



Minister do spraw Równości

\$znak pisma
Warszawa, 03 października 2025 r.

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

Odpowiadając na interpelację poselską postów na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej pana Dariusza Mateckiego, pana Michała Wosia, pana Dariusza Stefaniuka, pana Grzegorza Adama Płaczka i pana Bronisława Foltyna nr 5381 w sprawie walki z dyskryminacją mężczyzn, uprzejmie przedstawiam następujące wyjaśnienia w zakresie właściwości Ministra ds. Równości oraz kompetentnych resortów, które przekazały wkłady do odpowiedzi na poszczególne pytania w zakresie właściwości.

Na wstępie natomiast należy zaznaczyć, że problematyka ochrony praw chłopców i mężczyzn jest obecna w moich działaniach – w celu identyfikacji potrzeb tej grupy w 2024 r. spotkałam się z przedstawicielami Stowarzyszenia na rzecz chłopców i mężczyzn, w czasie którego otrzymałam raport pt. „Przemilczane nierówności. O problemach mężczyzn w Polsce”.

Ponadto, prawa chłopców i mężczyzn były tematem obrad nieformalnej Rady Ministrów ds. Równości w dniu 16 kwietnia 2025 r. w Warszawie, którą organizowałam w ramach Polskiej Prezydencji w Radzie UE. W czasie Prezydencji rozpoczęły się także prace nad Strategią Równości Płci na lata 2026-2030, ze względu na upływający okres obowiązywania obecnej strategii. Po jego przyjęciu, dokument ten uzupełniać będzie zadania Polski w zakresie równości płci (a więc także praw mężczyzn i chłopców), które na poziomie krajowym wyznacza obecnie Krajowy Program Działań na rzecz Równego Traktowania na lata 2022–2030 (M. P. poz. 6402).

Krajowy Program już w obecnym brzmieniu wyznacza zadania dla różnych resortów w zakresie problematyki praw mężczyzn i chłopców, np. w działaniu B zadanie 3 „analiza wyroków sądów dotyczących pieczy rodzicielskiej pod kątem równego traktowania matek i ojców oraz ewentualne wypracowanie pakietu legislacyjnego” czy w Priorytecie II, praca i zabezpieczenie społeczne, w działaniu A. „Wspieranie wyrównywania szans kobiet i mężczyzn na rynku pracy” zadanie 13: „Zwiększenie zaangażowania ojców w odgrywanie ról opiekuńczych”. Co więcej, planowane i inicjowane są

także prace nad nowelizacją Krajowego Programu, tak aby w sposób bardziej konkretny odpowiadał na potrzeby poszczególnych grup narażonych na dyskryminację. W obecnym brzmieniu Program wyznacza co prawda liczne zadania w obszarze szeroko rozumianego przeciwdziałania nierównemu traktowaniu ze względu na wszystkie przesłanki, jednak w mojej ocenie wymaga konkretyzacji oraz szerszych konsultacji ze społeczeństwem obywatelskim. Konsultacje te będą oczywiście otwarte dla wszystkich grup.

Ad 1. Równy dostęp do urlopów rodzicielskich

Jak wskazuje Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zgodnie z przepisami działu ósmego ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r., poz. 1465, z późn. zm., pracownikom - zarówno kobietom, jak i mężczyznom - przysługuje szereg uprawnień związanych z rodzicielstwem. Zawarte w tym akcie prawnym rozwiązania zachęcają pracujących ojców do korzystania z przysługujących im uprawnień, tak by mogli oni aktywnie uczestniczyć w wypełnianiu obowiązków związanych m.in. z opieką nad dziećmi. Rozłożenie uprawnień rodzicielskich pomiędzy oboje rodziców sprzyja lepszemu godzeniu życia zawodowego i rodzinnego pracowników, pozwala też zmniejszyć liczbę dni, w których pracujące matki nie były aktywne zawodowo ze względu na urodzenie i wychowanie dziecka. Przede wszystkim należy podkreślić, że w przypadku pracowników będących rodzicami i korzystających z uprawnień związanych z rodzicielstwem, bez względu na ich płeć, stosunek pracy podlega szczególnej ochronie. Zakazane jest prowadzenie wszelkich przygotowań do zwolnienia pracowników oraz wypowiedzania i rozwiązywania stosunku pracy w okresie ciąży i okresie urlopu macierzyńskiego, a także od dnia wystąpienia przez pracownika z wnioskiem o udzielenie przysługujących mu uprawnień związanych z urlopami rodzicielskimi. Rodzice mogą skorzystać, zgodnie z zasadami określonymi w Kodeksie pracy, z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu wychowawczego. Ponadto, pracownik będący ojcem może skorzystać z dwóch dni zwolnienia od pracy z tytułu urodzenia się dziecka (urlop okolicznościowy) oraz ma prawo do urlopu ojcowskiego w wymiarze do 2 tygodni.

Pracownik uprawniony do urlopu wychowawczego może wnioskować o obniżenie wymiaru czasu pracy do wymiaru nie niższego niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy w okresie, w którym mógłby korzystać z takiego urlopu.

Dodatkowe uprawnienie związane z ojcostwem stanowi zwolnienie od pracy w wymiarze 16 godzin albo 2 dni, przysługujące w ciągu roku kalendarzowego pracownikowi wychowującemu przynajmniej jedno dziecko w wieku do 14 lat.

Pracownikowi przysługuje także zwolnienie od pracy w wymiarze 2 dni albo 16 godzin z tytułu działania siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą lub wypadkiem, jeżeli niezbędna jest natychmiastowa obecność pracownika oraz 5 dni bezpłatnego urlopu opiekuńczego w celu zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia osobie będącej członkiem rodziny bądź zamieszkującej w tym samym gospodarstwie domowym, która wymaga opieki lub wsparcia z poważnych względów medycznych.

Pracodawca jest zobowiązany dopuścić pracownika powracającego z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, rodzicielskiego, ojcowskiego czy wychowawczego do pracy na dotychczasowym stanowisku, a jeżeli nie będzie to możliwe, na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu lub na innym stanowisku odpowiadającym jego kwalifikacjom zawodowym, za wynagrodzeniem nie niższym od wynagrodzenia za pracę, które przysługiwało pracownikowi w dniu podjęcia pracy na stanowisku zajmowanym przed tym urlopem.

Pracownik może też skorzystać z elastycznych form organizacji czasu pracy, do których należą m.in. praca zdalna, system skróconego tygodnia pracy albo indywidualny rozkład pracy. Pracownika wychowującego dziecko do ukończenia przez nie 8 roku życia nie wolno bez jego zgody zatrudniać w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w systemie czasu pracy, czy delegować poza stałe miejsce pracy.

Pracodawca lub osoby działające w jego imieniu naruszający przepisy o czasie pracy lub przepisy o uprawnieniach pracowników związanych z rodzicielstwem i zatrudnianiu młodocianych podlegają karze grzywny od 1000 zł do 30 000 zł.

Wychodząc naprzeciw potrzebom rodziców dzieci przedwcześnie urodzonych oraz długotrwale hospitalizowanych, opracowana została kolejna zmiana Kodeksu pracy, która ma na celu przyznanie nowego uprawnienia rodzicielskiego - uzupełniającego urlopu macierzyńskiego. Urlop będzie mógł być wykorzystany bezpośrednio po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, na wniosek uprawnionych pracowników-rodziców (w tym również rodziców adopcyjnych oraz rodzin zastępczych).

Warto jednak zauważyć, za raportem „Tata na rodzicielskim” opracowanym w kwietniu 2024 r. przez Fundację Share the Care i Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a przekazanym przez ww. fundację Ministrze ds. Równości, liczba ojców korzystających z urlopów rodzicielskich w Polsce jest niewielka, ale bardzo szybko rośnie. W 2023 r. już 19 tys. ojców skorzystało z urlopu rodzicielskiego (w 2022 r. było to 3,7 tys.). To pozytywny trend, jednak to nadal tylko 7% uprawnionych mężczyzn (w 2022 % - 1 %). Z tego względu konieczne są działania edukacyjno-informacyjne, na rzecz promowania wśród mężczyzn dostępnych rozwiązań prawnych umożliwiających opiekę. Promowanie mechanizmów pozwalających na

godzenie życia zawodowego i rodzinnego zarówno kobiet jak i mężczyzn jest jednym z obszarów wskazanych w Krajowym Programie Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2022-2030.

Ad 2. Dostęp mężczyzn do opieki zdrowotnej i wsparcia psychologicznego

Zgodnie z dostępnymi na stronie internetowej <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> szczegółowymi statystykami, wyższy wskaźnik zgonów samobójczych wśród mężczyzn w Polsce utrzymuje się od lat (wg. danych za 2023 r. 829 zamachów samobójczych zakończonych zgonem kobiet w odniesieniu do 4404 mężczyzn na ogół 5521 prób samobójczych kobiet i 9612 mężczyzn).

Na podstawie wyników badania EZOP II (Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań) można zauważyć, że rozpowszechnienie myśli, planów i prób samobójczych jest podobne dla obu płci. Wyższy wskaźnik zgonów samobójczych wśród mężczyzn może wynikać ze stwierdzonego w literaturze kryminalistycznej częstszego stosowania przez mężczyzn metod zamachów samobójczych o wysokiej skuteczności, takich jak powieszenie, które prowadzą do większego odsetka samobójstw zakończonych zgonem niż w przypadku kobiet. Silniejsza stygmatyzacja samobójstwa kobiet niż mężczyzn może także powstrzymywać kobiety przed zamachami skutecznymi. Analizy pokazują, że mężczyźni rzadziej korzystają z pomocy psychologicznej niż kobiety, co może wynikać ze stygmatyzacji związanej z poszukiwaniem wsparcia i społecznych oczekiwań dotyczących "męskości". W obliczu kryzysu wielu z nich nie szuka pomocy, obawiając się oceny lub negatywnych reakcji otoczenia. Zamiast tego częściej wybierają destrukcyjne formy radzenia sobie z kryzysem, co w połączeniu z wyższą skutecznością stosowanych metod zwiększa liczbę przypadków śmiertelnych. Ponadto, utrwalone w społeczeństwie stereotypy związane z przypisywanymi mężczyznom rolami narażają ich na stres zawodowy i presję związaną z sytuacją finansową, co może zwiększać ryzyko kryzysów psychicznych. Badania wskazują, że aż 40% pracujących mężczyzn w Polsce doświadcza długotrwałego stresu zawodowego, co w połączeniu z ograniczonym wsparciem społecznym może prowadzić do zwiększenia ryzyka samobójstw.

Z informacji przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że w wyniku prac Zespołu roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego do realizacji wskazanych zostało 10 zadań mających na celu zapobieganie zachowaniom samobójczym, ujętych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025:

1. *Rozwijanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych oraz czynników ryzyka i czynników chroniących z nimi związanych, w tym monitorowanie mediów, stosowanie zaleceń*

- specjalistów (np. suicydologów, specjalistów zdrowia publicznego) w opracowywaniu materiałów informacyjnych i innych przekazów o charakterze medialnym przez instytucje publiczne oraz media publiczne.
2. Ograniczanie dostępu do metod dokonywania samobójstw w celu zmniejszenia liczby zachowań samobójczych we wszystkich grupach wiekowych, w tym wspieranie inicjatyw mających na celu poprawę bezpieczeństwa w różnych obiektach, np. mostach, wiaduktach, w obszarze infrastruktury kolejowej (m.in. stacje kolejowe, przejazdy, perony) i budynkach, a także podejmowanie racjonalnych działań w obszarze dostępności leków (OTC), środków medycznych i innych toksycznych substancji chemicznych wykorzystywanych w celach samobójczych.
 3. Opracowanie, wdrażanie i ewaluacja programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej ukierunkowanych na zapobieganie zachowaniom samobójczym, dostosowanych do potrzeb różnych populacji.
 4. Zapewnienie dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym przez dostęp do konsultacji za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych (w tym telefony wsparcia i zaufania, poradnie internetowe, infolinie i linie wsparcia), dostosowanej do potrzeb osób w różnym wieku.
 5. Opracowanie (przy udziale suicydologów i specjalistów zdrowia publicznego), aktualizacja, upowszechnianie i monitorowanie wdrażania standardów postępowania w przypadku ryzyka zachowań samobójczych skierowanych do adekwatnych grup osób i instytucji, m.in. służby zdrowia, opieki społecznej, kadry pedagogicznej, rodziców, służb mundurowych, mediów i osób duchownych.
 6. Rozwój kompetencji pracowników ochrony zdrowia, pracowników oświaty, pomocy społecznej, służb mundurowych, osób duchownych i innych grup zawodowych, w zakresie wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych oraz podejmowania interwencji wobec osób przejawiających zachowania samobójcze.
 7. Rozwój kompetencji przedstawicieli środków masowego przekazu, w szczególności dziennikarzy, redaktorów, sekretarzy redakcji, wydawców.
 8. Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, zachowań samobójczych, postaw społecznych.
 9. Prowadzenie działalności naukowo-badawczej, w tym prowadzenie badań ukierunkowanych na monitorowanie zachowań samobójczych w różnych populacjach, z uwzględnieniem metod dokonywania zamachów samobójczych, a także prowadzenie badań ukierunkowanych na identyfikację nowych i monitorowanie znanych czynników ryzyka i czynników chroniących, w tym prowadzenie badań w zakresie wpływu mediów na zachowania samobójcze.
 10. Koordynacja działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym określonych w Programie, z uwzględnieniem możliwości utworzenia i prowadzenia Biura do Spraw Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym.

Dla spójności realizacji ww. zadań wyodrębniony został Koordynator tj. Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz powstało Biuro ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym.

Podkreślenia wymaga, iż w celu udzielania pomocy osobom w kryzysie zdrowia psychicznego funkcjonują Centra wsparcia dla osób w różnym wieku. Dla osób dorosłych dostępna jest LiniaWsparcia.pl pod numerem 800 70 22 22, oferująca całodobową pomoc osobom w kryzysie, zarówno przez rozmowę telefoniczną, jak i chat, w tym dyżury specjalistów tj.: psychiatry, prawnika, pracownika socjalnego, terapeuty uzależnień, asystenta zdrowienia, seksuologa. Realizatorem zadania jest Fundacja ITAKA.

