



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WPP.4521.21.2025

Druk nr 2133
Warszawa, 22 grudnia 2025 r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,
przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument:

**- Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania
oraz o skutkach stosowania w 2024 r. ustawy
z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny,
ochronie płodu ludzkiego i warunkach
dopuszczalności przerywania ciąży
(Dz. U. z 2022 r. poz. 1575).**

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

Z wyrazami szacunku

Donald Tusk

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

**SPRAWOZDANIE RADY MINISTRÓW
Z WYKONYWANIA ORAZ O SKUTKACH STOSOWANIA
W 2024 R.**

**USTAWY Z DNIA 7 STYCZNIA 1993 R. O PLANOWANIU RODZINY,
OCHRONIE PŁODU LUDZKIEGO
I WARUNKACH DOPUSZCZALNOŚCI PRZERYWANIA CIĄŻY
(Dz. U. z 2022 r. poz. 1575)**

WARSZAWA, 2025 r.

SPIS TREŚCI

SPIS TABEL	3
WSTĘP	5
ROZDZIAŁ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ INFORMACJE EPIDEMIOLOGICZNE.....	6
1.1. ROZWÓJ DEMOGRAFICZNY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	6
1.2. URODZENIA I DZIETNOŚĆ KOBIET	7
1.3. UMIERALNOŚĆ	7
ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY	9
2.1. OPIEKA REALIZOWANA W RAMACH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	9
2.2. PROGRAMY POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PLANOWANIA RODZINY, ŚWIADOMEGO MACIERZYŃSTWA ORAZ OPIEKI MEDYCZNEJ NAD KOBIETĄ W CIĄŻY	30
2.3. DZIAŁANIA O CHARAKTERZE PROFILAKTYCZNYM KIEROWANE DO KOBIET W CIĄŻY ORAZ OSÓB W WIEKU PROKREACYJNYM PROMUJĄCE ODPOWIEDZIALNE ZACHOWANIA W CIĄŻY ORAZ W OKRESIE PREKONCEPCYJNYM	38
ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIETAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH	53
3.1. ŚWIADCZENIA RODZINNE	54
3.2. WSPARCIE KOBIET W CIĄŻY, PO PORODZIE ORAZ OJCÓW DZIECI W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	63
3.3. UPRAWNIENIA PRACOWNIKÓW ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM	67
3.4. UPRAWNIENIA BEZROBOTNYCH ZWIĄZANYCH Z RODZICIELSTWEM	83
3.5. POMOC SPOŁECZNA	89
3.6. ZAPEWNIENIE DOSTĘPU DO SZCZEGÓŁOWYCH INFORMACJI NA TEMAT UPRAWNIENI, ZASIŁKÓW I ŚWIADCZEŃ PRZYSŁUGUJĄCYCH KOBIETOM W CIĄŻY, MATKOM, OJCOM ORAZ ICH DZIECIOM ORAZ DO INFORMACJI DOTYCZĄCYCH INSTYTUCJI I ORGANIZACJI POMAGAJĄCYCH W ROZWIĄZYWANIU PROBLEMÓW PSYCHOLOGICZNYCH I SPOŁECZNYCH, A TAKŻE ZAJMUJĄCYCH SIĘ SPRAWAMI PRZYSPOSOBIENIA	92
3.7. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ROLNIKÓW	93
ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI.....	96
ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH.....	103
ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY	108
6.1. POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA UDZIELANA PRZEZ SZKOŁĘ	108
6.2. INDYWIDUALNE NAUCZANIE DZIECI I MŁODZIEŻY, W TYM UCZENNIC W CIĄŻY	110
6.3. WSPARCIE UDZIELANE PRZEZ PORADNIE PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE.....	112
6.4. SPEŁNIENIE OBOWIĄZKU SZKOLNEGO ORAZ OBOWIĄZKU NAUKI POZA SZKOŁĄ	113
6.5. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU EGZAMINÓW ZEWNĘTRZNYCH	115
ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY.....	121
7.1. WPROWADZENIE DO PROGRAMÓW NAUCZANIA SZKOLNEGO WIEDZY O ŻYCIU SEKSUALNYM CZŁOWIEKA, O ZASADACH ŚWIADOMEGO I ODPOWIEDZIALNEGO RODZICIELSTWA, O WARTOŚCI RODZINY, ŻYCIA W FAZIE PRENATALNEJ ORAZ METODACH I ŚRODKACH ŚWIADOMEJ PROKREACJI	121
7.2. NAUCZYCIELE REALIZUJĄCY ZAJĘCIA „WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE”	124
7.3. PODRĘCZNIKI I MATERIAŁY EDUKACYJNE WYKORZYSTYWANE DO REALIZACJI ZAJĘĆ EDUKACYJNYCH „WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE”	125
ROZDZIAŁ VIII. PROCEDURY PRZERYWANIA CIĄŻY	127
ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY.....	132
9.1. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ ORGANY ŚCIGANIA I WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI	132
9.2. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA.....	136

SPIS TABEL

Tabela 1. Współczynnik dzietności kobiet w latach 2015–2024	7
Tabela 2. Świadczenia udzielone w 2024 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii ..	13
Tabela 3. Świadczenia udzielone w 2024 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone na podstawie produktu przeznaczonego do rozliczania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej	13
Tabela 4. Wykaz ryczałtów w ramach KOC I	15
Tabela 5. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I w 2024 r.	16
Tabela 6. Liczba porodów rozliczonych w 2024 r., w tym zakończonych cięciem cesarskim	16
Tabela 7. Liczba znieczuleń zewnątrzoponowych ciągłych do porodów odbytych drogami natury	18
Tabela 8. Wykaz ryczałtów w ramach KOC II/III.....	22
Tabela 9. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2024 r.	22
Tabela 10. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2024 r.....	23
Tabela 11. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej w 2024 r.....	24
Tabela 12. Świadczenia z zakresu opieki psychologicznej udzielone w 2024 r. kobietom w ciąży powikłanej	26
Tabela 13. Liczba porad ginekologicznych udzielonych w 2024 r., w tym pacjentkom poniżej 18. roku życia.....	96
Tabela 14. Grupa limitowa 72.0 – Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron refundowane w 2024 r.	97
Tabela 15. Grupa limitowa 72.0 – Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	98
Tabela 16. Grupa limitowa 73.0 Hormony płciowe – antygonadotropiny – danazol.....	98
Tabela 17. Grupa limitowa 66.0 Hormony płciowe – progestageny – dienoges	98
Tabela 18. Hormony podwzgórza i przysadki - antygonadotropiny w skojarzeniu z analogami hormonów	99
Tabela 19. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2024 r.	101
Tabela 20. Realizacja programu badań prenatalnych w 2024 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę pacjentek objętych programem)	106
Tabela 21. Nauczyciele specjaliści w przedszkolach i szkołach objętych standaryzacją w roku szkolnym 2024/2025.....	110
Tabela 22. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w roku szkolnym 2023/2024.....	112
Tabela 23. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2023/2024	113
Tabela 24. Liczba uczniów biorących udział w zajęciach edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” w roku szkolnym 2023/2024	122
Tabela 25. Etaty nauczycieli uczących w roku szkolnym 2023/2024 r. przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”	125
Tabela 26. Procedury przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2010–2024 (w skali kraju) – według przyczyn	129

Tabela 27. Procedury przerwania ciąży przeprowadzone w 2024 r. – w podziale na województwa i przyczynę	130
Tabela 28. Postępowania przygotowawcze prowadzone przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury dotyczące ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy (2024 r.)	133
Tabela 29. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego w latach 2010–2024 – czyn główny	135
Tabela 30. Liczba spraw dotyczących opieki nad kobietami w ciąży, opieki okołoporodowej, badań genetycznych płodu oraz zabiegów przerywania ciąży prowadzonych przez okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski w 2024 r.	139

WSTĘP

Obowiązek sporządzania Sprawozdania wynika z art. 9 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 2022 r. poz. 1575), zwanej dalej „ustawą”, zgodnie z którym Rada Ministrów jest zobowiązana do corocznego przedstawiania Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdania z wykonywania ustawy oraz o skutkach jej stosowania. Sprawozdanie w sposób szczegółowy opisuje działania podejmowane w danym roku przez Radę Ministrów w zakresie realizacji ustawy.

Sprawozdanie Rady Ministrów za 2024 r. przygotowano na podstawie informacji, danych statystycznych i opinii uzyskanych od:

- 1) Ministra Edukacji Narodowej;
- 2) Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej;
- 3) Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi;
- 4) Ministra Sprawiedliwości – Prokuratora Generalnego;
- 5) Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 6) Ministra Zdrowia;
- 7) Rzecznika Praw Pacjenta;
- 8) Naczelnego Sądu Lekarskiego;
- 9) Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 10) Głównego Urzędu Statystycznego;
- 11) Krajowego Centrum do Spraw AIDS;
- 12) Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom;
- 13) Centrum e-Zdrowia.

Sprawozdanie zostało podzielone na rozdziały zawierające informacje na temat realizacji poszczególnych przepisów ustawy. Wyjątek w tym zakresie stanowi rozdział pierwszy, w którym zostały przedstawione podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Rzeczypospolitej Polskiej oraz informacje epidemiologiczne, związane z problematyką uregulowaną w ustawie w sposób bezpośredni lub pośredni.

Sprawozdanie obrazuje realizację przepisów ustawy w 2024 r. Celem Rady Ministrów powołanej 13 grudnia 2023 r. jest spowodowanie, aby każda kobieta odczuła zasadniczą różnicę w kwestii traktowania macierzyństwa, rozumienia kobiet w ciąży i dostępu do zabiegów przerywania ciąży w sytuacji, która tego wymaga.

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

1.1. Rozwój demograficzny Rzeczypospolitej Polskiej

Na koniec 2024 r. ludność Rzeczypospolitej Polskiej liczyła 37 489 tys. osób, tj. obniżyła się o ponad 147 tys. osób w stosunku do stanu sprzed roku. Stopa ubytku rzeczywistego w minionym roku wyniosła -0,39%, co oznacza, że na każde 10 tys. ludności ubyło 39 osób (w 2023 r. na 10 tys. ludności ubyło 34 osoby). W 2024 r. stopa ubytku rocznego w miastach wyniosła -0,4%, a na wsi sięgnęła -0,3%.

Liczba ludności zmniejsza się począwszy od 2012 r. (z wyjątkiem nieznacznego wzrostu – o niespełna 1 tys. – w 2017 r.). Na zmiany w liczbie ludności w ostatnich latach wpływ ma przede wszystkim przyrost naturalny, który pozostaje ujemny począwszy od 2013 r. W 2023 r. liczba urodzeń była niższa od liczby zgonów o prawie 157 tys. Współczynnik przyrostu naturalnego (na 1000 ludności) wyniósł -4,2‰ i obniżył się o 0,6 p. prom. w porównaniu z 2023 r. (w 2022 r. wyniósł on 3,8‰). Oznacza to, że w 2024 r. w wyniku ruchu naturalnego, na każde 10 tys. ludności kraju ubyło 42 osoby.

W miastach już od ponad 20 lat notowany jest ubytek naturalny (z wyjątkiem lat 2008–2011), który w 2024 r. wyniósł -107 tys. Na wsi kolejny rok z rzędu odnotowano ujemny przyrost naturalny – w minionym roku liczba zgonów przewyższyła liczbę urodzeń o 50 tys.

Od około 30 lat utrzymuje się zjawisko depresji urodzeniowej. Od 1990 r. wielkość współczynnika dzietności kształtuje się poniżej 2, czyli nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. Z roku na rok zmniejsza się liczba urodzeń, a od 1998 r. nie osiąga 400 tys. (z wyjątkiem lat 2008–2010 oraz 2017 r. kiedy nastąpiły jej wzrosty). W 2024 r. zarejestrowano około 252 tys. urodzeń żywych, liczba urodzeń spadła o prawie 21 tys. w porównaniu do 2023 r. Jest to zatem kolejny rok, w którym odnotowano zmniejszenie się liczby urodzeń. W stosunku do 2023 r. zmniejszył się też współczynnik urodzeń – o 0,5 p. prom. – do poziomu 6,7‰. Na wsi rodzi się relatywnie więcej dzieci – w 2024 r. współczynnik urodzeń kształtował się tam na poziomie 6,8‰, a w miastach 6,6‰, co oznacza niższe natężenie o ponad 0,4 p. prom. w miastach, a na wsi o 0,7 p. prom. w porównaniu z 2023 r.¹⁾

¹⁾ „Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r. Stan w dniu 31 grudnia”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2025 r.

1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

W 2024 r. zarejestrowano około 252 tys. urodzeń żywych, tj. o prawie 21 tys. mniej niż w 2023 r., w którym odnotowano 272,5 tys. urodzeń żywych. Współczynnik urodzeń obniżył się o 0,5 p. prom. do 6,7‰. Jest to najniższa liczba urodzeń zanotowana w całym okresie powojennym.

Od prawie 30 lat utrzymuje się zjawisko depresji urodzeniowej – niska liczba urodzeń nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń. Współczynnik dzietności, po wzroście w 2017 r., pozostaje od kilku lat na zbliżonym poziomie, notując stopniowy spadek.

Tabela 1. Współczynnik dzietności kobiet w latach 2015–2024

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Wartość TFR	1,36	1,45	1,43	1,42	1,38	1,33	1,26	1,16	1,099

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

W 2024 r. współczynnik dzietności wyniósł 1,099 (dla porównania w 2023 r. wyniósł on 1,16, a w 2022 r. – 1,26). Oznacza on liczbę dzieci, które urodziłyby przeciętnie kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15–49 lat) przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby z intensywnością obserwowaną w badanym 2024 r.

Optymalna wielkość tego współczynnika, określana jako korzystna dla stabilnego rozwoju demograficznego, to 2,10–2,15, tj. gdy w danym roku na 100 kobiet w wieku 15–49 lat przypada średnio co najmniej 210–215 urodzonych dzieci.²⁾

1.3. Umieralność

W Rzeczypospolitej Polskiej natężenie zgonów do 2019 r. nie zmieniało się istotnie – rosło, ale tempo wzrostu było niewielkie i w miarę jednostajne. W 2020 r. i w 2021 r. nastąpił gwałtowny wzrost liczby zgonów. W 2020 r. zmarło ponad 477 tys. osób, a w 2021 r. prawie 520 tys. (o 42 tys. więcej w porównaniu do poprzedniego roku). Za wyższą umieralność w największym stopniu odpowiadała pandemia wywołana wirusem SARSCoV-2. Z kolei w 2023 r. liczba zgonów spadła w porównaniu do 2022 r. o ponad 39 tys. do poziomu 409 tys. W 2024 r. również

²⁾ „Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r. Stan w dniu 31 grudnia”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2025 r.

zmarło prawie 409 tys. osób – spadek liczby zgonów w stosunku do 2023 r. wyniósł zaledwie 0,5 tys. Współczynnik zgonów pozostał zatem na poziomie porównywalnym z 2023 r. i wyniósł 10,9‰.

Pozytywnym zjawiskiem jest utrzymująca się niska umieralność niemowląt. W 2024 r. zmarło 0,9 tys. dzieci w wieku poniżej 1. roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych był nieco niższy niż przed rokiem (o 0,3 p. prom.) i kształtował się na poziomie 3,6‰ (zarówno w miastach, jak i na wsi).

Obniżanie się poziomu umieralności niemowląt, a także stosunkowo niska liczba urodzeń martwych skutkują spadkiem natężenia umieralności okołoporodowej, której współczynnik utrzymał się w 2024 r. na tym samym poziomie co w 2023 r. i wyniósł 5,3‰ (wobec 19,5‰ w 1990 r. i 9,7‰ w 2000 r.). Umieralność okołoporodowa jest jednym z czynników określających kondycję zdrowotną ludności – obok ogólnego natężenia zgonów i parametrów trwania życia. Niska umieralność niemowląt wynika z istotnego zmniejszenia się zgonów noworodków (w 2024 r. współczynnik zgonów noworodków wyniósł 2,6‰, a w 2023 r. wyniósł on 2,9‰). Na tym samym poziomie co w 2023 r. utrzymał się natomiast współczynnik zgonów niemowląt. Niezmiennie przyczyną blisko połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka, przyczyną kolejnych ok. 38% zgonów są wady rozwojowe wrodzone, a pozostałe zgony są spowodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami. W 2023 r. z powodu stanów rozpoczynających się w okresie okołoporodowym zmarło 515 niemowląt, z czego ponad połowa (280 zgonów) z powodu zaburzeń związanych z czasem trwania ciąży i z rozwojem płodu. Natomiast z powodu wad wrodzonych zmarło 399 dzieci do 1. roku życia. Umieralność niemowląt jest bardziej zróżnicowana przestrzennie niż ma to miejsce w przypadku ogólnego współczynnika zgonów.

ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej, w szczególności przez opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży.

Przepis ten jest spójny z art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. poz. 483, z 2001 r. poz. 319, z 2006 r. poz. 1471 oraz z 2009 r. poz. 946), który stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

2.1. Opieka realizowana w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W celu realizacji przepisów wymienionych we wstępie do rozdziału II niniejszego sprawozdania ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) w art. 2 w ust. 1 pkt 4 zapewnia prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie kobietom w okresie ciąży, porodu i połogu, mającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone 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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 1079).

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu w 2024 r. regulowały:

- 1) rozporządzenie 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.);
- 2) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.);

- 3) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.);
- 4) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 916, z późn. zm.);
- 5) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2025 r. poz. 615);
- 6) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324).

Opieka okołoporodowa obejmuje opiekę zdrowotną sprawowaną nad kobietą w okresie ciąży, porodu i porodu, mającą na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka. Jakość tej opieki jest czułym miernikiem polityki zdrowotnej państwa, zaś wszelkie niedociągnięcia w tym zakresie ujawniają się w wysokości wskaźnika umieralności niemowląt. Wskaźnik ten, uznawany za miernik stanu zdrowia społeczeństwa oraz poziomu świadczeń zdrowotnych, na przełomie ostatnich lat ulega systematycznemu obniżeniu.

2.1.1. Standardy w opiece okołoporodowej

Głównym celem opieki medycznej nad kobietami w ciąży jest zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, umożliwiającą objęcie pacjentek opieką odpowiadającą ich potrzebom zdrowotnym. Istotnym jest zatem, aby ciąża była od początku nadzorowana przez wykwalifikowany personel medyczny.

Standard organizacyjny opieki okołoporodowej – określony przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej – wyznacza sposób organizacji opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, tj. w przebiegu ciąży, porodu, porodu i opieki nad noworodkiem. Szczególne miejsce zajmują w nim przepisy dotyczące organizacji edukacji przedporodowej, wsparcia karmienia piersią, łagodzenia bólu porodowego, a także zasad pracy personelu w przypadkach szczególnie trudnych dla kobiet i ich rodzin, takich jak poronienie, urodzenie martwego lub ciężko chorego dziecka.

Przepisy standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, zwanego dalej „standardem”, kładą szczególny nacisk na współpracę personelu medycznego z rodzicami dla zapewnienia dziecku jak najlepszej opieki. W tym celu standard wskazuje, że wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i niezbędne procedury u noworodka są wykonywane w obecności matki, po przekazaniu jej niezbędnych informacji i uzyskaniu jej zgody. Należy przy tym pamiętać, że rodzice są współdecydentami w opiece zdrowotnej nad dzieckiem, zarówno w przypadku podejmowanych wobec niego działań profilaktycznych jak i leczniczych, a w przypadkach spornych, niezbędny staje się spokój i konstruktywny dialog obojga stron.

Standard przewiduje konieczność zapewnienia monitoringu i ewaluacji realizacji jego przepisów, nakładając na podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej obowiązek ustalania wskaźników tej opieki i monitorowania ich, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się m.in. oceną satysfakcji kobiet objętych opieką.

Ponadto, zgodnie ze standardem:

- 1) opiekę nad kobietą w ciąży fizjologicznej może sprawować zarówno lekarz ginekolog, jak i położna;
- 2) kobieta ma możliwość zapoznania się ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej, w tym poznania swoich praw i schematu opieki zdrowotnej w okresie ciąży, porodu i porodu oraz opieki nad noworodkiem;
- 3) ciężarnej przysługuje co najmniej 9 konsultacji z lekarzem lub położną, w trakcie których jest oceniany jej stan zdrowia i przebieg ciąży;
- 4) położna obejmuje opieką kobietę i jej nowonarodzone dziecko w miejscu jej zamieszkania albo pobytu w ciągu 48 godzin od otrzymania zgłoszenia ze szpitala o urodzeniu dziecka.

Dodatkowo, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, w trosce o dobro dziecka, w szczególności w celu uniknięcia potencjalnych zaniedbań w opiece nad nim, personelowi medycznemu zapewniono możliwość monitorowania stanu zdrowia i losów dziecka od urodzenia także w miejscu jego pobytu. Przepisy ww. rozporządzenia nakładają na szpitale obowiązek skutecznego poinformowania położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej o przekazaniu jej opieki nad noworodkiem, którą powinna podjąć nie później niż w ciągu 48 godz. od otrzymania zgłoszenia. W celu udokumentowania skuteczności przekazania zgłoszenia o porodzie wskazano na konieczność uzyskania potwierdzenia odbioru tego zgłoszenia. Opieka

położnej jest realizowana w formie wizyt patronażowych. Kobieta ma prawo do co najmniej 4 takich wizyt. Jednocześnie podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad noworodkiem informuje jednostki organizacyjne pomocy społecznej w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku zaobserwowania zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu jego pobytu.

W 2024 r. Ministerstwo Zdrowia, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom zagwarantowania wysokiej jakości opieki okołoporodowej, wyrażonym przez ekspertów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, anestezjologii oraz środowisk reprezentujących kobiety, podjęło prace nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Przedmiotem zmian jest ujednolicenie organizacji i zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w okresie ciąży, porodu, połogu i opieki nad noworodkiem we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, poprawa jakości opieki okołoporodowej a także poprawa komfortu i bezpieczeństwa rodzących oraz ich dzieci.

Ponadto, Minister Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta oraz Dyrektor Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu w dniu 22 listopada 2024 r. zorganizowali konferencję pn.: „Realizacja standardu opieki okołoporodowej kluczem do bezpieczeństwa i satysfakcji kobiet”, która była poświęcona realizacji i wdrażaniu standardów opieki okołoporodowej.

Odnosząc się do realizacji standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej należy wskazać, że regulacje zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej mają charakter wiążący dla realizatorów umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu odbywa się na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie. Kwestie dotyczące świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa, postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także warunki wymagane od świadczeniodawców regulują zarządzenia

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne i profilaktyczne programy zdrowotne.

Szczegółowe informacje dotyczące liczby i wartości świadczeń finansowanych ze środków publicznych udzielonych w poradniach specjalistycznych w związku z przedmiotowym problemem zdrowotnym przedstawiają poniższe tabele.

Tabela 2. Świadczenia udzielone w 2024 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	dotyczy kobiet do 35. roku życia				dotyczy kobiet powyżej 35. roku życia			
	Liczba pacjentek objętych opieką	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba pacjentek objętych opieką	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	11 281	50 500	169	9 873 020	3 618	14 150	167	2 710 134
KUJAWSKO-POMORSKI	9 765	42 568	164	7 139 905	2 510	9 855	151	1 585 796
LUBELSKI	6 686	33 849	89	6 447 765	2 060	9 243	84	1 733 728
LUBUSKI	3 058	14 984	38	2 691 435	824	3 680	37	655 666
ŁÓDZKI	8 394	41 763	142	6 884 423	2 911	11 276	131	1 815 053
MAŁOPOLSKI	13 681	69 070	174	13 800 623	4 658	21 120	172	4 163 715
MAZOWIECKI	30 482	133 370	264	22 298 297	11 072	45 902	256	7 378 649
OPOLSKI	3 265	11 194	43	1 926 476	04	2 837	42	479 136
PODKARPACKI	7 938	46 221	111	8 984 039	2 386	12 977	107	2 483 999
PODLASKI	5 080	29 845	51	5 579 305	1 399	7 173	48	1 335 511
POMORSKI	12 606	64 241	112	12 229 384	3 880	17 208	108	3 214 004
ŚLĄSKI	16 418	95 444	349	17 643 999	5 095	24 168	330	4 402 013
ŚWIĘTOKRZYSKI	4 231	19 251	99	3 461 613	1 320	5 432	99	948 133
WARMIŃSKO-MAZURSKI	6 608	35 312	86	6 350 250	1 918	8 776	83	1 551 377
WIELKOPOLSKI	13 497	56 052	197	10 693 057	3 721	14 529	189	2 759 253
ZACHODNIOPOMORSKI	6 375	32 039	92	5 666 630	1 847	8 019	91	1 377 573
POLSKA	159 365	775 703	2 180	141 670 221	49 223	216 345	2 095	38 593 740

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela 3. Świadczenia udzielone w 2024 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone na podstawie produktu przeznaczanego do rozliczania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	dotyczy kobiet do 35. roku życia				dotyczy kobiet powyżej 35. roku życia			
	Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej				Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej			
	Liczba pacjentek objętych opieką	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Sprawozdana wartość wykonanych świadczeń	Liczba pacjentek objętych opieką	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Sprawozdana wartość wykonanych świadczeń

DOLNOŚLĄSKI	5 024	14 443	100	4 203 111	1 373	3 709	98	1 075 995
KUJAWSKO-POMORSKI	4 976	15 699	99	4 562 988	1 140	3 531	90	1 025 322
LUBELSKI	1 484	4 121	35	1 248 229	355	938	29	283 143
LUBUSKI	675	1 855	18	541 582	186	540	18	155 627
ŁÓDZKI	1 694	4 127	63	1 246 891	425	1 023	56	305 527
MAŁOPOLSKI	2 125	5 588	62	1 710 642	589	1 540	55	464 973
MAZOWIECKI	8 895	26 577	152	7 709 462	2 684	7 733	143	2 240 258
OPOLSKI	2 171	7 597	38	2 218 149	556	1 912	35	551 252
PODKARPACKI	2	2	2	813	0	0	0	0
PODLASKI	706	1 877	11	572 979	171	461	9	140 318
POMORSKI	4 521	14 592	58	4 184 985	1 119	3 400	51	970 619
ŚLĄSKI	1 557	3 584	68	1 060 606	391	836	54	246 765
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 122	3 415	47	988 121	295	860	41	250 167
WARMIŃSKO-MAZURSKI	2 025	6 138	31	1 817 001	499	1 336	31	397 526
WIELKOPOLSKI	8 487	27 796	156	8 072 019	2 071	6 420	147	1 854 042
ZACHODNIOPOMORSKI	2 159	6 383	46	1 862 156	522	1 605	44	463 219
RAZEM	47 623	143 794	986	41 999 734	12 376	35 844	901	10 424 753

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.2. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

W celu poprawy opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz nad nowo narodzonym dzieckiem od dnia 1 lipca 2016 r. mocą zarządzenia Nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, został wprowadzony nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC), obejmujący zarówno świadczenia ambulatoryjne, jak i hospitalizację związaną z porodem. Głównym założeniem KOC było zapewnienie pacjentkom skoordynowanych świadczeń, przez objęcie ich opieką zespołu medycznego, który powinien ze sobą współpracować na wszystkich etapach ciąży oraz w okresie połogu. Istotnym elementem tego rozwiązania jest także możliwość prowadzenia ciąży przez położną, która pracując w zespole, w każdej chwili może skonsultować się z lekarzem czy wykonać potrzebne badania. Daje to poczucie bezpieczeństwa pacjentce, jak również zwiększa szanse na wczesne rozpoznanie wszelkich pojawiających się patologii umożliwiając niezwłoczne skierowanie pacjentki do podmiotu o wyższym stopniu referencyjności. Ciężarna może zgłosić się do programu na każdym etapie ciąży i wybrać, kto (lekarz czy położna) będzie sprawował nad nią bezpośrednią opiekę.

Produkt rozliczeniowy: KOC I, tj. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na I poziomie referencyjnym realizowany jest od dnia 1 października 2017 r. W ramach tego zakresu finansuje

się kilka ryczałtów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży w chwili objęcia pacjentki opieką oraz wydzielony ryczałt w przypadku prowadzenia ciąży przez położną. Wycena poszczególnych ryczałtów obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród (w tym znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe) oraz opiekę nad noworodkiem w okresie do 6 tygodni od urodzenia. W przypadku wystąpienia wskazań medycznych do dłuższej hospitalizacji dziecka wprowadza się możliwość odrębnego rozliczenia świadczeń na podstawie odrębnej wyceny świadczeń analogicznych do obecnych grup noworodkowych rozliczanych w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń, możliwe jest uzyskanie przez świadczeniodawcę „premi” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych, m.in.

- 1) odsetek porodów fizjologicznych;
- 2) odsetek cięć cesarskich;
- 3) przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną i uzyskanie co najmniej 60% zwrotnych odpowiedzi;
- 4) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe.

Tabela 4. Wykaz ryczałtów w ramach KOC I

Nazwa produktu	Opis
ryczałt KOC I – od I trymestru ciąży	ryczałt obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą przed końcem 14. tygodnia ciąży
ryczałt KOC I – od 15 tygodnia ciąży	ryczałt obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 15. tygodnia ciąży
ryczałt KOC I – od 33 tygodnia ciąży	ryczałt obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 33. tygodnia ciąży
ryczałt KOC I – w przypadku prowadzenia ciąży przez położną	ryczałt jest rozliczany łącznie z produktem o kodzie: 5.10.00.0000147 „ryczałt KOC I – prowadzenie ciąży przez położną”, w przypadku gdy ciążę prowadziła położna KOC I i poród odbył się u koordynatora
ryczałt KOC I – prowadzenie ciąży przez położną	ryczałt jest rozliczany łącznie z produktem o kodzie: 5.10.00.0000146 „ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną” i obejmuje on prowadzenie ciąży przez położną KOC I

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

KOC I jest obecnie realizowana w kilku województwach.

Tabela 5. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I w 2024 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeniodawców	Wartość umów w zł	Wartość świadczeń ogółem w zł	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba porodów	Liczba cięć cesarskich	Liczba porodów drogami natury ze znieczuleniem ciągłym
DOLNOŚLĄSKI	1	2 034 970	2 016 495	218	218	94	0
MAZOWIECKI	1	8 702 645	8 702 644	1 030	925	290	73
POMORSKI	1	3 415 373	3 395 255	361	362	107	0
ŚLĄSKI	3	18 357 699	18 129 634	2 071	1 929	1 206	278
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1	4 354 410	4 203 970	479	465	214	2
ZACHODNIOPOMORSKI	1	3 166 703	3 137 314	414	342	195	0
RAZEM	8	40 031 800	39 585 312	4 573	4 241	2 106	353

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.3. Porody, w tym porody zakończone cięciem cesarskim

W 2024 r. rozliczono 244 398 porodów, w tym 116 989 porodów zakończyło się cięciem cesarskim. Zestawienie liczby cięć cesarskich w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia poniższa tabela.

