Prokuratora Generalnego w sprawie „okien życia”*, artykuł dostępny pod adresem internetowym: <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/zalecenia-ministra-sprawiedliwosci-prokuratora-generalnego-w-sprawie-okien-zycia> [dostęp: 9 marca 2023].

155 Tamże.

Przywołanie tych zdarzeń wskazuje na aprobatę Ministerstwa Sprawiedliwości dla istnienia i funkcjonowania okien życia. Historie te pozwalają także stwierdzić, że okna życia służą nie tylko kobietom, które nie widzą możliwości podjęcia się opieki nad dzieckiem, ale również albo przede wszystkim dzieciom, dla których stwarzają możliwość przeżycia i zaadoptowania jeszcze w wieku niemowlęcym. W przywołanych wyżej tragicznych historiach rodzice porzuconych dzieci mogli uratować ich życie poprzez pozostawienie noworodków w oknach życia.

3. Wnioski i postulaty

Funkcjonowanie okien życia budzi pewne kontrowersje w opinii publicznej. Podnosi się, że problemem jest zwłaszcza brak regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania tych miejsc, a także, że naruszają one prawo dziecko do tożsamości, jak również stanowią formę porzucenia dziecka. Niemniej przeprowadzona analiza wskazuje, że mimo braku regulacji prawnych, brak jest okoliczności wskazujących na nieprawidłowości w funkcjonowaniu okien życia, które uzasadniałyby konieczność ujęcia ich w ramy prawne. W zakresie prawa do tożsamości niewątpliwie należy przypomnieć, że priorytetowy charakter ma prawo do życia, które jest wartością nadrzędną, a którego ochrona leży u podstaw powstawania i funkcjonowania okien życia. O tym, że pozostawienie dziecka w oknie życia nie stanowi przestępstwa porzucenia, przesądza orzecznictwo, jaki i doktryna prawa. Działanie okien życia świadczy o tym, że dobra wola po stronie jednostek i grup społecznych jest w stanie tworzyć wartościowe inicjatywy dla dobra wspólnego¹⁵⁶.

Niemniej w celu usprawnienia funkcjonowania okien życia, jak i poprawy jakości opieki dostępnej dla kobiet w trudnej sytuacji i ich dzieci, którymi nie mogą się zająć, należy rozważyć niżej sformułowane postulaty:

1. Propozycję Komitetu Praw Dziecka ONZ dotyczącą wprowadzenia w Polsce możliwości skorzystania z tzw. anonimowych porodów w szpitalach. Istotą „porodów anonimowych” jest możliwość nieujawniania przez matkę swoich danych osobowych lekarzom w szpitalu. W takich sytuacjach koszty porodu i pobytu w szpitalu przejmuje budżet państwa, a dziecko, które matka po porodzie zostawia, trafia następnie do adopcji. Taka forma wsparcia matek została wprowadzona w Niemczech¹⁵⁷.
2. Dodatkowym pomysłem byłby obowiązek przeprowadzenia przez szpital wywiadu medycznego u kobiety zgłaszającej się do takiego porodu, przy jednoczesnym zachowaniu jej anonimowości. Rozwiązanie takie miałyby na celu zapewnienie dostępu do danych o stanie zdrowia dziecka i realizację w szerszym zakresie jego prawa do tożsamości.
3. Korzystne byłoby prawne uregulowanie postępowania w przypadkach pozostawienia dziecka w oknie życia, tj. w zakresie dotyczącym wszczynania postępowania przez policję w celu odnalezienia matki dziecka. Cytowane w treści raportu zobowiązanie ministra sprawiedliwości, aby prokuratorzy nie wszczynali postępowań w takich przypadkach (z wyłączeniem sytuacji, gdy

156 P. Czaplicki, Z. Krocze-Sawicka, dz. cyt., s. 44.

157 M. Wysocka, *Anonimowy poród alternatywą dla „okien życia” w Niemczech*, <https://pulsmedycyny.pl/anonimowy-porod-alternatywa-dla-okien-zycia-w-niemczech-887693> dostęp: [19.04.2023].

zachodzi podejrzenie przestępstwa wobec noworodka, zwłaszcza użycia przemocy) mogłoby otrzymać formę przepisu ustawowego. W praktyce działania prokuratury w takich przypadkach różnią się i w niektórych miejscach Polski dochodzenia są wszczynane wbrew wytycznym ministra z 2019 r.



WSPARCIE DARZYŃCÓW

Instytut Ordo Iuris jest fundacją i zakres naszej aktywności jest ściśle uzależniony od funduszy, które pozyskamy na działalność statutową. Ceniąc sobie niezależność, nie korzystamy ze środków publicznych i grantów, których pozyskanie mogłoby ją ograniczać. Naszą działalność prowadzimy tylko dzięki hojności naszych Darczyńców, zwłaszcza tych, którzy wspierają nas regularnie co miesiąc w ramach Kręgu Przyjaciół (więcej na: www.przyjaciele.ordoiuris.pl)

RAZEM MOŻEMY REALNIE WPŁYWAĆ NA RZECZYWISTOŚĆ!

DAROWIZNĘ MOŻNA PRZEKAZAĆ NA KONTO

32 1160 2202 0000 0002 4778 1296

Fundacja Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris
ul. Zielna 39, 00-108 Warszawa
oraz za pomocą przelewów internetowych
Tpay i PayPal (szczegóły na stronie www.ordoiuris.pl)