W mediach regularnie przekazywane są informacje dotyczące możliwości korzystania z pomocy psychologicznej, stanowiącej krok w kierunku siły i zdrowia, a nie oznakę słabości (materiały na temat zapobiegania samobójstwom, w tym ramka pomocowa dostępne są na stronie [ww. Biura,](https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/biblioteka/) pod linkiem: <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/biblioteka/> . Działania te mają na celu zwiększenie wiedzy na temat dostępnych form pomocy.

W ramach przeciwdziałania zjawisku stygmatyzacji, realizowana jest od 2022 r. przez Fabrykę Komunikacji Społecznej kampania edukacyjno-informacyjna pt. „Zobacz człowieka”, której celem jest przeciwdziałanie stygmatyzacji i autostygmatyzacji osób doświadczających zaburzeń i chorób psychicznych. Kampania skierowana jest do całego społeczeństwa, a przede wszystkim młodzieży i młodych dorosłych w wieku 16-30 lat, a także mężczyzn w wieku 30-45 lat, ze szczególnym uwzględnieniem osób zamieszkujących mniejsze miejscowości, poniżej 5 tys. mieszkańców. Więcej informacji na jej temat można znaleźć na stronie internetowej: www.zobaczczlowieka.pl.

Zakres międzysektorowych działań oraz zalecanych rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia psychicznego został wskazany w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030, przyjętego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 (Dz. U. z 2023 r. poz. 2480). Priorytetowe zadania Programu są skupione na zapewnianiu osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki, wsparcia adekwatnych do ich potrzeb, poprzez rozwój środowiskowej opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych.

Ponadto, zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wszyscy świadczeniobiorcy, na zasadach w niej określonych, mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Dodatkowo odnosząc się do kwestii zapewnienia wsparcia psychologicznego należy wskazać, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2019r. poz. 1285 z późn. zm.), świadczeniobiorcy z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, mogą korzystać ze świadczeń psychologicznych - porad psychologicznych lub sesji psychoterapii.

Należy również zauważyć, iż zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), dalej również jako: „ustawa o świadczeniach”, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują m.in. promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Powinność powyższa jest realizowana w głównej mierze w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy o świadczeniach, osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały zakwalifikowane jako gwarantowane i znalazły się w wykazach określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia (tzw. Rozporządzeniach koszykowych), wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Świadczenia gwarantowane finansowane są przez publicznego płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia) na terenie Polski, co do zasady jedynie w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych pomiędzy świadczeniodawcą, a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach świadczeniobiorcy (pacjentowi) przysługują świadczenia gwarantowane m.in. z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, podstawowej opieki zdrowotnej, programów zdrowotnych.

Odnosząc się do treści interpelacji poselskiej w zakresie zmniejszenia luki w dostępie mężczyzn do wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego należy wskazać, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285, ze zm.) przewidują równy dostęp do świadczeń niezależnie od płci. Należy wskazać na brak wcześniejszych sygnałów wskazujących na nierówny dostęp do świadczeń, wynikający z konstrukcji ww. przepisów. Do Ministerstwa Zdrowia nie wpływały sygnały od Konsultantów Krajowych czy Wojewódzkich świadczące o potrzebie wprowadzenia zmian w tym zakresie. Obecnie, świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ww. zakresie są świadczeniami dedykowanymi całemu społeczeństwu, bez podziałów na płeć, a w Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone obecnie prace mające na celu zmianę zmierzającą w tym kierunku.

Należy jednak zauważyć, iż w przypadku najczęściej występującego u mężczyzn nowotworu, czyli raka gruczołu krokowego - podstawowym

badaniem w tym kierunku jest badanie PSA. PSA to antygen gruczołu krokowego, białko wytwarzane przez komórki stercza, parametr ten jest kluczowym markerem w diagnostyce raka gruczołu krokowego. Jego stężenie można oznaczyć w zwykłym badaniu krwi. Badanie PSA zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1427 z późn. zm.) może być zlecone przez lekarza POZ, co oznacza, że dostępność do tego badania jest zapewniona na bardzo wysokim poziomie. Podkreślenia jednak w tym miejscu wymaga, iż obowiązujące przepisy nie różnicują pacjentów korzystających ze świadczeń POZ ze względu na płeć. Świadczenia, które są gwarantowane uwzględniają specyficzne potrzeby zdrowotne zarówno kobiet, jak i mężczyzn.

Należy w tym miejscu również wskazać na aktualnie realizowany program Profilaktyka 40 PLUS. Zgodnie z programem osoby powyżej 40 roku życia i starsze mogą wykonać kontrolne badania laboratoryjne. W programie przewidziano pakiet badań diagnostycznych dla mężczyzn, w którym znajduje się badanie PSA (antygen swoisty dla stercza całkowity), które pozwala na wczesne wykrycie zmian na podstawie poziomu antygenu specyficznego dla prostaty. Badania wykonuje się na podstawie skierowania, które każdy zainteresowany pacjent może wygenerować na swoim Indywidualnym Koncie Pacjenta po wypełnieniu Ankiety profilaktycznej. Celem programu jest zwiększenie liczby osób wykonujących badania, wczesne wykrywanie chorób i zaburzeń oraz zapobieganie ich rozwojowi.

W ramach z Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030 (dalej: NSO), w zakresie programów profilaktycznych skierowanych do mężczyzn planowane i podejmowane działania profilaktyczne, to:

- od 2021 r. prowadzony jest program badań w kierunku wykrywania raka płuca, a od 2025 r. zostanie wprowadzony program badań przesiewowych, w grupach wysokiego ryzyka w kierunku wykrywania nowotworów płuca;
- w 2028 r. planowane jest wprowadzenie programu badań przesiewowych, w grupach wysokiego ryzyka w kierunku wykrywania nowotworów gruczołu krokowego.

W ramach kampanii *Planuję Długie Życie* realizowanej w ramach NSO, której celem jest zwiększenie świadomości Polaków na temat ryzyka rozwoju chorób nowotworowych przygotowano i wykonano łącznie pakiety materiałów filmowo-graficznych dla 14 obszarów tematycznych, w tym również dla obszaru dotyczącego badań profilaktycznych dla mężczyzn. Szczegóły kampanii *Planuję Długie Życie* dostępne są na stronie <https://planujedlugiezycie.pl/>. Bohaterami pozostałych filmów edukacyjnych dotyczących różnych grup nowotworów (nie tylko męskich) są zarówno kobiety, jak i mężczyźni, gdyż problemy chorób onkologicznych dotyczą w większości przypadków obojga płci. Realizacja zadań

informacyjno-promocyjno- edukacyjnych jest planowana w trybie ciągłym na lata 2020-2030, czyli w całym okresie obowiązywania Narodowej Strategii Onkologicznej.

W ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 działania profilaktyczne nie są różnicowane ze względu na płeć. Głównym celem Programu jest redukcja umieralności z powodu chorób serca i naczyń wśród mężczyzn i kobiet, aktualne podejmowane działania w zakresie profilaktyki, to:

- wprowadzana jest kampania informacyjno-edukacyjna skierowana jest do mężczyzn i kobiet, w której wyodrębniono 10 obszarów, które muszą być utrzymywane w jak najlepszym zdrowiu, co pozwoli na zmniejszenie ryzyka chorób układu krążenia. Obszary obejmują:
 1. optymalne ciśnienie tętnicze;
 2. optymalne stężenie cholesterolu;
 3. optymalne stężenie glukozy;
 4. prawidłowa waga;
 5. niepalenie tytoniu;
 6. zdrowe żywienie;
 7. aktywność fizyczna;
 8. niepicie alkoholu;
 9. zdrowy sen;
 10. redukcja stresu.

Wprowadzenie tej *10 dla serca* ma na celu nie tylko zwiększenie świadomości na temat profilaktyki chorób serca, ale przede wszystkim zachęcenie mężczyzn i kobiety do aktywnego podejmowania konkretnych działań na rzecz swojego zdrowia.

- opracowany został *Kalkulator Stanu Zdrowia* w obszarze chorób układu krążenia (aktualnie aplikacja jest w fazie testów), który będzie pozwalał na wyodrębnienie obszarów *10 dla serca* wymagających interwencji. Uruchomienie aplikacji planowane jest w Internetowym Koncie Pacjenta. Narzędzie to będzie służyć do oceny aktualnego i przyszłego (prognozowanego) stanu zdrowia w odniesieniu do chorób układu krążenia.

Ad 3. Dyskryminacja mężczyzn w prawie rodzinnym

Art. 18 Konstytucji RP wskazuje na obowiązki państwa w zakresie ochrony rodziny i rodzicielstwa, a więc także ojcostwa. Szereg przepisów ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2023 r. poz. 2809; zwana dalej „k.r.o.”) dotyczących władzy rodzicielskiej czy stanowiących o obowiązkach i prawach rodziców względem dziecka, nie odnosi się bezpośrednio do płci rodzica. Prawo rodzinne w Polsce niewątpliwie wymaga jednak nowelizacji, w tym w zakresie praw i obowiązków rodzicielskich, a zadanie to zostało postawione przed Komisją

Kodyfikacyjną Prawa Rodzinnego, powołaną na wniosek Ministra Sprawiedliwości. Przykładowo, w sferze regulacji prawnych nie został jeszcze znowelizowany art. 10 § 1 k.r.o., różnicujący minimalny wiek pozwalający na zawarcie małżeństwa przez mężczyzn (18 lat) i kobiety (16 lat). Wyrównanie wieku nupturientów będzie przedmiotem dyskusji ekspertów w ramach Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Rodzinnego, jako Ministra ds. Równości skierowałam również wystąpienie w tej sprawie do Ministra Sprawiedliwości.

Jak wskazuje Minister Sprawiedliwości, szereg przepisów prawa rodzinnego umożliwi sprawowanie władzy rodzicielskiej wspólnie przez oboje rodziców. Priorytetowe znaczenie ma takie rozstrzygnięcie sądu, w którym sąd orzekając o rozwodzie (separacji) albo wydając orzeczenie opiekuńcze, w przypadku rozłączenia rodziców, pozostawi władzę rodzicielską im obojgu i to nawet wówczas, gdy nie przedłożą oni pisemnego porozumienia co do sposobu jej wykonywania.

Odnosnie władzy rodzicielskiej nad dzieckiem MS wskazał na dane statystyczne sądów rejonowych, z których wynika, że w 2023 r. jedynie 428 ojców złożyło wniosek o powierzenie im wykonywania władzy rodzicielskiej. W tym samym roku liczba kobiet, które złożyły taki wniosek wyniosła 1684. Przywołane dane wskazują, że mężczyźni znacznie rzadziej niż kobiety wnoszą o powierzenie im władzy rodzicielskiej – jest to jeden z powodów dysproporcji pojawiających się w liczbie orzeczeń dotyczących tej materii.

Z kolei z danych statystycznych, dotyczących ustalenia kontaktów z dzieckiem wynika, że w Polsce zjawisko izolacji dzieci od jednego z rodziców nie jest powszechne. W 2023 r. do sądów powszechnych wpłynęło:

- **13.785 spraw o ustalenie kontaktów z dzieckiem**, z czego rozpatrzono 13.461 spraw, w tym:
 - a) w 2.191 sprawach uwzględniono wniosek o ustalenie kontaktów w całości lub w części,
 - b) w 585 sprawach oddalono wniosek,
 - c) w 2.534 sprawach zwrócono wniosek,
 - d) w 83 sprawach odrzucono wniosek,
 - e) w 5.419 sprawach umorzono postępowanie (w 2.832 sprawach wobec zawarcia przez rodziców ugody przed sądem, w 603 sprawach wobec zawarcia przez rodziców ugody w toku mediacji, w 1.128 sprawach wobec cofnięcia wniosku).
- **4.645 spraw o zmianę kontaktów**, z czego rozpatrzono 4.516 spraw, w tym:
 - a) w 1.366 sprawach uwzględniono wniosek w całości lub w części,
 - b) w 251 sprawach oddalono wniosek,
 - c) w 427 sprawach zwrócono wniosek,
 - d) w 31 sprawach odrzucono wniosek,
 - e) w 1.704 sprawach umorzono postępowanie (w 1.014 sprawach wobec zawarcia ugody przed sądem, w 209 sprawach wobec zawarcia ugody w toku mediacji, w 278 sprawach wobec cofnięcia wniosku).

- **3.728 spraw o wykonywanie kontaktów z małoletnim dzieckiem**, z czego załatwiono 3.727 spraw, w tym:
 - a) w 234 sprawach uwzględniono wniosek w całości lub w części,
 - b) w 557 sprawach oddalono wniosek,
 - c) w 1.299 sprawach zwrócono wniosek,
 - d) w 28 sprawach odrzucono wniosek,
 - e) w 1.252 sprawach umorzono postępowanie (w 19 sprawach wobec zawarcia ugody przed sądem, w 9 sprawach wobec zawarcia ugody w toku mediacji, w 426 sprawach wobec cofnięcia wniosku).

Równocześnie w 2023 r. sądy wydały:

- **388 orzeczeń**, w których osobie, pod której opieką pozostaje dziecko, niewykonującej (albo niewłaściwie wykonującej) obowiązki wynikające z orzeczenia albo z ugody zawartej przed sądem lub przed mediatorem w przedmiocie kontaktów z dzieckiem, zagrożono nakazaniem zapłaty oznaczonej sumy pieniężnej na rzecz osoby uprawnionej do kontaktu z dzieckiem,
- **96 orzeczeń**, w których osobie uprawnionej do kontaktu z dzieckiem albo osobie, której tego kontaktu zakazano, naruszającej obowiązki wynikające z orzeczenia albo ugody zawartej przed sądem lub przed mediatorem w przedmiocie kontaktów z dzieckiem, zagrożono nakazaniem zapłaty oznaczonej sumy pieniężnej na rzecz osoby, pod której pieczę dziecko pozostaje,
- **143 orzeczeń**, w których nakazano zapłatę sumy pieniężnej, osobom wobec których uprzednio zagrożono jej nakazaniem.