Tabela 6. Liczba porodów rozliczonych w 2024 r., w tym zakończonych cięciem cesarskim

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Łączna liczba porodów	Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim
DOLNOŚLĄSKIE	17 603	8 181
KUJAWSKO-POMORSKIE	11 843	4 792
LUBELSKIE	11 537	6 269
LUBUSKIE	5 568	3 112
ŁÓDZKIE	14 559	7 806
MAŁOPOLSKIE	26 038	13 177
MAZOWIECKIE	41 382	18 086
OPOLSKIE	5 075	2 437
PODKARPACKIE	13 352	7 627
PODLASKIE	7 276	4 061
POMORSKIE	16 516	5 750
ŚLĄSKIE	25 327	12 824
ŚWIĘTOKRZYSKIE	6 193	3 428
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	7 938	3 811
WIELKOPOLSKIE	24 627	10 709
ZACHODNIOPOMORSKIE	9 564	4 919
POLSKA	244 398	116 989

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2024 r. wskaźnik cięć cesarskich wyniósł 47,86%, dla porównania w 2023 r. wskaźnik ten wyniósł 46,9%, w 2022 r. – 45,4%, w 2021 r. – 45,3%, a w 2020 r. – 43,8%.

Wskaźnik cięć cesarskich jest na bieżąco monitorowany za pomocą dostępnych danych statystycznych otrzymywanych z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia,

jak również za pośrednictwem konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii wraz z kierowanymi przez nich zespołami konsultantów wojewódzkich.

2.1.4. Łagodzenie bólu porodowego

Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej w rozdziale VII przewidują regulacje dotyczące łagodzenia bólu porodowego. W świetle powyższych przepisów, rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego. Rodzącej przyjmowanej do podmiotu wykonującego działalność leczniczą w celu porodu przekazuje się, w sposób dla niej zrozumiały, informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w tym podmiocie.

Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą oraz zapewniają rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu, uwzględniając jej zdanie w tym zakresie.

W podmiocie wykonującym działalność leczniczą realizującym opiekę nad rodzącą opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego i dostępne w tym podmiocie metody łagodzenia bólu porodowego.

Zgodnie ze standardem łagodzenie bólu porodowego odbywa się metodami niefarmakologicznymi i farmakologicznymi.

Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:

- 1) utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, w szczególności: spacer, kołysanie się, przyjmowanie pozycji kucznej lub pozycji wertykalnych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, w szczególności takich jak: gumowa piłka, worek sako, drabinki, materac, sznury porodowe, krzesło porodowe;
- 2) techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;
- 3) metody fizjoterapeutyczne, w tym: masaż relaksacyjny, ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu, przezskórną stymulację nerwów (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS);
- 4) immersję wodną;
- 5) akupunkturę;

6) akupresurę.

Natomiast metody farmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:

- 1) analgezję wziewną;
- 2) dożylnie lub domięśniowe stosowanie opioidów;
- 3) analgezję regionalną i miejscową.

Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego są wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod nefarmakologicznych lub wystąpienia wskazań medycznych do ich zastosowania. Rozpoczęcie farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego każdorazowo jest poprzedzone badaniem położniczym oraz przeprowadzoną i udokumentowaną przez lekarza położnika oceną natężenia bólu lub identyfikacją wskazań medycznych oraz uzyskaniem zgody rodzącej na zastosowanie proponowanej metody.

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia w 2024 r. wykonano 28 975 znieczuleń zewnątrzoponowych.

Tabela 7. Liczba znieczuleń zewnątrzoponowych ciągłych do porodów odbytych drogami natury

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba znieczuleń sprawozdanych poza KOC w ramach procedur	Liczba znieczuleń sprawozdanych w ramach KOC
DOLNOŚLĄSKI	1 433	1 103
KUJAWSKO-POMORSKI	259	0
LUBELSKI	218	34
LUBUSKI	97	65
ŁÓDZKI	1 689	522
MAŁOPOLSKI	1 720	2 403
MAZOWIECKI	10 775	229
OPOLSKI	446	15
PODKARPACKI	698	6
PODLASKI	349	553
POMORSKI	2 027	3
ŚLĄSKI	1 387	493
ŚWIĘTOKRZYSKI	332	0
WARMIŃSKO-MAZURSKI	632	94
WIELKOPOLSKI	947	7
ZACHODNIOPOMORSKI	30	409
RAZEM	23 039	5 936

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2024 r. rozliczono łącznie 244 398 świadczeń związanych z porodem. Jednocześnie, Narodowy Fundusz Zdrowia wskazuje, że przy 22% porodów wykonano znieczulenie (z wyłączeniem cesarskich cięć).

Dla porównania, w 2023 r. odsetek porodów, przy których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe wyniósł 17%.

Jednocześnie, należy zaznaczyć, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego obligują do zapewnienia na oddziale położnictwa i ginekologii stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – w lokalizacji. W oddziale ginekologicznym i położniczym o II i III poziomie referencyjnym jest wymagana stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii albo lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem zapewnienia w strukturze szpitala oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.) – w lokalizacji przy jednoczesnym zapewnieniu możliwości wykonania znieczulenia śródporodowego.

Za zapewnienie odpowiedniej kadry do realizacji świadczeń zdrowotnych jest odpowiedzialny kierownik podmiotu leczniczego, zwracając szczególną uwagę na potrzeby zdrowotne pacjentów regionu, w którym znajduje się dany szpital, efektywne wydatkowanie środków i realną możliwość pozyskania lekarzy danej specjalizacji.

W 2024 r. podjęte zostały działania mające na celu zapewnienie lepszego dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego podczas porodu drogami natury. W tym celu zarządzeniem Nr 53/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne wprowadzono system premiowania finansowego szpitali, jeśli zapewnią znieczulenie zewnątrzoponowe lub (w uzasadnionych przypadkach) znieczulenie podpajęczynówkowe. W tym celu wprowadzono korygowanie rozliczenia grup N01 Poród, N02 Poród mnogi lub przedwczesny oraz N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem >5 dni współczynnikami w zależności od udziału porodów zakończonych drogami natury w znieczuleniu zewnątrzoponowym lub w uzasadnionych medycznie przypadkach w znieczuleniu podpajęczynówkowym do wszystkich porodów

zakończonych drogami natury. Dla świadczeniodawców, którzy nie stosują znieczulenia do porodu lub u których odsetek porodów ze znieczuleniem jest niższy niż 5% w kwartale współczynnik dla ww. grup wynosi 0,95. Dla świadczeniodawców, u których udział wynosi powyżej 10% współczynnik korygujący wynosi 1,12, powyżej 20% – 1,19 oraz powyżej 35% – 1,21. Jednocześnie od 1 stycznia 2025 r. współczynnik za porody drogami natury z zastosowaniem analgezji regionalnej wypłacany jest wyłącznie świadczeniodawcom, którzy w kwartale stanowiącym podstawę do wyliczenia współczynnika osiągnęli co najmniej 2-punktowy przyrost odsetka znieczuleń do porodów drogami natury, w stosunku do odsetka znieczuleń do porodów drogami natury osiągniętego w kwartale poprzedzającym kwartał stanowiący podstawę do wyliczenia współczynnika. Zarządzenie dostępne jest na stronie internetowej NFZ: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenienr-532024dsoz,7774.html>.

Przeprowadzono również działania informacyjne dotyczące warunków organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie dostępu do analgezji regionalnej porodu – powyższe działania przyniosły efekt w postaci rosnącego odsetka znieczulanych porodów.

2.1.5. Wsparcie kobiet w ciąży w ramach ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” i programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”

Mając na uwadze potrzebę otoczenia szczególną opieką kobiet w ciąży i ich rodzin, w tym przede wszystkim kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, a także dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu (powstałe w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu) zdecydowano o zapewnieniu im kompleksowego wsparcia i przyjęciu rozwiązań rangi ustawowej. W tym celu uchwalona została ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2024 r. poz. 1829), a następnie na jej podstawie został opracowany Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, przyjęty uchwałą nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. poz. 1250, z późn. zm.) i zmieniony uchwałą Nr 189 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniającą uchwałę w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. z 2022 r. poz. 64), a następnie uchwałą Nr 5 Rady Ministrów z dnia 17 stycznia 2025 r. zmieniającą uchwałę w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. poz. 113).

Rozwiązania przyjęte w tej ustawie wynikają z konieczności zapewnienia przez państwo rodzinom w Rzeczypospolitej Polskiej poczucia bezpieczeństwa, w szczególności gdy może wystąpić sytuacja nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu dziecka. Opieka państwa w zakresie przewidzianym w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” obejmuje dostęp do odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej, jak również do instrumentów polityki na rzecz rodziny. Natomiast Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” przewiduje realizację szeregu działań określonych w ramach sześciu priorytetów, zmierzających do osiągnięcia celu jakim jest umożliwienie rzeczywistej i pełnej integracji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wsparcie psychologiczne, społeczne, funkcjonalne i ekonomiczne ich rodzin. Do działań tych należy m.in. zapewnienie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej (uwzględniającej również opiekę psychologiczną), diagnostyka i terapia prenatalna oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

1) Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II i III poziomie referencyjnym (KOC II/III)

Od dnia 1 stycznia 2017 r. wprowadzono koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży na II i III poziomie referencyjnym (KOC II/III).

W ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II i III poziomie referencyjnym (KOC II/III) szczególna pomoc medyczna finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jest przeznaczona kobietom w przypadku prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu, ciężkich chorób płodu oraz w sytuacji niepowodzenia położniczego. Dodatkowy akcent został położony na pomoc psychologiczną dla tej grupy pacjentek. W ramach opieki finansuje się kilka ryczałtów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży oraz świadczenia wskazane jako możliwe do sumowania z ryczałtem. Wycena poszczególnych ryczałtów obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród (w tym znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe) oraz opiekę nad noworodkiem. W przypadku wystąpienia wskazań medycznych do dłuższej hospitalizacji dziecka istnieje możliwość odrębnego rozliczenia świadczeń na podstawie odrębnej wyceny świadczeń w ramach grup noworodkowych. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń, możliwe jest uzyskanie przez świadczeniodawcę „premi” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych.

Tabela 8. Wykaz ryczałtów w ramach KOC II/III

Nazwa produktu	Opis
ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 14 tygodniu ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi
ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi
ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela 9. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2024 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeniodawców	Wartość umów (w zł)	Wartość świadczeń ogółem w zł	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba porodów	Liczba cięć cesarskich	Liczba porodów drogami natury ze znieczuleniem ciągłym
DOLNOŚLĄSKI	3	95 656 772	95 091 191	6 127	5619	2 148	968
LUBELSKI	6	125 112 614	124 938 289	6 664	5867	2 950	23
LUBUSKI	4	69 685 118	69 586 349	3 834	3593	2 033	40
ŁÓDZKI	6	62 817 331	62 555 104	5 470	4217	2 391	491
MAŁOPOLSKI	5	204 965 215	210 146 433	11 825	10557	5 150	2 356
OPOLSKI	2	16 226 908	16 226 906	1 185	1022	567	0
PODKARPACKI	1	10 182 330	10 200 983	704	652	324	0
PODLASKI	1	44 030 029	44 000 696	2 048	1855	879	543
POMORSKI	1	10 748 883	10 752 274	834	764	295	3
ŚLĄSKI	2	32 046 564	31 770 623	2 063	1913	994	59
WIELKOPOLSKI	1	40 689 002	40 471 218	1 711	1408	831	0
ZACHODNIOPOMORSKI	3	102 883 679	102 475 929	5 330	4588	2 380	225
RAZEM	35	815 044 445	818 215 995	47 795	42055	20 942	4 708

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Zgodnie z powyższymi danymi, w 2024 r. wartość świadczeń zrealizowanych w ramach KOC II/III wyniosła ogółem 818 215 995 zł, (dla porównania w 2023 r. wartość tych świadczeń wyniosła 736 952 582 zł, w 2022 r. – 562 521 205 zł, w 2021 r. – 413 842 819 zł, a w 2020 r. – 383 428 480 zł).

2) Dziecięca opieka koordynowana

W celu realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” od dnia 1 stycznia 2017 r. wprowadzono również nowy zakres świadczeń kierowanych do dzieci, tj. dziecięcą opiekę koordynowaną (DOK). Celem wprowadzenia przedmiotowego zakresu świadczeń było sfinansowanie zintegrowanej opieki neonatologicznej, wielospecjalistycznej

opieki pediatrycznej – zgodnie z indywidualnymi wskazaniami – oraz programów rehabilitacyjnych dla dzieci nim objętych. DOK ma na celu wczesne diagnozowanie i leczenie dzieci urodzonych z ciężkimi dysfunkcjami. Ta forma rozliczania świadczeń pozwala sfinansować zintegrowaną opiekę neonatologiczną, wielospecjalistyczną opiekę pediatryczną, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami oraz programy rehabilitacyjne dla tych dzieci. Świadczenia skierowane są do dzieci do ukończenia 3. roku życia, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Świadczenia te przeznaczone są także dla noworodków urodzonych przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 33 tygodni, klasyfikowanym jako noworodki VLBW (z ang. very low birth weight). W ramach DOK są finansowane kompleksowe porady (w formie konsylium z udziałem kilku specjalistów) mające na celu zdiagnozowanie dziecka i zaplanowanie leczenia oraz wczesną rehabilitację.

Tabela 10. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2024 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba świadczeniodawców	Wartość rozliczonych świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	94	3 798	1	772 746
ŁÓDZKI	41	293	1	61 837
OPOLSKI	67	1 923	1	411 233
ŚLĄSKI	110	535	1	218 084
WIELKOPOLSKI	407	764	1	471 813
RAZEM:	719	7313	5	1 935 713

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W świetle powyższych danych, w 2024 r. opieką w ramach DOK objęto 719 pacjentów, a wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła ogółem 1 935 713 zł (dla porównania w 2023 r. opieką w ramach DOK objęto 703 pacjentów, a wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła ogółem 2 016 032 zł).

3) Perinatalna opieka paliatywna

Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 236) zostało wprowadzone nowe świadczenie – „Perinatalna opieka paliatywna”. Jest ono skierowane do kobiet w ciąży, u których stwierdzono wadę letalną płodu. Ze względu na określony stan kliniczny pacjentki, te wymagają opieki psychologicznej oraz

skoordynowanych działań medycznych. Świadczenia gwarantowane realizowane w ramach perinatalnej opieki paliatywnej obejmują:

- 1) porady i konsultacje lekarskie w poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dzieci lub hospicjum stacjonarnym;
- 2) porady psychologa w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym;
- 3) koordynację opieki przez:
 - a) zapewnienie współpracy ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii lub neonatologii, w warunkach leczenia szpitalnego lub porady specjalistycznej,
 - b) zapewnienie współpracy z hospicjum domowym dla dzieci lub z hospicjum stacjonarnym, pozwalającej na zachowanie ciągłości opieki nad dzieckiem w przypadku zaistnienia możliwości wypisu z oddziału, na którym przebywa dziecko,
 - c) zapewnienie współpracy z ośrodkiem diagnostyki prenatalnej, ośrodkiem kardiologii prenatalnej lub zakładem genetyki,
 - d) poinformowanie rodziców dziecka o możliwości pożegnania się ze zmarłym dzieckiem oraz o sposobie pochówku,
 - e) przekazanie informacji dotyczących postępowania w przypadku zgonu dziecka,
 - f) zapewnienie ciągłości leczenia stosownie do stanu zdrowia dziecka, po zakończeniu realizacji świadczenia gwarantowanego w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej, w tym w uzasadnionych przypadkach opiekę paliatywną po urodzeniu dziecka oraz wsparcie w żałobie po śmierci dziecka przez udział w grupie wsparcia w okresie żałoby.

W 2024 r. świadczeniem perinatalnej opieki paliatywnej objęto 296 pacjentów. Wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 439 543 zł. W przypadku stwierdzenia wady letalnej płodu, pacjenci mają zagwarantowane prawo do korzystania z opieki lekarza i psychologa również poza perinatalną opieką paliatywną, tj. w ramach świadczeń opieki psychiatrycznej oraz w leczeniu szpitalnym.

Tabela 11. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej w 2024 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba świadczeniodawców	Wartość świadczeń – ogółem (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	18	75	1	49 930
LUBELSKI	4	4	1	11 335
ŁÓDZKI	5	9	1	11 771

MAŁOPOLSKI	1	1	1	2 713
MAZOWIECKI	207	709	1	265 594
OPOLSKI	2	2	1	5 644
PODKARPACKI	14	26	1	36 451
PODLASKI	12	24	1	8 448
POMORSKI	13	40	2	31 900
WARMIŃSKO-MAZURSKI	2	2	1	5 126
WIELKOPOLSKI	18	44	1	10 631
RAZEM	296	936	12	439 543

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia podejmował próby zawarcia umowy w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej w części województw, w których dotychczas tej opieki nie zakontraktowano. Z uwagi na brak deklaracji świadczeniodawców do udziału w postępowaniu konkursowym w części województw konkursy ofert nie odbyły się albo w ogłoszonym postępowaniu nie wpływała żadna oferta od świadczeniodawców. W tym zakresie będą podejmowane dalsze działania (ogłaszane nowe konkursy).

4) Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”

Zgodnie z art. 48a ust. 17 i 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, wdraża, realizuje i finansuje program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, przyjęty na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. Opracowany na tej podstawie przez ministra właściwego do spraw zdrowia program polityki zdrowotnej ma zatem szczególny charakter, ponieważ służy wyłącznie wykonaniu ww. rządowego programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, w którym zostały określone jego podstawowe cele, założenia, finansowanie, jak również zadania zmierzające do ich realizacji.

Głównym celem programu polityki zdrowotnej opracowanego, wdrożonego, realizowanego i finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia jest realizacja programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” w zakresie następujących działań wyszczególnionych w priorytecie II ostatniego z ww. programów, którym jest „Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny”:

- 1) odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt (pkt 2.2. Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”);

2) wczesna rehabilitacja dzieci (pkt 2.3. Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”).

W 2024 r. zawarto 34 umowy na zadanie „Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt – zakup sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego i jego przechowywania dla podmiotów leczniczych współpracujących z bankami mleka kobiecego”.

W ramach tego zadania został zakupiony sprzęt do pozyskiwania mleka kobiecego i jego przechowywania: laktatory elektryczne przeznaczone do użytku szpitalnego, lodówki do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury, termotorby, lodówki przenośne oraz boksy termiczne. Łącznie zakupiono 449 sztuk sprzętu.

W 2024 r. kwota wykorzystanych przez realizatorów środków na realizację programu wyniosła łącznie 2 380 602,73 zł.

2.1.6. Wsparcie psychologiczne

Od dnia 1 lipca 2016 r. dla porad psychologicznych i psychiatrycznych udzielanych kobietom w ciąży powikłanej wprowadzono wskaźniki korygujące (zwiększające wartość takiej porady o 50% w odniesieniu do wyceny bazowej). Ponadto od dnia 1 stycznia 2017 r. opieka psychologiczna nad kobietą w ciąży powikłanej ze szczególnym uwzględnieniem ciężkich chorób płodu jest dodatkowo finansowana w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży realizowanej na III poziomie referencyjnym oraz w ramach leczenia szpitalnego. Realizacja przedmiotowych świadczeń w 2024 r. przedstawia się następująco.

Tabela 12. Świadczenia z zakresu opieki psychologicznej udzielone w 2024 r. kobietom w ciąży powikłanej

Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba świadczeń z rodzaju 03 Leczenie szpitalne	Sprawozdana wartość świadczeń z rodzaju 03 Leczenie szpitalne	Liczba świadczeń z rodzaju 04 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Sprawozdana wartość świadczeń z rodzaju 04 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Liczba pacjentek objętych opieką w ramach KOC	Wartość świadczeń w ramach KOC [zł]	Liczba świadczeniodawców w ramach KOC
DOLNOŚLĄSKIE	22	4 297	0	0	5	4 960	2
KUJAWSKO-POMORSKIE	13	2 587	0	0	0	0	0
LUBELSKIE	183	35 444	1	370	15	15 137	2
LUBUSKIE	34	6 652	0	0	4	4 001	1
ŁÓDZKIE	1	186	0	0	0	0	0
MAŁOPOLSKIE	108	21 199	0	0	10	9 919	1
MAZOWIECKIE	116	22 932	1	207	0	0	0

OPOLSKIE	16	3 365	0	0	0	0	0
PODKARPACKIE	203	46 695	0	0	0	0	0
PODLASKIE	0	0	0	0	0	0	0
POMORSKIE	31	6 125	0	0	0	0	0
ŚLĄSKIE	101	20 533	0	0	0	0	0
ŚWIĘTOKRZYSKIE	290	62 304	0	0	0	0	0
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	54	10 449	0	0	0	0	0
WIELKOPOLSKIE	189	36 458	0	0	1	958	1
ZACHODNIOPOMORSKIE	0	0	0	0	134	134 296	2
POLSKA	1 361	279 226	2	577	169	169 271	9

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.7. Bezpłatne leki dla kobiet w ciąży – Program Ciąża Plus

Zgodnie z art. 43b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorcom w okresie ciąży albo w okresie połogu przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki lub wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907, z późn. zm.). Jest to tzw. „lista E”.

Pierwsza lista leków dostępnych bezpłatnie dla kobiet w ciąży obowiązująca od dnia 1 września 2020 r. obejmowała 114 pozycji dostępnych na receptę najczęściej stosowanych przez ciężarne. Lista E jest aktualizowana zgodnie z dyspozycją Ministra Zdrowia i publikowana z każdym obwieszczeniem refundacyjnym, mając przy tym na względzie konieczność zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pacjentek korzystających z Programu Ciąża Plus. Zgodnie z ostatnim obwieszczeniem obowiązującym w 2024 r.³⁾ na liście E znalazło się 387 produktów leczniczych wydawanych bezpłatnie dla kobiet w ciąży i połogu.

Dnia 1 listopada 2023 r., wraz z wejściem w życie ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1938), zmianie uległy zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozszerzając dotychczasowe uprawnienia do bezpłatnego zaopatrzenia w leki dla kobiet w ciąży, regulowane przepisem art. 43b tej ustawy, o populację kobiet

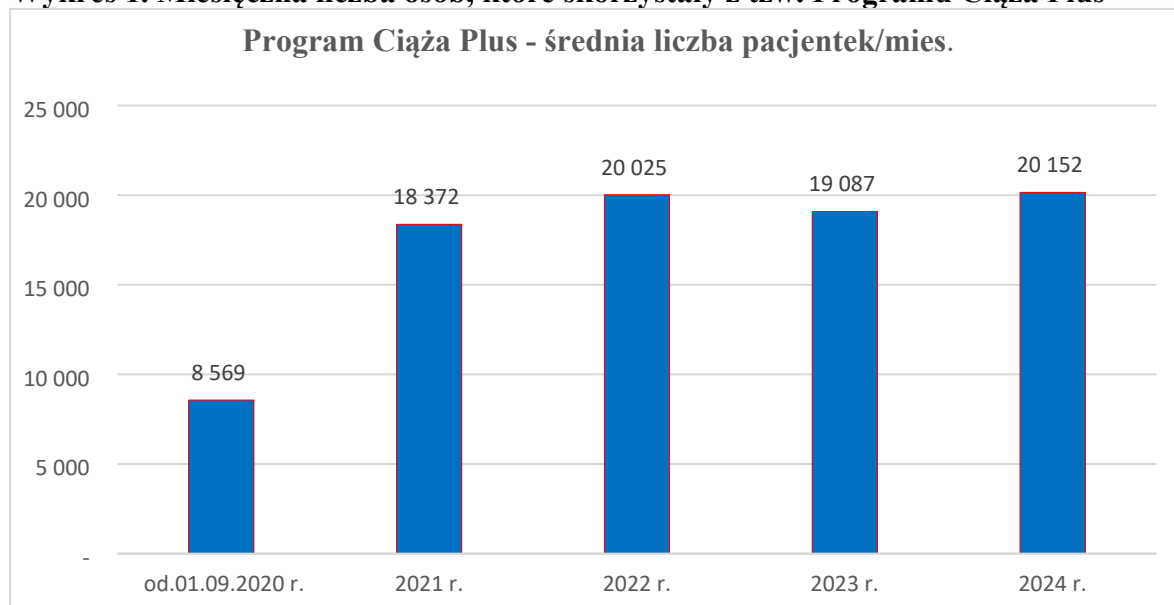
³⁾ Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2024 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 79).

w porożu (tj. nie dłużej niż przez 6 tygodni po upływie 15 dni od planowanej daty porodu wskazanej w zaświadczeniu wystawionym przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie, lub położną podstawowej opieki zdrowotnej, lub położną wykonującą świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni położniczo-ginekologicznej). Pierwszy wykaz leków w ramach tzw. Programu Cięża Plus, obejmujący populację zarówno kobiet w ciąży jak i w porożu został uwzględniony w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 stycznia 2024 r.

Receptę na leki bezpłatne w ramach tzw. Programu Cięża Plus (oznaczenie recepty kodem uprawnienia dodatkowego „C”) może wystawić lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarz w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie, lub położna podstawowej opieki zdrowotnej, lub położna wykonująca świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni położniczo-ginekologicznej, lub inny lekarz – na podstawie zaświadczenia wystawionego przez wskazanych wcześniej lekarza lub położną. Warunkiem koniecznym przy wystawianiu recept na produkty refundowane, w tym widniejące na liście E, jest rozpoznanie schorzenia, które zawiera się we wskazaniu refundacyjnym – dopiero przyznanie refundacji podstawowej (B, R, 30%, 50%) umożliwia wydanie leku z listy E bezpłatnie, w ramach Programu Cięża Plus. W przypadku wskazania przez lekarza wypisującego receptę pełnej odpłatności pacjenta (100%) – refundacja na dany lek nie przysługuje.

Od początku istnienia programu obserwowany jest sukcesywny wzrost liczby osób korzystających z tzw. Programu Cięża Plus. Stabilizację osiągnięto w kwietniu 2021 r. – w kolejnych miesiącach liczba pacjentek oscylowała w granicach 18 tys. – 19 tys. pacjentek miesięcznie, a w grudniu 2021 r. pierwszy raz przekroczona została liczba 20 tys. pacjentek miesięcznie. W dalszym okresie funkcjonowania omawianego programu były zauważalne wahania średniej liczby pacjentek korzystających z prawa do bezpłatnych leków w okresie ciąży w skali miesiąca, występujące różnice oscylowały na poziomie 5 %.

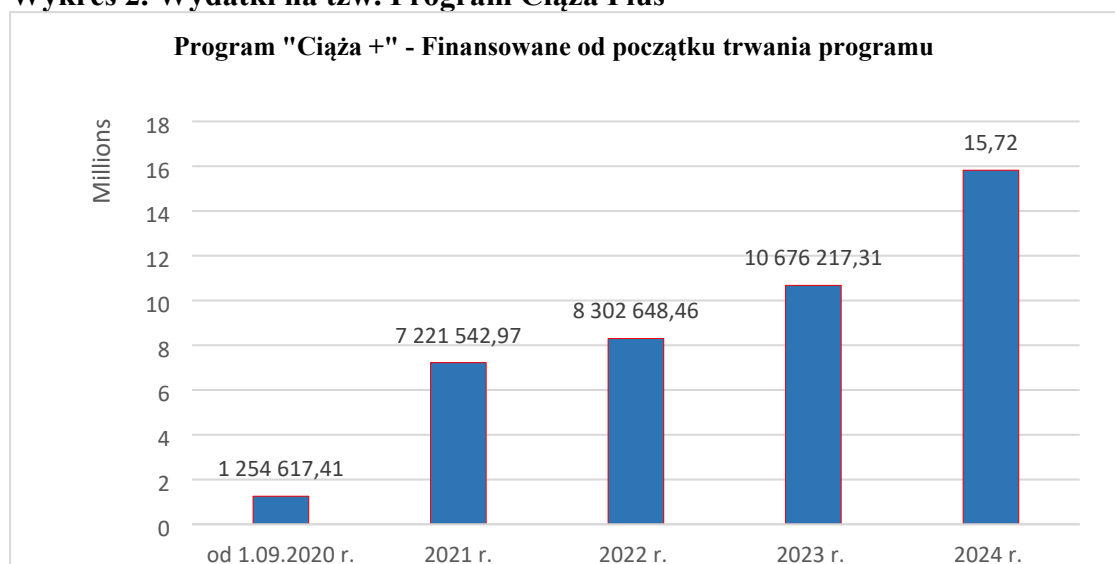
Wykres 1. Miesięczna liczba osób, które skorzystały z tzw. Programu Cięża Plus



Źródło: Ministerstwo Zdrowia, na podstawie raportów Narodowego Funduszu Zdrowia

Wydatki na Program Cięża Plus od początku jego finansowania obrazuje poniższy wykres, na podstawie którego można zaobserwować każdorazowy wzrost kosztów tego programu w stosunku do roku poprzedzającego. Największy roczny koszt programu nastąpił w 2024 r., w którym poniesione wydatki z tego tytułu przewyższają dwukrotnie kwotę zrefundowanych opakowań w 2021 r.

Wykres 2. Wydatki na tzw. Program Cięża Plus

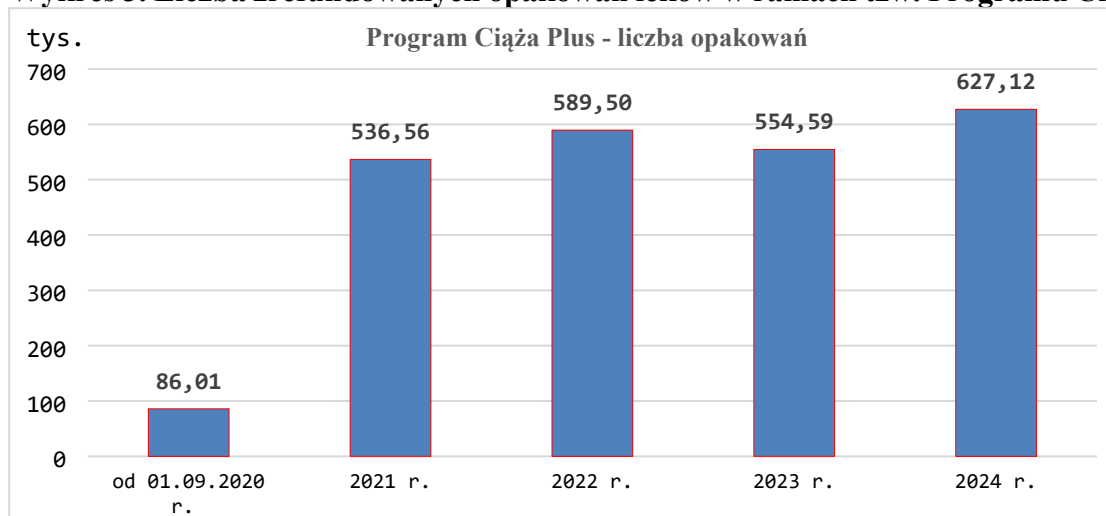


Źródło: Ministerstwo Zdrowia, na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia

W odniesieniu do liczby zrefundowanych opakowań leków w Programie Cięża Plus, na poniższym wykresie przedstawiona została liczba zrefundowanych opakowań leków w 2024 r. W każdym z miesięcy 2024 r. zrefundowano większą liczbę opakowań w stosunku

do tego samego miesiąca roku poprzedzającego. W całym 2024 r. kobietom w okresie ciąży i w okresie połogu zrefundowano ponad 627 tys. opakowań leków.