W odniesieniu do pytania o pieczę naprzemienną wyjaśniam za Ministrem Sprawiedliwości, że konstrukcja art. 58 k.r.o. i art. 107 § 2 k.r.o. wskazuje, że w pierwszej kolejności to sami rodzice powinni decydować o sposobie wykonywania władzy rodzicielskiej i utrzymywaniu kontaktów z dzieckiem po rozwodzie (separacji) lub na wypadek rozłączenia. W sytuacji, gdy takiego porozumienia nie da się osiągnąć, mając na względzie prawo dziecka do wychowania przez oboje rodziców, sąd rozstrzygnie o sposobie wspólnego wykonywania władzy, a w konsekwencji takiego orzeczenia, co do zasady, dziecko będzie mogło mieszkać (naprzemiennie) u każdego z rodziców w okresach wskazanych w orzeczeniu. Dopiero, gdy przemawia za tym dobro dziecka, sąd może powierzyć wykonywanie władzy rodzicielskiej jednemu z rodziców, ograniczając władzę rodzicielską drugiego do określonych obowiązków i uprawnień.

Przepisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego nie tylko nie wykluczają pieczy naprzemienną, ale w stosunku do poprzedniego stanu prawnego znacząco rozszerzają możliwość stosowania jej przez sądy. W okresie poprzedzającym aktualny stan prawny obowiązywało bowiem rozwiązanie, w którym chociaż pozostawienie władzy obojgu rodzicom powiązane było z porozumieniem, jakie zawarli w tym zakresie, to jednak w jego braku, sąd, co do zasady, powierzał tę władzę jednemu z rodziców ograniczając ją

drugiemu. Aktualne brzmienie art. 58 i 107 k.r.o. sprzyja pozostawianiu władzy rodzicielskiej obojgu rodzicom, albowiem przyznając priorytet porozumieniu rodzicielskiemu ustawodawca zaakceptował, że również w jego ramach rodzice mogą przedstawić wariant sprawowania władzy rodzicielskiej i utrzymywania kontaktów z dziećmi w formie tzw. pieczy naprzemiennej. W sytuacji ustanowienia pieczy naprzemiennej, orzeczenie o kontaktach nie jest konieczne.

Zarówno art. 58 § 1 i 1a, jak i art. 107 § 1 i 2 k.r.o., regulujące sposób wykonywania władzy rodzicielskiej w przypadku rozvodu (separacji) lub rozłączenia rodziców, nie posługują wprost się pojęciem „pieczy naprzemienna”, lecz rozstrzygnięcie sądu na gruncie każdego z tych przepisów o wspólnym wykonywaniu władzy rodzicielskiej oznacza, że co do zasady władza rodzicielska sprawowana będzie poprzez pieczę naprzemienną.

Na marginesie warto wskazać, że treść art. 26 § 2 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061) również dowodzi możliwości orzekania o pieczy naprzemiennej. Zgodnie bowiem z jego brzmieniem, jeżeli władza rodzicielska przysługuje na równi obojgu rodzicom mającym osobne miejsce zamieszkania, a dziecko nie przebywa stale u żadnego z rodziców, o jego miejscu zamieszkania zdecyduje sąd opiekuńczy.

Rozstrzygnięcie o pieczy naprzemiennej następuje w oparciu o art. 582¹ § 4, 598²² oraz 756² § 1 pkt 3 i § 2 ustawy z 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2024 r. poz.1568). Następuje w nich odwołanie do orzeczenia, „w którym sąd określił, że dziecko będzie mieszkać z każdym z rodziców w powtarzających się okresach”. Sformułowanie to stanowi wskazówkę dla sądu wydającego orzeczenie o władzy rodzicielskiej w sprawie o rozwód (separację) lub w przypadku rozłączenia rodziców, w zakresie wskazania czasowych ram sprawowania pieczy naprzemiennej. Jednocześnie ich umiejscowienie rozstrzyga o możliwości podejmowania czynności przez uczestników postępowania i sąd w sposób jak w przypadku orzeczeń ustalających kontakty.

Podkreślić należy, że każdorazowo sposób uregulowania wykonywania władzy rodzicielskiej musi być zgodny z naczelną zasadą prawa rodzinnego, jaką jest dobro dziecka. W pierwszej kolejności to sami rodzice powinni decydować o sposobie wykonywania władzy rodzicielskiej i utrzymywaniu kontaktów z dzieckiem po rozwodzie (separacji) lub na wypadek rozłączenia. Z kolei, nawet przy braku porozumienia, mając na względzie prawo dziecka do wychowania przez oboje rodziców, sąd rozstrzygnie o sposobie wspólnego wykonywania przez nich tej władzy. Już w obecnym brzmieniu wymienionych przepisów, prawo to ma pierwszeństwo w przypadku ewentualnego konfliktu pomiędzy rodzicami. Nawet, gdyby na skutek konfliktu do porozumienia nie doszło, to jego brak ma mniejsze znaczenie niż prawo dziecka do wychowania przez oboje rodziców.

Sąd każdorazowo dokonuje oceny, w odniesieniu do konkretnych okoliczności, czy rozstrzygnięcie o pieczy naprzemienną będzie zgodne z dobrem dziecka. Warunkiem zastosowania wykonywania władzy rodzicielskiej przez oboje rodziców jest przede wszystkim zdolność rodziców do komunikacji i współpracy przy podejmowaniu decyzji w sprawach dziecka i w obecności dziecka, ich wola zastosowania takiego rozwiązania, wysokie kwalifikacje wychowawcze rodziców, dotychczasowy charakter i intensywność więzów łączących ich z dzieckiem, możliwość potencjalnego zdezorganizowania życia szkolnego i społecznego dziecka, a ponadto odległość pomiędzy miejscami zamieszkania rodziców, charakter i godziny ich pracy oraz wiek i liczbę dzieci. Istnienie mocnego konfliktu uniemożliwiającego zgodne komunikowanie się między rodzicami, może stanowić ważny argument na rzecz innego niż pieczy naprzemienna rozstrzygnięcia przez sąd w przedmiocie wykonywania władzy rodzicielskiej.

Ustalenie czynników, które przemawiają za ustanowieniem, zgodnie z dobrem dziecka, pieczy naprzemienną oraz takich, które stwarzają zagrożenie tego dobra, stanowi zadanie sądu. Powierzenie władzy rodzicielskiej obojgu rodzicom wymaga od nich stałej współpracy we wszystkich sprawach dotyczących dziecka, zarówno tych istotnych, jak i bieżących. Brak porozumienia nie rokuje na właściwe i bezkonfliktowe wspólne wykonywanie władzy rodzicielskiej. Posiadanie przez oboje rodziców pełni władzy rodzicielskiej i brak współpracy w tym zakresie między nimi będzie rodzić kolejne konflikty. Dla wskazania wyraźniejszej niż dotychczas podstawy orzekania tzw. „pieczy naprzemienną/współdzieloną” rozważana jest m.in. modyfikacja art. 58 i 107 k.r.o.

Jednocześnie Ministerstwo Sprawiedliwości poinformowało, że dostrzega problem niewystarczającej skuteczności unormowań regulujących kwestię wykonywania kontaktów ustalonych orzeczeniem sądu albo na mocy ugody zawartej przed sądem lub mediatorem. Z tego względu w Ministerstwie Sprawiedliwości prowadzone są zawansowane prace nad projektem ustawy o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw, którego celem jest zmiana unormowań regulujących postępowanie o wykonywanie kontaktów, tak by z jednej strony zapewnić większą efektywność tego postępowania, a z drugiej zagwarantować respektowanie w tym postępowaniu autonomicznej woli dziecka.

Specyficzne problemy ojców dostrzegane są zarówno przez Sekretarza Stanu Katarzynę Kotulę, która spotkała się z przedstawicielami organizacji działających na rzecz praw mężczyzn, jak i przez Ministerstwo Sprawiedliwości, którego kierownictwo spotkało się kilkakrotnie z reprezentacją środowisk ojcowskich. Obecnie trwają prace nad zgłoszonymi przez to środowisko postulatami.

W kontekście pytania o szkolenia dla sędziów, prokuratorów i pracowników sądownictwa, wyjaśniam, że szeroką ofertę szkoleniową dla

tych grup zawodowych zapewnia Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury. W listopadzie 2024 r. w programie szkoleń ustawicznych przewidziano m.in. szkolenie „Sposoby ingerencji sądu opiekuńczego w zakres władzy rodzicielskiej”, „Egzekucja orzeczenia ustalającego kontakty z małoletnim” i „Dochodzenie roszczeń alimentacyjnych w imieniu i na rzecz małoletniego”. Szkolenia są adresowane do sędziów orzekających w wydziałach rodzinnych i nieletnich oraz asystentów sędziów orzekających w tych wydziałach, a także prokuratorów i asesorów prokuratury zajmujący się sprawami z zakresu prawa rodzinnego i cywilnego. Z treścią pełnej oferty Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury można się zapoznać pod tym adresem: <https://www.kssip.gov.pl/szkolenia>

Ad 4. Równość w dostępie do szkolnictwa i wsparcie dla chłopców w edukacji

Rozwiązania prawne dotyczące realizacji obowiązku szkolnego i obowiązku nauki w szkołach publicznych są emanacją konstytucyjnych praw i obowiązków obywatelskich (art. 35 i następane ustawy z dnia 14 grudnia 2006 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737) w związku z art. 70 Konstytucji). Przepisy oświatowe w żaden sposób nie różnicują obywateli w dostępie do edukacji. Zgodnie z przepisami art. 36 ust. 8 i 9 ww. ustawy oba obowiązki mogą być realizowane w szkole publicznej lub niepublicznej – decyzja w tym zakresie należy do rodziców uczennicy albo ucznia (obowiązek nauki – poziom szkoły ponadpodstawowej, w określonych w ustawie przypadkach może być również realizowany u pracodawcy) albo poza nią, jeżeli rodzice wyrażą taką wolę i przejmą na siebie zadania szkoły (art. 37 ustawy – Prawo oświatowe).

Szkoły i placówki powinny zapewniać równe traktowanie uczennic i uczniów bez względu na płeć, w tym obowiązkowo przestrzegać praw człowieka. Środkiem zabezpieczającym i wzmacniającym równe traktowanie uczennic i uczniów w edukacji są:

- przepisy ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe;
- treści nauczania i wychowania określone w podstawie programowej;
- działania wychowawcze i profilaktyczne prowadzone przez nauczycieli;

Obowiązkiem szkoły jest zapewnienie każdemu uczniowi – niezależnie od płci – warunków niezbędnych do jego rozwoju oraz przygotowanie do wypełniania obowiązków obywatelskich w oparciu o zasady solidarności, demokracji, tolerancji, sprawiedliwości i wolności. Zakres celów, treści nauczania i wychowania określony w podstawach programowych dotyczy praw człowieka, poszanowania godności człowieka, tolerancji, sprawiedliwości i wolności.

Kwestie dotyczące równości kobiet i mężczyzn zaznaczone są także w treściach programowych zajęć i kładą nacisk m.in. na kształtowanie

umiejętności przyjmowania integralnej wizji osoby, wyboru i urzeczywistniania wartości służących osobowemu rozwojowi, podejmowania wysiłku samowychowawczego, rozwiązywania problemów oraz poszanowania innej osoby, profilaktyki i przeciwdziałania zagrożeniom. Zakres treści nauczania ustalonych w podstawie programowej może być rozwijany i doprecyzowywany przez nauczyciela w programie nauczania, ze szczególnym uwzględnieniem indywidualnych potrzeb uczniów. Uczniowie i uczennice mogą omówić z nauczycielem również interesujące ich problemy, czy zagadnienia spoza podstawy programowej.

Szkoła podejmuje również działania i zajęcia wyrównujące szanse edukacyjne uczniów w celu rozwinięcia podstawowych umiejętności, służących świadomemu uczeniu się. Zajęcia te uwzględniają indywidualne potrzeby uczniów, wzmacniają własne siły i umożliwiają w przyszłości osiągnięcie przez nich sukcesów edukacyjnych.

Każda szkoła i placówka ma obowiązek realizacji programu wychowawczo-profilaktycznego, który środowisko szkolne przygotowuje na podstawie wyników corocznej diagnozy potrzeb rozwojowych uczniów, w tym czynników chroniących i czynników ryzyka. Program wychowawczo-profilaktyczny uchwała rada rodziców w porozumieniu z radą pedagogiczną i obejmuje treści i działania o charakterze wychowawczym, skierowane do uczniów oraz o charakterze profilaktycznym, skierowane do uczniów, nauczycieli i rodziców. Członkostwo w gremiach odpowiadających za kształtowanie programu wychowawczo-profilaktycznego dostępne jest zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn.

To środowisko szkolne decyduje o działaniach wychowawczych i profilaktycznych, które powinny być realizowane w danej szkole.

Przepisy oświatowe umożliwiają szkole organizację działań zapobiegających niepożądanym zjawiskom i zachowaniom oraz wspierających, m.in. w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Organizacja pomocy psychologiczno-pedagogicznej należy do kompetencji dyrektora placówki, ale sama inicjatywa może należeć do wychowawcy, rówieśników, rodziców.

Zadaniem nauczycieli i pedagogów jest inicjowanie różnych form pomocy uczniom w środowisku szkolnym i pozaszkolnym. W szkole pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana jest w podczas bieżącej pracy z uczniem oraz przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, a także m.in. w formie zajęć specjalistycznych.

Nadzór pedagogiczny w szkole lub placówce sprawuje dyrektor, zaś nad szkołami mającymi siedzibę na obszarze danego województwa nadzór sprawuje właściwy terytorialnie kurator oświaty, który w przypadku otrzymania niepokojących sygnałów podejmuje stosowne działania, w zakresie swoich kompetencji. Do zakresu nadzoru pedagogicznego należy, m.in. przestrzeganie praw dziecka i praw ucznia oraz upowszechnianie wiedzy o tych prawach.