Wykres 3. Liczba zrefundowanych opakowań leków w ramach tzw. Programu Ciąża Plus



Źródło: Ministerstwo Zdrowia

W 2024 r. w ramach Programu Ciąża Plus najczęściej realizowano recepty na:

- 1) leki przeciwzakrzepowe (Enoxaparinum natricum);
- 2) leki zawierające Progesteronum podawane w formie dopochwowej oraz doustnej;
- 3) leki stosowane w niedoczynności tarczycy zawierające w składzie Levothyroxinum natricum.

2.2. Programy polityki zdrowotnej w zakresie planowania rodziny, świadomego macierzyństwa oraz opieki medycznej nad kobietą w ciąży

Opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży oraz opieka prenatalna nad płodem jest prowadzona również na podstawie rozwiązań przyjętych w programach polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W 2024 r. z budżetu państwa, w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, były finansowane następujące programy polityki zdrowotnej, mające istotne znaczenie dla poprawy zdrowia kobiet i noworodków.

2.2.1. „Rządowy program kompleksowej terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dziecka nienarodzonego – jako element poprawy stanu zdrowia dzieci nienarodzonych i noworodków na lata 2018–2026”

Głównym celem Programu jest poprawa stanu zdrowia dzieci nienarodzonych i noworodków, przez zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dziecka nienarodzonych. Cel poprawy stanu zdrowia dzieci nienarodzonych osiągnięty zostanie przez realizację kompleksowej terapii płodu z wykorzystaniem wszystkich dostępnych możliwości tak, aby uzyskać jak najwyższy wynik sukcesu w zastosowanej terapii. Ocena sukcesu terapii polega na porównaniu dobrostanu zdrowia dziecka nienarodzonego. Do celów szczegółowych Programu należą:

- 1) zmniejszenie liczby zgonów niemowląt z powodu wad rozwojowych wrodzonych;
- 2) zmniejszenie liczby dzieci z niepełnosprawnością wynikającą z wad i chorób płodu przez poprawienie wewnątrzmacicznego stanu płodu;
- 3) wydłużenie czasu trwania ciąży przez zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej;
- 4) wyposażenie albo doposażenie krajowych ośrodków prowadzących terapię wewnątrzmaciczną w aparaturę i sprzęt niezbędny do wykonywania zabiegów wewnątrzmacicznych.

W 2024 r. w ramach Programu sfinansowana została realizacja 101 zabiegów u 67 pacjentek i 84 płodów ukierunkowanych na różnorodne patologie płodu. Dominowały zabiegi z zakresu leczenia zespołu przetoczenia między płodami TTTS (44), nieimmunologicznego obrzęku płodu /NIHF/ (31) oraz przepukliny oponowo rdzeniowej (23); wykonano również kilka zabiegów w zakresie uropatii (3). W 2024 r. odnotowano wysoką liczbę obrzęków płodu, związanych z zachorowaniami na parwowirową B19.

Dofinansowano również zakup 21 sztuk wysokospecjalistycznego sprzętu, z czego 15 to sprzęt trwały, a 6 to sprzęt drobny.

W 2024 r. wydatkowano 3 715 028,46 zł, w tym 2 511 765,40 zł (środki majątkowe), 1 203 263,06 zł (środki bieżące).

Do Programu włączono 2 podmioty, osiągając liczbę 7 realizatorów, co częściowo wpłynęło na zwiększenie liczby zabiegów realizowanych w ramach Programu.

Jednocześnie, w 2024 r. poza Programem, udzielono 172 świadczenia z zakresu terapii wewnątrzmacicznej sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (w 2023 r. takich świadczeń było 182).

2.2.2. „Program badań przesiewowych noworodków w Rzeczypospolitej Polskiej na lata – 2019–2026”

Głównym celem realizowanych zadań w ramach programu polityki zdrowotnej pn.: „Program badań przesiewowych noworodków w Rzeczypospolitej Polskiej na lata – 2019–2026” jest obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu chorób wrodzonych oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu upośledzeniu fizycznemu i intelektualnemu, wynikającemu z tych chorób. Obecnie badania przesiewowe realizowane w ramach ww. programu umożliwiają wykrycie noworodków, u których podejrzewa się występowanie jednej z 30 chorób wrodzonych, zdiagnozowanie choroby przez dodatkowe testy biochemiczne i genetyczne, wdrożenie właściwego leczenia oraz – w przypadku niektórych chorób – monitorowanie leczenia w pierwszym roku życia (wrodzone wady metabolizmu) lub do 18. roku życia (fenyloketonuria).

Od 2021 r. jedną z 30 chorób wrodzonych, w kierunku których prowadzone są badania w ramach programu, jest SMA (rdzeniowy zanik mięśni), a w 2025 r. planuje się przeprowadzenie badań pilotażowych pod kątem możliwości włączenia do programu kolejnych 6 chorób (tj. ciężkich złożonych niedoborów odporności (SCID), galaktozemii, choroby Pompe’go, choroby Fabry’ego, choroby Gaucher’a, mukopolisacharydozy I).

Szacuje się, że w Rzeczypospolitej Polskiej rodzi się rocznie około 250–350 dzieci z chorobami wrodzonymi ujętymi w programie. Łączna częstość występowania tych chorób wynosi około 1:1 000 urodzeń żywych. Kryterium włączającym do udziału w programie jest urodzenie dziecka w Polsce. Podejmowane interwencje w ramach programu przewidują objęcie badaniem w pierwszych dobach życia każdego dziecka. Kryterium wyłączającym z udziału w programie jest brak zgody na wykonanie badania przesiewowego wyrażonego na piśmie przez matkę albo opiekuna prawnego dziecka. W 2024 r. odnotowano 255 odmów wykonania badań przesiewowych (z czego 22 zostały wycofane po dodatkowej rozmowie z personelem medycznym).

W 2024 r. wykonano badania w kierunku:

- 1) hipotyreozy – 251 000 badań;
- 2) fenyloketonurii – 283 200 badania;
- 3) mukowiscydozy – 251 000 badań;
- 4) rzadkich wad metabolicznych (grupa ponad 20 chorób) – 251 000 badań;
- 5) wrodzonego przerostu nadnerczy – 251 000 badań;

- 6) deficytu biotynidazy – 251 000 badań;
- 7) rdzeniowego zaniku mięśni – 251 000 badań.

W ramach koordynacji i monitorowania programu prowadzono m.in.:

- 1) centralny rejestr noworodków oraz bazy danych leczonych objętych badaniami przesiewowymi na podstawie danych przekazanych w systemie elektronicznej transmisji danych ze wszystkich ośrodków przesiewowych w kraju do bazy realizatora programu;
- 2) dystrybucję kodów paskowych i bibuł do pobrań do ośrodków wykonujących badania oraz wysyłkę bibuł do pobrań krwi, listów do rodziców oraz wyników badań kontrolnych i molekularnych do lekarzy prowadzących poszczególnych pacjentów;
- 3) druk ulotek dla matek, materiałów informacyjnych, plakatów, instrukcji, etykiet z kodem;
- 4) 3 strony internetowe:
 - a) ogólnodostępną zawierającą informacje o badaniach przesiewowych dla rodziców i lekarzy <http://przesiew.imid.med.pl>,
 - b) kodowaną, interaktywną dostępną dla uprawnionych osób (w tym dla kierowników laboratoriów przesiewowych), która umożliwia m.in.: uzyskanie informacji o badanych noworodkach w całym kraju,
 - c) stronę serwisu internetowego pn. „pkuWEB” (<http://pkuweb.pl>) umożliwiającego podgląd online wyników badań kontrolnych w ramach leczenia fenyloketonurii i hiperfenyloalaninemii (PKU/HPA). Serwis jest przeznaczony dla lekarzy, dietetyków oraz pacjentów i opiekunów prawnych pacjentów chorych na PKU/HPA;
- 5) szkolenia oraz konferencje.

W 2024 r. badania przesiewowe umożliwiły wykrycie przynajmniej 270 przypadków chorób wrodzonych.

W 2024 r. wykonanie programu opiewało na kwotę 39 979 tys. zł.

2.2.3. Rządowy Program Polityki Zdrowotnej pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modulem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022–2026

Zapewnienie dostępu do leczenia antyretrowirusowego (ARV) jest jednym z najważniejszych zadań Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, w ramach którego realizowany jest Rządowy Program Polityki Zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modulem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych

w zakładach penitencjarnych” na lata 2022–2026, zwany dalej „Programem leczenia ARV”. Koszt jego realizacji do 2022 r. był finansowany z budżetu Ministra Zdrowia, a od 2023 r. finansowanie zapewnia Narodowy Fundusz Zdrowia.

Leczenie antyretrowirusowe (ARV) pełni podwójną rolę – terapeutyczną i profilaktyczną (TasP – leczenie jako profilaktyka, z ang. Treatment as Prevention), ponieważ osoby skutecznie leczone, z niewykrywalną wiremią, nie zakażają innych podczas kontaktów seksualnych (zasada N=N Niewykrywalny=Niezakażający, z ang. U=U Undetectable=Untransmittable).

Głównym celem Programu leczenia ARV jest wydłużenie czasu życia pacjentów zakażonych, wydłużenie czasu wolnego od objawów choroby oraz poprawa jakości ich życia.

Najważniejsze cele szczegółowe Programu leczenia ARV to:

- 1) zmniejszenie poziomu śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV w Polsce, leczonych ARV;
- 2) obniżenie poziomu zakaźności u pacjentów w trakcie leczenia w ramach Programu leczenia ARV;
- 3) utrzymanie niewykrywalnego poziomu wiremii u pacjentów objętych Programem leczenia ARV;
- 4) utrzymanie poziomu jakości życia (w perspektywie 5-cioletniej) u pacjentów, u których w okresie rozpoczęcia leczenia ARV nie stwierdzono objawów choroby AIDS obniżających jakość życia – dotyczy czterech głównych dziedzin życia:
 - a) somatyczna (odczuwanie dyskomfortu / bólu, ocena własnej witalności, ocena jakości snu, poczucie wydolności w codziennym życiu, ocena własnej zdolności do pracy, przekonanie o wysokiej wartości terapii w kontekście codziennego funkcjonowania),
 - b) społeczna (ocena relacji osobistych, ocena życia intymnego, ocena uzyskiwanego wsparcia społecznego),
 - c) psychologiczna (nastawienie do siebie samego, akceptacja własnego wyglądu, percepcja sensu życia, odczuwanie pozytywnych i negatywnych emocji, zdolność koncentracji uwagi),
 - d) środowiskowa (poczucie bezpieczeństwa, postrzeganie wpływu otoczenia na zdrowie, postrzeganie własnych finansów, dostępność potrzebnych informacji, możliwość samorealizacji, ocena warunków mieszkaniowych, ocena dostępnych usług medycznych, ocena możliwości samodzielnego przemieszczania się poza miejscem zamieszkania);

- 5) wzrost poziomu jakości życia (w perspektywie 5-cioletniej) u pacjentów, u których w okresie rozpoczęcia leczenia ARV stwierdzono objawy zespołu AIDS obniżające jakość życia – dotyczy tych samych czterech głównych dziedzin życia, które zostały wymienione w punkcie 4 celów szczegółowych Programu;
- 6) zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji Polaków, wynikające z wyższego poziomu świadomości osób objętych terapią ARV odnośnie konieczności ograniczenia zachowań ryzykownych do czasu uzyskania niewykrywalnego poziomu wirerii (niewykrywalny = niezakażający ang. U=U);
- 7) zwiększenie poziomu adherencji pacjentów włączonych do Programu leczenia ARV przez:
 - a) zapewnienie dostępu do kompleksowej informacji o korzyściach płynących z leczenia,
 - b) zapewnienie wysokiego poziomu świadczeń medycznych udzielanych w ramach prowadzenia leczenia ARV;
- 8) wyeliminowanie zakażeń wertykalnych u dzieci urodzonych w grupie kobiet objętych farmakologiczną profilaktyką zakażeń wertykalnych z użyciem leków ARV;
- 9) zmniejszenie częstości zakażeń po ekspozycji pozazawodowej przypadkowej.

Korzyści płynące z zapewnienia dostępu do leczenia ARV to m.in. wydłużenie okresu przeżycia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS pozwalające na powrót do funkcji społecznych i rodzinnych, zmniejszenie zakaźności tych osób dla populacji osób zdrowych (co stanowi ważny aspekt epidemiologiczny pozwalający na ograniczenie liczby nowych zakażeń), spadek liczby zachorowań na AIDS oraz śmiertelności z powodu AIDS, a także zmniejszenie zapadalności na gruźlicę, która u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS występuje, jako zakażenie oportunistyczne oraz na inne choroby wskaźnikowe AIDS.

W 2024 r. w ramach Programu leczenia ARV farmakologiczną profilaktyką zakażeń wertykalnych zostało objętych 81 kobiet ciężarnych zakażonych HIV. Odkonano 85 porodów kobiet zakażonych HIV, leki antyretrowirusowe otrzymało 85 noworodków.

W 2024 r. koszt leków ARV w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych obejmował:

- 1) koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży (ciąże zakończone porodem w 2024 r., tj. leczenie ARV w ciągu 9 miesięcy) – $9 \times 2\,150,00 \text{ zł} \times 81 \text{ kobiet} = 1\,567\,350,00 \text{ zł}$;
- 2) zestaw leków dożylnych do porodu – $235,00 \text{ zł} \times 85 \text{ porodów} = 19\,975,00 \text{ zł}$;
- 3) wartość terapii dla noworodków urodzonych przez kobiety zakażone HIV (Retrovir syrop, Epivir syrop, Viramune zawiesina – uwzględniająca zmianę ceny leku Viramune zawiesina):

a) $516,12 \text{ zł} \times 49 \text{ dzieci urodzonych w okresie } 01/01/2024 - 30/09/2024 = 25\,289,88 \text{ zł}$,

b) $889,05 \text{ zł} \times 36 \text{ dzieci urodzonych w okresie } 01/10/2024 - 31/12/2024 = 32\,005,80 \text{ zł}$.

Łącznie na profilaktykę zakażeń wertykalnych w 2024 r. wydatkowano 1 644 620,68 zł.

Na dzień 31 grudnia 2024 r. w ramach Programu leczenia ARV leczeniem objętych było 151 dzieci (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS. Średni koszt rocznej terapii antyretrowirusowej w przeliczeniu na jedno dziecko wyniósł 26 140,00 zł. Wszystkie wymienione koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez kobiety zakażone HIV.

Koszt leczenia antyretrowirusowego 151 dzieci żyjących z HIV wyniósł 3 990 630,00 zł.

2.2.4. „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021–2026”

Program stanowi kontynuację jednego z elementów programu polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia pn.: „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020”.

Jego głównym celem 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.

Program jest skierowany głównie do osób borykających się z problemem niepłodności, które pozostają w związkach małżeńskich lub partnerskich i dotychczas nie została u nich zdiagnozowana niepłodność. Ponadto w zakresie szkoleń Program będzie skierowany do personelu medycznego.

Do Programu mogą zostać zakwalifikowane pary spełniające łącznie następujące kryteria:

- 1) pozostające w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu;
- 2) pary bez zdiagnozowanej niepłodności;
- 3) osoby pełnoletnie w wieku prokreacyjnym;
- 4) pary, które co najmniej przez 12 miesięcy bezskutecznie starały się o ciążę;
- 5) pary objęte ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Parom uczestniczącym w programie zapewniono wielopłaszczyznową, specjalistyczną opiekę medyczną, w tym psychologiczną, ukierunkowaną na określenie przyczyn niepłodności i ewentualne skierowanie do dalszego leczenia. W ramach Programu finansowano katalog 153

świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności. W 2024 r. w Programie uczestniczyło ok. 5 000 par.

W 2024 r. wykonanie Programu opiewało na kwotę 1 990 043,56 zł.

2.2.5. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024–2028”

Od 1 czerwca 2024 r. pary, które mierzą się z problemem niepłodności, mają równy dostęp do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego. Na podstawie art. 48a ust. 16a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przyjęto nowy program polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024–2028”. Realizacja ww. Programu rozpoczęła się w dniu 1 czerwca 2024 r.

Celem głównym Programu jest zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego dostępu do procedury in vitro oraz umożliwienie osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenia materiału rozrodczego (oocytów lub nasienia) na przyszłość.

Program jest realizowany przez 58 ośrodków medycznie wspomaganej prokreacji zlokalizowanych na terenie całej Polski.

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 niepłodności lub nieskuteczne zgodne z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu.

W ramach Programu obowiązują kryteria wieku:

- 1) kobiety do 42. roku życia – jeżeli korzystają z własnych komórek jajowych lub dawstwa nasienia;
- 2) kobiety do 45. roku życia – jeżeli korzystają z dawstwa oocytów lub zarodka;
- 3) mężczyźni do 55. roku życia.

Z Programu w zakresie zabezpieczenia płodności na przyszłość mogą skorzystać:

- 1) kobiety – od okresu dojrzewania do 40. roku życia;
- 2) mężczyźni – od okresu dojrzewania do 45. roku życia.

Zgodnie z art. 48a ust. 16c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych minister właściwy do spraw zdrowia przeznaczy corocznie z budżetu państwa z części będącej w jego dyspozycji nie mniej 500 000 000,00 zł na realizację Programu.

W 2024 r. na realizację Programu wydatkowano 410 775 545,88 zł przez 58 realizatorów.

Zgodnie z informacjami posiadanymi przez Ministerstwo Zdrowia na dzień 31 grudnia 2024 r. w programie polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024–2028”:

- 1) uzyskano 9 258 ciąż klinicznych;
- 2) 23 510 par zakwalifikowało się do Programu;
- 3) przeprowadzono 7 108 kriotransferów zarodków (z zarodków utworzonych przed wejściem w życie programu);
- 4) u 18 291 par rozpoczęto procedurę zapłodnienia pozaustrojowego;
- 5) 593 osób zgłosiło się do zabezpieczenia płodności;
- 6) 506 osób zamroziło gamety w ramach zabezpieczenia płodności.

2.3. Działania o charakterze profilaktycznym kierowane do kobiet w ciąży oraz osób w wieku prokreacyjnym promujące odpowiedzialne zachowania w ciąży oraz w okresie prekoncepcyjnym

Krajowe Centrum do Spraw AIDS, będące jednostką podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, prowadzi m.in. działania o charakterze profilaktycznym kierowane do kobiet w ciąży oraz osób w wieku prokreacyjnym.

Działalność prowadzona przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS jest wpisana w całokształt zagadnień z zakresu zdrowia prokreacyjnego. Działania Krajowego Centrum do Spraw AIDS obejmują swoim spektrum m.in. profilaktykę zakażeń wertykalnych. Kobiety w ciąży, planujące macierzyństwo, ich partnerzy oraz noworodki i niemowlęta urodzone przez matki zakażone HIV są grupą docelową bezpośrednią lub pośrednią działań prowadzonych i finansowanych z budżetu Krajowego Centrum do Spraw AIDS.

Z kolei działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w kontekście zdrowia kobiet w ciąży i matek z dziećmi są realizowane przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, będące jednostką podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W 2024 r. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom podjęło w rozważanym obszarze szereg działań, wśród których szczególne znaczenie mają przedsięwzięcia o charakterze informacyjno-edukacyjnym podejmowane w kwestii FAS/FASD.

2.3.1. Profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (odmatczynych)

Zgodnie z obowiązującym od dnia 1 stycznia 2019 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wszystkie kobiety w ciąży powinny mieć wykonane badanie w kierunku zakażenia HIV do 10. tygodnia ciąży (lub w chwili pierwszego zgłoszenia się) oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży.

W ponad 90% przypadków do zakażenia HIV dzieci dochodzi w czasie ciąży, porodu i karmienia piersią. Objęcie kobiety zakażonej HIV specjalistyczną opieką i właściwym postępowaniem daje 99% szans na urodzenie zdrowego dziecka. Ryzyko zakażenia HIV jest większe w przypadku dzieci urodzonych przez kobiety z zaawansowanym klinicznie i immunologicznie zakażeniem HIV, podczas porodu drogami natury, u dzieci karmionych piersią i przez kobiety, które nie były pod specjalistyczną opieką podczas ciąży i porodu oraz nie otrzymywały profilaktycznie leków antyretrowirusowych. Dotyczy to również kobiet, które uległy zakażeniu bezpośrednio przed ciążą lub w czasie ciąży. Sposób prowadzenia porodu, stosowanie inwazyjnych procedur i inne czynniki mogą również zwiększać ryzyko zakażenia.

Z rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS wynika, że w opiece medycznej nad dziećmi najważniejsze jest wczesne rozpoznanie zakażenia HIV i wczesne wdrożenie leczenia antyretrowirusowego, bez względu na poziom CD4 i wirerii HIV. Kobiety zakażone HIV są obejmowane specjalistyczną opieką, od początku ciąży są leczone antyretrowirusowo, a noworodek od pierwszych godzin życia powinien otrzymać profilaktykę ARV i być objęty wczesną diagnostyką. Rokowania co do dalszego rozwoju dziecka, jego stanu klinicznego i dalszej przyszłości są ściśle związane z kompleksową opieką nad matką w ciąży, odpowiednio przeprowadzonym porodem i dalszą opieką medyczną nad noworodkiem, a później niemowlakiem. Gorzej rokują dzieci nieobjęte profilaktyką wertykalną (matki nie miały wykonanego testu w kierunku HIV i nie brały w ciąży leków ARV), u których zakażenie HIV zostało późno rozpoznane i dopiero wtedy włączono u nich leczenie ARV.

Po czterech tygodniach podawania noworodkowi leków antyretrowirusowych (w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych) istotne jest wczesne wykluczenie lub potwierdzenie zakażenia HIV, a jeśli do niego doszło, pilne rozpoczęcie terapii, najlepiej jeszcze przed upływem 3. miesiąca życia dziecka. Wczesne zastosowanie leczenia daje szansę na szybkie opanowanie replikacji wirusa oraz chroni układ immunologiczny dziecka przed uszkodzeniami.

2.3.2. Leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV

Dzieci zakażone wertykalnie HIV powinny otrzymać leczenie antyretrowirusowe przed ukończeniem 3. miesiąca (im wcześniej tym lepiej), tzn. bezpośrednio po potwierdzeniu badaniami zakażenia HIV, ponieważ dynamika choroby, ryzyko rozwoju AIDS i zgonu w pierwszym roku życia przekracza 10%. Z tego powodu należy jak najszybciej zahamować replikację wirusa. Warunkiem długotrwałej skuteczności terapii jest szybkie uzyskanie poziomu wirerii HIV RNA poniżej poziomu wykrywalności (<50 kopii/ml).

W zapobieganiu odmatczynemu zakażeniu HIV noworodek powinien otrzymać leki antyretrowirusowe nie później niż do 48 godziny życia, najlepiej w pierwszych 6 godzinach życia. Leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także leczenie noworodków i niemowląt urodzonych przez matki zakażone HIV (profilaktyka zakażenia wertykalnego u noworodka) jest prowadzone według wskazań klinicznych, bez ograniczeń, które mają zastosowanie u osób dorosłych. Wskazania do leczenia pacjentów pediatrycznych (0–18 roku życia) są inne niż u dorosłych. Poza lekami ARV wszystkie dzieci urodzone przez matki zakażone HIV (w wieku 0–18 lat) otrzymują bezpłatnie szczepionki według specjalnego kalendarza szczepień, opracowanego indywidualnie dla każdego z dzieci przez ośrodek referencyjny leczenia dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS, znajdujący się przy Klinice Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (zalecenia zostały zamieszczone w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS: rozdział pt.: „Program szczepień ochronnych u dzieci zakażonych HIV”, dostępny na stronie www.ptnaids.pl). Kalendarz szczepień dla dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV oparty jest na obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej programie szczepień ochronnych, zgodnym z międzynarodowymi zaleceniami. Jest on stale modyfikowany zgodnie z postępami wiedzy medycznej i zmianami sytuacji epidemiologicznej. Terminy szczepień są ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego dane dziecko. W kalendarzu tym uwzględniono konieczność zastosowania szczepionek zabitych (atenuowanych), które nie niosą ryzyka dodatkowych powikłań u osób z immunosupresją (zarówno dzieci jak i ich opiekunów

zakażonych HIV). W ramach Programu leczenia ARV na dzień 31 grudnia 2024 r. leczeniem ARV było objętych 151 dzieci (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS. W 2024 r. średni koszt rocznej terapii antyretrowirusowej, w przeliczeniu na jedno dziecko wyniósł 26 140 zł. Wszystkie wymienione koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez kobiety zakażone HIV.

W 2024 r. koszt leczenia antyretrowirusowego 151 dzieci żyjących z HIV wyniósł 3 990 630 zł.

2.3.3. Działania edukacyjno-informacyjne skierowane do ogółu społeczeństwa, w tym do kobiet w ciąży, planujących macierzyństwo oraz ich partnerów

W 2024 r. działało 29 punktów konsultacyjno-diagnostycznych (w każdym województwie był przynajmniej jeden taki punkt), wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. Od trzeciego kwartału 2022 r. w punktach konsultacyjno-diagnostycznych rozpoczęto również testowanie w kierunku kiły i HCV. Podstawowym zadaniem realizowanym w tych punktach jest wykonywanie bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania testów w kierunku HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzono poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane były porady w zakresie podejmowania bezpieczniejszych zachowań seksualnych. Prowadzono także porady bezpośrednio wynikające z osobistej sytuacji pacjenta. Dzięki tego typu poradnictwu pacjent otrzymuje informacje dotyczące swojego statusu serologicznego, adresy instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Każde wykonanie testu poprzedzane jest rozmową z doradcą, podczas której szacuje się ryzyko zakażenia HIV i innymi zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (STIs) w odniesieniu do indywidualnych zachowań pacjenta. Jeżeli wynik testu jest ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać. Jeśli wynik testu w kierunku HIV jest dodatni, przekazywane są informacje na temat możliwości leczenia i świadczeń pomocowych. Doradcy prowadzący poradnictwo okołotestowe w punktach konsultacyjno-diagnostycznych przeprowadzają rozmowę i wypełniają ankietę, która jest także przetłumaczona na język angielski, rosyjski i ukraiński.

W 2024 r. punkty konsultacyjno-diagnostyczne przyjęły 40 723 pacjentów. Wykonano w nich:

- 1) 40 198 testów w kierunku HIV (w tym 13 407 wśród kobiet), wśród których było 471 potwierdzonych wyników dodatnich (w tym 60 wśród kobiet);
- 2) 31 582 testy przesiewowe w kierunku HCV (w tym 10 748 wśród kobiet), w których odnotowano 234 wyniki dodatnie (w tym 72 wśród kobiet);

- 3) 32 264 testy przesiewowe w kierunku kiły (w tym 10 863 wśród kobiet), w których odnotowano 839 wyników dodatnich (w tym 61 wśród kobiet).

W związku z agresją Rosji na Ukrainę w lutym 2022 r. zwiększyła się liczba cudzoziemców odwiedzających punkty konsultacyjno-diagnostyczne i testujących się w kierunku HIV (wzrost o 60% w stosunku do roku 2021). W latach 2023–2024 tendencja wzrostowa utrzymywała się, ale była niższa niż w pierwszym roku trwania wojny. W 2024 r. test w kierunku HIV wykonało w punktach konsultacyjno-diagnostycznych 4 147 obcokrajowców: 1 289 kobiet, 2 852 mężczyzn, 6 osób niebinarnych, w tym 1 662 osoby z Ukrainy: 726 kobiet, 935 mężczyzn, 1 osoba niebinarna. Wzrosła też liczba zakażeń wykrytych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych wśród osób narodowości innej niż polska – z 95 w 2023 r. do 118 w 2024 r.

Realizując zadania w zakresie działań edukacyjno-informacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa, w dniach od 4 listopada do 8 grudnia 2024 r. Krajowe Centrum do Spraw AIDS przeprowadziło ogólnopolską kampanię pod hasłem: „Mój pierwszy raz” (#mójpierwszyraz). Grupą docelową kampanii były osoby w wieku 18–24 lata, czyli tzw. młodzi dorośli. Hasło kampanii, przez skojarzenie z pierwszym doświadczeniem seksualnym, miało wzbudzić zainteresowanie odbiorców, aby w natłoku codziennych spraw i zalewu informacji w przestrzeni medialnej, przyciągnąć ich uwagę i oswoić z tematem.

Celem było zachęcenie do wpisania hasła w mediach społecznościowych lub zeskanowania kodu QR odsyłającego do strony: <https://mojpierwszyraz.aids.gov.pl/> i zapoznania się z ideą kampanii, a w konsekwencji do zrobienia testu w kierunku HIV, być może po raz pierwszy w życiu.

Kampania została zaplanowana w typie tzw. „kampanii teaserowej”. W pierwszym etapie (tzw. TEASER) podawany był komunikat mający zaciekać odbiorcę (słowo „TO”), w drugim etapie (tzw. REVEAL) podawany był komunikat właściwy (frazja „TEST NA HIV”). Podczas pierwszego etapu odbiorca zastanawiał się nad hasłem: #mójpierwszyraz i dopiero w trakcie drugiego etapu odkrywał jego prawdziwe znaczenie, czyli zaproszenie do wykonania testu w kierunku HIV, np. przez zgłoszenie się do punktu konsultacyjno-diagnostycznego, gdzie anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania może wykonać badanie.