Ad 5. Dyskryminacja w obowiązku służby wojskowej

W odniesieniu do kwestii obowiązku służby wojskowej informuję, że art. 85 ust. 1 Konstytucji RP nakłada na każdego obywatela i obywatelkę obowiązek obrony Ojczyzny. Zakres tego obowiązku określają przepisy ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. z 2024 r., poz. 248), w szczególności jej art. 5, zwalniający od obowiązku pełnienia służby wojskowej m.in. kobiety w ciąży i okresie 6 miesięcy po porodzie, opiekunów (niezależnie od płci) dzieci do lat 8 oraz jedynek opiekunów (niezależnie od płci) dzieci do lat 18, osób obłożnie chorych i z niepełnosprawnościami. Zgodnie z art. 57 ust. 7 ustawy o obronie Ojczyzny Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw administracji publicznej corocznie określa, w drodze rozporządzenia, roczniki i grupy osób, które podlegają obowiązkowi stawienia się do kwalifikacji wojskowej. Przepisy te dotyczą również kobiet (w określonym wieku), posiadających kwalifikacje przydatne do służby wojskowej.

Ponadto, Rada Ministrów - w rozporządzeniu z dnia 13 lipca 2023 r. w sprawie wskazania grup kobiet poddawanych obowiązkowi stawienia się do kwalifikacji wojskowej (Dz. U. poz. 1520) – wskazała szczegółowo stanowiska służbowe lub funkcje, na które kieruje się kobiety do służby wojskowej.

Ad 6. Dyskryminacja w prawie pracy i świadczeniach

Uprzejmie informuję, że z dniem 3 sierpnia 2016 r., kiedy weszła w życie nowelizacja art. 176 kodeksu pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1053) zniesiony został ogólny zakaz zatrudniania kobiet przy pracach szczególnie uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych, m.in. pod ziemią. Obecne brzmienie przepisu odnosi się do ochrony kobiet w ciąży i karmiących, ze względu na duże ryzyko niektórych prac dla płodu ludzkiego lub rozwoju dziecka karmionego w sposób naturalny. Wydane na jego podstawie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 kwietnia 2017 r. w sprawie wykazu prac uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet w ciąży i kobiet karmiących dziecko piersią (Dz.U. z 2017 r. poz. 796) w minimalny sposób ingeruje w konstytucyjną wolność wyboru zawodu przez obywatelki i obywateli RP, przy równoczesnym poszanowaniu innych dóbr prawem chronionych, w szczególności zdrowia kobiety ciężarnej, noworodka i niemowlęcia – jako grup szczególnie narażonych.

Na podstawie art. 232 Kodeksu pracy, pracodawca jest obowiązany zapewnić pracownikom zatrudnionym w warunkach szczególnie uciążliwych, nieodpłatnie, odpowiednie posiłki i napoje, jeżeli jest to niezbędne ze względów profilaktycznych. Należy więc podkreślić, że przepis ten dotyczy wszystkich pracowników, niezależnie od płci. Rodzaje posiłków i napojów oraz wymagania, jakie powinny spełniać, a także przypadki i warunki ich

wydawania określono w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie profilaktycznych posiłków i napojów (Dz. U. poz. 279, z późn. zm.). W § 3 ust. 1 ww. rozporządzenia zawarte są normy dotyczące efektywnego wydatku energetycznego organizmu w ciągu zmiany roboczej, uprawniające do otrzymania posiłku profilaktycznego. Warto zwrócić uwagę, że chociaż ich wartości są różne w odniesieniu do mężczyzn i kobiet, to jest to uzasadnione fizjologią organizmu każdej z płci.

Odnosząc się do zarzutu preferencji przy zatrudnianiu kobiet na określonych stanowiskach zwracam uwagę, że mechanizm minimalnych kwot kobiet i mężczyzn, przewidziany w Kodeksie Wyborczym przy wyborach proporcjonalnych do kolegialnych organów prawodawczych nie zapewnia objęcia mandatu przez określony odsetek kobiet i mężczyzn, gdyż wynik wyborów zależy od tajnej decyzji wyborców, których głosy mogą doprowadzić do wyłącznie żeńskiej albo wyłącznie męskiej reprezentacji w Sejmie RP, radach gmin, powiatów i sejmików wojewódzkich lub w Parlamencie Europejskim. Mechanizm kwotowy stanowi zatem jedynie przypomnienie dla wyborców i partii, by w procesie demokratycznym uczestniczyły zarówno kobiety jak i mężczyźni, ale nie wpływa bezpośrednio na „zatrudnienie” radnych i parlamentarzystów.

Wiążące kwoty osób pełniących określoną funkcję zawarte są w nieobowiązujących jeszcze:

1. ustawie o zmianie ustawy o sporcie oraz niektórych innych ustaw (druk Sejmowy nr 742), którą Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej dr Andrzej Duda skierował do kontroli przez Trybunał Konstytucyjny;
2. rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o ofercie publicznej i warunkach wprowadzania instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych oraz ustawy o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (numer w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rządu UC63), której uchwalenie wynika z nałożonego na Polskę obowiązku transpozycji dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2381 z dnia 23 listopada 2022 r. w sprawie poprawy równowagi płci wśród dyrektorów spółek giełdowych oraz powiązanych środków (Dz. Urz. UE L 315/44 z 07.12.2022 r.).

Tzw. działania wyrównawcze na rzecz kobiet, należących do płci niedostatecznie reprezentowanej w ogólnopolskich władzach związków sportowych, zarządach i radach nadzorczych spółek giełdowych zatrudniających co najmniej 250 pracowników, wydają się koniecznością wobec obecnych nierówności w liczbie kobiet i mężczyzn zajmujących te eksponowane stanowiska. Jako Ministra ds. Równości będę dążyła do osiągnięcia pełnej równości kobiet i mężczyzn, w tym poprzez kwoty i inne działania wyrównawcze, które ze względu na cel poprawy sytuacji grupy

dotychczas dyskryminowanej, nie stanowią naruszenia zasady równego traktowania, a wręcz tej zasady realizację.

Pozaprawne czynniki skutkujące feminizacją wielu zawodów w sektorze opiekuńczo-wychowawczym i medycznym oraz nadreprezentacją kobiet wśród personelu sprzątającego trudno nazwać wspomnianymi w treści interpelacji „preferencjami zatrudnienia dla kobiet na określonych stanowiskach”, gdyż są to zwody najgorzej płatne i niosące ze sobą duże ryzyko chorób zawodowych przy niewielkiej możliwości awansu. Krajowy Program Działań na rzecz Równego Traktowania na lata 2022–2030 (M. P. poz. 640) przewiduje liczne działania mające na celu eliminację luki płacowej i emerytalnej, zwiększenie odsetka kobiet kształcących się na kierunkach ścisłych oraz wyrównanie udziału kobiet i mężczyzn w wykonywaniu nieodpłatnych obowiązków domowych i opiekuńczo-wychowawczych.

Ad 7. Równość w systemie emerytalnym

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 67 gwarantuje obywatelom prawo do zabezpieczenia społecznego m.in. „po osiągnięciu wieku emerytalnego”. Zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa. Formy zabezpieczenia oraz rodzaje świadczeń i warunki nabywania do nich prawa, a także sposób ich finansowania, mogą być zróżnicowane. Głównym aktem prawnym regulującym powszechny wiek emerytalny jest ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1631), utrzymująca przyjęty w Polsce od 1954 r. wiek emerytalny wynoszący 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Rozwiązanie to jest zgodne z Konstytucją RP, co potwierdził wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 lipca 2010 r. (sygn. akt K 63/07), z regulacjami Międzynarodowej Organizacji Pracy, dotyczącymi systemów zabezpieczenia społecznego (Zalecenie nr 67 z 1944 r. dotyczące zabezpieczenia dochodu, Konwencja nr 102 z 1952 r. dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego, Konwencja nr 128 z 1967 r. dotycząca świadczeń w razie inwalidztwa, na starość i w razie śmierci żywiciela rodziny), jak również aktami wspólnotowymi (Dyrektywa nr 79/7/EWG z dnia 19 grudnia 1978 r. w sprawie stopniowej realizacji zasady równego traktowania mężczyzn i kobiet w dziedzinie zabezpieczenia społecznego oraz Dyrektywa nr 2006/54 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie wprowadzenia w życie zasady równości szans oraz równego traktowania mężczyzn i kobiet w dziedzinie zatrudnienia i pracy).

W przywołanym wyroku z 15 lipca 2010 r. TK orzekł, że art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w zakresie, w jakim przewiduje, że ubezpieczonym urodzonym po 31 grudnia 1948 r. przysługuje emerytura po osiągnięciu wieku emerytalnego wynoszącego co najmniej 60 lat dla kobiet i co najmniej 65 lat dla mężczyzn, jest zgodny z art. 32 i art. 33 Konstytucji RP. W prawie

międzynarodowym przyjęto, że świadczenia emerytalne powinny przysługiwać osobom, które ukończyły 65 lat, ale w ustalonych przypadkach wiek emerytalny może zostać podwyższony lub obniżony. Dyrektywa nr 79/7/EWG z dnia 19 grudnia 1978 r. w sprawie stopniowej realizacji zasady równego traktowania mężczyzn i kobiet w dziedzinie zabezpieczenia społecznego dopuszcza utrzymanie przez państwa członkowskie zróżnicowanego wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn w ustawowych systemach emerytalnych, jeśli zachodzą ku temu uzasadnione przesłanki społeczne. Dyrektywa nr 2006/54 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie wprowadzenia w życie zasady równości szans oraz równego traktowania mężczyzn i kobiet w dziedzinie zatrudnienia i pracy dotyczy systemów zabezpieczenia społecznego nieobjętych Dyrektywą nr 79/7/EWG, a więc systemów uzupełniających i dodatkowych, nakazuje wprowadzenie w nich jednakowego wieku emerytalnego. Nie dotyczy to jednak systemu powszechnego, co potwierdza Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (np. orzeczenie w sprawie C-559/07 – Grecja). Kwestia zrównania wieku emerytalnego była w Polsce szeroko dyskutowana, w pierwszym dwudziestoleciu XXI w., a zwłaszcza w latach 2011-2023. Ze względu na mechanizmy nowego systemu emerytalnego i brak przyzwolenia społecznego w zakresie postulatu zrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn, w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nie są obecnie prowadzone prace w tym zakresie.

Ad 8. Nierówne traktowanie kobiet i mężczyzn w systemie penitencjarnym

Osoby odbywające karę pozbawienia wolności w polskich zakładach karnych mają zapewnione równe warunki niezależnie od płci, choć kara odbywana jest oddzielnie przez więźniarki i więźniów. Podstawowym aktem prawnym, który reguluje kwestie wykonywania kar jest ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2024, poz. 706; dalej: k.k.w.). Przy dokonywaniu klasyfikacji skazanych kobiet i mężczyzn zgodnie z art. 82 § 2 k.k.w., stosuje się te same kryteria uwzględniając w szczególności: płeć, wiek, uprzednie odbywanie kary pozbawienia wolności, umyślność lub nieumyślność czynu, czas pozostałej do odbycia kary pozbawienia wolności, stan zdrowia fizycznego i psychicznego, w tym stopień uzależnienia od substancji psychoaktywnej, stopień demoralizacji i zagrożenia społecznego, rodzaj popełnionego przestępstwa, stosunek skazanej osoby do popełnionego przestępstwa. Wymienione wyżej czynniki mają różne znaczenie przy dokonywaniu klasyfikacji zewnętrznej, tj. przy wyborze właściwego systemu wykonywania kary, rodzaju i typu zakładu karnego – z tym że preferowane powinno być zakwalifikowanie do zakładu karnego typu półotwartego (zob. art. 87 § 2 k.k.w.), jak też wewnętrznej (rozmieszczenie wewnątrz zakładu karnego w sposób pozwalający dostosować środki i metody oddziaływania penitencjarnego do potrzeb osób skazanych). Tak

rozumiana klasyfikacja stwarza warunki sprzyjające indywidualnemu postępowaniu ze skazanymi, zapobieganiu szkodliwym wpływom skazanych zdemoralizowanych oraz zapewnieniu skazanym bezpieczeństwa osobistego.

Podstawowym celem wykonywania kary pozbawienia wolności jest kształtowanie pożądaných, a więc akceptowalnych społecznie postaw u skazanego (art. 67 § 1 k.k.w.). Oddziaływania, które zmierzają do realizacji ww. celu są prowadzone we wszystkich typach i rodzajach zakładów karnych, zarówno wobec skazanych kobiet jak i mężczyzn. Przyjmują one formę zindywidualizowanych działań dostosowanych do psychofizycznych właściwości skazanych, a także działań wobec grupy skazanych. Polegają m.in. na objęciu tych osób terapią, nauką w szkole lub na kursach oraz udziale w programach resocjalizacyjnych dedykowanych grupom skazanych o wyodrębnionych potrzebach i dysfunkcjach. Oferta programów resocjalizacyjnych, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn jest szeroka i różnorodna. Odpowiadają one problemom i potrzebom osób pozbawionych wolności, a ich zasadniczym celem jest readaptacja skazanych, umożliwiająca najlepsze ich przygotowanie do opuszczenia placówki penitencjarnej i społeczną reintegrację.