W ramach działań kampanijnych:

- 1) przygotowano stronę internetową kampanii: <https://mojpierwszyraz.aids.gov.pl/>;
- 2) wyprodukowano 30-sekundowy spot informacyjno-edukacyjny, zachęcający do wykonania testu w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, dostępny do obejrzenia zarówno

na stronie kampanii, jak i na kanale Krajowego Centrum do Spraw AIDS na You Tube:
https://www.youtube.com/watch?v=N_mz3J_ud7o;

- 3) w trakcie trwania kampanii materiał został obejrzany na You Tube ponad 2 mln razy, a na TikToku uzyskał ponad 42 mln wyświetleń wśród przedstawicieli grupy docelowej;
- 4) opracowano i wydano broszurę „Mój pierwszy raz”, która dostępna jest do pobrania w wersji elektronicznej w materiałach na stronie kampanii oraz w publikacjach Krajowego Centrum do Spraw AIDS: <https://aids.gov.pl/publikacje/mojpierwszyraz/> – tutaj również w języku ukraińskim;
- 5) opracowano plakaty kampanijne, które zostały wykorzystane do przeprowadzenia działań w Internecie przez:
 - a) emisję bannerów kampanijnych w sieci Google Display Network – 10 021 kliknięć z przekierowaniem na stronę kampanii,
 - b) wyświetlenia postów kampanijnych w serwisach Facebook i Instagram: 9 279 439;
- 6) nawiązano współpracę z influencerem – Dawidem Polakiem, znanym jako BioTech Geek, biotechnologiem i popularyzatorem nauki. Twórca opublikował:
 - a) film na TikToku – zaproszenie do zapoznania się ze stroną kampanii oraz wykonania testu w kierunku HIV, w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych,
 - b) posty w serwisie Instagram, które miały charakter bardziej edukacyjny – w formie tzw. karuzeli przedstawiały najważniejsze informacje dotyczące profilaktyki HIV/AIDS;
- 7) przeprowadzono emisję spotu kampanijnego we wszystkich województwach na 315 ekranach jednej z największych sieci kin działających na terenie kraju, tj. Multikino wraz z kinami partnerskimi. Spot został obejrzany przez 853 800 osób;
- 8) zrealizowano emisję spotu kampanijnego na ekranach zlokalizowanych w 37 uczelniach w całej Polsce – szacunkowa liczba osób, którym wyświetlił się spot to 1 864 800;
- 9) wydrukowano w nakładzie 196 196 sztuk papierową wersję broszury kampanijnej, która przez sieć wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych została dostarczona również do wszystkich powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych w kraju;
- 10) przygotowano materiały prasowe dotyczące kampanii, które zostały wysłane do ponad 100 redaktorów, a sam współczynnik otwarcia maili wyniósł 44 %, przy średniej rynkowej na poziomie 20%. Wysyłka przełożyła się na publikację informacji prasowej m.in.: na portalach Serwis Zdrowie PAP, Radio Zet – zdrowie, Medycyna Praktyczna, Medicalpress, PRESS czy Aktivist;

- 11) wyprodukowano materiały informacyjno-edukacyjne popularyzujące hasło i stronę kampanii.

Krajowe Centrum do Spraw AIDS zrealizowało również następujące szkolenia:

- 1) szkolenie na temat „Zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS” dla policjantów i pracowników Komendy Stołecznej Policji oraz jednostek organizacyjnych Policji funkcjonujących na obszarze działania Komendanta Stołecznego Policji. W szkoleniu w formie webinaru z wykorzystaniem platformy ZOOM łącznie wzięło udział 4 070 osób, w tym 3 805 pracowników i funkcjonariuszy Komendy Stołecznej Policji, 53 pracowników i policjantów Komendy Głównej Policji oraz 212 osób z Centralnego Biura Zwalczania Cyberprzestępczości;
- 2) szkolenia w formie webinaru, mające na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych z zakresu HIV/AIDS i wybranych zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym kiły i HCV, dla pracowników wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych zatrudnionych w oddziałach oświaty zdrowotnej, doradców ds. profilaktyki w Narodowym Funduszu Zdrowia, członków zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, tj. osób zajmujących się promocją zdrowia i działaniami profilaktycznymi w wielu dziedzinach, w tym HIV/AIDS/STIs oraz edukatorów posiadających certyfikat wydany przez Krajowe Centrum ds. AIDS. W 6 szkoleniach łącznie wzięło udział 2 032 osoby. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pracujące w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych – 1 369 osób;
- 3) szkolenia certyfikacyjne na doradców w punktach konsultacyjno-diagnostycznych – szkolenia w formie hybrydowej, upoważniające do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową. Szkolenie rozpoczęło się w czerwcu 2024 r., a zakończyło egzaminem pod koniec września 2024 r. Uczestnicy brali udział w zajęciach teoretycznych za pośrednictwem platformy e-learning i warsztatowych, tj. interaktywnych w formie ćwiczeń (stacjonarnie), a także odbyli 20-godzinny staż oraz 6-godzinną superwizję (celem superwizji było wzbogacanie umiejętności i doświadczenia zawodowego doradcy, które docelowo służą klientom zgłaszającym się do punktów konsultacyjno-diagnostycznych). Certyfikat otrzymały 24 osoby (dodatkowo jednej osobie prolongowano certyfikat otrzymany kilka lat temu);

- 4) Superwizje – w dniach 15 i 20 czerwca 2024 r. Krajowe Centrum do Spraw AIDS zorganizowało i przeprowadziło superwizje dla doradców punktów konsultacyjno-diagnostycznych.

Jednym z zadań Krajowego Centrum do Spraw AIDS jest zapewnienie dostępu do informacji w zakresie profilaktyki HIV/AIDS. W celu jego realizacji, w trosce o rzetelną i łatwo dostępną wiedzę z zakresu HIV/AIDS Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadzi działalność profilaktyczną m.in. przez Internet, za pośrednictwem portalu edukacyjnego www.aids.gov.pl. Portal jest przeznaczony dla osób wykonujących zawód medyczny: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, pracowników laboratoriów, punktów krwiodawstwa, innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą wykonujących testy w kierunku HIV, dla doradców zatrudnionych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS i innych STIs oraz osób zainteresowanych tematyką HIV/AIDS, które chcą poszerzyć swoją wiedzę.

Działalność profilaktyczna związana z zapobieganiem zakażeniom HIV i zapewnieniem odpowiedniego dostępu do informacji w tym zakresie była prowadzona przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS, m.in. przez następujące publikacje:

- 1) kontynuację serii POWIEDZ STOP – 2 broszury o HSV i HPV;
- 2) ulotkę dotyczącą profilaktyki poekspozycyjnej;
- 3) ulotkę dotyczącą profilaktyki przedekspozycyjnej;
- 4) broszurę kampanijną „Mój pierwszy raz”;
- 5) Etykiety (numery) i formularze do punktów konsultacyjno-diagnostycznych na 2025 r..

Działalność informacyjno-edukacyjna jest także realizowana przez Internetową Poradnię HIV/AIDS. Wejście na stronę tej Poradni możliwe jest bezpośrednio ze strony Krajowego Centrum do Spraw AIDS: aids.gov.pl. Korzystający ze strony mogą znaleźć na niej informacje o HIV/AIDS, drogach zakażenia HIV, testowaniu w kierunku HIV, odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

W Krajowym Centrum do Spraw AIDS działa telefon informacyjny (22 331 77 66) – czynny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy tego Centrum. Umożliwia on uzyskanie podstawowych informacji z zakresu HIV/AIDS, a główne problemy jakie poruszali rozmówcy

to: interpretacja wyniku testu przesiewowego, ocena ryzyka narażenia na zakażenie HIV, diagnostyka HIV, dostępność profilaktyki poekspozycyjnej PEP.

Ponadto, działa również Telefon Zaufania AIDS – Program Telefon Zaufania AIDS jest profilaktycznym programem ogólnopolskim, skierowanym do populacji ogólnej. Adresowany jest do osób zainteresowanych problematyką HIV/AIDS, ze szczególnym uwzględnieniem osób podejmujących zachowania ryzykowne, sprzyjające zakażeniu. Odbiorcą jest indywidualny rozmówca, który dzięki poradom może poszerzyć swoją wiedzę, obniżyć poziom lęku, lepiej zadbać o własne bezpieczeństwo, otrzymać aktualne informacje lub adres punktu konsultacyjno-diagnostycznego.

Krajowe Centrum do Spraw AIDS wydaje również biuletyn informacyjny – *Kwartalnik „Kontra”*. Publikowane w nim w 2024 r. artykuły dotyczyły m.in.: sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce i na świecie, omówienia badania społecznego przeprowadzonego wśród studentów podkarpackich uczelni, aspektów prawnych w sytuacji narażenia drugiej osoby na zakażenie HIV, aspektów prawnych w odniesieniu do dzieci i HIV oraz aspektów prawnych w kontekście zawodów medycznych.

Bieżące informacje z zakresu HIV/AIDS do odbiorców indywidualnych, organizacji i instytucji są również przekazywane przez *newsletter e-Kontra*.

Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadzi także fanpage na portalu społecznościowym Facebook. Na portalu umieszczane są posty dotyczące bieżącej działalności Krajowego Centrum do Spraw AIDS, komunikaty związane z pracą punktów konsultacyjno-diagnostycznych, najnowsze doniesienia na temat HIV/AIDS pochodzące z międzynarodowych i krajowych konferencji oraz wszelkiego rodzaju informacje umożliwiające budowanie świadomości i promowanie testowania oraz kompleksowe podejście do profilaktyki zakażeń HIV i STIs.

Ponadto, w 2024 r. Krajowe Centrum do Spraw AIDS na podstawie zgody udzielonej przez Ministerstwo Zdrowia, zainicjowało – we współpracy z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), the European AIDS Clinical Society (EACS) i Centre of Excellence for Health, Immunity and Infections (CHIP) – proces opracowania nowej strategii przeciwdziałania zakażeniom przenoszonym drogą płciową (STIs) w Rzeczypospolitej Polskiej.

Strategia ma na celu wyznaczenie kierunków działań w kraju oraz poprawę dostępu do skuteczniejszej formy profilaktyki, nowoczesnej diagnostyki i efektywnej formy leczenia oraz stanowi uzupełnienie strategii zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS w Rzeczypospolitej Polskiej. Przygotowywana strategia była na bieżąco konsultowana z polskimi ekspertami zdrowia publicznego, klinicystami, przedstawicielami instytucji rządowych i organizacji pozarządowych.

2.3.4. Działania w zakresie zdrowia kobiet w ciąży oraz matek z dziećmi, w tym działania w obszarze zapobiegania, diagnostyki i leczenia FASD

Nie ulega wątpliwości, że alkohol spożywany przez kobiety w ciąży wywiera negatywny wpływ na rozwój dziecka, może spowodować mniejszą wagę urodzeniową, zaburzenia wzrostu, mniej lub bardziej poważne uszkodzenia mózgu czy wady w budowie organów (np. wady serca), zmniejszenie odporności na choroby i wiele innych, czasem trudnych do rozpoznania, uszkodzeń. Spektrum szkód zdrowotnych oraz deficytów poznawczych, behawioralnych, emocjonalnych i społecznych o różnym nasileniu definiuje pojęcie Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD). Najpoważniejszym uszkodzeniem płodu związanym ze spożywaniem alkoholu przez ciężarną matkę jest płodowy zespół alkoholowy (FAS). Osoby z FAS w związku z uszkodzeniami m.in. mózgu mają obniżony poziom sprawności intelektualnej, problemy z pamięcią, trudności w uczeniu się, problemy z koordynacją ruchów, jak również zaburzenia emocjonalne (są najczęściej nadpobudliwe). Nawet sporadyczne wypicie niewielkich ilości alkoholu może wywołać określony rodzaj uszkodzeń u rozwijającego się płodu, ponieważ nie ma bezpiecznej dawki alkoholu dla rozwoju dziecka. Należy również pamiętać, że każdy rodzaj alkoholu – piwo, wino, wódka czy inne o wysokim stężeniu alkoholu etylowego – obarczone są ryzykiem szkód rozwojowych dziecka. Zgodnie z wynikami projektu ALICJA (PARPA, 2015), rozpowszechnienie FASD wśród dzieci w wieku 7–9 lat w Rzeczypospolitej Polskiej jest nie mniejsze niż 20 dzieci na 1 000. Natomiast nie mniej niż 4 dzieci na 1 tysiąc ma pełnoobjawowy FAS – Płodowy Zespół Alkoholowy. Należy podkreślić, że nie jest znana bezpieczna dawka alkoholu, która może być wypijana przez ciężarne kobiety.

Terapia FAS została objęta katalogiem świadczeń gwarantowanych, stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Przedmiotowe świadczenie jest identyfikowane rozpoznaniem Q86.0 Płodowy zespół alkoholowy (dysmorficzny).

Rehabilitacja dzieci dotkniętych FASD może być prowadzona w ramach świadczenia „rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego”, realizowanego w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, o którym mowa w lp. 3 lit. b załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265, z późn. zm.). Zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia:

- 1) skierowanie na rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego może być wystawiane przez lekarza następujących oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych:
 - a) neonatologicznej,
 - b) rehabilitacyjnej,
 - c) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
 - d) neurologicznej,
 - e) reumatologicznej,
 - f) chirurgii dziecięcej,
 - g) endokrynologii dziecięcej,
 - h) diabetologii dziecięcej lub
 - i) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym; w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) rehabilitacja jest przeznaczona dla dzieci w wieku:
 - a) do 7. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - b) od 8. do 18. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego, a po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dotyczących osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim) do ukończenia 25. roku życia.

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom podejmowało w 2024 r. szereg działań mających na celu rozwój wiedzy dotyczącej szkodliwego wpływu alkoholu na dziecko

w okresie płodowym i związanych z tym konsekwencji, a także podnoszenia jakości usług diagnostycznych i terapeutycznych dla chorych i ich rodzin. Działania były przeznaczone dla różnych grup odbiorców, aby skutecznie przeciwdziałać występowaniu FASD w populacji polskiej lub zmniejszyć wielkość tego zjawiska. Przeprowadzone działania obejmowały różnorodne obszary i formy promowania wiedzy. Poniżej przedstawione są odmienne w charakterze działania, których celem nadrzędnym była profilaktyka FASD, rozwój działań specjalistycznych, czy działania medialne.

W ramach edukacji publicznej w zakresie profilaktyki picia alkoholu przez kobiety w ciąży Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom prowadziło stronę internetową www.ciazabezalkoholu.pl. Jej głównym celem jest edukacja publiczna w zakresie szkód spowodowanych spożywaniem alkoholu przez kobiety w czasie ciąży, profilaktyka Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych oraz budowanie systemu wsparcia dzieci z FASD i ich rodzin. Strona jest istotną bazą wiedzy dla rodziców wychowujących dzieci z FASD, wychowawców pracujących z dziećmi, specjalistów (zwłaszcza w zakresie diagnozy FASD), dorosłych osób z FASD.

Główne tematy podejmowane na stronie:

- 1) wpływ alkoholu na rozwój płodu;
- 2) metody pracy z dziećmi po płodowej ekspozycji na alkohol;
- 3) miejsca pomocy.

Zasięg prowadzonych działań to 175 000 odbiorców.

Ponadto, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w 2024 r. kontynuowało współpracę z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych przez realizację webinarów tematycznych udostępnianych na stronie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (www.nipip.pl) oraz na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (www.kcpu.gov.pl). Webinary miały na celu upowszechnianie wiedzy z zakresu rakotwórczego działania alkoholu na organizm człowieka oraz teratogenicznego wpływu alkoholu na dziecko w życiu płodowym. Powstały artykuły sponsorowane opublikowane na łamach Magazynu Pielęgniarki i Położnej i udostępnione na stronie Krajowego Centrum <https://kcpu.gov.pl/fasd/wiedza/>. Przykładowe tytuły webinarów:

- 1) „FASD wyzwaniem w pracy położnej”;
- 2) „FASD powszechna, ale wciąż mało znana choroba”;
- 3) „FASD Okiem psychiatry dziecięcego”;

- 4) „Alkohol a Ciąża, czyli: czy czerwone wino poprawia morfologię, a piwo laktację?”;
- 5) „Czym jest FASD? – Charakterystyka pacjenta”.

W 2024 r. na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom przeprowadzono szkolenie dla pielęgniarek i położnych. Zakres tematyczny obejmował wiedzę na temat wpływu alkoholu na rozwój płodu, Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD), działań profilaktycznych mających na celu przeciwdziałanie szkodom poalkoholowym u dzieci, motywowania kobiet do zachowania abstynencji od alkoholu w okresie ciąży oraz w wieku prokreacyjnym w oparciu o metodę dialogu motywującego.

Ponadto, na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom przeprowadzono szkolenia dla specjalistów terapii uzależnień. Zakres tematyczny obejmował wiedzę na temat Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, w tym neurobiologii FASD oraz jej wykorzystanie w procesie terapeutycznym osób z problemem uzależnienia od alkoholu, specyfikę uzależnienia kobiet od alkoholu, praktyczne wskazówki prowadzenia rozmów z kobietami na tematy ich płodności w kontekście używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i zachowania abstynencji w oparciu o metodę dialogu motywującego, szkody wynikające z picia alkoholu w ciąży, w tym na rozwój płodu, rozwój fizyczny i psychiczny dziecka oraz zdrowie w wieku dorosłym; metody terapii pacjenta z problemem uzależnienia i z rozpoznaniem FASD.

W 2024 r. na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnień przeprowadzono również szkolenia dla rodziców zastępczych i adopcyjnych. Zakres tematyczny obejmował metody pracy z dzieckiem ze Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych. Program uwzględniał zakres funkcjonowania dziecka w środowisku domowym, jak i szkolnym, w tym deficyty i problemy, z jakimi boryka się dziecko z FASD. Program uwzględniał godziny dydaktyczne oraz grupy wsparcia lub konsultacje indywidualne.

Opracowano i dystrybuowano publikację pn.: „SPEKTRUM PŁODOWYCH ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH Lepiej rozumieć, żeby lepiej pomagać. Podręcznik dla pracowników socjalnych, asystentów rodziny i kuratorów.” Publikacja jest dostępna na stronie: <https://kcpu.gov.pl/fasd/wiedza/>. Opracowano także filmy ukazujące, w jaki sposób, szanując podmiotowość i autonomię klientki, specjaliści mogą ukierunkowywać rozmowę na temat ryzyka związanego ze spożywaniem alkoholu w ciąży, posługując się umiejętnościami kluczowymi dla dialogu motywującego.

W 2024 r. były realizowane również następujące badania naukowe z zakresu tematyki FASD:

- 1) występowanie zaburzeń snu w kontekście funkcji poznawczych, uwagi oraz zachowania u pacjentów z FASD;
- 2) rola kobalaminy oraz jej metabolitów w funkcjonowaniu pacjentów z FASD;
- 3) ocena narzędzi do analizy rozwoju niemowląt i dzieci w wieku po-niemowlęcym z potwierdzoną prenatalną ekspozycją na alkohol;
- 4) metabolizm, stan odżywienia i gospodarka wapniowo-fosforanowa u pacjentów z FASD – badanie przekrojowe.

Od 2022 r. przy Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom funkcjonuje Rada ds. Profilaktyki i Terapii FASD. W jej skład wchodzi ośmiu przedstawicieli różnych specjalizacji związanych z diagnozą i systemem pomocy dzieciom z FASD oraz przedstawiciel Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Celem powołania Rady ds. Profilaktyki i Terapii FASD było wypracowanie kompleksowej strategii w zakresie działań związanych z profilaktyką, diagnozą oraz terapią Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, w tym określenie zasobów i potrzeb oraz wyznaczenie celów do realizacji. W 2024 r. członkowie ww. Rady pracowali nad zaktualizowaniem rekomendacji dotyczących rozpoznawania FASD. Rada ds. Profilaktyki i Terapii FASD ukończyła pracę nad weryfikacją i aktualizacją Zaleceń Diagnostycznych FASD w Polsce.

W 2024 r. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom zleciło realizację 40 programów reintegracji społecznej, w tym programów kierowanych specyficznie do kobiet uzależnionych oraz ryzykownie używających narkotyków. Programy te są ukierunkowane na wzmacnianie motywacji do zmiany, budowanie poczucia sprawczości oraz podniesienie poczucia własnej wartości uczestniczek. W ramach ww. programów są realizowane m.in. warsztaty umiejętności psychospołecznych, warsztaty umiejętności wychowawczych, treningi świadomości ciała i ekspresji twórczej, grupy wsparcia, warsztaty alternatywnych stylów życia oraz zajęcia dla kobiet oraz rodzin. Ponadto, są organizowane interwencje kryzysowe oraz udzielana pomoc prawna, aby zapewnić wsparcie w różnych aspektach życia uczestniczek lub uczestników programów. Adresatami tych działań są przede wszystkim matki małych dzieci, kobiety w ciąży oraz kobiety planujące macierzyństwo, co jest to kluczowe, ponieważ kobietom w tych życiowych sytuacjach jest potrzebne szczególne wsparcie i zrozumienie, aby mogły skutecznie przezwyciężyć trudności związane z uzależnieniem i kontynuować swoją drogę ku zdrowiu i lepszemu samopoczuciu. Dodatkowo, w ramach programów oferowana jest również opieka

nad dziećmi w trakcie zajęć dla matek, co ma na celu ułatwienie kobietom uczestnictwa w programach rehabilitacyjnych, bez konieczności martwienia się o opiekę nad swoimi dziećmi w trakcie ich trwania.

Wszystkie te działania są konstruowane w taki sposób, aby stworzyć otoczenie wspierające i zmotywować kobiety do podjęcia kroków w kierunku zdrowego i satysfakcjonującego życia, bez uciekania się do narkotyków.

ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIECAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej, w szczególności przez pomoc materialną i opiekę nad kobietami w ciąży znajdującymi się w trudnych warunkach materialnych oraz przez dostęp do szczegółowych informacji na temat uprawnień, zasiłków i świadczeń przysługujących kobietom w ciąży, matkom, ojcom oraz ich dzieciom oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i społecznych, a także zajmujących się sprawami przysposobienia.

Działalność dotycząca szeroko rozumianej pomocy kobiecie w ciąży i rodzinie z małym dzieckiem jest realizowana przez szereg aktów prawnych pozostających w kompetencji ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, rodziny oraz pracy, z których najważniejszymi są:

- 1) ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 277, z późn. zm.);
- 2) ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 350, z późn. zm.);
- 3) ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 501);
- 4) ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1208);
- 5) ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214, z późn. zm.);
- 6) ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214);
- 7) ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2025 r. poz. 798);
- 8) ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49);
- 9) ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2024 r. poz. 1576, z późn. zm.);

10) ustawa z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2025 r. poz. 438, z późn. zm.);

11) ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

3.1. Świadczenia rodzinne

3.1.1. Świadczenia wspierające rodziny z dziećmi

3.1.1.1. Świadczenie wychowawcze w ramach programu „Rodzina 800+”

W ramach programu „Rodzina 800+” uregulowanego ustawą z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci rodzinom z dziećmi na utrzymaniu przysługuje świadczenie wychowawcze w wysokości 800 zł miesięcznie na dziecko od urodzenia do ukończenia 18. roku życia. Kwota 800 zł świadczenia wychowawczego obowiązuje od 1 stycznia 2024 r.

O prawo do świadczenia wychowawczego może ubiegać się matka albo ojciec dziecka, opiekun prawny lub opiekun faktyczny dziecka (tj. osoba faktycznie opiekująca się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka), w określonych przypadkach także dyrektor domu pomocy społecznej oraz osoby sprawujące pieczę zastępczą, tj.: rodziny zastępcze, osoby prowadzące rodzinny dom dziecka, dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych. Świadczenie wychowawcze ma charakter powszechny i przysługuje niezależnie od dochodu rodziny. W 2024 r. świadczenie wychowawcze wypłacano przeciętnie miesięczne na 6 761,3 tys. dzieci do ukończenia 18. roku życia⁴⁾. W związku z realizacją w 2024 r. programu „Rodzina 800+” do rodzin trafiło z budżetu państwa 66,2 mld zł⁵⁾.

3.1.1.2. Rodzinny kapitał opiekuńczy oraz dofinansowanie pobytu w żłobku

Rodzinny kapitał opiekuńczy oraz dofinansowanie do pobytu dziecka w instytucji opieki dla dzieci do lat 3 zostały wprowadzone w 2022 r. na mocy ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym (Dz. U. z 2023 r. poz. 883)⁶⁾. Rodzinny kapitał opiekuńczy jest świadczeniem pieniężnym wypłacanym rodzicom na pokrycie kosztów opieki nad drugim

⁴⁾ Łącznie ze wsparciem dla obywateli Ukrainy na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywateli Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 337, z późn. zm.).

⁵⁾ Jak wyżej.

⁶⁾ Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym została uchylona ustawą z dnia 15 maja 2024 r. o wspieraniu rodziców w aktywności zawodowej oraz w wychowaniu dziecka – „Aktywny rodzic” (Dz. U. poz. 858).

i kolejnym dzieckiem w wieku od 12. do 35. miesiąca życia dziecka. Przysługuje w łącznej maksymalnej wysokości 12 tys. zł na dziecko, a rodzice sami mogą wybrać, czy chcą otrzymywać po 1000 zł miesięcznie przez rok, czy po 500 zł miesięcznie przez dwa lata. Powyższe wsparcie jest niezależne od dochodów rodziny. Realizacja rodzinnego kapitału opiekuńczego rozpoczęła się dnia 1 stycznia 2022 r. Uzupełnieniem rodzinnego kapitału opiekuńczego jest dofinansowanie obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna. Dofinansowanie jest instrumentem wsparcia przeznaczonym dla rodziców, których dzieci są objęte opieką instytucjonalną w wyżej wymienionych instytucjach opieki. Przysługuje ono na dziecko, które uczęszcza do instytucji opieki i nie korzysta z rodzinnego kapitału opiekuńczego. Dofinansowanie wynosi 400 zł miesięcznie, ale nie więcej niż wysokość opłaty ponoszonej przez rodzica za pobyt dziecka w instytucji i jest przekazywane bezpośrednio podmiotowi prowadzącemu instytucję opieki. Rozwiązanie weszło w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r. Wraz z wprowadzeniem świadczenia „aktywnie w żłobku” zastępującego dofinansowanie obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku uchylone zostały przepisy ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 dotyczące dofinansowania obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna. Rodzic może zachować prawo do wcześniej przyznanego ww. dofinansowania na zasadzie ochrony praw nabytych z możliwością przejścia na nowe świadczenia, w szczególności zdecydowanie bardziej korzystne świadczenie „aktywnie w żłobku”. Analogicznie, w związku z wprowadzeniem świadczenia „aktywnie w domu” zastępującego rodzinny kapitał opiekuńczy uchylono ustawę z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym, przy jednoczesnym zachowaniu praw nabytych, tj. zagwarantowaniu rodzicowi prawa do zachowania wcześniej przyznanego rodzinnego kapitału opiekuńczego z możliwością przejścia przez tego rodzica na nowe świadczenie, jeśli jest ono dla niego bardziej korzystne. W 2024 r. rodzinny kapitał opiekuńczy wypłacano przeciętnie miesięcznie na 167,1 tys. dzieci⁷⁾. W związku z realizacją w 2024 r. rodzinnego kapitału opiekuńczego do rodzin trafiło z budżetu państwa 1 868,1 mln zł⁸⁾. W 2024 r. dofinansowanie obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub

⁷⁾ Łącznie ze wsparciem dla obywateli Ukrainy na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywateli Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 337, z późn. zm.).

⁸⁾ Jak wyżej. Dane są zgodne ze Sprawozdaniem Rady Ministrów z realizacji ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 w 2024 r.

u dziennego opiekuna wypłacano przeciętnie miesięcznie na 75,8 tys. dzieci⁹⁾. W związku z realizacją w 2024 r. dofinansowania obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna do rodzin trafiło z budżetu państwa 369,7 mln zł¹⁰⁾.

3.1.1.3. Świadczenia „Aktywny rodzic”

Z dniem 1 października 2024 r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 15 maja 2024 r. o wspieraniu rodziców w aktywności zawodowej oraz w wychowaniu dziecka „Aktywny Rodzic” (Dz. U. z 2024 r. poz. 858, z późn. zm.). Ustawa wprowadziła trzy świadczenia „aktywny rodzic”, wspierające rodziców w aktywności zawodowej oraz w wychowaniu dziecka pomiędzy 12. a 35. miesiącem jego życia:

- 1) świadczenie „aktywni rodzice w pracy” – w wysokości 1 500 zł miesięcznie albo 1 900 zł miesięcznie w przypadku dziecka niepełnosprawnego (kierowane do aktywnych zawodowo rodziców dziecka na pokrycie kosztów organizowanej przez siebie indywidualnej opieki nad tym dzieckiem);
- 2) świadczenie „aktywnie w żłobku” – do 1 500 zł miesięcznie albo 1 900 zł miesięcznie w przypadku dziecka niepełnosprawnego, ale nie więcej niż kwota ponoszonej opłaty za pobyt dziecka w instytucji opieki (służące dofinansowaniu kosztów objęcia dziecka opieką w instytucji opieki); świadczenie „aktywnie w żłobku” zastąpiło zdecydowanie mniej korzystne dofinansowanie obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna, które przysługiwało w wysokości do maksymalnie 400 zł miesięcznie, uregulowane w ustawie o opiece nad dziećmi do lat 3;
- 3) świadczenie „aktywnie w domu” – 500 zł miesięcznie (kierowane do rodziców, którzy nie będą uprawnieni lub z własnej woli nie zdecydują się na skorzystanie ze świadczenia „aktywni rodzice w pracy” lub „aktywnie w żłobku”); świadczenie „aktywnie w domu” zastąpiło dotychczas funkcjonujący i mniej korzystny, gdyż nie przysługujący na pierwsze dziecko, rodzinny kapitał opiekuńczy.

Wybór jednego z trzech powyższych świadczeń zależy jest od decyzji rodzica przy założeniu, że na to samo dziecko, za dany miesiąc może być wypłacone tylko jedno ze świadczeń. Rodzic ma także możliwość wielokrotnej zmiany świadczeń, tj. rezygnacji z jednej formy wsparcia i przejścia na drugą, z zastrzeżeniem, że w danym miesiącu na dane dziecko rodzic może

⁹⁾ Jak wyżej.

¹⁰⁾ Jak wyżej.

pobierać tylko jedno z wybranych przez siebie świadczeń. W 2024 r. łączna kwota wydatków budżetu państwa na świadczenia z Programu „Aktywny Rodzic” wyniosła 899,795 mln zł.¹¹⁾

3.1.1.4. Świadczenia rodzinne

Rodziny wychowujące dzieci mogą korzystać także ze świadczeń przysługujących z funkcjonującego od kilkunastu lat systemu świadczeń rodzinnych, realizowanego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.

W ramach systemu świadczeń rodzinnych, funkcjonują – finansowane ze środków budżetu państwa – świadczenia rodzinne ściśle związane z urodzeniem lub wychowywaniem małego dziecka. Są nimi:

- 1) zasiłek rodzinny – świadczenie podstawowe, którego wysokość wynosi 95 zł miesięcznie na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia, 124 zł – na dziecko w wieku od 5. do ukończenia 18. roku życia, 135 zł – na dziecko w wieku od 18. roku życia do ukończenia 24. roku życia; prawo do zasiłku rodzinnego na dziecko przysługuje rodzicowi dziecka, opiekunowi prawnemu dziecka lub opiekunowi faktycznemu dziecka; podstawowym warunkiem nabycia prawa do zasiłku rodzinnego jest spełnianie kryterium dochodowego, które wynosi 674 zł netto w przeliczeniu na osobę w rodzinie lub 764 zł, jeśli w rodzinie wychowuje się dziecko niepełnosprawne;
- 2) dodatki przyznawane do zasiłku rodzinnego – mogą się o nie ubiegać osoby, którym przyznano prawo do zasiłku rodzinnego:
 - a) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka przysługujący w kwocie 1000 zł jednorazowo,
 - b) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, przysługujący w kwocie 400 zł miesięcznie co do zasady przez okres 24 miesięcy (36 miesięcy – w przypadku w przypadku opieki nad co najmniej dwojgiem dzieci, które urodziły się podczas jednego porodu bądź 72 miesięcy – w przypadku dziecka niepełnosprawnego).

Oprócz ww. dodatków związanych z urodzeniem dziecka, w ramach systemu świadczeń rodzinnych funkcjonują także inne dodatki do zasiłku rodzinnego, o które mogą się ubiegać rodziny z małymi dziećmi bądź też z dziećmi w wieku szkolnym, w zależności od spełnienia określonych przesłanek – są to dodatki do zasiłku rodzinnego z następujących tytułów:

- a) wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej (95 zł miesięcznie),

¹¹⁾ Jak wyżej. Dane są zgodne ze sprawozdaniem Rady Ministrów z realizacji ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 w 2024 r.

- b) samotnego wychowywania dziecka (193 zł miesięcznie na dziecko, nie więcej niż 386 zł miesięcznie na wszystkie dzieci, w przypadku dzieci niepełnosprawnych kwotę dodatku zwiększa się o 80 zł, nie więcej niż o 160 zł na wszystkie dzieci),
 - c) kształcenia i rehabilitacji niepełnosprawnego dziecka (90 zł miesięcznie na dziecko do 5. roku życia, 110 zł miesięcznie na dziecko od 5. do 24. roku życia),
 - d) rozpoczęcia roku szkolnego (100 zł jednorazowo),
 - e) podjęcia 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);
- 3) jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. „becikowe”) w kwocie 1000 zł jednorazowo przysługuje matce lub ojcu dziecka, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka; warunkiem nabycia prawa do tego świadczenia jest spełnianie kryterium dochodowego, które wynosi 1 922 zł miesięcznie na osobę w rodzinie.
- W przypadku ubiegania się rodzica o przyznanie dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka warunkiem dodatkowym ich otrzymania jest przedstawienie zaświadczenia o pozostawaniu kobiety w ciąży pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży. Rozwiązanie uzależniające prawo do świadczeń związanych z urodzeniem dziecka od podjęcia przez kobietę jak najwcześniejszej profilaktyki pozwala na zwiększenie świadomości zdrowotnej kobiety w ciąży, prawidłowy monitoring ciąży oraz na szybkie podjęcie działań profilaktycznych bądź leczniczych w przypadkach występowania powikłań lub zagrożeń we wczesnej ciąży. Wzór zaświadczenia został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką (Dz. U. z 2021 r. poz. 199);
- 4) świadczenie rodzicielskie – świadczenie rodzinne mające na celu zagwarantowanie rodzicom, bez względu na formę zatrudnienia, w pierwszym roku życia dziecka przynajmniej minimum bezpieczeństwa socjalnego; świadczenie rodzicielskie w wysokości 1000 zł miesięcznie przysługuje osobom, które nie otrzymują zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia macierzyńskiego (np.: bezrobotni, studenci, osoby pracujące na podstawie umów cywilnoprawnych). Świadczenie rodzicielskie przysługuje:
- a) matce albo ojcu dziecka,

- b) opiekunowi faktycznemu dziecka w przypadku objęcia opieką dziecka w wieku do ukończenia 14. roku życia,
- c) rodzinie zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, w przypadku objęcia opieką dziecka w wieku do ukończenia 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do ukończenia 10. roku życia,
- d) osobie, która przysposobiła dziecko, w przypadku objęcia opieką dziecka w wieku do ukończenia 14. roku życia.

Świadczenie rodzicielskie nie jest uzależnione od kryterium dochodowego i przysługuje przez 52 tygodnie od urodzenia dziecka, przysposobienia lub objęcia opieką dziecka, a w przypadku urodzenia, przysposobienia bądź objęcia opieką dwojga lub więcej dzieci okres ten może być wydłużony odpowiednio od 65 do 71 tygodni.

Ustawą z dnia 6 grudnia 2024 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1871) znowelizowano ustawę z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych wprowadzając do niej przepisy (art. 17 c ust. 3a–3f) wydłużające okres przysługiwania świadczenia rodzicielskiego w zależności od okresu hospitalizacji i tygodnia ciąży, w którym urodzi się dziecko, lub jego masy urodzeniowej. Zmiana dotycząca świadczenia rodzicielskiego jest konsekwencją zmian dokonanych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy oraz w przepisach regulujących przysługiwanie zasiłku macierzyńskiego wprowadzających dodatkowy uzupełniający urlop macierzyński do 8 tygodni lub do 15 tygodni – w zależności od okresu hospitalizacji i tygodnia ciąży, w którym urodzi się dziecko, lub jego masy urodzeniowej. Zgodnie z wprowadzanymi przepisami¹²⁾ w przypadku urodzenia dziecka:

- 1) przed ukończeniem 28. tygodnia ciąży lub z masą urodzeniową nie większą niż 1000 g okresy przysługiwania świadczenia rodzicielskiego ulegają wydłużeniu o tydzień za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu do upływu 15. tygodnia po porodzie;
- 2) po ukończeniu 28. tygodnia ciąży i przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży i z masą urodzeniową większą niż 1000 g okresy przysługiwania świadczenia rodzicielskiego ulegają wydłużeniu o tydzień za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu do upływu 8. tygodnia po porodzie;

¹²⁾ Zgodnie z art. 17c ust. 3a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.

- 3) po ukończeniu 37. tygodnia ciąży i jego pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt dziecka w szpitalu po porodzie będzie wynosił co najmniej 2 kolejne dni, przy czym pierwszy z tych dni będzie przypadał w okresie od 5. do 28. dnia po porodzie, okresy przysługiwania świadczenia rodzicielskiego ulegają wydłużeniu o tydzień za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu w okresie od 5. dnia do upływu 8. tygodnia po porodzie.

Okres wydłużenia przysługiwania świadczenia rodzicielskiego potwierdza się na podstawie zaświadczenia wydanego przez szpital, w którym przebywało dziecko. Zaświadczenie zawiera informacje o okresie pobytu dziecka w szpitalu oraz o urodzeniu dziecka:

- 1) przed ukończeniem 28. tygodnia ciąży lub z masą urodzeniową nie większą niż 1000 g;
- 2) po ukończeniu 28. tygodnia ciąży i przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży i z masą urodzeniową większą niż 1000 g;
- 3) po ukończeniu 37. tygodnia ciąży.

Przepisy ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych dają również gminom możliwość przyznawania i wypłaty zapomogi z tytułu urodzenia dziecka oraz podwyższenia ustawowej wysokości kwot dodatków do zasiłku rodzinnego ze środków własnych gminy (ww. świadczenia zależą od podjęcia w tym celu uchwały rady gminy). Ponadto, gminy mają możliwość przyznawania dodatkowych świadczeń na rzecz rodziny finansowanych ze środków własnych gminy. Decyzja o tym czy oraz w jakiej wysokości wprowadzić takie dodatkowe świadczenie należy do wyłącznej właściwości rady gminy.

W omawianym obszarze, zgodnie ze stanem prawnym obowiązującym w 2024 r., funkcjonują także świadczenia opiekuńcze:

- 1) zasiłek pielęgnacyjny – przeznaczony dla osób niepełnosprawnych, w tym niepełnosprawnych dzieci w wysokości 215,84 zł miesięcznie, bez względu na osiągnięty dochód;
- 2) świadczenie pielęgnacyjne oraz specjalny zasiłek opiekuńczy – adresowane do opiekunów osób niepełnosprawnych.

Świadczenie pielęgnacyjne jest świadczeniem opiekuńczym, o które od dnia 1 stycznia 2024 r. mogą ubiegać się osoby sprawujące opiekę nad niepełnosprawnym dzieckiem w wieku do ukończenia 18. roku życia, legitymującym się orzeczeniem o szczególnych wskazaniach do opieki osoby trzeciej lub nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje matce albo ojcu, opiekunowi faktycznemu dziecka, osobie będącej rodziną zastępczą spokrewnioną, osobie prowadzącej rodzinny dom dziecka, dyrektorowi placówki opiekuńczo-wychowawczej, dyrektorowi regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej albo dyrektorowi interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego oraz innym osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, ciąży obowiązek alimentacyjny względem osoby niepełnosprawnej. Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje niezależnie od dochodu, bez żadnych ograniczeń dotyczących aktywności zawodowej, a jego wysokość podlega corocznej waloryzacji w oparciu o procentowy wskaźnik wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę.

W 2024 r. kwota świadczenia pielęgnacyjnego wynosiła 2 988 zł miesięcznie.

W 2024 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- 1) przeciętnie miesięcznie 172,2 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 190,2 mln zł¹³⁾;
- 2) 33,1 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 26 mln zł¹⁴⁾;
- 3) przeciętnie miesięcznie 12,3 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 54,7 mln zł¹⁵⁾;
- 4) przeciętnie miesięcznie 10,1 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego w wieku do 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 10,6 mln zł¹⁶⁾;
- 5) 84,9 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 84,9 mln zł¹⁷⁾;
- 6) przeciętnie miesięcznie 47 tys. świadczeń rodzicielskich na kwotę ogółem w skali roku 516,3 mln zł¹⁸⁾.

Ponadto gminy wypłaciły ze środków własnych 6 tys. zapomóg z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 4,6 mln zł oraz 0,4 tys. podwyższeń ustawowej kwoty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 0,2 mln zł.

¹³⁾ Łącznie ze wsparciem dla obywateli Ukrainy na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywateli Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 337, z późn. zm.).

¹⁴⁾ Jak wyżej.

¹⁵⁾ Jak wyżej.

¹⁶⁾ Jak wyżej.

¹⁷⁾ Jak wyżej.

¹⁸⁾ Jak wyżej.

3.1.1.4. Świadczenie z funduszu alimentacyjnego

Pomoc w postaci świadczeń z funduszu alimentacyjnego dla dzieci, których rodzic nie płaci zasądzonych alimentów przewiduje ustawa z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów. Prawo do świadczeń z funduszu alimentacyjnego przysługuje osobie uprawnionej do alimentów od rodzica na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd, jeżeli egzekucja alimentów okazała się bezskuteczna.

Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują w wysokości bieżąco ustalonych alimentów, jednakże nie więcej niż 500 zł miesięcznie. Od początku okresu świadczeniowego, który rozpoczął się 1 października 2024 r., podwyższono maksymalną wysokość świadczenia z funduszu alimentacyjnego do wysokości 1 000 zł miesięcznie. Świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługują osobie uprawnionej do alimentów, tj. dziecku do ukończenia 18. roku życia albo do ukończenia 25. roku życia w przypadku gdy dziecko uczy się w szkole lub w szkole wyższej, a w przypadku posiadania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności – bezterminowo.

Przyznanie prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego jest uzależnione od spełnienia kryterium dochodowego, które wynosiło 1 209 zł miesięcznie w przeliczeniu na osobę w rodzinie. Ponadto, przy ustalaniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego ma zastosowanie tzw. mechanizm „złotówka za złotówkę”, który zakłada, że przekroczenie przez osobę uprawnioną progu dochodowego uprawniającego do świadczeń z funduszu alimentacyjnego nie skutkuje utratą prawa do tych świadczeń, ale zmniejszeniem wysokości świadczeń o kwotę przekroczenia kryterium dochodowego.

W 2024 r. przeciętnie miesięcznie wypłacano 156,5 tys. świadczeń z funduszu alimentacyjnego na kwotę ogółem w skali roku 842,1 mln zł.

3.1.1.5. Jednorazowe świadczenie w wysokości 4 000 zł, przyznawane na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (działanie 2.6. Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”)

O jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł może ubiegać się matka lub ojciec dziecka, opiekun prawny dziecka albo opiekun faktyczny dziecka, na podstawie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Jednorazowe świadczenie przysługuje z tytułu urodzenia się żywego dziecka z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu. Podstawowym

warunkiem otrzymania ww. świadczenia jest posiadanie przez dziecko zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Zaświadczenie takie może być wystawione wyłącznie przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.

Ponadto, aby jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł mogli otrzymać biologiczni rodzice, matka dziecka powinna pozostawać pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do dnia porodu, co należy potwierdzić zaświadczeniem lekarskim lub zaświadczeniem wystawionym przez położną. Jednorazowe świadczenie przysługuje bez względu na osiągnane dochody.

W 2024 r. wypłacono 3,45 tys. świadczeń na kwotę 13,8 mln zł.

3.2. Wsparcie kobiet w ciąży, po porodzie oraz ojców dzieci w ramach systemu ubezpieczeń społecznych

W ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przewidziane są następujące świadczenia dla ubezpieczonych kobiet w czasie ciąży, po porodzie oraz ubezpieczonych ojców dzieci:

1) zasiłek chorobowy

Wysokość wynagrodzenia za okres choroby przypadającej w czasie ciąży, do którego pracownica zachowuje prawo w ciągu roku kalendarzowego wynosi 100%. Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy przypadającej w trakcie trwania ciąży nie dłużej jednak niż przez 270 dni. Ubezpieczonej będącej w ciąży zasiłek chorobowy przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku również za okres pobytu w szpitalu.

2) świadczenie rehabilitacyjne

Ubezpieczonej będącej w ciąży przysługuje świadczenie rehabilitacyjne przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. O potrzebie przyznania tego świadczenia orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zwanego dalej „ZUS”. Jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży prawo do świadczenia rehabilitacyjnego przysługuje w wysokości 100% zwaloryzowanej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Waloryzacji podstawy

wymiaru dla celów wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego dokonuje się jeżeli w kwartale, w którym przypada pierwszy dzień przyznanego świadczenia rehabilitacyjnego, wskaźnik waloryzacji jest wyższy niż 100 %.

3) zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego

Pracownicy, z którą rozwiązano stosunek pracy w okresie ciąży z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy i której nie zapewniono innego zatrudnienia albo stosunek pracy wygasł w okresie ciąży z powodu śmierci pracodawcy przysługuje do dnia porodu zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Wysokość zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego wynosi 100% podstawy wymiaru.

4) zasiłek macierzyński

Prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje bez okresu wyczekiwania. Zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która urodziła dziecko w okresie ubezpieczenia chorobowego lub w okresie urlopu wychowawczego. Zasiłek macierzyński przysługuje również, jeżeli ubezpieczona w okresie ubezpieczenia chorobowego albo urlopu wychowawczego przyjęła na wychowanie:

- a) dziecko w wieku do 14 lat i wystąpiła do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia,
- b) w ramach rodziny zastępczej dziecko w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego do 10. roku życia.

Zasiłek macierzyński przysługuje przez okres ustalony przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, uzupełniającego urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego przysługuje przez okres:

- a) 20 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- b) 31 tygodni w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie,
- c) 33 tygodni w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie,
- d) 35 tygodni w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie,
- e) 37 tygodni w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie.

Zasiłek macierzyński za okres uzupełniającego urlopu macierzyńskiego przysługuje na wniosek ubezpieczonej matki albo ubezpieczonego ojca bezpośrednio po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego – w przypadku urodzenia dziecka:

- a) przed ukończeniem 28. tygodnia ciąży lub z masą urodzeniową nie większą niż 1000 g – w wymiarze tygodnia uzupełniającego urlopu macierzyńskiego za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu do upływu 15. tygodnia po porodzie,
- b) po ukończeniu 28. tygodnia ciąży i przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży i z masą urodzeniową większą niż 1000 g – w wymiarze tygodnia uzupełniającego urlopu macierzyńskiego za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu do upływu 8. tygodnia po porodzie,
- c) po ukończeniu 37. tygodnia ciąży i jego pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt dziecka w szpitalu po porodzie będzie wynosił co najmniej 2 kolejne dni, przy czym pierwszy z tych dni będzie przypadał w okresie od 5. do 28. dnia po porodzie – w wymiarze tygodnia uzupełniającego urlopu macierzyńskiego za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu w okresie od 5. dnia do upływu 8. tygodnia po porodzie.

Na wniosek ubezpieczonej matki dziecka lub ubezpieczonego ojca dziecka zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego przysługuje w wymiarze do:

- a) 41 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka,
- b) 43 tygodni – w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

Powyższe okresy pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego mogą ulec wydłużeniu jeżeli pracownica łączy korzystanie z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy, który tego urlopu udzielił w wymiarze nie wyższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego przysługuje na równi ubezpieczonym rodzicom dziecka nawet jeśli matka dziecka nie jest osobą ubezpieczoną i nie ma uprawnień do zasiłku macierzyńskiego, przy czym łączny wymiar nie może przekroczyć podanego wyżej wymiaru. Każdemu z ubezpieczonych rodziców dziecka przysługuje wyłączne prawo do 9 tygodni urlopu rodzicielskiego.

Zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, uzupełniającego urlopu macierzyńskiego oraz urlopu ojcowskiego, przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku.

Zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy jako okres urlopu rodzicielskiego wynosi 70% podstawy wymiaru zasiłku.

Zasiłek macierzyński za okresy urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego przysługuje w wysokości 81,5% podstawy

wymiaru, a więc w wysokości „uśrednionej”, pod warunkiem, że ubezpieczona nie później niż w ciągu 21 dni po porodzie (albo po przyjęciu dziecka na wychowanie i wystąpieniu do sądu z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub po przyjęciu dziecka na wychowanie jako rodzina zastępcza) złoży wniosek o wypłatę zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu macierzyńskiego (albo urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego) oraz urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze (z wyłączeniem 9 tygodni przysługujących wyłącznie drugiemu rodzicowi dziecka).

W przypadku, gdy miesięczna kwota zasiłku macierzyńskiego jest niższa od kwoty świadczenia rodzicielskiego wynoszącego 1 000 zł, kwotę zasiłku podwyższa się do kwoty świadczenia rodzicielskiego.

W 2024 r. zasiłki macierzyńskie wypłacono dla 567,6 tys. osób, w tym za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego dla 340,1 tys. osób, a za okres urlopu ojcowskiego dla 162,3 tys. ubezpieczonych ojców dzieci.

5) zasiłek macierzyński za okres urlopu ojcowskiego

W celu sprawowania opieki nad dzieckiem ubezpieczony – ojciec ma prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu ojcowskiego w wymiarze do 2 tygodni, nie dłużej jednak niż do:

- a) ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia albo
- b) upływu 12 miesięcy od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie dziecka i nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 14. roku życia.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu ojcowskiego przysługuje nawet jeśli matka dziecka nie jest osobą ubezpieczoną i nie ma uprawnień do zasiłku macierzyńskiego. W 2024 r. zasiłki macierzyńskie z tytułu urlopu ojcowskiego wypłacono dla 162,3 tys. ubezpieczonych ojców dzieci.

6) zasiłek opiekuńczy

Zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym, zwolnionym od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki. Prawo do zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad dzieckiem przysługuje na równi matce i ojcu dziecka. Zasiłek ten wypłaca się tylko jednemu z rodziców – temu który wystąpi z wnioskiem o jego wypłatę za dany okres. Zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres do:

- a) 60 dni w roku kalendarzowych – z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do lat 14 lub dziećmi w wieku do ukończenia 8 lat w ściśle określonych przypadkach, takich jak np.

nieprzewidziane zamknięcie żłobka, choroba, pobyt w szpitalu lub poród rodzica stale opiekującego się dzieckiem,

- b) 14 dni w roku kalendarzowym – z tytułu opieki nad innymi chorymi członkami rodziny, w tym chorymi dziećmi w wieku powyżej 14. roku życia,
- c) 30 dni w roku kalendarzowym, jeśli opieka sprawowana jest nad chorym dzieckiem z określonym stopniem niepełnosprawności w wieku powyżej 14. do ukończenia 18. roku życia, albo dzieckiem niepełnosprawnym w wieku powyżej 8. do ukończenia 18. roku życia, w przypadku porodu, choroby albo pobytu w szpitalu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka stale opiekującego się dzieckiem.

Zasiłek opiekuńczy wynosi 80% podstawy wymiaru.

Informacje dotyczące zasad przyznawania i wypłacania świadczeń w razie choroby i macierzyństwa przysługujących osobom ubezpieczonym są dostępne na stronie internetowej ZUS: www.zus.pl. W terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS dostępne są informacje o świadczeniach w formie ulotek. Dodatkowo ZUS publikuje informacje dotyczące świadczeń w razie choroby i macierzyństwa w informatorach, broszurach oraz wydawnictwach i udostępnia je w terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS. Informacje o przysługujących świadczeniach osoba ubezpieczona może również uzyskać w jednostkach ZUS na salach obsługi klientów albo dzwoniąc do infolinii ZUS (Centrum Kontaktu Klientów – CKK). Z kolei szczegółowe informacje dotyczące przyznanych i wypłaconych zasiłków w razie choroby i macierzyństwa konkretnym osobom są udostępnione na ich kontach PUE ZUS/eZUS. Osoby posiadające swój profil na PUE ZUS/eZUS mają na bieżąco dostęp do danych o wypłaconych im świadczeniach. Mogą także uzyskać informacje o przysługujących im świadczeniach za pośrednictwem Centrum Kontaktu Klientów – CKK.

3.3. Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

Zagadnienia związane z ochroną rodzicielstwa pracowników są określone w dziale ósmym ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

3.3.1. System urlopów związanych z opieką nad dzieckiem

W 2024 r. system urlopów związanych z opieką nad dzieckiem obejmuje:

1) urlop macierzyński

W Rzeczypospolitej Polskiej każda pracownica ma zagwarantowane prawo do urlopu macierzyńskiego, a jego wymiar uzależniony jest od liczby dzieci urodzonych przy jednym porodzie i może wynosić od 20 tygodni, gdy urodzi jedno dziecko lub w przypadku porodu mnogiego od 31 do 37 tygodni. Urlop ten ma na celu regenerację sił po odbytym porodzie oraz umożliwienie matce opieki nad dzieckiem w pierwszym okresie jego życia. Przed przewidywaną datą porodu pracownica może wykorzystać nie więcej niż 6 tygodni urlopu macierzyńskiego w celu przygotowania się do przewidywanego porodu. Pracownica nie musi składać wniosku do pracodawcy o skorzystanie z urlopu macierzyńskiego, ponieważ jest to urlop, który przysługuje jej z mocy prawa, a pracodawca nie może odmówić jego udzielenia. Pracownica nie ma konieczności wykorzystywania urlopu rodzicielskiego bezpośrednio po urlopie macierzyńskim.

Ustalenie wysokości zasiłku macierzyńskiego za cały okres urlopu macierzyńskiego może wynosić 100 % podstawy wymiaru zasiłku.

Zasiłek macierzyński za okresy urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego przysługuje w wysokości 81,5 % podstawy wymiaru zasiłku pod warunkiem, że pracownica nie później niż w ciągu 21 dni po porodzie złoży wniosek o udzielenie po urlopie macierzyńskim urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze.

W przypadku niewykorzystania ani jednego dnia zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego (w wysokości 81,5% podstawy wymiaru zasiłku) w pierwszym roku życia dziecka pracownikowi przysługuje:

- a) zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego w wysokości 70% podstawy wymiaru zasiłku,
- b) jednorazowe wyrównanie pobranego zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu macierzyńskiego do wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku (jednorazowe wyrównanie wypłacane jest na wniosek pracownika); w przypadku, gdy dziecko urodzi się martwe lub zgon dziecka nastąpi przed upływem 8 tygodni życia, pracownica ma prawo do urlopu macierzyńskiego przez okres 8 tygodni po porodzie. W przypadku śmierci dziecka po upływie 8 tygodni życia, pracownica zachowuje prawo do urlopu macierzyńskiego przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka,

- c) jeżeli natomiast pracownica – matka urodzi dziecko wymagające opieki szpitalnej i wykorzysta po porodzie 8 tygodni urlopu macierzyńskiego, pozostałą część tego urlopu może wykorzystać w terminie późniejszym, po wyjściu dziecka ze szpitala,
- d) matka może zrezygnować z 6 tygodni urlopu macierzyńskiego po wykorzystaniu 14 tygodni urlopu i powrócić do pracy, pod warunkiem, że pozostałą część urlopu macierzyńskiego wykorzysta pracownik – ojciec wychowujący dziecko albo przez okres odpowiadający okresowi, który pozostał do końca urlopu macierzyńskiego, osobistą opiekę nad dzieckiem będzie sprawował ubezpieczony – ojciec dziecka, który w celu sprawowania tej opieki przerwał działalność zarobkową.

Przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy określają, w jakich sytuacjach pracownik – ojciec wychowujący dziecko ma prawo do wykorzystania urlopu macierzyńskiego, gdy matka nie pozostaje w stosunku pracy, ale jest objęta ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, jak również gdy nie jest objęta tym ubezpieczeniem lub nie posiada tytułu do objęcia tym ubezpieczeniem.

Przejęcie części urlopu macierzyńskiego przez pracownika – ojca wychowującego dziecko albo przez pracownika - innego członka najbliższej rodziny jest możliwe w przypadku:

- a) rezygnacji z części urlopu macierzyńskiego przez pracownicę legitymującą się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, po wykorzystaniu przez nią po porodzie co najmniej 8 tygodni urlopu macierzyńskiego (rezygnacji z zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego przez ubezpieczoną – matkę dziecka po wykorzystaniu przez nią tego zasiłku za okres co najmniej 8 tygodni po porodzie),
- b) rezygnacji z części urlopu macierzyńskiego przez pracownicę, która przebywa w szpitalu albo w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, po wykorzystaniu po porodzie co najmniej 8 tygodni urlopu macierzyńskiego (rezygnacji z części zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną matkę dziecka, która przebywa w szpitalu albo w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad

dzieckiem, po wykorzystaniu przez nią tego zasiłku za okres co najmniej 8 tygodni po porodzie),

- c) zgonu pracownicy w czasie urlopu macierzyńskiego (zgonu ubezpieczonej - matki dziecka w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego),
- d) porzucenia dziecka przez pracownicę w czasie urlopu macierzyńskiego; przejęcie pozostałej części urlopu macierzyńskiego jest możliwe nie wcześniej niż po wykorzystaniu przez pracownicę po porodzie co najmniej 8 tygodni urlopu macierzyńskiego (porzucenia dziecka przez ubezpieczoną - matkę w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego; przejęcie pozostałej części urlopu macierzyńskiego jest możliwe nie wcześniej jednak niż po wykorzystaniu przez ubezpieczoną-matkę dziecka zasiłku macierzyńskiego za okres co najmniej 8 tygodni),
- e) zgonu matki dziecka nieobjętej ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, albo nieposiadającej tytułu do objęcia takim ubezpieczeniem, a także w razie porzucenia dziecka przez taką matkę,
- f) niemożności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem przez matkę dziecka nieobjętą ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa albo nieposiadającą tytułu do takiego ubezpieczenia, legitymującą się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Wystąpienie powyższych okoliczności będzie także uprawniało drugiego pracownika (tzw. rodzica adopcyjnego) albo pracownika – innego członka najbliższej rodziny do przejęcia części urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo części urlopu rodzicielskiego.

Korzystanie z części urlopu macierzyńskiego przez pracownika – ojca wychowującego dziecko jest możliwe w przypadku:

- a) rezygnacji przez pracownicę z części urlopu macierzyńskiego po wykorzystaniu po porodzie co najmniej 14 tygodni takiego urlopu (rezygnacji przez ubezpieczoną - matkę dziecka z pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego, po wykorzystaniu przez nią tego zasiłku za okres co najmniej 14 tygodni po porodzie),
- b) podjęcia przez matkę dziecka nieposiadającą tytułu do objęcia ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r.

o systemie ubezpieczeń społecznych, zatrudnienia w wymiarze nie niższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy.

Analogiczne uprawnienia przysługują pracownikom, którzy przyjęli dziecko na wychowanie, z tym, że pracownicy, którzy przyjęli dziecko na wychowanie:

- a) jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, mają prawo do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 7. roku życia, a w przypadku dziecka wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – nie dłużej niż do ukończenia przez nie 10. roku życia,
- b) i wystąpili do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka, mają prawo do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 14 roku życia.

Za okres urlopu macierzyńskiego (urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego) przysługuje zasiłek macierzyński w wysokości 100% podstawy zasiłku macierzyńskiego.

2) uzupełniający urlop macierzyński

Urlop macierzyński ma na celu ochronę zdrowia matki, regenerację sił po odbytym porodzie, a także ochronę zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka przez umożliwienie bezpośredniego kontaktu matki z dzieckiem oraz sprawowanie nad nim osobistej opieki w pierwszym okresie jego życia. Biorąc pod uwagę przyjęte w Rzeczypospolitej Polskiej rozwiązania prawne zdecydowano, że powinny one w sposób szczególny regulować uprawnienia rodziców hospitalizowanych wcześniaków i noworodków w kontekście długości trwania urlopu macierzyńskiego. Mając na względzie dobro hospitalizowanych dzieci urodzonych przedwcześnie i hospitalizowanych noworodków oraz trudną sytuację, w której w tym czasie znajdują się pracownice, zdecydowano się wprowadzić nowy urlop – uzupełniający urlop macierzyński. Uzupełniający urlop macierzyński został wprowadzony ustawą z dnia 6 grudnia 2024 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw. Ustawa weszła w życie 19 marca 2025 r. Celem ustawy było wprowadzenie do ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy nowego uprawnienia dla pracowników – rodziców dzieci przedwcześnie urodzonych oraz dzieci urodzonych w terminie, ale wymagających długotrwałej hospitalizacji. Nowe uprawnienie zrekompensuje pracownikom – rodzicom dzieci przedwcześnie urodzonych oraz pracownikom – rodzicom dzieci urodzonych w terminie, ale wymagającym hospitalizacji brak możliwości przerwania urlopu macierzyńskiego do upływu 8 tygodni po porodzie. Uzupełniający urlop macierzyński jest wykorzystywany bezpośrednio

po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, na wniosek uprawnionych pracowników – rodziców. Zasiłek macierzyński za okres tego urlopu wynosi 100 procent podstawy zasiłku.