Zarówno kobiety jak i mężczyźni odbywający karę pozbawienia wolności mogą korzystać ze szkoleń i kursów zawodowych. Kryteria kierowania do nauczania wobec obu wymienionych wyżej płci są takie same. Ponadto, każda osoba pozbawiona wolności bez względu na płeć ma możliwość korzystania ze wsparcia psychologicznego. Może się to odbywać z inicjatywy osadzonego, ale również w wyniku stwierdzenia takiej potrzeby przez personel więzienny. Osoby skazane w miarę potrzeby, za ich zgodą, poddaje się także badaniom psychologicznym, psychiatrycznym i seksuologicznym. Badania takie mogą być wykonywane bezpośrednio po przyjęciu do aresztu śledczego i w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności. Zarówno skazane kobiety jak i mężczyźni, z uwagi na zdiagnozowane zaburzenia, deficyty i uzależnienia, obejmowani są specjalistyczną terapią w przeznaczonych do tego oddziałach terapeutycznych. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni przebywający w warunkach izolacji posiadają takie samo prawo do utrzymywania więzi z rodziną lub innymi bliskimi osobami poprzez korespondencję, rozmowy telefoniczne czy widzenia. Zarówno skazani mężczyźni, jak i kobiety, których postawa w czasie odbywania kary pozbawienia wolności uzasadnia przypuszczenie, że w czasie pobytu poza zakładem karnym będą przestrzegać porządku prawnego, przy spełnieniu wymogów formalnych, mogą mieć przyznaną nagrodę w postaci zezwolenia na widzenie bez dozoru, poza obrębem zakładu karnego, z osobą najbliższą lub osobą godną zaufania, na okres nieprzekraczający jednorazowo 30 godzin lub nagrodę w postaci zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego bez dozoru, na okres nieprzekraczający jednorazowo 14 dni. Decyzja o przyznaniu wyżej

wymienionych nagród ma zawsze charakter uznaniowy, nie zależy ona jednak od płci osoby skazanej.

W interpelacji nie wskazano źródeł dających podstawę do twierdzenia, że „w polskich więzieniach mężczyźni i kobiety traktowani są w różny sposób, często na niekorzyść mężczyzn”. Ta okoliczność znacząco utrudnia merytoryczne odniesienie się do zarzutu.

Faktem notoryjnie znanym jest to, że populacja kobiet osadzonych w polskich jednostkach penitencjarnych stanowi zaledwie około 5% wszystkich osadzonych (wg stanu na dzień 19 grudnia 2024 r. liczba osadzonych kobiet wynosiła 3 698 spośród 69 339 wszystkich osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych), co może wpływać na liczbę więźniów odbywających karę w poszczególnych zakładach karnych dla mężczyzn i więźniarek w zakładach karnych dla kobiet oraz liczbę osadzonych w poszczególnych celach wieloosobowych.

Skazani, kobiety jak i mężczyźni, są obejmowani oddziaływaniami penitencjarnymi i terapeutycznymi, które przyjmują formę zindywidualizowanych działań dostosowanych do ich właściwości psychofizycznych. Jednym z nich jest udział w programach resocjalizacyjnych. Oferta realizowanych programów jest obszerna, odpowiada problemom oraz potrzebom osób pozbawionych wolności i ma na celu przygotowanie skazanych do życia po opuszczeniu jednostki penitencjarnej.

Tabela 1 Dane liczbowe na dzień 18.12.2024 r. dotyczące udziału skazanych w poszczególnych kategoriach programów resocjalizacyjnych w roku 2024 .

	Kategoria programu resocjalizacji	Liczba programów	Ogólna liczba uczestników	Liczba kobiet	Liczba mężczyzn
1	Aktywizacja zawodowa i promocja zatrudnienia	281	3075	121	2954
2	Integracja rodzin	204	2090	167	1923
3	Kształtowanie umiejętności społecznych i poznawczych	2078	23145	1552	21593
3	Przeciwdziałanie agresji i przemocy	1489	13624	761	12863

4	Przeciwdziałanie prokryminalnym postawom	451	4933	138	4795
5	Przeciwdziałanie uzależnieniom oraz nadużywaniu alkoholu lub używaniu narkotyków	2065	21847	769	21078
6	Zapobieganie negatywnym skutkom izolacji, zwłaszcza wobec skazanych odbywających długoterminowe kary pozbawienia wolności	114	1213	27	1186
	SUMA	6682	69927	3535	66392

Podkreślić należy, że obie grupy skazanych, zarówno kobiety jak i mężczyźni odbywający karę pozbawienia wolności mogą korzystać z nauczania, brać udział w szkoleniach i kursach zawodowych. W 18 Centrach Kształcenia Ustawicznego przy zakładach karnych i aresztach śledczych, powołanych jest 15 szkół podstawowych dla dorosłych, które mają możliwość zapewnienia nauki dla 300 osadzonych, w tym 20 kobiet. Obecnie tj., w roku szkolnym 2024/2025 nauczanie na poziomie szkoły podstawowej realizowane jest w 5 oddziałach szkolnych (klasach) w 4 szkołach, w tym jedna szkoła z przeznaczeniem dla kobiet. W ww. Centrach Kształcenia Ustawicznego powołanych jest również 18 liceów ogólnokształcących dla dorosłych, które mają możliwość zapewnienia nauki dla minimum 360 osadzonych, w tym 20 kobiet. Obecnie istnieje możliwość zapewnienia nauki w liceum ogólnokształcącym dla maksymalnie 1440 słuchaczy, w tym dla 80 kobiet. W roku szkolnym 2024/2025 nauczanie na poziomie szkoły średniej realizowane jest w 18 szkołach i objętych jest 760 słuchaczy w 38 oddziałach szkolnych (klasach), w tym jedna szkoła (jedna klasa) dla 20 kobiet. W każdym roku szkolnym na kwalifikacyjnych kursach zawodowych zapewnia się około 3 300 miejsc zgodnie z zapotrzebowaniem. Uruchamiane są następujące kwalifikacyjne kursy zawodowe:

- dla kobiet: krawiec, kucharz, cukiernik,
- dla mężczyzn: krawiec, kucharz, cukiernik, piekarz, monter zabudowy i robót wykończeniowych w budownictwie, murarz-tylnik, betoniarz zbrojarz, monter sieci i instalacji sanitarnych, ślusarz, introligator, elektryk, elektromechanik, elektronik, mechanik monter maszyn i urządzeń, fryzjer,

operator obrabiarek skrawających, operator procesów introligatorskich, stolarz, blacharz, informatyk, fotograf, górnik eksploatacji podziemnej, tapicer, technik żywienia i usług gastronomicznych, technik architektury krajobrazu, technik budownictwa, technik informatyk, technik fotografii i multimediiów, technik elektryk, technik elektronik, technik robót wykończeniowych w budownictwie, technik grafiki i poligrafii cyfrowej.

Tabela 2 Szkolenie kursowe kobiet i mężczyzn w jednostkach penitencjarnych w 2023 r.*). Sporządzono w oparciu o dane statystyczne przekazane przez OISW.

Wyszczególnienie ZBIORCZO 2023 r.	Ogółem (razem 2+3+4)	Skazani według grup klasyfikacyjnych			
		M	P	R	
0	1	2	3	4	
Liczba kursów	281				
Liczba skazanych objętych nauczaniem kursowym (2682)	mężczyźni	2555	53	1077	1425
	kobiety	127	0	80	47
Liczba absolwentów (2655)	mężczyźni	2532	52	1064	1416
	kobiety	123	0	76	47

Skazani wymagający oddziaływań terapeutycznych (zarówno kobiety, jak i mężczyźni) kierowani są do oddziałów terapeutycznych, w których realizowane są programy adresowane do osób pozbawionych wolności:

- uzależnionych od alkoholu (34 oddziały, w tym 3 oddziały dla kobiet),
- uzależnionych od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych (20 oddziałów, w tym 2 dla kobiet),
- dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo (24 oddziały, w tym 2 dla kobiet).

Jednym z ważnych środków oddziaływania na osoby pozbawione wolności jest praca, pozwalająca skazanym w osiągnięciu stabilizacji życiowej po odbyciu kary a także regulowanie posiadanych zobowiązań.

Tabela 3 . Populacja jednostek organizacyjnych Służby Więziennej, stan na dzień 19.12.2024 r. na podstawie danych z Centralnej Bazy Danych Osób Pozbawionych Wolności:

Populacja jednostek na	Liczba osadzonych	w tym o statusie prawnym

dzień 19.12.2024 r.	Ogółem	SK i UK*	TA**	nieustalony
mężczyźni i kobiety (razem)	69 339	60 779	8 396	164
mężczyźni	65 641	57 634	7 849	158
kobiety	3 698	3 145	547	6
% mężczyzn w stosunku do całej populacji	95%	95%	93%	96%
% kobiet w stosunku do całej populacji	5%	5%	7%	4%

Tabela 4. Liczba zatrudnionych, stan na dzień 19.12.2024 r. na podstawie danych z Centralnej Bazy Danych Osób Pozbawionych Wolności:

zatrudnieni:	Liczba osadzonych zatrudnionych	w tym o statusie prawnym		
	Ogółem	SK i UK*	TA**	nieustalony
mężczyźni i kobiety (razem)	32 574	32 313	224	37
mężczyźni	30 716	30 507	173	36
kobiety	1 858	1 806	51	1

* skazani i ukarani

** tymczasowo aresztowani

Wprowadzie art. 12a ustawy o z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyłącza stosowanie przepisów ww. ustawy wobec m.in. osadzonych, to jednak udzielanie świadczeń osadzonym odbywa się na mocy art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 k.k.w. Skazany ma prawo do m.in. odpowiedniego ze względu na zachowanie zdrowia świadczeń zdrowotnych - skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne. Świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Świadczenia opieki zdrowotnej, udzielane osobom pozbawionym wolności, finansowane są w całości z

budżetu państwa. W trakcie pobytu w Zakładzie Karnym, płatnikiem udzielanych świadczeń zdrowotnych osadzonym nie jest Narodowy Fundusz Zdrowia ale Minister Sprawiedliwości. Niedawny wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 11 lipca 2024 r. w sprawie ze skargi nr 21842/20 W.W. przeciwko Polsce potwierdza, że w zakres świadczeń przysługujących na koszt Skarbu Państwa więźniarkom i więźniom odbywającym karę pozbawienia wolności w zakładach karnych wchodzi terapia hormonalna w przypadku dysforii płci.

Powyższe dane, biorąc pod uwagę liczbę osadzonych mężczyzn i kobiet w polskich jednostkach penitencjarnych, nie wskazują na dyskryminację mężczyzn. Także przywołane obowiązujące przepisy i ich realizacja przez Służbę Więzienną nie wskazują na dyskryminację mężczyzn. Służba Więzienna realizując cel wykonywania kary pozbawienia wolności dba o praworządne traktowanie wszystkich osób pozbawionych wolności bez względu na właściwości osobiste, czy płeć.

Biorąc powyższe pod uwagę, po konsultacji z Ministrem Sprawiedliwości, stwierdzam, że omówione rozwiązania prawne nie wymagają zmian ani wydania dodatkowych wytycznych Służbie Więziennej.

Ad 9. Wsparcie dla mężczyzn w kryzysie bezdomności

Definicja osoby w kryzysie bezdomności zawarta w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1283), nie rozróżnia osób ze względu na płeć ani wiek. Zgodnie z art. 6 pkt 8 ww. ustawy za osobę bezdomną uważa się osobę „niezamieszkujejącą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osobę niezamieszkujejącą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania”. Zgodnie z Ogólnopolskim Badaniem Liczby Osób Bezdomnych, przeprowadzonym na zlecenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w lutym ub.r., w Polsce zdiagnozowano 31 042 osób w kryzysie bezdomności, z czego 80% stanowili mężczyźni (24 880 osoby). Art. 16 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej stanowi, że gmina i powiat obowiązane zgodnie z przepisami ustawy do wykonywania zadań pomocy społecznej, nie mogą odmówić pomocy osobie potrzebującej, mimo istniejącego obowiązku osób fizycznych lub osób prawnych do zaspokajania jej niezbędnych potrzeb życiowych. Do zadań własnych gminy należy m. in. przyznawanie i wypłacanie zasiłków specjalnych celowych, prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki (art. 17). Specyficzne formy wsparcia osób będących w kryzysie bezdomności określa art. 48a ustawy o pomocy społecznej, zgodnie z którym udzielenie schronienia następuje przez

przyznanie tymczasowego miejsca w noclegowni, schronisku dla osób bezdomnych, schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi oraz w ogrzewalni. Przywołany artykuł określa także definicje oraz warunki udzielania wsparcia w poszczególnych formach, tak aby umożliwić dostosowanie go do potrzeb beneficjenta. W kontekście schronisk dla osób bezdomnych, schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, noclegowni i ogrzewalni przeznaczonych wyłącznie dla mężczyzn, we wszystkich województwach jest ich w sumie 214 i mogą pomieścić 7 634 osoby. Statystyka ta nie obejmuje placówek tymczasowego schronienia przeznaczonych dla kobiet i mężczyzn. Ponadto, jedną z form świadczenia niepieniężnej pomocy społecznej, zgodnie z art. 36 pkt 2q ww. ustawy, jest pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu treningowym lub wspomagany. Mieszkania treningowe i wspomagane, zgodnie z art. 53 ust 2 ustawy o pomocy społecznej, są formą przygotowującą, przy wsparciu specjalistów, osoby w nich przebywające do prowadzenia niezależnego życia lub wspierającą je w codziennym funkcjonowaniu. Odnośnie programów kierowanych do osób w kryzysie bezdomności, w tym bezdomnych mężczyzn, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 7a ustawy o pomocy społecznej, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego wspiera finansowo programy w określonym przez ministra obszarze pomocy społecznej, realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub podmioty uprawnione, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

W Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki od kilku lat realizowany jest Program „Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym”. Głównym jego celem jest inspirowanie i wspieranie działań nakierowanych na przeciwdziałanie i rozwiązywanie problemu bezdomności, inspirowanie do wdrażania nowych metod pracy z osobami bezdomnymi oraz programów aktywizacji społecznej i zawodowej tych osób. Inicjatywa ta ma charakter uzupełniający wobec ustawowych obowiązków samorządów gmin w zakresie przeciwdziałania bezdomności, wspiera także działalność podmiotów pozarządowych, funkcjonujących w obszarze pomocy społecznej. Na realizację Programu przeznaczono w 2024 r. 5 500 000 zł. Środki te rozdysponowano pomiędzy 44 podmioty wyłonione w otwartym konkursie. 27 grudnia 2024 r. Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dr Agnieszka Dziemianowicz-Bąk podpisała nową wersję Programu. Realizacja prowadzonych w jego ramach działań będzie finansowana ze środków budżetowych w kwocie 10 500 000 zł, zaplanowanych na rok 2025 w części 44 - Zabezpieczenie społeczne, w dziale 852, rozdziale 85295.