Pracownica albo pracownik – ojciec wychowujący dziecko ma prawo bezpośrednio po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego do uzupełniającego urlopu macierzyńskiego – w przypadku urodzenia dziecka (art. 180² § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy):

- a) przed ukończeniem 28. tygodnia ciąży lub z masą urodzeniową nie większą niż 1000 g – w wymiarze tygodnia uzupełniającego urlopu macierzyńskiego za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu do upływu 15. tygodnia po porodzie,
- b) po ukończeniu 28. tygodnia ciąży i przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży i z masą urodzeniową większą niż 1000 g – w wymiarze tygodnia uzupełniającego urlopu macierzyńskiego za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu do upływu 8. tygodnia po porodzie,
- c) po ukończeniu 37. tygodnia ciąży i jego pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt dziecka w szpitalu po porodzie będzie wynosił co najmniej 2 kolejne dni, przy czym pierwszy z tych dni będzie przypadał w okresie od 5. do 28. dnia po porodzie – w wymiarze tygodnia uzupełniającego urlopu macierzyńskiego za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu w okresie od 5. dnia do upływu 8. tygodnia po porodzie.

Wymiar uzupełniającego urlopu macierzyńskiego wynosi dla:

- a) pracowników – rodziców dzieci urodzonych przed ukończeniem 28 tygodnia ciąży lub z masą urodzeniową nie większą niż 1000g uzupełniający urlop macierzyński będzie uzależniony od okresu hospitalizacji dziecka w wymiarze tygodnia uzupełniającego urlopu macierzyńskiego za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu do upływu 15. tygodnia po porodzie – maksymalnie 15 tygodni,
- b) pracowników – rodziców dziecka urodzonego po ukończeniu 28. tygodnia ciąży a przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży i z masą urodzeniową większą niż 1000g w wymiarze tygodnia uzupełniającego urlopu macierzyńskiego za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu do upływu 8 tygodnia po porodzie – maksymalnie 8 tygodni,
- c) pracowników – rodziców, których dziecko urodziło się po ukończeniu 37. tygodnia ciąży i będzie wymagało hospitalizacji od 5. dnia od dnia porodu do upływu 8. tygodnia po porodzie w wymiarze tygodnia uzupełniającego urlopu macierzyńskiego za każdy tydzień pobytu dziecka w szpitalu w okresie od 5. dnia po porodzie do upływu 8. tygodnia

po porodzie pod warunkiem, że pobyt dziecka w szpitalu będzie wynosił przynajmniej 2 kolejne dni, przy czym pierwszy z tych dni będzie przypadał w okresie od 5. do 28. dnia po porodzie (oznacza to, że w celu skorzystania przez pracownika z prawa do uzupełniającego urlopu macierzyńskiego dziecko musi być hospitalizowane w okresie od 5. do 28. dnia po porodzie przynajmniej przez 2 kolejne dni. W przypadku gdy hospitalizacja nastąpi 29. dnia od porodu, a dziecko wyszło ze szpitala po 3 dniach od porodu, pracownik nie będzie miał prawa do uzupełniającego urlopu macierzyńskiego).

Przy ustalaniu wymiaru uzupełniającego urlopu macierzyńskiego okresy pobytu dziecka w szpitalu do upływu odpowiednio 8. albo 15. tygodnia po porodzie sumuje się. Niepełny tydzień zaokrągla się w górę do pełnego tygodnia. W przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie przy ustalaniu wymiaru uzupełniającego urlopu macierzyńskiego należy uwzględnić wagę dziecka o najniższej masie urodzeniowej oraz okres pobytu w szpitalu dziecka najdłużej hospitalizowanego.

Uzupełniający urlop macierzyński jest udzielany jednorazowo na wniosek składany w postaci papierowej lub elektronicznej przez pracownicę albo pracownika – ojca wychowującego dziecko w terminie nie krótszym niż 21 dni przed zakończeniem korzystania z urlopu macierzyńskiego. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika. Wniosek o udzielenie pracownicy albo pracownikowi – ojcu wychowującemu dziecko uzupełniającego urlopu macierzyńskiego musi zawierać:

- a) imię i nazwisko pracownicy albo pracownika – ojca wychowującego dziecko,
- b) termin zakończenia urlopu macierzyńskiego,
- c) wskazanie okresu, na który ma być udzielony uzupełniający urlop macierzyński.

Do wniosku dołącza się:

- a) zaświadczenie wydane przez szpital, w którym przebywało dziecko,
- b) oświadczenie pracownicy albo pracownika – ojca wychowującego dziecko o braku zamiaru korzystania z uzupełniającego urlopu macierzyńskiego albo z zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi uzupełniającego urlopu macierzyńskiego przez drugiego z rodziców dziecka.

W celu zapewnienia wszystkim grupom zawodowym możliwości skorzystania z dodatkowego uprawnienia, jakim jest uzupełniający urlop macierzyński, w porozumieniu z innymi resortami przygotowano regulacje prawne uprawniające następujące grupy zawodowe do uzupełniającego urlopu macierzyńskiego: nauczycieli, rolników, osób niepracujących,

żołnierzy zawodowych oraz funkcjonariuszy Służby Celno-Skarbowej, Policji, Straży Pożarnej, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Służby Ochrony Państwa, Straży Marszałkowskiej, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego.

3) urlop rodzicielski

Wymiar urlopu rodzicielskiego w 2023 r. wynosił 41 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie, 43 tygodnie w przypadku urodzenia dwojga lub więcej dzieci przy jednym porodzie. W Rzeczypospolitej Polskiej istnieje gwarancja płatności za urlop rodzicielski. Od dnia 26 kwietnia 2023 r. urlop rodzicielski został wydłużony o dodatkowe, nieprzenoszalne 9 tygodni dla drugiego rodzica. Zgodnie z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1158 z dnia 20 czerwca 2019 r. w sprawie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym rodziców i opiekunów tylko nieprzenoszalna część urlopu rodzicielskiego musi być płatna (czyli 9 tygodni dla matek + 9 tygodni dla ojców, razem 18 tygodni płatnych).

Zatem w tym zakresie ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy zapewnia już standard wyższy niż wymagany przez ww. dyrektywę. Dzięki wprowadzeniu dodatkowych 9 tygodni urlopu rodzicielskiego nieprzenoszalnych na drugiego rodzica, daje matkom możliwość powrotu do pracy po wykorzystaniu przez nią 32 tygodni urlopu rodzicielskiego.

Pracownicy – rodzice dziecka posiadającego zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, mają prawo do urlopu rodzicielskiego w celu sprawowania opieki nad tym dzieckiem w wymiarze do:

- a) 65 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- b) 67 tygodni – w przypadku urodzenia dwojga lub więcej dzieci przy jednym porodzie.

Z urlopu rodzicielskiego mogą jednocześnie korzystać oboje pracownicy – rodzice dziecka. W takim przypadku łączny wymiar urlopu rodzicielskiego nie może przekraczać wymiarów, o których wyżej mowa.

Jednocześnie pracownica ma możliwość wyboru wysokości zasiłku macierzyńskiego, który będzie pobierany w okresie urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego, tzn.:

- a) kobieta otrzymuje 100% zasiłek macierzyński za cały okres korzystania z urlopu macierzyńskiego, natomiast za okres korzystania z urlopu rodzicielskiego oboje rodzice mają prawo do 70% zasiłku albo

- b) kobieta w ciągu 21 dni ma prawo złożyć do pracodawcy lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wniosek o wypłacanie jej 81,5% zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego, przy czym za okres 9 tygodniowej nieprzenoszalnej części tego urlopu dla ojca dziecka przysługuje zasiłek macierzyński w wysokości 70% podstawy wymiaru zasiłku.

W tym drugim przypadku matka dziecka może dzielić się z ojcem dziecka korzystaniem z zasiłku w wysokości 81,5%. Jedynie przez pierwsze 9 tygodni korzystania z zasiłku przez ojca dziecka będzie on otrzymywał go w wysokości 70%.

4) łączenie wykonywania pracy z urlopem rodzicielskim

W przypadku łączenia przez pracownicę – matkę dziecka korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu wymiar urlopu rodzicielskiego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy wykonywanej przez pracownika w trakcie korzystania z urlopu lub jego części, nie dłużej jednak niż do:

- a) 82 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- b) 86 tygodni – w przypadku urodzenia dwojga dzieci lub więcej przy jednym porodzie.

W przypadku łączenia przez pracownika – rodzica dziecka posiadającego zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu wymiar urlopu rodzicielskiego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy wykonywanej przez pracownika – rodzica dziecka w trakcie korzystania z urlopu lub jego części, nie dłużej jednak niż do:

- a) 130 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie albo
- b) 134 tygodni – w przypadku ciąży mnogiej.

5) urlop ojcowski

Pracownik – ojciec w celu sprawowania opieki nad dzieckiem ma prawo do urlopu ojcowskiego w wymiarze do 2 tygodni, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia albo upływu 12. miesiący od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie dziecka i nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 14. roku życia (zgodnie z art. 182³ § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

Urlop ojcowski udzielany jest na wniosek w postaci papierowej lub elektronicznej składany przez pracownika – ojca w terminie nie krótszym niż 7 dni przed rozpoczęciem korzystania z urlopu.

Zgodnie z przepisami przejściowymi ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 641) w myśl art. 36 – pracownik – ojciec wychowujący dziecko, w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy ma prawo do urlopu ojcowskiego na zasadach określonych w przepisach dotychczasowych, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 24. miesiąca życia.

6) zwolnienie od pracy z tytułu urodzenia dziecka

Świeżo upieczonym ojcom przysługują dwa dni zwolnienia od pracy z tytułu urodzenia się dziecka. Z uwagi na fakt, że uprawnienie to przysługuje z mocy prawa pracodawca jest zobowiązany zwolnić mężczyznę, któremu urodziło się dziecko, od pracy, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.

7) urlop wychowawczy

Pracownik zatrudniony co najmniej 6 miesięcy ma prawo do urlopu wychowawczego w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Wymiar urlopu wychowawczego wynosi do 36 miesięcy.

Urlop jest udzielany na okres nie dłuższy niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6. rok życia.

W przypadku pracowników – rodziców wychowujących dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, które z powodu stanu zdrowia wymaga osobistej opieki pracownika, niezależnie od przysługującego urlopu wychowawczego może być dodatkowo udzielony urlop wychowawczy (kolejny) w wymiarze do 36 miesięcy, jednak na okres nie dłuższy niż do ukończenia przez dziecko 18. r. życia. Urlop ten jest udzielany na takich samych zasadach jak podstawowy urlop wychowawczy. Urlopy powyższe przysługują łącznie obojgu rodzicom lub opiekunom dziecka.

Natomiast każdemu z rodziców lub opiekunów dziecka przysługuje wyłączone prawo do jednego miesiąca urlopu wychowawczego z wymiaru urlopu do 36 miesięcy. Prawa tego nie można przenieść na drugiego z rodziców lub opiekunów dziecka (tzw. nieprzenoszalna część urlopu).

Urlop wychowawczy nie musi, ale może być wykorzystywany bezpośrednio po skorzystaniu z urlopu rodzicielskiego najwyżej w 5 częściach. Rodzice lub opiekunowie dziecka mogą jednocześnie korzystać z urlopu wychowawczego. Jednakże w takim przypadku łączny wymiar urlopu wychowawczego nie może przekraczać jego maksymalnego wymiaru.

Urlopu wychowawczego udziela się na wniosek pracownika, który jest wiążący dla pracodawcy. Urlop wychowawczy jest urlopem bezpłatnym.

8) urlop opiekuńczy

Przepisami ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw wprowadzono urlop opiekuńczy. Zgodnie z art. 173¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy pracownikowi przysługuje w ciągu roku kalendarzowego urlop opiekuńczy, w wymiarze 5 dni, w celu zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia osobie będącej członkiem rodziny lub zamieszkującej w tym samym gospodarstwie domowym, która wymaga opieki lub wsparcia z poważnych względów medycznych. Za członka rodziny uważa się syna, córkę, matkę, ojca lub małżonka. Urlopu opiekuńczego udziela się w dni, które są dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy.

9) siła wyższa

Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw wprowadziła również uprawnienie pracownika zwolnienie od pracy w ciągu roku kalendarzowego, w wymiarze 2 dni albo 16 godzin, z powodu działania siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą lub wypadkiem, jeżeli jest niezbędna natychmiastowa obecność pracownika. W okresie tego zwolnienia od pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia w wysokości połowy wynagrodzenia (art. 148¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

3.3.2. Elastyczne formy pracy

Pracownica – matka, która zdecyduje się na powrót do pracy może skorzystać z elastycznych form organizacji czasu pracy, w celu łatwiejszego godzenia życia zawodowego z życiem prywatnym oraz wnioskować o skrócony wymiar czasu pracy.

Umożliwienie szerszego stosowania elastycznej organizacji pracy w celu zwiększenia uprawnień polegających na dostosowywaniu przez pracownika jego organizacji pracy do indywidualnych potrzeb, w tym przez: pracę zdalną, elastyczne rozkłady czasu pracy

(ruchomy czas pracy, indywidualny rozkład czasu pracy, weekendowy system czasu pracy, system skróconego tygodnia pracy i przerywany czas pracy) i pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy.

Możliwość szerszego skorzystania z elastycznej organizacji pracy przysługuje rodzicom opiekującym się dzieckiem do 8. roku życia oraz opiekunom, tj. pracownikom zapewniającym opiekę lub wsparcie krewnemu lub osobie zamieszkującej z pracownikiem w tym samym gospodarstwie domowym, którzy wymagają opieki lub wsparcia z poważnych względów medycznych.

Pracownik może złożyć wniosek w postaci papierowej lub elektronicznej o zastosowanie do niego elastycznej organizacji pracy. Za elastyczną organizację pracy uważa się pracę zdalną, system przerywanego czasu pracy, system skróconego tygodnia pracy, system pracy weekendowej, ruchomy czas pracy, indywidualny rozkład czasu pracy oraz obniżenie wymiaru czasu pracy. Wniosek składa się w terminie nie krótszym niż 21 dni przed planowanym rozpoczęciem korzystania z elastycznej organizacji pracy. Pracodawca rozpatruje wniosek, uwzględniając potrzeby pracownika, w tym termin oraz przyczynę konieczności korzystania z elastycznej organizacji pracy, a także potrzeby i możliwości pracodawcy, w tym konieczność zapewnienia normalnego toku pracy, organizację pracy lub rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika. Pracodawca informuje pracownika w postaci papierowej lub elektronicznej o uwzględnieniu wniosku albo o przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku.

Przepisy ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 240), która weszła w życie z dniem 7 kwietnia 2023 r., wprowadziła do ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy regulacje dotyczące pracy zdalnej. Wprowadzone przepisy mają na celu pomoc rodzicom w lepszym godzeniu obowiązków rodzinnych oraz zawodowych. Pracą zdalną jest praca wykonywana całkowicie lub częściowo w miejscu wskazanym przez pracownika i każdorazowo uzgodnionym z pracodawcą, w tym pod adresem zamieszkania pracownika, w szczególności z wykorzystaniem środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość. Zgodnie z nowymi przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w zakresie pracy zdalnej pracodawca będzie, co do zasady, musiał uwzględnić wniosek o pracę zdalną złożony przez:

- 1) pracownika – rodzica dziecka posiadającego zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”;

2) pracownika – rodzica:

- a) dziecka legitymującego się orzeczeniem o niepełnosprawności albo orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności określonym w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz
- b) dziecka posiadającego odpowiednio opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043, z późn. zm.);

3) pracownicę w ciąży;

4) pracownika wychowującego dziecko do ukończenia przez nie 4. roku życia;

5) pracownika sprawującego opiekę nad innym członkiem najbliższej rodziny lub inną osobą pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym, posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności albo o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Pracodawca może takiemu pracownikowi odmówić pracy zdalnej tylko, jeżeli jej wykonywanie nie będzie możliwe ze względu na rodzaj pracy albo organizację pracy. O przyczynie odmowy pracodawca będzie musiał poinformować pracownika.

3.3.3. Ochrona stosunku pracy

Co do zasady pracodawca nie może wypowiedzieć ani rozwiązać umowy o pracę z pracownicą w okresie ciąży, a także z pracownikiem w okresie urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego (art. 186⁸ § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy). Ochrona stosunku pracy obejmuje także pracowników w okresie korzystania z urlopu wychowawczego (art. 186⁸ § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

Wprowadzono także zakaz prowadzenia wszelkich przygotowań do zwolnienia pracowników, jak również wypowiedzania i rozwiązywania stosunku pracy w okresie ciąży i w okresie urlopu macierzyńskiego, a także od dnia wystąpienia przez pracownika z wnioskiem o udzielenie urlopu związanego z rodzicielstwem do dnia zakończenia tego urlopu i urlopu opiekuńczego oraz skorzystania z takiego urlopu, a także z powodu wystąpienia z wnioskiem o elastyczną organizację pracy.

Pracownik ma prawo być dopuszczonym – po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego, do pracy na dotychczasowym stanowisku, a jeżeli nie jest to możliwe, na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu lub na innym odpowiadającym jego kwalifikacjom zawodowym, za wynagrodzeniem za pracę, jakie otrzymywałby, gdyby nie korzystał z urlopu (art. 183² ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

Pracodawca dopuszcza pracownika do pracy także po zakończeniu urlopu wychowawczego na dotychczasowym stanowisku, a jeżeli nie jest 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 przysługującego pracownikowi w dniu podjęcia pracy na stanowisku zajmowanym przed tym urlopem (art. 186⁴ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

3.3.3. Inne uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

1) zakaz pracy powyżej 8 godzin na dobę

W systemie równoważnego czasu pracy, systemie skróconego tygodnia pracy, pracy przy dozorze urządzeń oraz przy pilnowaniu mienia lub ochronie osób, pracy w ruchu ciągłym oraz w przypadku przedłużonego dobowego wymiaru czasu pracy, czas pracy pracownic w ciąży oraz pracowników opiekujących się dzieckiem do ukończenia przez nie 4. roku życia, bez ich zgody nie może przekraczać 8 godzin. Pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia za czas nieprzepracowany w związku ze zmniejszeniem z tego powodu wymiaru jego czasu pracy (art. 148 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

2) zakaz wykonywania prac uciążliwych

Kobiety w ciąży i kobiety karmiące dziecko piersią nie mogą wykonywać prac uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia, mogących mieć niekorzystny wpływ na ich zdrowie, przebieg ciąży lub karmienie dziecka piersią (art. 176 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

Są to prace:

- a) związane z nadmiernym wysiłkiem fizycznym, w tym ręcznym transportem ciężarów,
- b) mogące mieć niekorzystny wpływ ze względu na sposób i warunki ich wykonywania, z uwzględnieniem rodzaju czynników występujących w środowisku pracy i poziomu ich występowania.

Pracodawca zatrudniający pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią przy pracy wzbronionej takiej pracownicy, bez względu na stopień narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia lub niebezpieczne, jest obowiązany:

- a) przenieść pracownicę do innej pracy,
- b) a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnić ją na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy.

Pracodawca zatrudniający pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią przy pracach uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia jest obowiązany:

- a) dostosować warunki pracy do wymagań określonych w tych przepisach, lub
- b) tak ograniczyć czas pracy, aby wyeliminować zagrożenia dla zdrowia lub bezpieczeństwa pracownicy.

Jeżeli dostosowanie warunków pracy na dotychczasowym stanowisku pracy lub skrócenie czasu pracy jest niemożliwe lub niecelowe, pracodawca jest obowiązany:

- a) przenieść pracownicę do innej pracy,
- b) a w razie braku takiej możliwości zwolnić pracownicę na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy.

3) zakaz pracy nadliczbowej i delegowania poza stałe miejsce pracy

Pracownicy w ciąży nie wolno również zatrudniać w godzinach nadliczbowych ani w porze nocnej, delegować bez jej zgody poza stałe miejsce pracy ani zatrudniać w systemie przerywanego czasu pracy (art. 178 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

W 2023 r. podniesiony został wiek dziecka z 4. do 8. roku życia – którego pracownica-matka może wykonywać tylko za swoją zgodą pracę w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w systemie przerywanego czasu pracy; również tylko za swoją zgodą taki pracownik będzie mógł być delegowany poza stałe miejsce pracy. Pracownika opiekującego się dzieckiem do ukończenia przez nie 4. roku życia nie wolno bez jego zgody zatrudniać w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w systemie przerywanego czasu pracy, jak również delegować poza stałe miejsce pracy (art. 178 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

4) zwolnienia od pracy na badania związane z ciążą

Pracodawca ma obowiązek udzielać pracownicy ciężarnej zwolnień od pracy na zalecone przez lekarza badania lekarskie przeprowadzane w związku z ciążą, jeżeli badania te nie mogą być przeprowadzone poza godzinami pracy. Za czas nieobecności w pracy z tego powodu

pracownica zachowuje prawo do wynagrodzenia (art. 185 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

5) przerwa na karmienie dziecka piersią

Pracownica karmiąca dziecko piersią ma prawo do dwóch półgodzinnych przerw w pracy wliczanych do czasu pracy. Pracownica karmiąca więcej niż jedno dziecko ma prawo do dwóch przerw w pracy, po 45 minut każda. Przerwy na karmienie mogą być na wniosek pracownicy udzielane łącznie (art. 187 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy). Pracownicy zatrudnionej przez czas krótszy niż 4 godziny dziennie przerwy na karmienie nie przysługują. Jeżeli czas pracy pracownicy nie przekracza 6 godzin dziennie, przysługuje jej jedna przerwa na karmienie.

6) obniżenie wymiaru czasu pracy

Pracownik uprawniony do urlopu wychowawczego może złożyć pracodawcy pisemny wniosek o obniżenie jego wymiaru czasu pracy do wymiaru nie niższego niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy w okresie, w którym mógłby korzystać z takiego urlopu. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika. Wniosek składa się na 21 dni przed rozpoczęciem wykonywania pracy w obniżonym wymiarze czasu pracy. Jeżeli wniosek został złożony bez zachowania terminu, pracodawca obniża wymiar czasu pracy nie później niż z upływem 21 dni od dnia złożenia wniosku (art. 186⁷ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy). W przypadku skorzystania przez pracownika z części urlopu wychowawczego pracownik ten może korzystać z obniżonego wymiaru czasu pracy przez okres odpowiadający pozostałemu do wykorzystania wymiarowi urlopu wychowawczego, nie dłużej jednak niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6. rok życia.

7) tzw. opieka na dziecko do lat 14

Pracownikowi wychowującemu przynajmniej jedno dziecko w wieku do 14 lat przysługuje w ciągu roku kalendarzowego zwolnienie od pracy w wymiarze 16 godzin albo 2 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia (art. 188 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

3.4. Uprawnienia bezrobotnych związanych z rodzicielstwem

W końcu 2024 r. w urzędach pracy zarejestrowanych było 405,8 tys. bezrobotnych kobiet i 380,4 tys. bezrobotnych mężczyzn. Osoby, które spełnią wymagania ustawowe po rejestracji w urzędzie pracy mogą nabyć prawo do zasiłku dla bezrobotnych. W końcu 2024 r. prawo do zasiłku dla bezrobotnych posiadało 122,1 tys. bezrobotnych, z tego 66,3 tys. kobiet i 55,8 tys. bezrobotnych mężczyzn. Osoby uprawnione do zasiłku dla bezrobotnych stanowiły 15,5% wszystkich zarejestrowanych bezrobotnych, przy czym prawo do zasiłku miało 16,3% bezrobotnych kobiet i 14,7% bezrobotnych mężczyzn, co oznacza, że bezrobotne kobiety były uprawnione do zasiłku częściej niż mężczyźni, ale ta przewaga nie dotyczyła kobiet z małymi dziećmi i dziećmi niepełnosprawnymi. O ile kobiety stanowiły 51,6% wszystkich bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy w końcu 2024 r., to wśród bezrobotnych posiadających co najmniej 1 dziecko do 6. roku życia kobiety stanowiły aż 86,4%, bowiem w rejestrach było 96,9 tys. takich kobiet wobec tylko 15,2 tys. mężczyzn. Mimo to, warunki do nabycia prawa do zasiłku spełniało jedynie 15% bezrobotnych kobiet posiadających dziecko do 6. roku życia (14,6 tys.) i 23,5% mężczyzn z dzieckiem do 6. roku życia (3,6 tys.). Kobiety stanowiły też prawie 80% z 1,7 tys. bezrobotnych posiadających co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia. Z liczby tej prawo do zasiłku dla bezrobotnych posiadały 272 osoby, czyli 15,6% bezrobotnych w tej grupie, przy czym prawo do zasiłku dla bezrobotnych miało 12,1% bezrobotnych kobiet posiadających co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia (165 osób) i 27,6% bezrobotnych mężczyzn (107 osób). W przypadku dodatku aktywizacyjnego prawo do niego w końcu 2024 r. posiadało 16,4 tys. bezrobotnych, w tym 9,5 tys. kobiet, co oznacza, że kobiety stanowiły 57,6% uprawnionych do tego dodatku.

Uprawnienia bezrobotnych związane z rodzicielstwem wynikają z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, zwanej dalej „ustawą o promocji zatrudnienia”. Ustawa ta została zastąpiona z dniem 1 czerwca 2025 r. ustawą z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. poz. 620). Mimo zmiany stanu prawnego, w nowej ustawie większość dotychczasowych rozwiązań dotyczących uprawnień bezrobotnych w zakresie rodzicielstwa została zachowana.

Ustawa o promocji zatrudnienia regulowała szereg rozwiązań mających na celu umożliwienie osobom bezrobotnym realizacji uprawnień związanych z rodzicielstwem. Zgodnie z przepisem art. 33 ust. 4d ustawy o promocji zatrudnienia starosta nie mógł pozbawić statusu bezrobotnego

kobiety w ciąży z powodu niezdolności do pracy związanej z ciążą trwającej przez nieprzerwany okres 90 dni, z wyłączeniem przypadku złożenia wniosku o pozbawienie tego statusu przez samą bezrobotną. Ponadto, w myśl art. 33 ust. 4g ustawy o promocji zatrudnienia, starosta nie mógł pozbawić statusu bezrobotnego:

- 1) matki dziecka;
- 2) ojca dziecka, w przypadku śmierci matki dziecka, porzucenia dziecka przez matkę albo rezygnacji przez matkę z prawa do korzystania z zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia za okres ustalony przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub okres urlopu rodzicielskiego;
- 3) bezrobotnego po przysposobieniu dziecka;
- 4) bezrobotnego po przyjęciu dziecka na wychowanie i wystąpieniu do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub po przyjęciu dziecka na wychowanie jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej

– z uwagi na brak zdolności i gotowości do podjęcia zatrudnienia spowodowany opieką nad tym dzieckiem przez okres, przez który przysługiwałyby im, zgodnie z odrębnymi przepisami, zasiłek macierzyński w okresie urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego, z wyłączeniem przypadku złożenia wniosku o pozbawienie tego statusu przez samego bezrobotnego.

Dodatkowo, zgodnie z art. 104a ustawy o promocji zatrudnienia pracodawcy oraz inne jednostki organizacyjne były zwolnione z opłacania składek na Fundusz Pracy za zatrudnionych pracowników powracających z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego w okresie 36 miesięcy począwszy od pierwszego miesiąca po powrocie z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego. Ponadto bezrobotnemu posiadającemu co najmniej jedno dziecko do 6. roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18. roku życia – zgodnie z art. 61 ustawy o promocji zatrudnienia – starosta mógł, po udokumentowaniu poniesionych kosztów, refundować koszty opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 w wysokości uzgodnionej, nie wyższej jednak niż połowa zasiłku dla bezrobotnych, na każde dziecko, na opiekę którego poniesiono koszty, jeżeli bezrobotny podejmie zatrudnienie lub inną pracę

zarobkową lub zostanie skierowany na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych lub szkolenie oraz pod warunkiem osiągnięcia z tego tytułu miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia za pracę. Na takich samych zasadach następowała refundacja kosztów opieki nad osobą zależną. Ustawa o promocji zatrudnienia w art. 73 ust. 3 wskazywała także, że w razie urodzenia dziecka przez kobietę pobierającą zasiłek dla bezrobotnych w okresie jego pobierania lub w ciągu miesiąca po jego zakończeniu okres ten ulegał przedłużeniu o czas, przez który przysługiwałby jej, zgodnie z odrębnymi przepisami, zasiłek macierzyński. Warto również wspomnieć, że zasiłek na okres 365 dni – zgodnie z art. 73 ust. 1 pkt 2 lit. c i d ww. ustawy – mógł być w 2024 r. przyznawany bezrobotnym, którzy mieli na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat, a małżonek bezrobotnego był także bezrobotny i utracił prawo do zasiłku z powodu upływu okresu jego pobierania po dniu nabycia prawa do zasiłku przez tego bezrobotnego lub samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat. Dodatkowo, zgodnie z art. 71 ust. 2 pkt 6 ustawy o promocji zatrudnienia do 365 dni uprawniających do nabycia prawa do zasiłku dla bezrobotnych wliczał się również okres świadczenia usług na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3.

Narzędziami wspierającymi tworzenie miejsc pracy i powrót do zatrudnienia osób bezrobotnych, w tym dla powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka był grant na utworzenie stanowiska pracy zdalnej (wcześniej grant na telepracę¹⁹⁾) i świadczenie aktywizacyjne²⁰⁾. W przypadku grantu na utworzenie stanowiska pracy zdalnej na podstawie umowy zawartej ze starostą pracodawca albo przedsiębiorca mógł otrzymać z Funduszu Pracy grant w wysokości do 6-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę brutto na utworzenie stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego rodzica powracającego na rynek pracy, wychowującego co najmniej jedno dziecko w wieku do 6 lat, lub bezrobotnego sprawującego opiekę nad osobą zależną, który w okresie 3 lat przed rejestracją w urzędzie pracy jako bezrobotny zrezygnował z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowywania dziecka lub sprawowania opieki nad osobą zależną. Pracodawca musiał zagwarantować w umowie utrzymanie zatrudnienia przez 12 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy lub przez okres 18 miesięcy w połowie wymiaru czasu pracy.

¹⁹⁾ Przepis art. 60a ustawy o promocji zatrudnienia.

²⁰⁾ Przepis art. 60b ustawy o promocji zatrudnienia.

W przypadku niewywiązania się z tego warunku następował zwrot grantu z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia jego otrzymania.

Natomiast świadczenie aktywizacyjne było wypłacane pracodawcy przez 12 miesięcy (w wysokości 1/2 minimalnego wynagrodzenia) lub 18 miesięcy (w wysokości 1/3 minimalnego wynagrodzenia) za zatrudnienie bezrobotnego rodzica powracającego na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka lub bezrobotnego sprawującego opiekę nad osobą zależną, który w okresie 3 lat przed rejestracją w urzędzie pracy jako bezrobotny zrezygnował z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowywania dziecka lub sprawowania opieki nad osobą zależną. Pracodawca musiał zagwarantować dalsze zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, po okresie przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego, przez kolejne 6 lub 9 miesięcy. W przypadku niewywiązania się z tego zobowiązania następował zwrot uzyskanych świadczeń z odsetkami ustawowymi.

Ponadto należy dodać, że art. 49 pkt 5 ustawy o promocji zatrudnienia określał, że bezrobotni posiadający co najmniej jedno dziecko do 6. roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18. roku życia mieli pierwszeństwo w skierowaniu do programów specjalnych.