Odnosząc się do kwestii zdrowia mężczyzn w kryzysie bezdomności należy podkreślić, że przepisy ustawy o świadczeniach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gwarantują dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych szerokiej grupie osób; nie są to wyłącznie osoby ubezpieczone (czyli w

szczególności osiągające stałe dochody), ale również osoby, które nie dysponują dochodami, a zagwarantowanie im dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest motywowane względami społecznymi i humanitarnymi.

Art. 66 ust. 1 ustawy o świadczeniach zawiera katalog osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Wśród osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, są także osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (art. 66 ust. 1 pkt 29 ustawy o świadczeniach). Tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w tym przypadku powiązany jest z korzystaniem przez te osoby z instrumentów pomocy społecznej.

Ministerstwo Zdrowia w przekazanym wkładzie do odpowiedzi na niniejszą interpelację zapewniło ponadto, że dostrzega również problem osób, które z własnego wyboru nie korzystają z instrumentów pomocy społecznej, osoby takie mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji potwierdzającej prawo do tych świadczeń, wydanej w trybie art. 54 ustawy o świadczeniach. Wydanie przedmiotowej decyzji poprzedzone jest postępowaniem, którego celem jest ustalenie istnienia przesłanek uprawniających do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Decyzję potwierdzającą prawo do świadczeń wydaje się po:

- 1) przedłożeniu przez świadczeniobiorcę, o którym mowa w ust. 1, dokumentów potwierdzających zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz dokumentów potwierdzających:
 - a. posiadanie obywatelstwa polskiego lub
 - b. posiadanie statusu uchodźcy, lub
 - c. objęcie ochroną uzupełniającą, lub
 - d. posiadanie zezwolenia na pobyt czasowy udzielonego w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
- 2) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;
- 3) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- 4) stwierdzeniu braku okoliczności, o której mowa w art. 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego, o którym mowa w pkt 2.

Decyzję wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego - na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.

Należy pamiętać, że ww. procedura nie jest skierowana wyłącznie do osób bezdomnych, ale do szerszej grupy obywateli spełniających kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.). Brak zbadania istnienia przesłanek uprawniających te osoby do otrzymania decyzji w konsekwencji

oznaczałyby ich wydawanie każdej osobie, bez względu na to czy spełniałaby kryterium dochodowe, czy też nie. Wiązałoby się to ze skutkami finansowymi dla całego systemu ochrony zdrowia.

Osobom bezdomnym mającym tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego lub prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługują świadczenia gwarantowane, określone w wykazach świadczeń gwarantowanych wydanych na podstawie art. 31 d ustawy o świadczeniach. Świadczenia gwarantowane udzielane ww. osobom są na takich samych zasadach i w takim samym zakresie jak innym osobom ubezpieczonym.

Ad 10. Bezpieczeństwo w miejscach pracy

Jak wskazano w uwagach do 6 pytania Panów Posłów wnoszących interpelację nr 5381, Polki i Polacy korzystają obecnie w pełnym zakresie z wyrażonej w art. 65 Konstytucji RP wolności wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy. Maskulinizacja zawodów wymagających dużej siły fizycznej, związanych z wykonywaniem pracy na wysokościach albo pod ziemią nie oznacza, że charakterystyczne dla nich czynniki zagrożenia urazów mechanicznych, upadków czy wystawienia na działanie szkodliwych czynników chemicznych nie występują np. w sfeminizowanych zawodach fryzjerki, pielęgniarki i pomocy domowej. Normy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy – zarówno ogólne przepisy, pozostające we właściwości Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, jak i rozporządzenia wykonawcze wydane na podstawie pragmatyk zawodowych poszczególnych służb mundurowych oraz ustaw regulujących działanie budownictwa, górnictwa i poszczególnych gałęzi przemysłu zapewniają pracownikom ochronę przed czynnikami ryzyka niezależnie od płci, nakazując np. zabezpieczanie narażonych na wciągnięcie przez aparaturę włosów pod czepkiem lub kaskiem ochronnym, noszenie obuwia antypoślizgowego czy stosowanie odpowiednich do masy ciała uprząży zabezpieczających. Ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021 – 2025 realizowane są liczne projekty specyficznie ukierunkowane na zapewnienie BHP w grupach zawodowych, w których przeważają mężczyźni, jak np. projekt pt. „Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących. Monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w miejscu pracy. Prowadzenie monitoringu oceniającego ekspozycję na związki chemiczne w środowisku pracy i służby żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz zamieszkania”.

Dzięki zachodzącym w polskiej gospodarce przemianom branżowym, kampaniom społecznym ostrzegającym przed wypadkami rolniczymi oraz konsekwentnemu egzekwowaniu zakazu wstępu na tereny budów od czasu wstąpienia Polski do Unii Europejskiej udało się pięciokrotnie zmniejszyć

liczbę śmiertelnych wypadków przy pracy oraz trzykrotnie zmniejszyć liczbę wypadków ciężkich¹.

Ad 11. Zdrowie reprodukcyjne i prawa rodzicielskie

Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów Katarzyna Kotula, odpowiedzialna za rządową politykę przeciwdziałania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej od chwili objęcia teki przypomina o wiążących Polskę postanowieniach Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzona w Stambule dnia 11 maja 2011 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 961), definiujących niepożądane zachowania w sferze seksualności. Staraniem Katarzyny Kotuli Premier wycofał z Trybunału Konstytucyjnego wniosek poprzedniego Prezesa Rady Ministrów o zbadanie zgodności Konwencji stambulskiej z Konstytucją RP, a wskutek zmiany polskiego stanowiska odnośnie do projektu COM(2022)105 przyjęta została Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2024/1385 z dnia 14 maja 2024 r. w sprawie zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej (Dz. Urz. UE L z 24.5.2024 r. s. 1-36). Pogląd, że „tylko tak oznacza tak” był źródłem ustawy z dnia 28 czerwca 2024 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2024 r. poz. 1228), zmieniającej z dniem 13 lutego 2025 r. definicję przestępstwa zgwałcenia.

Ponadto, sprawując urząd Ministra ds. Równości wielokrotnie publicznie wypowiadałam się na rzecz świadomego macierzyństwa i ojcostwa, zabiegając o poszerzenie możliwości legalnego przerywania ciąży oraz opowiadając się za dostępem do legalnej sterylizacji tak kobiet jak i mężczyzn.

W negocjowanych przeze mnie dokumentach unijnych i międzynarodowych zawsze kładłam nacisk na zamieszczanie odniesienia do praw reprodukcyjnych oraz gwarancji dostępu do usług zdrowotnych z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Odnosząc się do kwestii kształtowania prozdrowotnych postaw mężczyzn w obszarze reprodukcji wskazać należy, że za niepłodność uważa się niemożność zajęcia w ciążę po roku utrzymywania przez parę regularnych stosunków płciowych w celu uzyskania potomstwa. Niepłodność dotyczy około 15% par w wieku reprodukcyjnym a niemal w połowie przypadków przyczyną jest męski czynnik niepłodności. Przyczyny niepłodności męskiej można klasycznie podzielić na czynniki: przedjądrowe, jądrowe oraz pozajądrowe.

¹ Por. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-w-2023-r-dane-wstepne,3,54.html> oraz https://www.ciopp.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciopp/pl?nfpb=true&pageLabel=P32000168841444824271997&html_tresc_root_id=553&html_tresc_id=300004793&html_klucz=553&html_klucz_spis=553

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357, z późn. zm.), mężczyźni z podejrzeniem lub rozpoznaniem niepłodności mogą skorzystać z porad specjalistycznych w zakresie urologii oraz szeregu badań diagnostycznych (badania hormonalne (LH, FSH, testosteron, prolaktyna) USG, RTG, badania materiału biologicznego) finansowanych ze środków publicznych, które prowadzą do potwierdzenia diagnozy i pozwalają na dobranie odpowiednich metod leczenia.

Ponadto, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2023 poz. 2294) wprowadzono do wykazu świadczeń gwarantowanych nowe świadczenie opieki zdrowotnej „Badanie nasienia (seminogram)”. Badanie nasienia jest podstawowym badaniem pierwszego rzutu wykorzystywanym w diagnostyce niepłodności męskiej, która powinna się rozpocząć równolegle z diagnostyką kobiety. W trakcie badania analizowane są ogólne parametry nasienia, takie jak objętość i lepkość ejakulatu, czas upłynięcia, pH, wygląd nasienia, ogólna liczba plemników w nasieniu, liczba plemników w 1 ml ejakulatu, odsetek żywych i poruszających się plemników, a także ewentualna aglutynacja (zgrupowanie) plemników i stopień jej zaawansowania. Badanie nasienia jest jednym z najważniejszych elementów procesu diagnostycznego w przypadku męskiej niepłodności. Prawidłowy wynik badania pozwala na wstrzymanie dalszej diagnostyki, natomiast nieprawidłowy – pozwala zaplanować dalsze działania związane z pogłębioną diagnostyką.

Ministerstwo Zdrowia podejmuje wieloaspektowe prace w obszarze zdrowia prokreacyjnego, stanowiące ważny element zdrowia jako całości dobrostanu fizycznego, psychicznego oraz społecznego. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że rośnie liczba par, które nie mogą doczekać się potomstwa. Konieczne jest zatem podjęcie działań mających na celu ograniczenie negatywnych skutków tego zjawiska, szczególnie w sytuacji niskiego przyrostu naturalnego. Istnieje także potrzeba rozwiązywania problemów demograficznych poprzez wzmocnienie prozdrowotnych postaw wśród młodych Polek i Polaków oraz zapewniające prewencję, diagnozowanie, leczenie i prowadzenie badań naukowych nad etiopatogenezą schorzeń przyczyniających się do niepłodności.

Wychodząc naprzeciw potrzebom par borykających się z niepłodnością, na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) przyjęto nowy program polityki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności - Rządowy

program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce, trwający od 1 września 2016 r (obecna edycja na lata 2021-2024).

Celem głównym Programu jest zwiększenie dostępności do wysokiej jakości kompleksowej opieki w szeroko pojętym obszarze zdrowia prokreacyjnego, z uwzględnieniem wszystkich jego aspektów, w szczególności świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności.

Do celów szczegółowych Programu należą:

- określenie przyczyn niepłodności wśród uczestników;
- poprawa stanu zdrowia uczestników w zakresie zidentyfikowanych chorób utrudniających posiadanie potomstwa;
- wzrost jakości udzielanych świadczeń w zakresie zdrowia prokreacyjnego, z uwzględnieniem wszystkich jego aspektów, w szczególności kompleksowej diagnostyki i leczenia niepłodności

Do Programu mogą zostać zakwalifikowane pary spełniające łącznie następujące kryteria:

- pary pozostające w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu
- pary bez zdiagnozowanej niepłodności
- osoby pełnoletnie w wieku prokreacyjnym
- pary, które co najmniej przez 12 miesięcy bezskutecznie starały się o ciążę.

Utworzona została sieć 21 ośrodków referencyjnych, które są wysokospecjalistycznymi podmiotami leczniczymi zajmującymi się diagnostyką i leczeniem niepłodności, które zostały dobrze przygotowane do diagnostyki i leczenia par.

Warto podkreślić, że zadaniem uruchomionych 21 ośrodków referencyjnych jest m.in. działania edukacyjne w regionie, kompleksowa diagnostyka uczestników, opieka psychologiczna, skierowanie par do dalszego leczenia w ramach programu lub w ramach systemu opieki zdrowotnej. W ośrodkach referencyjnych znajdują się oddziały szpitalne, pracownie diagnostyczne współpracujące z tymi oddziałami oraz zespół poradni specjalistycznych z wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną, w których oprócz lekarzy specjalistów położnictwa i ginekologii, pracują również lekarze z innych specjalizacji.

Kompleksowe podejście zwiększa szansę wyleczenia osób, u których problem niepłodności jest bardziej złożony oraz przyspieszy proces leczniczy, co dla prokreacji jest szczególnie istotne. Jednocześnie powstanie Centrów Zdrowia Prokreacyjnego skupiających w jednym miejscu kompleksową opiekę zarówno prekoncepcyjną, perinatalną, poporodową oraz opiekę nad noworodkiem powinno sprzyjać w podjęciu decyzji przez rodziców objętych tą opieką o staraniu się o kolejne dziecko.

Należy również wspomnieć iż 1 czerwca 2024 r. rozpoczęto realizację programu polityki zdrowotnej pn. ” Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji,

na lata 2024-2028”. Celem głównym Programu jest zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego dostępu do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ośrodku medycznie wspomaganey prokreacji oraz umożliwienie osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenia materiału rozrodczego (oocytów lub nasienia) na przyszłość.

Realizacji powyższego celu głównego służyć będą następujące cele szczegółowe:

- 1) zapewnienie równego dostępu do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego;
- 2) zwiększenie skuteczności leczenia niepłodności;
- 3) osiągnięcie poprawy trendów demograficznych;
- 4) zapewnienie możliwości zabezpieczenia płodności na przyszłość u osób przed lub w trakcie

Leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność.

Program skierowany jest do par pozostających w związku małżeńskim lub pozostających we wspólnym pożyciu, ze wskazaniami do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ośrodku medycznie wspomaganey prokreacji, a także do pacjentów przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność.

Do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ramach Programu mogą zostać zakwalifikowane pary spełniające łącznie następujące kryteria:

- 1) pozostające w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu;
- 2) u których stwierdzono i potwierdzono dokumentacją medyczną, bezwzględną przyczynę niepłodności¹ lub nieskuteczne zgodne z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu;
- 3) w przypadku korzystania z własnych komórek jajowych lub dawstwa nasienia:
 - a) wiek (w dniu kwalifikacji):
 - kobieta - do 42. roku życia,
 - mężczyzna - do 55. roku życia,
 - b) w przypadku dawstwa nasienia - opinia psychologa potwierdzająca gotowość obojga partnerów do rodzicielstwa niegenetycznego;
- 4) w przypadku korzystania z dawstwa oocytów lub dawstwa zarodka:
 - a) wiek (w dniu kwalifikacji):
 - kobieta do 45. roku życia,
 - mężczyzna do 55. roku życia,
 - b) opinia psychologa potwierdzająca gotowość obojga partnerów do rodzicielstwa niegenetycznego.

Z Programu mogą także skorzystać pary (u których w dniu zgłoszenia kobieta nie przekroczyła 45. roku życia, a mężczyzna nie przekroczył 55. roku życia), które przed wejściem w życie Programu miały, w ramach wcześniej

realizowanych procedur (niezależne od ich źródeł finansowania), kriokonserwowane i przechowywane zarodki.

Do Programu w zakresie zabezpieczenia płodności na przyszłość mogą zostać zakwalifikowani pacjenci spełniający następujące kryteria:

- 1) pacjenci przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność;
- 2) wiek (w dniu zgłoszenia – pierwszej wizyty u realizatora):
 - kobieta - od okresu dojrzewania do 40. roku życia,
 - mężczyzna - od okresu dojrzewania do 45. roku życia.

Przed rozpoczęciem leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ramach Programu, finansowana jest kwalifikacja obejmująca między innymi niezbędne badania (zgodnie z ustaloną listą) oraz uzyskanie opinii psychologa (wizyty oraz wydanie opinii). Na realizację Programu składają się 4 części: kwalifikacyjna, kliniczna, biotechnologiczna oraz kriotransfer.

Z myślą o rodzicach dzieci z niepełnosprawnościami oraz ciężkimi i nieodwracalnymi wadami rozwojowymi opracowano także szereg rozwiązań określonych w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2023 r. poz. 1923), które przysługują zarówno pracownikom jak i pozostałym ojcom i matkom. Składają się na nie w szczególności rozpowszechnianie informacji nt. dostępnych świadczeń, pomoc prawna, poradnictwo psychologiczne, rehabilitacja społeczna i zawodowa członków rodziny.

Ad 12. System opieki zdrowotnej dla mężczyzn z problemami starym

Uprzejmie informuję, że jednym z narzędzi wspierających zdrowe i aktywne starzenie się jest Program wieloletni na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025. Celem Programu jest zwiększenie uczestnictwa seniorów we wszystkich dziedzinach życia społecznego poprzez wspieranie aktywności organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starszych. Projekty realizowane w ramach Programu „Aktywni+” obejmują różnego rodzaju działania dostosowane do potrzeb i możliwości seniorów. Do zawartych rozwiązań należą działania o charakterze aktywizacyjnym, edukacyjnym, kulturalnym, informacyjnym czy też partycypacyjnym.

Ponadto, zgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały zakwalifikowane jako gwarantowane i znalazły się w wykazach określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia (tzw. rozporządzeniach koszykowych), wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, m.in. świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Należy podkreślić, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2024 poz. 253, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2022 poz. 262, z późn. zm.) przewidują równy dostęp do świadczeń niezależnie od płci.

W odniesieniu do kwestii możliwości rozbudowania wsparcia geriatrycznego dedykowanego jedynie mężczyznom, należy wskazać, iż do Ministerstwa Zdrowia nie wpływały sygnały od Konsultantów Krajowych bądź Wojewódzkich świadczące o potrzebie wprowadzenia zmian ww. zakresie. Obecnie, świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ww. zakresach są świadczeniami dedykowanymi całemu społeczeństwu, bez podziałów na płeć, a w Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone obecnie prace mające na celu zmianę zmierzającą w tym kierunku.

Niezależnie od powyższego należy wskazać, że zarówno świadczenia w ZOL/ZPO, jak i świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – odpowiedzialnego za proces diagnostyczno-leczniczy pacjenta, który na podstawie wskazań medycznych dokonuje oceny, czy pacjent spełnia kryteria do objęcia jego osoby świadczeniami gwarantowanymi. Sposób i tryb kierowania osób do ZOL/ZPO określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1755, z późn. zm.). Natomiast obowiązujące kryteria kwalifikacji do zakładów opiekuńczych i do opieki paliatywnej i hospicyjnej są określone odpowiednio w rozporządzeniach Ministra Zdrowia: w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami:

1) Świadczeniobiorca występuje do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczego. Do wniosku załącza się:

– wywiad pielęgniarski (zgodnie ze wzorem wywiadu pielęgniarskiego, to pielęgniarka przeprowadza rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji na podstawie skali Barthel) oraz

– zaświadczenie lekarskie (obejmujące stwierdzenie czy dana osoba wymaga/nie wymaga skierowania do ZOL/ZPO).

2) Na tej podstawie – w przypadku gdy świadczeniobiorca spełnia kryteria objęcia świadczeniami gwarantowanymi z przedmiotowego zakresu – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wydaje skierowanie do ZOL/ZPO;

3) Świadczeniobiorca składa skierowanie bezpośrednio do wybranego przez siebie ZOL/ZPO. Do skierowania załącza:

- wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie,
- dokumenty stwierdzające wysokość dochodu świadczeniobiorcy.

Wniosek, skierowanie oraz wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie, nie są wymagane, w przypadku gdy sąd opiekuńczy wyda orzeczenie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym. W takiej sytuacji orzeczenie sądu opiekuńczego stanowi podstawę do umieszczenia świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym.

Po złożeniu wymaganych dokumentów, kierownik zakładu opiekuńczego udziela informacji świadczeniobiorcy oraz odpowiednio domowi pomocy społecznej albo podmiotowi leczniczemu, w przypadku gdy świadczeniobiorca przebywa w tym domu albo w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, o kolejności przyjęcia świadczeniobiorcy oraz o przewidywanym terminie przyjęcia do zakładu opiekuńczego.

Jednocześnie należy jeszcze raz podkreślić, że umieszczenie pacjenta w ZOL/ZPO zawsze jest uzasadnione przede wszystkim stanem zdrowia pacjenta, kryteriami medycznymi oraz dostępnością do świadczeń, a listy oczekujących powinny być prowadzone w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto należy podkreślić, że świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych udzielane są w kolejności, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W świetle obowiązujących przepisów, listę osób oczekujących na realizację świadczenia prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni się kierować świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200 poz. 1661).

Celem zapewnienia osobom niesamodzielnym właściwej opieki medycznej po opuszczeniu szpitala, Ministerstwo Zdrowia wprowadziło w treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372, z późn. zm.) przepisy, które sprzyjają usprawnieniu przechodzenia pacjentów z zakończonym procesem leczenia szpitalnego pod opiekę zakładów opiekuńczych. W przedmiocie postępowania – zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy rozporządzenie (załącznik nr 6) premiuje oferentów, którzy przyjmują do zakładów opiekuńczych osoby, które zakończyły hospitalizację i bezpośrednio po niej zostały przetransportowane do zakładu opiekuńczego. W szczególności dotyczy to

pacjentów, których stan kliniczny uniemożliwia wypis do miejsca zamieszkania.

Należy także wskazać, iż zgodnie z zarządzeniem nr 41/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wprowadzono zmiany w zarządzeniu nr 196/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna polegające m.in. na wprowadzeniu nielimitowanego finansowania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rozliczanie świadczeń wykonanych ponad kwotę umowy nastąpi na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie. Zniesienie limitów, pozwoli na zwiększenie jakości i dostępności do świadczeń, przede wszystkim w mniejszych ośrodkach, gdzie dostęp do opieki hospicyjnej jest utrudniony. Fundusz zapłaci za każde świadczenie zrealizowane ponad kwotę umowy.

Zgodnie z raportem pn. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”,² przygotowanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny czynnikiem, który najsilniej wpływa na stan zdrowia, w tym także mężczyzn, jest struktura wieku oraz poziom wykształcenia.

Zdrowie mężczyzn różni się pod wieloma względami od zdrowia kobiet:

1. Długość życia:
 - mężczyźni żyją w Polsce krócej niż kobiety, według statystyk różnica wynosi około 7-8 lat,
 - aktualnie średnia długość życia mężczyzn w Polsce to około 74 lata, natomiast kobiet ponad 81 lat³.
2. Najczęstsze problemy zdrowotne mężczyzn:
 - choroby układu krążenia – mężczyźni są bardziej podatni na nadciśnienie, miażdżycę, choroby wieńcowe, zawały serca i udary,
 - choroby nowotworowe – rak prostaty, płuc i jelita grubego, często wykrywane bardzo późno,
 - cukrzyca – powiązana z nadwagą i niezdrową dietą,
 - choroby układu pokarmowego – powiązane z niezdrową dietą i nadmiernym spożyciem alkoholu,
 - problemy urologiczne – rozrost prostaty i nietrzymanie moczu,
 - nadwaga i otyłość.
3. Zdrowie psychiczne mężczyzn:

² <https://zdrowie.pap.pl/raport/raport-nizp-pzh-nierowni-w-zdrowiu>

³ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2023-roku,2,18.html>

- mężczyźni rzadziej od kobiet zgłaszają problemy psychiczne, ale częściej doświadczają zaburzeń związanych z uzależnieniami,
- istotnym problemem jest wzrost około 60 roku życia ryzyka samobójstwa, mężczyźni pięciokrotnie częściej od kobiet podejmują próby samobójcze.

4. Styl życia:

- wielu starszych mężczyzn jest mało aktywnych fizycznie, co przyczynia się do pogorszenia zdrowia,
- dieta mężczyzn jest często bogata w sól i tłuszcz, co sprzyja rozwojowi chorób sercowo - naczyniowych,
- mężczyźni częściej od kobiet sięgają po papierosy i alkohol.

5. Korzystanie z opieki zdrowotnej:

- starsi mężczyźni rzadziej od kobiet korzystają z badań profilaktycznych i później zgłaszają się do lekarza.

Zdrowie starszych mężczyzn w Polsce wymaga zatem dużej uwagi w zakresie profilaktyki. Wczesne rozpoznawanie chorób, zmiana nawyków żywieniowych i stylu życia mogą znacząco poprawić jakość życia w tej grupie wiekowej.

Minister Zdrowia, mając na uwadze potrzebę sprostania wyzwaniom związanym z rosnącą liczbą seniorów w Polsce oraz konieczności podejmowania działań na rzecz poprawy jakości oraz dostępności opieki zdrowotnej i profilaktyki dla osób starszych, powołał w dniu 14 czerwca 2024 r. Zespół do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych (Dz. U. z 2024, poz. 41). Dotychczasowe spotkania ww. zespoły koncentrowały się na następujących zagadnieniach:

1. opracowanie koncepcji opieki zdrowotnej dla osób starszych:

- analiza potrzeb zdrowotnych osób starszych i zaproponowaniem rozwiązań systemowych, które zwiększą efektywność świadczeń zdrowotnych,
- stworzenie spójnej koncepcji opieki zdrowotnej uwzględniającej profilaktykę, leczenie i rehabilitację.

2. opracowanie założeń profilaktyki zdrowotnej dla osób starszych:

- opracowanie kalendarza badań profilaktycznych dla osób starszych,
- opracowanie kalendarza szczepień dla seniorów.

3. ustalenie zasad współpracy POZ i AOS w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych:

- zaproponowanie rozwiązań umożliwiających lepszą współpracę między podstawową opieką zdrowotną a ambulatoryjną opieką specjalistyczną,
- zaproponowanie rozwiązań zapewniających ciągłość leczenia.

4. Zaproponowanie rozwiązań zwiększających liczbę specjalistów przygotowanych do opieki nad osobami starszymi w tym przede wszystkim:

- lekarzy, pielęgniarek.

W ramach kamienia milowego A70G stanowiącego element reformy A4.6: „Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej” ujętej w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) prowadzone są obecnie międzyresortowe prace nad realizacją reformy opieki długoterminowej w Polsce. Reforma jest realizowana w oparciu o wyniki „Przeglądu strategicznego systemu opieki długoterminowej w Polsce” przygotowanego przez Bank Światowy w ramach kamienia milowego A69G KPO.

Prace w tym zakresie są prowadzone m.in. w ramach Grupy roboczej ds. opieki długoterminowej utworzonej przy Międzyresortowym Zespole, której zadaniem jest wsparcie realizacji przedmiotowej reformy. Prace Grupy roboczej koncentrują się przede wszystkim na wypracowaniu rozwiązań, które pozwolą w większym stopniu zapewnić osobom starszym, w tym również mężczyznom pozbawionym odpowiedniej opieki rodzinnej, właściwą opiekę długoterminową, w szczególności w odniesieniu do usług i świadczeń udzielanych w warunkach domowych i w środowisku lokalnym.

Działania w tym zakresie przewidziane w ramach realizacji przedmiotowej reformy dotyczą m.in. usprawnienia koordynacji opieki długoterminowej pomiędzy systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz poprawy dostępności informacji o istniejących formach wsparcia w ramach tej opieki.

Ponadto planuje się również wprowadzenie nowych instrumentów wspierających realizację opieki domowej i środowiskowej, takich jak projektowane rozwiązania w zakresie bonu senioralnego.

Ad 13. Świadczenia i programy wspierające samotnych ojców

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024, r. poz. 1283) nie wyodrębnia grup korzystających lub ubiegających się o pomoc społeczną ze względu na płeć. Każda osoba znajdującą się w trudnej sytuacji życiowej może korzystać zaleźnie od potrzeb ze świadczeń z pomocy społecznej, przewidzianych w ustawie o pomocy społecznej, na zasadach wynikających z przepisów ustawy i aktów wykonawczych. Wsparcie oferowane rodzicom z dziećmi w ramach systemu pomocy społecznej obejmuje domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, prowadzone w ramach zadań własnych samorządów powiatowych. Placówki te udzielają wsparcia matkom z małoletnimi dziećmi oraz kobietom w ciąży doznającym przemocy domowej lub znajdujące się w innej sytuacji kryzysowej. Art. 47 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej wskazuje, że pomoc w tych domach uzyskają również ojcowie z małoletnimi dziećmi oraz inne osoby sprawujące opiekę prawną nad dziećmi. Ojcowie z małoletnimi dziećmi mogą uzyskać w placówkach pomoc świadczoną w takich samych formach i zakresie, jak inne osoby korzystające z ich usług (schronienie do 12 miesięcy z możliwością przedłużenia oraz specjalistyczne wsparcie). Standard podstawowych usług

świadczonych przez domy - zarówno w zakresie interwencyjnym, terapeutyczno-wspomagającym, jak i odnoszącym się do potrzeb bytowych - określa rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 lutego 2024 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (Dz. U. poz. 169). Udzielanie pomocy pensjonariuszom odbywa się w oparciu o indywidualny plan wsparcia, opracowany w uzgodnieniu z mieszkańcami, tak aby w jak największym stopniu odpowiadało ono ich indywidualnym potrzebom. Do rodziców z dziećmi na utrzymaniu kierowane są następujące formy pomocy państwa:

1) Świadczenie wychowawcze z programu „Rodzina 800+”, przysługującego na dziecko do ukończenia przez nie 18. roku życia, w wysokości 800 zł miesięcznie, bez względu na liczbę dzieci i dochód w rodzinie.

2) Świadczenie dobry start z programu „Dobry Start”, przysługujące dziecku uczęszczającemu do szkoły, wypłacane raz w roku w wysokości 300 zł – tzw. wyprawka szkolna – również niezależna od liczby dzieci i dochodu w rodzinie.

3) Trzy świadczenia z programu „Aktywny rodzic”, do których zaliczają się: – świadczenie aktywni rodzice w pracy, przysługujące aktywnym zawodowo rodzicom dzieci w wieku od 12. do 35. miesiąca życia, które nie uczęszczają do żłobka, klubu dziecięcego oraz nie korzystają z usług opiekuna dziennego. Świadczenie przysługuje w wysokości 1500 zł miesięcznie na dziecko, a w przypadku dzieci z niepełnosprawnościami w wysokości 1900 zł miesięcznie na dziecko. Co ważne, ww. świadczenie, po spełnieniu konkretnych warunków, może przysługiwać również rodzicom samotnie wychowującym dzieci, gdyż nie jest wymagana aktywność zawodowa obojga rodziców; – świadczenie aktywnie w żłobku (przysługuje jako dofinansowanie do pokrycia kosztów pobytu dziecka w żłobku, klubie dziecięcym czy usług opiekuna dziennego. Przyznawane jest, co do zasady, do końca roku szkolnego, w którym dziecko skończy 3 lata. Świadczenie przysługuje w wysokości do 1500 zł miesięcznie na dziecko, a w przypadku dzieci z niepełnosprawnościami w kwocie do 1900 zł miesięcznie na dziecko; – świadczenie aktywnie w domu - przysługuje każdemu dziecku w rodzinie w wieku od 12. do 35. miesiąca życia, w wysokości 500 zł miesięcznie. Jest to wsparcie kierowane do tych rodziców małych dzieci, którzy nie są uprawnieni lub z własnej woli nie decydują się na skorzystanie ze świadczenia aktywni rodzice w pracy lub aktywnie w żłobku, gdyż w szczególności pozostają nieaktywni zawodowo lub ich dziecko nie uczęszcza do instytucji opieki. W ramach programu „Aktywny rodzic”, rodzice/opiekunowie miesięcznie, na dane dziecko, mogą otrzymywać tylko jedno świadczenie, jednak dopuszczalna jest, za złożeniem wniosku, nawet wielokrotna zmiana rodzaju pobieranego świadczenia.

4) Świadczenia rodzinne, realizowane na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych. Wśród nich:

a) zasiłek rodzinny na dziecko. W zależności od wieku dziecka, świadczenie przysługuje w kwocie od 95 zł do 135 zł miesięcznie na każde dziecko, po spełnieniu określonych w ustawie o świadczeniach rodzinnych warunków - przede wszystkim kryterium dochodowego, które wynosi 674 zł miesięcznie w przeliczeniu na osobę w rodzinie lub 764 zł miesięcznie w przypadku rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnościami. Osoby, którym przyznano prawo do pobierania zasiłku rodzinnego, mogą ubiegać się także o dodatki do zasiłku rodzinnego, tj.:

– dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka (193 zł miesięcznie na dziecko, nie więcej niż 386 zł na wszystkie dzieci. W przypadku dzieci niepełnosprawnych kwotę dodatku zwiększa się o 80 zł, nie więcej niż o 160 zł na wszystkie dzieci),

– dodatek z tytułu urodzenia dziecka (1000 zł jednorazowo), – dodatek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej (95 zł miesięcznie),

– dodatek z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego (400 zł miesięcznie), – dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego (90 zł miesięcznie na dziecko do ukończenia przez nie 5 roku życia lub 110 zł miesięcznie na dziecko pomiędzy 5 a 24 rokiem życia),

– dodatek z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego (100 zł na dziecko, raz w danym roku szkolnym),

– dodatek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki poza miejscem zamieszkania (113 zł miesięcznie w związku z zamieszkiwaniem dziecka w miejscowości, w której znajduje się szkoła lub 69 zł miesięcznie w związku z dojazdem dziecka do szkoły).

b) świadczenia niezależne od prawa do pobierania zasiłku rodzinnego, którymi są: – jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka w wysokości 1000 zł na dziecko nowonarodzone. Uprawnienie do świadczenia zależne jest od spełnienia kryterium dochodowego, które wynosi 1922 zł na osobę w rodzinie,

– świadczenie rodzicielskie, przysługujące osobom, które nie otrzymują zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia macierzyńskiego, w wysokości 1000 zł miesięcznie przez rok (52 tygodnie) po urodzeniu dziecka (w przypadku wieloraczków okres ten może zostać wydłużony nawet do 71 tygodni).

– zasiłek pielęgnacyjny, adresowany do osób z niepełnosprawnościami, w tym niepełnosprawnych dzieci, w wysokości 215,84 zł miesięcznie,

– świadczenie pielęgnacyjne, przyznawane rodzicowi/opiekunowi w związku z opieką nad dzieckiem z niepełnosprawnościami, do

ukończenia przez nie 18. roku życia, w wysokości 2988 zł miesięcznie, a od 1 stycznia 2025 r. w wysokości 3287 zł miesięcznie;

– świadczenia z funduszu alimentacyjnego, realizowane na podstawie ustawy o pomocy osobom uprawnionym do alimentów, przysługujące osobie uprawnionej do alimentów od rodzica w przypadku bezskuteczności ich egzekucji. Jednym z podstawowych warunków przyznania prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego jest spełnienie kryterium dochodowego, które wynosi 1209 zł na osobę w rodzinie. Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują w wysokości bieżąco ustalonych alimentów, jednak nie wyższej niż 500 zł miesięcznie. Osobie uprawnionej świadczenie przysługuje do ukończenia przez nią 18 roku życia albo, w przypadku gdy uczy się ona w szkole lub szkole wyższej, do ukończenia 25 roku życia bądź - w przypadku posiadania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności - bezterminowo). Projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (UD 42) został przyjęty przez Radę Ministrów 5 listopada 2024r. i skierowany do Sejmu RP. Projekt zakłada podwyższenie maksymalnej wysokości świadczeń z funduszu alimentacyjnego z 500 zł do 1000 zł miesięcznie. Nowe przepisy mają mieć zastosowanie do świadczeń z funduszu alimentacyjnego począwszy od 1 października 2024 r., tj. od początku okresu świadczeniowego 2024/2025. Realizacją świadczeń rodzinnych oraz świadczeń z funduszu alimentacyjnego zajmuje się gminny organ właściwy (w praktyce jest to ośrodek pomocy społecznej, urząd miasta/gminy lub inna jednostka organizacyjna wyznaczona w danej gminie), zaś realizacją świadczenia wychowawczego, świadczenia dobrego startu oraz świadczeń z programu „Aktywny rodzic”, Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Przepisy dotyczące powyższych świadczeń nie zawierają regulacji dających matkom pierwszeństwo w dostępie do nich względem ojców. O wsparcie mogą ubiegać się zarówno matka jak i ojciec dziecka. Wyjątek stanowi świadczenie rodzicielskie, będące odpowiednikiem zasiłku macierzyńskiego, kierowane do rodziców niepobierających zasiłku macierzyńskiego. Zawiera ono analogiczne względem zasiłku macierzyńskiego regulacje w zakresie pierwszeństwa matki dziecka w dostępie do świadczeń.

Ad 14. Programy wsparcia dla mężczyzn przechodzących przez kryzys związany z utratą pracy lub rolą żywiciela rodziny

Polityka rynku pracy obejmuje mechanizmy wspierające aktywizację zawodową wszystkich osób, niezależnie od płci, w szczególności w zakresie promowania równości w dostępie do zatrudnienia, równości wynagrodzeń, awansów oraz szkoleń, a także wspierania elastyczności w łączeniu pracy z

obowiązkami rodzinnymi. Powiatowe urzędy pracy oferują kompleksową pomoc zarówno kobietom, jak i mężczyznom zarejestrowanym jako bezrobotni lub poszukujący pracy. Osoby te mogą korzystać z szerokiego wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej, przewidzianego w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2024 poz. 475 z późn. zm.). Świadczone wsparcie obejmuje m.in.

- pomoc w znalezieniu pracy, przede wszystkim przez pośrednictwo pracy oraz poradnictwo zawodowe;
- pomoc w rozwoju zawodowym przez oferowane szkolenia, sfinansowanie studiów podyplomowych;
- pomoc w zdobyciu doświadczenia zawodowego poprzez oferowane staże, przygotowanie zawodowe dorosłych;
- pomoc w podjęciu zatrudnienia subsydiowanego u pracodawcy przez skierowanie do pracy na refundowane stanowiska pracy;
- skierowanie do udziału w programie specjalnym w przypadku, gdy istnieje konieczność zastosowania niestandardowych form wsparcia;
- pomoc finansową w podjęciu działalności gospodarczej, pozwalającą również na pokrycie kosztów pomocy prawnej, konsultacji i doradztwa niezbędnego dla osoby zakładającej własną firmę. Dodatkowo, zarówno mężczyźni, jak i kobiety rejestrujący się w powiatowych urzędach pracy, mogą korzystać ze szczególnych form wsparcia umożliwiających godzenie życia zawodowego z rodzinnym, wśród których wymienić należy m.in.:
- dłuższy okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych, którzy mają na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat, a małżonek bezrobotnego jest także bezrobotny i utracił prawo do zasiłku z powodu upływu okresu jego pobierania po dniu nabycia prawa do zasiłku przez tego bezrobotnego oraz dla bezrobotnych samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat, okres pobierania zasiłku wynosi 365 dni;
- grant na pracę zdalną, którego celem jest pomoc pracodawcy w utworzeniu miejsca pracy dla bezrobotnych powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka lub sprawowaniem opieki nad osobą zależną oraz bezrobotnych opiekunów osoby niepełnosprawnej;
- świadczenie aktywizacyjne, którego celem jest pomoc pracodawcy w zatrudnieniu bezrobotnych powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka lub sprawowaniem opieki nad osobą zależną;
- refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną, której celem jest możliwość zrefundowania bezrobotnym części kosztów poniesionych w związku z opieką nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 lub osobą zależną.

Od 1 stycznia 2024 r. realizowany jest wieloletni rządowy program „Posiłek w szkole i w domu” na lata 2024-2028, który zapewnia pomoc zarówno dzieciom, które wychowują się w rodzinach znajdujących się w trudnej sytuacji, jak i osobom starszym, niepełnosprawnym, o niskich dochodach. Ze środków przekazywanych w ramach programu „Posiłek w szkole i w domu”

gminy udzielają wsparcia osobom spełniającym warunki otrzymania pomocy wskazane w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz spełniającym kryterium dochodowe w wysokości 200% kryterium, o którym mowa w art. 8 ww. ustawy. Do grupy tej zaliczają się: dzieci do czasu podjęcia nauki w szkole podstawowej, uczniowie do czasu ukończenia szkoły ponadpodstawowej, osoby i rodziny znajdujące się w sytuacjach wymienionych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej. Wsparcie ma formę posiłku, świadczenia pieniężnego na zakup posiłku lub żywności albo świadczenia rzeczowego w postaci produktów żywnościowych. Kryteria dochodowe w ramach Programu wynoszą 1552 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 1200 zł dla osoby w rodzinie. Osoby spełniające kryteria określone w Programie, także samotni ojcowie mogą zgłosić się do właściwego miejscowo ośrodka pomocy społecznej w danej gminie. O formie, rodzaju i rozmiarze świadczenia decyduje kierownik ośrodka pomocy w drodze decyzji.

Ad 15. Wsparcie dla organizacji pozarządowych działających na rzecz mężczyzn

Uprzejmie informujemy, że obecnie Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów nie finansuje programów ani organizacji pozarządowych działających specyficznie na rzecz mężczyzn oraz ich problemów, takich jak zdrowie psychiczne, dostęp do opieki rodzicielskiej czy przeciwdziałanie bezdomności wśród mężczyzn.

Poruszony przez Panów posłów problem zostanie wzięty pod uwagę przy okazji bliskiej aktualizacji Uchwały nr 113 Rady Ministrów z dnia 24 maja 2022 r. w sprawie ustanowienia Krajowego Programu Działań na rzecz Równego Traktowania na lata 2022–2030 (M.P. z 2022 r. poz. 640) oraz planowaniu pozycji budżetu znajdujących się w dyspozycji Sekretarza Stanu.

Z wyrazami szacunku

Katarzyna Kotula
Sekretarz stanu
/dokument podpisany elektronicznie/