Warto także nadmienić, że w związku z realizacją Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” ustawa o promocji zatrudnienia zawierała instrumenty mające na celu ułatwienie powrotu na rynek pracy opiekunom osób niepełnosprawnych oraz członkom ich rodzin. Każdy opiekun osoby z niepełnosprawnością zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotny mógł korzystać na zasadach ogólnych ze wszystkich form wsparcia m.in. staży, szkoleń, studiów podyplomowych, prac interwencyjnych.

Co więcej, instrumenty wsparcia były kierowane do opiekunów osoby niepełnosprawnej, z wyłączeniem opiekunów pobierających świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna, zarówno bezrobotnych, jak i poszukujących pracy. W ramach katalogu osób uznawanych za będące w szczególnej sytuacji na rynku pracy (art. 49 ww. ustawy o promocji zatrudnienia) znajdowała się grupa poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu oraz niewykonujących innej pracy zarobkowej opiekunów osób niepełnosprawnych – z wyłączeniem jednak opiekunów osób niepełnosprawnych pobierających z tego tytułu świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna. Osobom tym, po zarejestrowaniu w urzędzie pracy przysługiwało m.in. pierwszeństwo w skierowaniu do programów specjalnych, których istotą była możliwość

optymalnego doboru dostępnych form wsparcia i elastycznego oddziaływania na bariery, które utrudniają osobie podjęcie pracy, w celu umożliwienia powrotu lub wejścia na rynek pracy.

Ponadto w art. 51a ww. ustawy o promocji zatrudnienia został uregulowany instrument, w ramach którego starosta ma możliwość refundacji pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres do 6 miesięcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy skierowanych bezrobotnych opiekunów osoby niepełnosprawnej. Refundacja nie mogła przekroczyć kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz kwoty połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę. Pracodawca był obowiązany do dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego opiekuna osoby niepełnosprawnej przez okres 3 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji pod rygorem zwrotu otrzymanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi. Pomoc dla pracodawcy była udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

Ułatwienie godzenia obowiązków opiekuńczych z pracą umożliwiał przepis art. 60aa ustawy o promocji zatrudnienia, który regulował wsparcie dla pracodawcy lub przedsiębiorcy w postaci grantu na utworzenie stanowiska pracy zdalnej (wcześniej grant na telepracę) za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego opiekuna osoby niepełnosprawnej. Na podstawie umowy zawartej ze starostą pracodawca albo przedsiębiorca mógł otrzymać z Funduszu Pracy grant w wysokości do 12-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w dniu zawarcia umowy za każdego skierowanego bezrobotnego opiekuna osoby niepełnosprawnej. Pracodawca w umowie miał zagwarantować utrzymanie zatrudnienia przez 12 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy lub przez okres 18 miesięcy w połowie wymiaru czasu pracy. W przypadku niewywiązania się z tego warunku następował proporcjonalny zwrot grantu z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia jego otrzymania.

Z dniem 1 stycznia 2017 r. weszły w życie przepisy z dnia 6 października 2016 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz ustawy o świadczeniach przedemerytalnych (Dz. U. poz. 1940), na mocy których:

- 1) opiekun osoby niepełnosprawnej, który utracił prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna w związku ze śmiercią podopiecznego, i który zarejestrował się w urzędzie pracy jako bezrobotny po dniu 1 stycznia 2017 r., mógł nabyć prawo do zasiłku dla bezrobotnych, o ile w okresie

18 miesięcy poprzedzających dzień rejestracji w urzędzie pracy co najmniej przez okres 365 dni pobierał ww. świadczenie lub zasiłki;

2) opiekun osoby niepełnosprawnej, który:

- a) zarejestrował się w urzędzie pracy po dniu 1 stycznia 2017 r., ale w ciągu 60 dni od dnia ustania prawa do świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna w związku ze śmiercią podopiecznego, pobieranych nieprzerwanie do dnia ustania prawa do nich przez okres co najmniej 365 dni, do dnia, w którym ustało prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna,
- b) ukończył co najmniej 55 lat – kobieta oraz 60 lat – mężczyzna i osiągnął okres uprawniający do emerytury, wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn

– mógł nabyć prawo do świadczenia przedemerytalnego.

Zgodnie z przepisem art. 61aa ustawy o promocji zatrudnienia opiekunom osób niepełnosprawnych, zarejestrowanym w powiatowym urzędzie pracy jako poszukujący pracy, którzy jednocześnie nie pozostają w zatrudnieniu lub nie wykonują innej pracy zarobkowej, zapewniony był dostęp do usług rynku pracy i instrumentów rynku pracy wskazanych w tym przepisie (tj. pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego, szkoleń, stażu, prac interwencyjnych, przygotowania zawodowego dorosłych, badań lekarskich lub psychologicznych, studiów podyplomowych, szkoleń na podstawie trójstronnych umów szkoleniowych zawieranych pomiędzy starostą, pracodawcą i instytucją szkoleniową, bonu na zasiedlenie, bonu szkoleniowego oraz bonu stażowego) – na takich samych zasadach jak osobom bezrobotnym. Z zakresu podmiotowego tego przepisu – w związku ze zdefiniowaniem grupy osób uprawnionych przez odesłanie do nowego pkt 7 w art. 49 ustawy o promocji zatrudnienia – byli wyłączeni opiekunowie osób niepełnosprawnych pobierający z tego tytułu świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna. Warto przytoczyć również art. 73a ustawy o promocji zatrudnienia, który miał na celu wsparcie opiekunów osób niepełnosprawnych w realizacji codziennych obowiązków domowych w ramach prac społecznie użytecznych.

W dniu 1 stycznia 2024 r. weszła w życie ustawa z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. poz. 1429, z późn. zm.). Na mocy tej ustawy:

- 1) opiekunowie osób niepełnosprawnych, którzy utracili prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna w związku z przyznaniem osobie, nad którą opieka była sprawowana, prawa do świadczenia wspierającego mogli nabyć prawo do:
 - a) zasiłku dla bezrobotnych (zmiana w art. 71 ust. 2 pkt 9 ustawy o promocji zatrudnienia),
 - b) świadczenia przedemerytalnego (zmiana w art. 2 w ust. 1 pkt 4a ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych);
- 2) minister właściwy do spraw pracy mógł ogłosić program aktywizacyjny dla osób niepełnosprawnych lub opiekunów osób niepełnosprawnych.

Wymieniony w pkt 2 program aktywizacyjny dla osób niepełnosprawnych lub opiekunów osób niepełnosprawnych mógł obejmować aktywizację zawodową, integrację i aktywność społeczną. Minister właściwy do spraw pracy mógł ogłosić program, a następnie zlecić jego realizację podmiotom wskazanym w ustawie z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym. Wybór podmiotów realizujących zadania programu następował w ramach konkursu ofert skierowanego m.in. do organizacji pożytku publicznego, publicznych służb zatrudnienia, OHP, agencji zatrudnienia, instytucji szkoleniowych, jednostek samorządu terytorialnego (w ustawie o promocji zatrudnienia dodano Rozdział 12c).

3.5. Pomoc społeczna

Kobiety w ciąży i matki samotnie wychowujące dzieci, zwłaszcza znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej, podobnie jak inne osoby, na zasadach ogólnych, mogą ubiegać się o przyznanie pomocy w ramach systemu pomocy społecznej.

3.5.1. Świadczenia finansowe z pomocy społecznej

Jeżeli dochód kobiet w ciąży nie przekraczał ustawowego kryterium dochodowego, które w 2024 r. wynosiło 776 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 600 zł dla osoby w rodzinie, mogła ona ubiegać się o przyznanie zasiłku okresowego, zasiłku celowego, w szczególności na zakup żywności, leków, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu. Przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej przewidują także możliwość udzielenia pomocy, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, osobom i rodzinom o dochodach przekraczających kryterium dochodowe (w formie bezzwrotnego specjalnego zasiłku celowego lub innych świadczeń na zasadach zwrotnych). Ponadto, jeśli osoby te są pozbawione schronienia, posiłku i ubrania, mogą

wystąpić o ich przyznanie do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ośrodka pomocy społecznej.

Jedną z możliwych przyczyn przyznania wyżej wymienionych form pomocy dla kobiet w ciąży i matek samotnie wychowujących dzieci jest bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (dotyczy to zwłaszcza rodzin niepełnych lub wielodzietnych). Świadczenia te finansowane są ze środków własnych gminy, z tym, że w przypadku zasiłku okresowego istnieje gwarantowany poziom dofinansowania z budżetu państwa na poziomie minimalnej wysokości tego świadczenia (tj. 50 % różnicy między kryterium dochodowym dla osoby samotnie gospodarującej, a dochodem tej osoby albo 50% różnicy między kryterium dochodowym rodziny, a dochodem tej rodziny, przy czym w obydwu przypadkach nie mniej niż 20 zł).

3.5.2. Instytucjonalne formy pomocy społecznej

Jedną z form instytucjonalnej pomocy kobietom w ciąży są domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Prowadzenie tych ośrodków wsparcia zgodnie z art. 19 pkt 11 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej jest zadaniem powiatów. Na mocy powyższej ustawy zostało wydane 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), które określa standardy podstawowych usług świadczonych przez te placówki oraz tryb kierowania i przyjmowania do nich. Domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży zapewniają nie tylko możliwość schronienia do 12 miesięcy (z możliwością przedłużenia), ale również specjalistyczne wsparcie zmierzające do przezwyciężenia kryzysowej sytuacji.

Schronienia w takim domu może szukać kobieta w ciąży, matka lub ojciec z małoletnimi dziećmi, a także inna osoba sprawująca opiekę prawną nad dzieckiem, ze względu np. na doznawanie przemocy lub inną sytuację kryzysową. Możliwe jest ich przyjęcie bez skierowania w razie zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa, ale o dalszym pobycie osób decyduje starosta na podstawie rodzinnego wywiadu środowiskowego oraz opinii ośrodka pomocy społecznej uzasadniającej pobyt w domu.

Pomoc społeczna podejmuje również działania interwencyjne na rzecz osób i rodzin, w tym dotkniętych przemocą, w celu zapobiegania pogłębianiu się występujących dysfunkcji. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej interwencja

kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. W ramach interwencji kryzysowej, bez względu na posiadany dochód, udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb – poradnictwa socjalnego lub prawnego, w sytuacjach uzasadnionych – schronienia do 3 miesięcy.

W 2024 r. ramach Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (działanie 1.4. – Rozwój sieci domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży) wydatkowano kwotę ogółem w wysokości 2 234 279,36 zł na:

- 1) jeden nowy dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży w Słupsku na 8 miejsc (województwo pomorskie);
- 2) dofinansowanie szesnastu już istniejących domów nie skutkujące zwiększeniem liczby miejsc, a podniesieniem standardu istniejących placówek.

3.5.3. Poradnictwo

Poradnictwo specjalistyczne w ramach pomocy społecznej to w szczególności poradnictwo prawne, psychologiczne i rodzinne. Jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych. W ramach poradnictwa prawnego udziela się informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów.

Poradnictwo psychologiczne w pomocy społecznej to proces diagnozowania, profilaktyki i terapii. Natomiast poradnictwo rodzinne obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemy związane z opieką nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną. Rozpoznanie potrzeb w zakresie poradnictwa rodzinnego dokonuje przede wszystkim pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej przez rodzinny wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osób i rodzin. Gdy zajdzie taka potrzeba, rodzinom oferuje się przede wszystkim pomoc pedagoga, psychologa, często prawnika. W niektórych ośrodkach pomocy społecznej funkcjonują zespoły konsultantów, które przejmują pieczę nad rodziną wskazaną przez pracownika socjalnego. Jest to także współpraca z pedagogami szkolnymi, kuratorami społecznymi, lokalnymi organizacjami pozarządowymi zajmującymi się działalnością na rzecz rodzin i dzieci.

Ogółem w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2024 r. z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa udzielono pomocy 52 612 rodzinom, w tym 31 532 rodzinom ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy rodzin, 38 086 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na wielodzietność (24 886 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2024 r. 91 728 rodzin, w tym 34 581 rodzin ze środowisk wiejskich.

W 2024 r. funkcjonowało:

- 1) 41 domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, które dysponowały 982 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 1 537 osoby;
- 2) 169 ośrodków interwencji kryzysowej, z których w ciągu roku skorzystało 56 941 osób;
- 3) 89 placówek specjalistycznego poradnictwa z których skorzystało 32 791 osób.

Świadczenia z pomocy społecznej są udzielane kobietom w ciąży w oparciu o zasady ogólne. Z wyjątkiem pobytu w domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży brak jest szczególnych form pomocy kierowanych do tej grupy osób. Niezależnie od powyższego, zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej udzielanie informacji o prawach i uprawnieniach należy do zadań własnych powiatu. Dodatkowo, informacje o świadczeniach przysługujących z systemu pomocy społecznej są dostępne na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, na stronach internetowych powiatowych centrów pomocy rodzinie oraz ośrodków pomocy społecznej. Wiele gmin i powiatów przygotowuje informatory o dostępnych świadczeniach z pomocy społecznej.

3.6. Zapewnienie dostępu do szczegółowych informacji na temat uprawnień, zasiłków i świadczeń przysługujących kobietom w ciąży, matkom, ojcom oraz ich dzieciom oraz do informacji dotyczących instytucji i organizacji pomagających w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i społecznych, a także zajmujących się sprawami przysposobienia

Szczegółowe informacje na temat świadczeń w ramach systemów wsparcia materialnego rodzin z dziećmi na utrzymaniu (tj.: świadczenia wychowawczego, świadczeń „aktywny rodzic”, rodzinnego kapitału opiekuńczego, dofinansowania pobytu w żłobku, świadczeń rodzinnych, świadczeń z funduszu alimentacyjnego oraz jednorazowego świadczenia w kwocie 4 tys. zł) są powszechnie dostępne u ich realizatorów. Świadczenia rodzinne, świadczenia z funduszu alimentacyjnego oraz jednorazowe świadczenie w kwocie 4 000 zł przyznaje

i wypłaca gminny organ właściwy, tj. odpowiednio wójt, burmistrz, prezydent miasta lub upoważniony kierownik/pracownik ośrodka pomocy społecznej lub innej jednostki organizacyjnej gminy, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o przyznanie wnioskowanych świadczeń. Natomiast realizacją zadań związanych z przyjmowaniem wniosków i ustalaniem prawa do świadczeń z programu „Aktywny Rodzic”, świadczenia wychowawczego w ramach Programu „Rodzina 800+”, rodzinnego kapitału opiekuńczego oraz dofinansowania obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna zajmuje się ZUS. W celu uzyskania szczegółowych informacji w indywidualnej sprawie oraz wiążącego rozstrzygnięcia dotyczącego prawa do określonych świadczeń rodzinnych, świadczeń z funduszu alimentacyjnego oraz jednorazowego świadczenia 4 000 zł, osoba zainteresowana powinna zwrócić się do ww. gminnego organu właściwego dla swojego miejsca zamieszkania. Natomiast w sprawach prawa do świadczeń „aktywny rodzic”, świadczenia wychowawczego, rodzinnego kapitału opiekuńczego, a także dofinansowania do pobytu w żłobku dana osoba powinna zwrócić się do ZUS.

3.7. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych rolników

W zakresie pomocy kobiecie w ciąży i rodzinie z małym dzieckiem Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w ramach systemu ubezpieczenia społecznego rolników przyznaje i dokonuje wypłaty zasiłku macierzyńskiego i rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego oraz realizuje przepisy, które umożliwiają finansowanie z budżetu państwa składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe.

3.7.1. Zasiłek macierzyński

Zgodnie z art. 35a i 35b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2025 r. poz. 197, z późn. zm.), zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej matce lub ojcu dziecka. Świadczenie to przyznawane jest z tytułu urodzenia dziecka, a także z tytułu przysposobienia lub przyjęcia dziecka na wychowanie. Zasiłek ten przysługuje przez okres odpowiednio od 52 do 71 tygodni w zależności od liczby dzieci urodzonych, przysposobionych, wziętych na wychowanie. Ojciec dziecka może skorzystać z zasiłku macierzyńskiego (w wymiarze 9 tygodni) po wykorzystaniu świadczenia przez matkę dziecka. Zasiłek wypłacany jest w wysokości 1 000 zł miesięcznie. W przypadku niepełnego miesiąca, kwota

zasiłku jest obliczana proporcjonalnie do liczby dni w danym miesiącu. Zasiłek macierzyński nie podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

W 2024 r. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wypłaciła ogółem 104 032 zasiłki macierzyńskie na kwotę 103 699 782,71 zł.

3.7.2. Rodzicielskie świadczenie uzupełniające

Rodzicielskie świadczenie uzupełniające, zwane dalej „świadczeniem Mama 4+”, stosownie do przepisów ustawy z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1051, z późn. zm.), przysługuje matce, która ukończyła 60 lat, urodziła i wychowała lub wychowała co najmniej czworo dzieci i nie posiada dochodu zapewniającego niezbędne środki utrzymania, lub ojcu, który ukończył 65 lat, wychował co najmniej czworo dzieci, w przypadku śmierci matki dzieci albo porzucenia dzieci przez matkę lub w przypadku długotrwałego zaprzestania wychowywania dzieci przez matkę i nie posiada dochodu zapewniającego niezbędne środki utrzymania, o ile spełniają pozostałe warunki wymienione w tej ustawie. Wysokość świadczenia Mama 4+ nie może być wyższa niż najniższa emerytura. Świadczenie podlega corocznej waloryzacji. Wysokość świadczenia po waloryzacji nie może być wyższa od najniższej emerytury. Z rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego odprowadza się składkę na powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

W 2024 r. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wypłaciła przeciętnie miesięcznie 1 424 świadczenia Mama 4+ na kwotę 30 427 635,80 zł.

3.7.3. Składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe

Przepisy art. 16a–16f ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników umożliwiają finansowanie z budżetu państwa składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolnikowi, domownikowi, a także osobie będącej członkiem rodziny rolnika lub domownika w związku ze sprawowaniem osobistej opieki nad dzieckiem przez okres do 3 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 5. roku życia, a w przypadku dziecka, które z powodu stanu zdrowia potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wymaga osobistej opieki tej osoby, przez okres do 6 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia, według stanu na koniec roku 2024 z prawa do finansowania składek z budżetu państwa na ubezpieczenie emerytalno-rentowe w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem skorzystały 32 733 osoby ubezpieczone (tj. rolnicy, domownicy, członkowie rodzin rolnika lub domownika), na podstawie postanowień

art. 16a–16f wyżej wymienionej ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników. W 2024 r. dotacja budżetowa z tego tytułu stanowiła kwotę 63 595 581,00 zł.

Ponadto, na podstawie art. 77a ust. 1 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników Fundusz Składowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników w 2024 r. dofinansowywał wypoczynek dzieci z rodzin rolniczych (zimowe turnusy wypoczynkowe oraz wypoczynek wakacyjny w formie kolonii i półkolonii).

Wsparcie finansowe na wypoczynek dzieci stanowi uzupełniający element systemu wsparcia rodzin rolniczych i realizuje zadania o charakterze prewencyjnym, poprawiającym dostęp do wypoczynku i edukacji pozaformalnej (szczególnie w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej) oraz wpływa pozytywnie na dobrostan psychofizyczny dzieci. W 2024 r. z ww. dofinansowania skorzystało 22 tys. dzieci.

ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI

Ustawa już w preambule wskazuje, że uznaje prawo do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz nakłada na państwo obowiązek umożliwienia podejmowania decyzji w tym zakresie.

Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych są obowiązane zapewnić obywatelom swobodny dostęp do metod i środków służących dla świadomej prokreacji.

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zapewniają kobietom opiekę zdrowotną obejmującą specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i położnictwa – są to dwa rodzaje świadczeń: porada położniczo-ginekologiczna i porada ginekologiczna dla dziewcząt. W ramach tych porad jest zapewniana w szczególności opieka w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Dane na temat liczby wszystkich porad udzielonych w 2023 r., w tym również pacjentkom poniżej 18. roku życia, zostały zawarte w poniższej tabeli.

Tabela 13. Liczba porad ginekologicznych udzielonych w 2024 r., w tym pacjentkom poniżej 18. roku życia

Województwo	Liczba świadczeń	Sprawozdana wartość świadczeń [zł]	Liczba świadczeń udzielonych pacjentkom do 18. roku życia	Sprawozdana wartość świadczeń udzielonych pacjentkom do 18. roku życia [zł]
Dolnośląskie	622 333	102 569 509	11 260	2 093 182
Kujawsko-pomorskie	481 616	72 398 188	9 184	1 583 010
Lubelskie	428 434	65 751 329	7 534	1 365 525
Lubuskie	184 560	29 879 998	3 025	525 748
Łódzkie	487 027	66 600 733	6 813	1 057 413
Małopolskie	710 408	108 866 874	7 305	1 243 072
Mazowieckie	1 304 778	187 072 768	19 947	3 375 560
Opolskie	177 336	27 404 270	2 647	445 365
Podkarpackie	427 163	65 433 259	6 896	1 269 907
Podlaskie	249 178	38 377 872	3 676	683 442
Pomorskie	557 843	88 602 226	8 982	1 628 413
Śląskie	1 064 485	156 837 121	17 301	3 525 178
Świętokrzyskie	273 163	40 226 820	4 479	887 163

Warmińsko-mazurskie	311 697	46 460 102	5 235	914 584
Wielkopolskie	755 376	125 127 613	13 035	2 631 142
Zachodniopomorskie	395 928	58 865 532	12 800	3 239 926
POLSKA	8 431 325	1 280 474 214	140 119	26 468 630

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W Rzeczypospolitej Polskiej są zarejestrowane i dostępne środki antykoncepcyjne będące produktami leczniczymi bądź wyrobami medycznymi oraz leki i wyroby medyczne stosowane w okresie ciąży i niezbędne do opieki nad płodem oraz nad kobietą w ciąży.

Zgodnie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych Minister Zdrowia ogłasza w drodze obwieszczenia wykazy leków refundowanych, w stosunku do których wydano ostateczne decyzje administracyjne o objęciu refundacją. Obwieszczenia te są wydawane raz na trzy miesiące.

Poniższa tabela uwzględnia refundowane leki antykoncepcyjne we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji, w których Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL) zostało ujęte wskazanie do stosowania: antykoncepcja doustna/zapobieganie ciąży (zgodnie z ostatnim opublikowanym w 2024 r. obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2024 r.).

Tabela 14. Grupa limitowa 72.0 – Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron refundowane w 2024 r.

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności
Levomine	tabl. powł.	30+150 µg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	63 szt.	6,67	15,57	30%
Microgynon 21	tabl. powł.	30+150 µg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	63 szt.	6,84	15,97	30%
Rigevidon	tabl. drażowane	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,97	5,32	30%
Levomine	tabl. powł.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	3,13	5,32	30%
Stediril 30	tabl. drażowane	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	3,19	5,32	30%
Rigevidon	tabl. powł.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	3,19	5,32	30%

Microgynon 21	tabl. powł.	30+150 µg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	3,29	5,32	30%
---------------	-------------	-----------	---------------------------------------	---------	------	------	-----

Poniższe tabele przedstawiają refundowane w 2024 r. leki zawierające w swoim składzie substancje hormonalnie czynne i mogące wykazywać działanie antykoncepcyjne.

Tabela 15. Grupa limitowa 72.0 – Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności	Kryterium odpłatności
Provera	tabl.	5 mg	Medroksyprogesteroni acetat	30 szt.	4,00	5,70	30%	we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji
Provera	tabl.	10 mg	Medroksyprogesteroni acetat	30 szt.	7,56	11,40	30%	we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji
Cyprodiol	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	21 szt.	5,45	5,32	30%	we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji
Diane-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	63 szt.	17,15	15,97	30%	we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji
Diane-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	21 szt.	6,21	5,32	30%	we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji
Provera	tabl.	5 mg	Medroksyprogesteroni acetat	30 szt.	4,00	5,70	30%	we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji

Tabela 16. Grupa limitowa 73.0 Hormony płciowe – antygonadotropiny – danazol

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności	Kryterium odpłatności
Danazol Polfarmex	tabl.	200 mg	Danazolium	100 szt.	3,56	232,88	RYCZAŁT B	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji

Tabela 17. Grupa limitowa 66.0 Hormony płciowe – progestageny – dienoges

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności	Kryterium odpłatności
Diemono	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	4,37	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Diemono	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	4,43	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Zafrilla	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	4,54	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Aridya	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	5,23	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza

Symdiono	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	6,37	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Endovelle	tabl.	2 mg	Dienogestum	84 szt.	8,96	100,29	RYCZAŁT B	Endometrioza
Endovelle	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	6,60	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Probella	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	8,88	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Diemono	tabl. powł.	2 mg	Dienogest	28 szt.	8,89	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Visanne	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	29,15	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza

Spośród powyżej wskazanych leków w 2024 r. został złożony jeden wniosek o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto leku zawierający w swoim składzie substancje hormonalnie czynne i mogących wykazywać działanie antykoncepcyjne (jeden odpowiednik w leczeniu endometriozy).

Tabela 18. Hormony podwzgórza i przysadki – antygonadotropiny w skojarzeniu z analogami hormonów

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności	Kryterium odpłatności
Ryeqo	tabl. powł.	40+1+0,5 mg	Relugolixum + Estradiolum + Norethisterone acetate	28 szt.	110,46	257,73	30%	leczenie do dwóch lat ciężkich objawów mięśniaków macicy w postaci nasilonych krwawień u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, po weryfikacji histologicznej endometrium, niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego, po nieskutecznym leczeniu zachowawczym objawów lekami zawierającymi pochodne o działaniu gestagennym

W 2024 r. nie było w procesie refundacyjnym wniosków o objęcie refundacją leków wskazanych do stosowania jako antykoncepcja doustna lub w innej postaci, bowiem podmioty odpowiedzialne nie złożyły wniosku o objęcie refundacją. Poszerzenie wykazu leków refundowanych we wskazaniu antykoncepcyjnym jest możliwe bowiem wyłącznie po złożeniu wniosku o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto leku na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przez podmiot odpowiedzialny, o ile postępowanie zakończy się wydaniem pozytywnej decyzji Ministra Zdrowia. Wobec

powyższego w 2024 r. nie zostały objęte refundacją nowe leki we wskazaniu antykoncepcyjnym.

W 2024 r. został natomiast złożony wniosek dla leku Ryego, Relugolixum + Estradiolum + Norethisterone acetate, tabl. powł., 40 mg + 1 mg + 0,5 mg, 28 szt., (inna prezentacja leku refundowanego Ryego, mająca taką samą dawkę i liczbę tabl. powł. w opakowaniu, ale różniąca się opakowaniem i kodem GTIN) we wskazaniu innym niż antykoncepcja.

Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 marca 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 kwietnia 2024 r. został objęty refundacją lek hormonalny mogący wykazywać działanie antykoncepcyjne, tj. Ryego, Relugolixum + Estradiolum + Norethisterone acetate, tabl. powł., 40 mg + 1 mg + 0,5 mg, 28 szt., kod GTIN: 05997001370742 we wskazaniu: *leczenie do dwóch lat ciężkich objawów mięśniaków macicy w postaci nasilonych krwawień u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, po weryfikacji histologicznej endometrium, niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego, po nieskutecznym leczeniu zachowawczym objawów lekami zawierającymi pochodne o działaniu gestagennym.*

Zgodnie z informacją w Charakterystyce Produktu Leczniczego lek Ryego hamuje owulację u kobiet przyjmujących zalecaną dawkę i zapewnia odpowiednie działanie antykoncepcyjne po co najmniej jednym miesiącu stosowania.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że na polskim rynku jest dostępny, obok preparatów refundowanych, również szeroki wachlarz hormonalnych środków antykoncepcyjnych w postaci tabletek doustnych o różnym składzie i zawartości hormonów, w tym również systemy transdermalne, które nie są objęte refundacją. W związku z powyższym ceny tych środków różnią się między poszczególnymi podmiotami na rynku sprzedaży detalicznej.

Ponadto, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje również wprowadzenie oraz usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej (bez kosztu wkładki, który ponosi pacjentka). Liczbę procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2024 r. obrazuje poniższa tabela.

Tabela 19. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2024 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeń ze sprawozdaną procedurą
DOLNOŚLĄSKI	1 051
KUJAWSKO-POMORSKI	735
LUBELSKI	795
LUBUSKI	514
ŁÓDZKI	714
MAŁOPOLSKI	552
MAZOWIECKI	2 121
OPOLSKI	426
PODKARPACKI	451
PODLASKI	236
POMORSKI	1 424
ŚLĄSKI	1 895
ŚWIĘTOKRZYSKI	370
WARMIŃSKO-MAZURSKI	833
WIELKOPOLSKI	1 511
ZACHODNIOPOMORSKI	712
RAZEM	14 340

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Dla porównania w 2023 r. wykonano 11 752 procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej.

Dodatkowo bez recepty są dostępne m.in. środki plemnikobójcze w postaci globulek dopochwowych oraz prezerwatywy. Ostatnie z wymienionych powyżej środków, tj. prezerwatywy, są jednocześnie podstawową metodą antykoncepcji dla mężczyzn.

Należy również zaznaczyć, że w dniu 1 maja 2024 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz. U. poz. 662). Celem programu jest poprawa stanu dostępności pacjentów do nowoczesnych metod antykoncepcji awaryjnej, zapewnienie w aptece usług w zakresie zdrowia reprodukcyjnego pacjenta – wraz z oceną efektywności związanych z tym działań, w szczególności wobec pacjentów między 15. a 18. rokiem życia. Program w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego poprawia dostęp pacjentek do antykoncepcji awaryjnej, zapewniając im opiekę farmaceuty, który wyjaśnia zasady przyjmowania tabletki oraz wszystkie wątpliwości z tym związane.

Farmaceuci mogą wystawiać recepty farmaceutyczne na antykoncepcję awaryjną, która zawiera w swoim składzie octan uliprystalu. Musi to być uzasadnione stanem zdrowia pacjentki

związanym z ryzykiem nieplanowanej ciąży. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nieplanowana ciąża stanowi szczególnego rodzaju zagrożenie dla zdrowia matek i ich potomstwa.

Otrzymanie tzw. „tabletki dzień po”, warunkowane jest skończonym 15. rokiem życia. Farmaceuta może zweryfikować wiek na podstawie dokumentu ze zdjęciem. Farmaceuta decyduje o wystawieniu recepty na podstawie wywiadu przeprowadzonego z pacjentką, co gwarantuje bezpieczeństwo wydania leku i pełni funkcję edukacyjną. Rozmowa odbywa się w oddzielnym pomieszczeniu. Jednocześnie należy podkreślić, że udział w pilotażu jest dobrowolny – apteki mogą do niego przystąpić, ale nie muszą. Wykaz aptek realizujących program pilotażowy usług farmaceuty w zakresie zdrowia reprodukcyjnego jest dostępny na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia: <https://www.nfz.gov.pl/antykoncepcja-awaryjna-wykaz-aptek/>.

ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH

Zgodnie z art. 2 ust. 2a ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych są obowiązane zapewnić swobodny dostęp do informacji i badań prenatalnych, szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej każda osoba sprawująca opiekę nad kobietą w ciąży ma obowiązek wykonania lub skierowania m.in. na nieinwazyjne badania prenatalne w postaci badań ultrasonograficznych, przeprowadzanych zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników. Kobieta w okresie ciąży ma prawo skorzystać z badań ultrasonograficznych w następujących okresach ciąży: 11–14 tyg. ciąży, 18–22 tyg. ciąży, 27–32 tyg. ciąży, niezwłocznie po 40 tyg. ciąży. Badania te są jedną z podstaw do ewentualnego wykonania pogłębionej diagnostyki zgodnie z programem badań prenatalnych. Jednocześnie, osoba sprawująca opiekę nad kobietą w okresie ciąży może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub porodu. Możliwość zakwalifikowania ciężarnej do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu, powinna zostać uwzględniana również w planie opieki przedporodowej²¹⁾, który obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania. Po przeprowadzeniu szczegółowego wywiadu z pacjentką, osoba sprawująca opiekę powinna umożliwić jej skorzystanie z programu w sytuacjach związanych z jej niekorzystną historią położniczą, w tym wcześniejszym urodzeniem dziecka z wadą genetyczną, stwierdzeniem zwiększonego ryzyka urodzenia dziecka z wadą genetyczną oraz przede wszystkim włączenie do programu w przypadku wykrycia u każdej kobiety w ciąży nieprawidłowości w ocenie płodu mogących sugerować wystąpienie u niego wad genetycznych. Obowiązek opracowania planu opieki spoczywa na osobie sprawującej tę opiekę. Stosowanie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej jest obowiązkiem wszystkich podmiotów wykonujących działalność

²¹⁾ Obowiązek ten wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem.

Jednocześnie, do połowy 2024 r. kobiety w okresie ciąży, które spełniały co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- 1) wiek powyżej 35 lat (badanie przysługuje kobiecie począwszy od roku kalendarzowego, w którym kończy 35 lat);
- 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
- 3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- 4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową;
- 5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

– na podstawie skierowania lekarza prowadzącego ciążę były kwalifikowane do programu badań prenatalnych, uregulowanego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

W połowie 2024 r. wprowadzone zostały zmiany w zakresie dostępu do programu badań prenatalnych. W dniu 5 czerwca 2024 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 maja 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 767), które wprowadziło zmiany w programie badań prenatalnych, polegające w szczególności na:

- 1) usunięciu kryterium wieku jako kryterium kwalifikacji (do udziału w programie) ze wszystkich etapów programu;
- 2) usunięciu obecnie obowiązujących kryteriów kwalifikacji (do udziału w programie) z etapu Poradnictwo i badania biochemiczne oraz Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych;
- 3) doprecyzowaniu w etapie Poradnictwo i badania biochemiczne oraz Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych, terminu, w którym powinny zostać wykonane priorytetowe badania prenatalne.

Wprowadzenie zmian do rozporządzenia miało na celu zwiększenie dostępu do badań prenatalnych dla wszystkich kobiet niezależnie od wieku. Natomiast usunięcie kryteriów

kwalifikacji do pierwszych dwóch etapów Programu badań prenatalnych spowoduje zwiększenie dostępu do badań prenatalnych, które umożliwiają wczesne wykrycie wad płodu oraz ich diagnostykę we wczesnym okresie ciąży, a także, o ile to możliwe, podjęcie leczenia jeszcze w okresie płodowym.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 maja 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, do udziału w programie badań prenatalnych mają prawo kobiety w ciąży niezależnie od wieku.

Do udziału w rozważanym programie zarówno w części:

- poradnictwo i badania biochemiczne (badania wykonuje się u kobiet pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży);
- poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych (badania wykonuje się w I trymestrze ciąży pomiędzy 11 a 14 tygodniem ciąży; w II trymestrze ciąży pomiędzy 18 a 22 tygodniem i 6 dniem ciąży),

jest wymagane skierowanie wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę, zawierające informację o zaawansowaniu ciąży w tygodniach.

W przypadku diagnostyki pogłębionej:

- poradnictwa i badań genetycznych;
- pobrania materiału płodowego do badań genetycznych (amniopunkcja lub biopsja trofoblastu lub kordocenteza),

jest wymagane skierowanie wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę lub skierowanie z etapu poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych, zawierające również informację o wskazaniach do objęcia tą częścią programu wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do tej części programu.

Badania genetyczne na etapie diagnostyki pogłębionej wykonuje się u kobiet w ciąży spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- 1) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
- 2) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- 3) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową;

- 4) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Odnosząc się do praktycznej realizacji programu badań prenatalnych należy wskazać, że systematycznie zwiększeniu ulega liczba kobiet, u których wykonywane są badania w ramach programu. W 2024 r. wyniosła ona 161 688 pacjentek (w 2023 r. – 109 325 pacjentek, a w 2022 r. – 107 494 pacjentek). Systematycznemu zwiększeniu ulega również liczba świadczeniodawców realizujących program (w 2015 r. – 102 świadczeniodawców, w 2020 r. – 126, w 2024 r. – 168) zapewniając dostępność do badań wszystkim potrzebującym kobietom w okresie ciąży.

Informacje o realizacji w 2024 r. programu badań prenatalnych (w tym w odniesieniu do kobiet powyżej 35. roku życia w porównaniu z liczbą kobiet w tym samym wieku, u których przynajmniej raz w 2024 r. wykazano świadczenie z rozpoznaniem związanym z ciążą oraz z liczbą tych kobiet, u których rozliczono świadczenie związane z porodem) obrazuje poniższa tabela.

Tabela 20. Realizacja programu badań prenatalnych w 2024 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę pacjentek objętych programem)

Województwo	Liczba pacjentek	Liczba świadczeń	Liczba badań prenatalnych wykonanych pacjentkom do 35. roku życia	Liczba badań prenatalnych wykonanych pacjentkom powyżej 35. roku życia	Sprawozdana wartość świadczeń [zł]	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKIE	12 128	20 792	13 683	7 109	11 798 650	17
KUJAWSKO-POMORSKIE	7 151	19 805	14 083	5 722	8 680 938	9
LUBELSKIE	6 196	10 325	6 588	3 737	6 240 999	9
LUBUSKIE	4 589	7 882	6 092	1 790	4 800 753	5
ŁÓDZKIE	9 802	19 909	13 392	6 517	10 517 097	10
MAŁOPOLSKIE	16 886	28 783	20 147	8 636	18 674 894	10
MAZOWIECKIE	22 918	47 522	29 489	18 033	27 063 637	27
OPOLSKIE	5 156	11 908	9 373	2 535	5 959 458	3
PODKARPACKIE	9 096	14 418	10 162	4 256	8 674 447	3
PODLASKIE	5 033	10 065	6 202	3 863	5 568 018	1
POMORSKIE	7 393	16 777	10 085	6 692	7 767 704	9
ŚLĄSKIE	27 260	58 865	46 077	12 788	28 868 359	37
ŚWIĘTOKRZYSKIE	4 149	7 458	5 225	2 233	4 225 273	4
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	3 206	6 755	3 899	2 856	2 988 802	4
WIELKOPOLSKIE	14 067	23 405	17 370	6 035	14 355 964	15

ZACHODNIOPOMORSKIE	6 658	14 185	9 002	5 183	6 917 176	5
POLSKA	161 688	318 854	220 869	97 985	173 102 169	168

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY

Zgodnie z art. 2 ust. 3 ustawy szkoła ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połów powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła jest zobowiązana do wyznaczenia dodatkowego terminu egzaminu dogodnego dla kobiety, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy.

6.1. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana przez szkołę

System oświaty zapewnia każdemu uczniowi wsparcie w rozwoju i pomoc psychologiczno-pedagogiczną, stosownie do jego potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w szkole i w placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w szkole i w placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym.

Podstawowym aspektem pracy z uczniem jest rzetelne rozpoznanie jego potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, w tym mocnych stron czy szczególnych uzdolnień oraz przyczyn niepowodzeń edukacyjnych, a także zaplanowanie i udzielenie wsparcia odpowiadającego na rozpoznane potrzeby ucznia.

W 2024 r. uczennice w ciąży miały możliwość korzystania w sposób dobrowolny z pomocy psychologiczno-pedagogicznej organizowanej w szkole²²⁾. Pomocy udzielali nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych oraz specjaliści wykonujący w szkole zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności psycholodzy, pedagodzy, doradcy zawodowi i terapeuci pedagogiczni²³⁾.

²²⁾ Zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach (Dz. U. z 2023 r. poz. 1798).

²³⁾ Zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczną organizuje dyrektor szkoły²⁴⁾, podejmując współpracę z innymi podmiotami, np. poradnią psychologiczno-pedagogiczną, w tym specjalistyczną, innymi szkołami, placówkami, organizacjami pozarządowymi, instytucjami i podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży²⁵⁾.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana była w szkole w trakcie bieżącej pracy z uczennicą oraz przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów w formie np. zajęć rozwijających umiejętności uczenia się, zajęć dydaktyczno-wyrównawczych, zajęć specjalistycznych, m.in. rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne, o charakterze terapeutycznym, porad i konsultacji²⁶⁾. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana była również w szkole dla dorosłych. W tym przypadku były to zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu, porady oraz konsultacje.

Ministerstwo Edukacji Narodowej podejmowało także w 2024 r. działania związane ze zwiększaniem dostępu do pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów.

Od 1 września 2022 r. rozpoczęło się wdrażanie pierwszego etapu standaryzacji zatrudniania w przedszkolach i w szkołach nauczycieli specjalistów, wprowadzone przepisami ustawy z dnia 12 maja 2022 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1116, z późn. zm.). Standardy określają minimalny wymiar zatrudniania nauczycieli specjalistów w ogólnodostępnych i integracyjnych przedszkolach, szkołach oraz zespołach tych przedszkoli i szkół. Przepisy te określają też sposób wyliczenia etatów, w zależności od liczby dzieci lub uczniów w przedszkolach i szkołach. Dzięki ww. zmianom w przepisach łączna liczba etatów nauczycieli specjalistów wzrosła z 21 923,67 etatów w roku szkolnym 2021/2022 do prawie 54,8 tys. etatów w roku szkolnym 2024/2025 (według stanu SIO na 20 lipca 2025 r.). W związku z powyższym, na przestrzeni dwóch lat nastąpił wzrost etatów nauczycieli specjalistów o 32 868,61 etatów, co stanowi wzrost o ponad 149%.

²⁴⁾ Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach.

²⁵⁾ Zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach.

²⁶⁾ Zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach.

Tabela 21. Nauczyciele specjaliści w przedszkolach i szkołach objętych standaryzacją w roku szkolnym 2024/2025.

Specjalista	Liczba etatów
pedagog	12 648,38
psycholog	13 643,50
logopeda	11 058,16
terapeuta pedagogiczny	2 425,69
pedagog specjalny	15 016,55
Razem	54 792,28

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej, System Informacji Oświatowej (SIO)

Należy zauważyć, że przepisy określają minimalną łączną liczbę etatów – rzeczywisty wymiar etatu na jakim zatrudnieni są poszczególni nauczyciele specjaliści, w tym nauczyciele psychologów, powinien wynikać z potrzeb danego przedszkola bądź danej szkoły.

Od 2022 r. wprowadzono do podziału subwencji oświatowej wagi (w zależności od wielkości szkoły lub zespołu szkół) dotyczące pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

W 2024 r. łącznie dla uczniów szkół naliczono 1,36 mld zł środków na ten cel, natomiast w 2023 r. – 811 mln zł.

Dodatkowo od 2019 r. wyodrębniono wagi wspierające pomoc psychologiczno-pedagogiczną (odpowiednio dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych), gdzie kwota wsparcia w 2024 r. wyniosła 855 mln zł (dla porównania w 2023 r. wyniosła ona 655 mln zł).

Na 2025 r. zwiększono znacząco środki na ten cel, tj. zwiększono dotychczasową wagę dla uczniów szkół podstawowych do wartości 0,053 (wzrost o 112%) oraz wprowadzono nową wagę o wartości 0,034 na pomoc psychologiczno-pedagogiczną dla dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym. Łącznie z tytułu pomocy psychologiczno-pedagogicznej na 2025 r. naliczono w ramach kwot potrzeb oświatowych środki w wysokości ok. 2,3 mld zł.

6.2. Indywidualne nauczanie dzieci i młodzieży, w tym uczennic w ciąży

Zgodnie z art. 127 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe indywidualnym nauczaniem obejmuje się dzieci i młodzież, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.

Indywidualne nauczanie organizowane jest na podstawie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania wydanego przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym specjalistycznej na pisemny wniosek rodzica dziecka lub na pisemny wniosek pełnoletniego ucznia²⁷⁾.

Zajęcia indywidualnego nauczania prowadzi się²⁸⁾ w miejscu pobytu ucznia, w szczególności w domu rodzinnym, placówkach²⁹⁾, u rodziny zastępczej, w rodzinnym domu dziecka, w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej³⁰⁾.

Zajęcia indywidualnego nauczania dla ucznia, którego stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, mogą być prowadzone także w szkole, jeżeli dysponuje ona pomieszczeniem, w którym mogą odbywać się zajęcia dla tego ucznia. O miejscu realizacji zajęć indywidualnego nauczania dla ucznia decyduje dyrektor szkoły, na wniosek rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia. Przed podjęciem decyzji dyrektor szkoły może zasięgnąć opinii nauczycieli prowadzących zajęcia z uczniem w zakresie możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach indywidualnego nauczania prowadzonych w szkole.

W roku szkolnym 2023/2024 dyrektor szkoły, na podstawie art. 127 ust. 16 a ustawy – Prawo oświatowe, miał możliwość wprowadzić, wyłącznie na wniosek rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia, który posiadał orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania, i w porozumieniu z organem prowadzącym – realizację zajęć indywidualnego nauczania z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość. Dyrektor szkoły miał także możliwość zorganizowania tych zajęć w wersji mieszanej (częściowo w bezpośrednim kontakcie ucznia z nauczycielem i częściowo w inny sposób, np. z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość).

²⁷⁾ Zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2061).

²⁸⁾ Zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2023 r. poz. 2468).

²⁹⁾ O których mowa w art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

³⁰⁾ O której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

6.3. Wsparcie udzielane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne

Publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne udzielają pomocy i wsparcia małoletnim uczennicom i uczniom (którzy zostaną rodzicami) oraz ich rodzicom przez prowadzenie terapii dla uczennicy i ucznia oraz ich rodziców lub opiekunów prawnych w rozwiązywaniu problemów edukacyjnych i wychowawczych³¹⁾. W roku szkolnym 2023/2024 funkcjonowało 1377 poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym specjalistycznych, z których 607 było poradniami publicznymi, a 770 niepublicznymi³²⁾.

Każda uczennica w ciąży może z takiego wsparcia korzystać. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne realizują także działania wspierające wychowawczą i edukacyjną funkcję szkoły i placówki, polegające, m.in. na udzielaniu nauczycielom, wychowawcom grup wychowawczych lub specjalistom pomocy w rozpoznawaniu indywidualnych potrzeb uczniów i rozwiązywaniu problemów.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczną organizuje dyrektor szkoły. Dyrektor szkoły może podjąć współpracę, np. z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, w tym specjalistyczną, innymi szkołami, placówkami, organizacjami pozarządowymi, instytucjami i podmiotami działającymi na rzecz rodziny, małoletnich rodziców, dzieci i młodzieży.

Ministerstwo Edukacji Narodowej nie posiada danych zagregowanych, związanych z pomocą małoletnim uczennicom i uczniom, którzy zostali rodzicami, w postaci:

- 1) pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej przez szkołę;
- 2) umożliwienia spełniania obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą;
- 3) dostosowań w ramach systemu egzaminów zewnętrznych.

Tabela 22. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w roku szkolnym 2023/2024.

Rodzaj diagnozy	Uczniowie szkoły podstawowej	Uczniowie szkoły ponadpodstawowej	Inna osoba	Razem
psychologiczna	283025	39 209	1254	323488
pedagogiczna	271528	31 040	1526	304 094
logopedyczna	56 445	1854	318	58617
lekarska	23 178	5737	373	29 288

³¹⁾ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2499).

³²⁾ Zgodnie z danymi Systemu Informacji Oświatowej (SIO).

związana z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej	7 659	5 589	55	13 303
rehabilitanta	2 799	68	5	2 872
Razem	644 634	83 497	3 531	761 662

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej (według danych SIO).

Tabela 23. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2023/2024

Typ podmiotu	Liczba uczniów
Szkoła podstawowa	2 457 532 6
Liceum ogólnokształcące	582 411
Technikum	431 238
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	17 792
Typ podmiotu	Liczba uczniów
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	6360
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	3203
Liceum sztuk plastycznych	6973
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	469
Branżowa szkoła I stopnia	136 361
Razem	3 642 340

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej

6.4. Spełnienie obowiązku szkolnego oraz obowiązku nauki poza szkołą

Zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe na wniosek rodziców dyrektor odpowiednio publicznej lub niepublicznej, szkoły podstawowej i szkoły ponadpodstawowej, do której dziecko zostało przyjęte, może zezwolić, w drodze decyzji, na spełnianie przez dziecko odpowiednio obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą.

Zezwolenie, o którym mowa powyżej, może być wydane przed rozpoczęciem roku szkolnego albo w trakcie roku szkolnego, jeżeli do wniosku o wydanie zezwolenia dołączono:

- 1) oświadczenie rodziców o zapewnieniu dziecku warunków umożliwiających realizację podstawy programowej obowiązującej na danym etapie edukacyjnym;
- 2) zobowiązanie rodziców do przystępowania w każdym roku szkolnym przez dziecko spełniające obowiązek szkolny lub obowiązek nauki do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych.

Dziecko realizujące obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą jest przyjęte do szkoły na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów, dotyczących przyjmowania uczniów do szkół³³⁾. Jest to zatem uczeń konkretnej szkoły (publicznej lub niepublicznej), figuruje w księdze uczniów danej szkoły oraz realizuje treści podstawy programowej przewidzianej na danym etapie edukacyjnym.

Realizacja obowiązku szkolnego albo nauki poza szkołą, w przypadkach, o których mowa w sprawozdaniu, dotyczy jedynie uczennic objętych obowiązkiem szkolnym (w szkole podstawowej) lub obowiązkiem nauki (w szkole ponadpodstawowej), nie dotyczy zatem osób pełnoletnich.

Roczna i końcowa klasyfikacja ucznia spełniającego obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą odbywa się zgodnie z przepisami rozdziału 3a ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881, z późn. zm.). Uczeń spełniający obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą uzyskuje roczne oceny klasyfikacyjne na podstawie rocznych egzaminów klasyfikacyjnych z zakresu części podstawy programowej obowiązującej na danym etapie edukacyjnym, uzgodnionej na dany rok szkolny z dyrektorem szkoły. Egzaminy klasyfikacyjne są przeprowadzane przez szkołę, której dyrektor zezwolił na spełnianie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą. Egzamin klasyfikacyjny przeprowadza się odpowiednio zgodnie z art. 44l lub art. 44wa ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty i przepisami wydanymi na podstawie art. 44zb ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

Uczeń spełniający obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą, a także rodzic takiego ucznia, może korzystać ze wsparcia szkoły, której dyrektor wydał zezwolenie, obejmującego:

- 1) prawo uczestniczenia w szkole w zajęciach, o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 2, 3 i 5–7 ww. ustawy;
- 2) zapewnienie dostępu do:
 - a) podręczników, materiałów edukacyjnych i materiałów ćwiczeniowych, o którym mowa w art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (Dz. U. z 2025 r. poz. 439), oraz

³³⁾ Przyjmowanie dzieci do szkół reguluje rozdział 6 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

- b) pomocy dydaktycznych służących realizacji podstawy programowej znajdujących się w zasobach szkoły – w porozumieniu z dyrektorem tej szkoły;
- 3) udział w konsultacjach umożliwiających przygotowanie do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych³⁴⁾.

Cofnięcie powyższego zezwolenia następuje:

- 1) na wniosek rodziców;
- 2) jeżeli uczeń z przyczyn nieusprawiedliwionych nie przystąpił do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych albo nie zdał rocznych egzaminów klasyfikacyjnych;
- 3) w razie wydania zezwolenia z naruszeniem prawa³⁵⁾.

6.5. Wsparcie w ramach systemu egzaminów zewnętrznych

System egzaminów zewnętrznych obejmuje:

- 1) egzamin ósmoklasisty, przeprowadzany w formie pisemnej w ostatnim roku nauki w szkole podstawowej (w klasie VIII);
- 2) egzamin maturalny, przeprowadzany dla absolwentów: liceów ogólnokształcących, techników oraz branżowej szkoły II stopnia;
- 3) egzamin zawodowy oraz egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodzie, przeprowadzany dla uczniów, słuchaczy i absolwentów szkół ponadpodstawowych: branżowych szkół I i II stopnia, techników oraz szkół policealnych.

Egzamin ósmoklasisty jest przeprowadzany w terminie głównym w maju oraz w terminie dodatkowym w czerwcu³⁶⁾, egzamin maturalny jest przeprowadzany jeden raz w ciągu roku, w okresie od maja do września, w terminie głównym, dodatkowym i poprawkowym³⁷⁾, zgodnie z ogłaszaniem corocznie³⁸⁾ na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, komunikatem dyrektora tej Komisji.

³⁴⁾ Zgodnie z Art. 37 ust. 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

³⁵⁾ Zgodnie z art. 37 ust. 8 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

³⁶⁾ Zgodnie z art. 44zt ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

³⁷⁾ Zgodnie z art. 44ztc ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

³⁸⁾ Nie później niż do dnia 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany dany egzamin – zgodnie z § 5 pkt 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 sierpnia 2022 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty (Dz. U. poz. 1636, z późn. zm.) oraz § 6 pkt 1 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie egzaminu maturalnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 302, z późn. zm.).

Egzamin zawodowy i egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodzie są przeprowadzane w ciągu całego roku szkolnego, a w przypadku części praktycznej tego egzaminu – w szczególności w okresie ferii letnich lub zimowych³⁹⁾, zgodnie z ogłaszanymi corocznie⁴⁰⁾ na stronie internetowej Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, komunikatami dyrektora tej Komisji⁴¹⁾. Egzamin zawodowy przeprowadzany jest w terminie głównym (między 2 listopada a 28 lutego danego roku szkolnego oraz między 1 kwietnia a 31 sierpnia danego roku szkolnego) i w terminie dodatkowym⁴²⁾. Dla egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie nie jest organizowany termin dodatkowy.

Funkcjonujące od lat rozwiązania umożliwiają wsparcie dla osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi podczas egzaminów zewnętrznych przez dostosowanie, jak w przypadku uczennic lub absolwentek w ciąży, warunków przeprowadzania tych egzaminów.

Zgodnie z art. 44zzr ust. 10 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty dostosowanie warunków przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty i egzaminu maturalnego, polega m.in. na:

- 1) zapewnieniu uczniowi, słuchaczowi albo absolwentowi miejsca pracy odpowiedniego do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych;
- 2) wykorzystaniu odpowiedniego sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych;
- 3) odpowiednim przedłużeniu czasu przewidzianego na przeprowadzenie egzaminu ósmoklasisty i egzaminu maturalnego.

Możliwe sposoby dostosowania przeprowadzania egzaminu maturalnego są wymienione w ogłaszanym każdego roku w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej⁴³⁾, komunikacie w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu maturalnego⁴⁴⁾.

³⁹⁾ Zgodnie z art. 44zzzc ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁴⁰⁾ Nie później niż do dnia 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany egzamin zawodowy – zgodnie z § 14 ust. 1 i § 70 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie (Dz. U. z 2024 r. poz. 552).

⁴¹⁾ Komunikaty CKE dotyczące roku szkolnego 2022/2023: <https://bip.cke.gov.pl/artykuly/251/2023>
<https://bip.cke.gov.pl/artykuly/252/2023>; <https://bip.cke.gov.pl/artykuly/253/2023>;
<https://bip.cke.gov.pl/artykuly/221/egzamin-eksternistyczny>.

⁴²⁾ Zgodnie z art. 9a ust. 2 pkt 10 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz z § 6 ust. 15 i § 62 ust. 15 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie.

⁴³⁾ Strona internetowa Centralnej Komisji Egzaminacyjnej jest dostępna pod adresem: www.cke.edu.pl.

⁴⁴⁾ Komunikat jest ogłaszany nie później niż do dnia 20 sierpnia roku szkolnego, w którym jest przeprowadzany dany egzamin.

Spośród możliwych sposobów dostosowania warunków przeprowadzania egzaminu maturalnego, wymienionych w powyższym komunikacie, rada pedagogiczna danej szkoły wskazuje sposób lub sposoby dostosowania przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty lub egzaminu maturalnego. Przystąpienie do danego egzaminu w warunkach dostosowanych do potrzeb i możliwości uczennicy lub absolwentki zapewnia przewodniczący zespołu egzaminacyjnego (dyrektor szkoły).

W szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych dyrektor szkoły, na wniosek rady pedagogicznej, może wystąpić do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej z wnioskiem o wyrażenie zgody na przystąpienie uczennicy lub absolwentki, do egzaminu maturalnego w warunkach dostosowanych do jej potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, nieujętych w komunikacie dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej⁴⁵⁾. Zdająca może więc przystąpić do egzaminu w warunkach i w formie dostosowanych do jej potrzeb i możliwości.

Ponadto, w szczególnych przypadkach wynikających ze stanu zdrowia uczennicy lub absolwentki, za zgodą dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej, odpowiednio egzamin ósmoklasisty albo egzamin maturalny może być przeprowadzony w innym miejscu niż szkoła⁴⁶⁾. Wniosek o wyrażenie zgody na przeprowadzenie egzaminu w innym miejscu niż szkoła składa do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej dyrektor szkoły (nie później niż na 2 miesiące przed terminem egzaminu maturalnego) lub sama absolwentka wraz z deklaracją. W przypadku egzaminu ósmoklasisty wniosek składany jest nie później niż na 3 miesiące przed terminem tego egzaminu⁴⁷⁾. Uczennica lub absolwentka powinna, zwrócić się ze swoją sprawą przede wszystkim do dyrektora szkoły, którą ukończyła lub do dyrektora właściwej terytorialnie okręgowej komisji egzaminacyjnej. W uzasadnionych przypadkach wniosek ten może być złożony w terminie późniejszym⁴⁸⁾.

W uzasadnionych przypadkach absolwentka może także przystąpić do egzaminu maturalnego w innej szkole niż szkoła, którą ukończyła. Szkołę taką wskazuje dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na wniosek absolwentki, który składa wraz z uzasadnieniem oraz deklaracją do

⁴⁵⁾ Zgodnie z art. 44zzr ust. 17 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁴⁶⁾ Zgodnie z § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie egzaminu maturalnego oraz § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 sierpnia 2022 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty.

⁴⁷⁾ Zgodnie z § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie egzaminu maturalnego oraz § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 sierpnia 2022 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty.

⁴⁸⁾ Zgodnie z § 15 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie egzaminu maturalnego oraz § 8 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 sierpnia 2022 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty.

dyrektora szkoły, którą ukończyła, nie później niż do dnia 7 lutego roku szkolnego, w którym zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego⁴⁹⁾. Dyrektor szkoły niezwłocznie przekazuje taki wniosek dyrektorowi okręgowej komisji egzaminacyjnej, który informuje absolwentkę oraz dyrektora szkoły, którą ukończyła, o sposobie rozpatrzenia jej wniosku nie później niż do dnia 31 marca roku szkolnego, w którym absolwentka zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego⁵⁰⁾.

Zgodnie z art. 44zzj ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, w szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych, uniemożliwiających przystąpienie do egzaminu maturalnego z danego przedmiotu lub przedmiotów w części ustnej lub w części pisemnej w terminie głównym, dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek absolwentki lub jej rodziców, może wyrazić zgodę na przystąpienie przez nią do egzaminu maturalnego z tego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym. Rozstrzygnięcie dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej jest ostateczne⁵¹⁾. Do absolwentów, którzy nie przystąpili do egzaminu maturalnego z danego przedmiotu lub przedmiotów w terminie głównym albo w terminie dodatkowym, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad ponownego przystąpienia do egzaminu⁵²⁾.

W przypadku egzaminu ósmoklasisty warunki przystąpienia do tego egzaminu w terminie dodatkowym regulują także przepisy ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Uczennica, która z przyczyn losowych lub zdrowotnych, w terminie głównym nie przystąpiła do egzaminu ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów albo przerwała egzamin ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów – przystępuje do egzaminu z tego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym w szkole, której jest uczennicą lub słuchaczką⁵³⁾. W szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych, uniemożliwiających przystąpienie do egzaminu ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym, dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek dyrektora szkoły, może zwolnić uczennicę lub słuchaczkę z obowiązku przystąpienia do egzaminu ósmoklasisty z danego

⁴⁹⁾ Zgodnie z § 14 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie egzaminu maturalnego.

⁵⁰⁾ Zgodnie z § 14 ust. 3 i 4 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie egzaminu maturalnego.

⁵¹⁾ Zgodnie z art. 44zzj ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁵²⁾ Zgodnie z art. 44zzj ust. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁵³⁾ Zgodnie z art. 44zz ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

przedmiotu lub przedmiotów. Dyrektor szkoły składa wniosek w porozumieniu z rodzicami uczennicy lub słuchaczki⁵⁴).

Z kolei możliwe sposoby dostosowania przeprowadzania egzaminu zawodowego i egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie określają ogłaszane corocznie w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej komunikaty w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie⁵⁵). Regulacje w tym zakresie określają przepisy ustawy o systemie oświaty. Zdający może przystąpić do egzaminu zawodowego lub egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w warunkach i w formie dostosowanych do jego potrzeb i możliwości.

Rada pedagogiczna, spośród możliwych sposobów dostosowania warunków przeprowadzania egzaminu (ujętych w komunikacie) określa sposób lub sposoby dostosowania warunków lub formy przeprowadzania tego egzaminu. W szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych dyrektor szkoły, na wniosek rady pedagogicznej, może wystąpić do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej z wnioskiem o wyrażenie zgody na przystąpienie odpowiednio ucznia, słuchacza, bądź absolwenta do egzaminu zawodowego lub egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w warunkach dostosowanych do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, nieujętych w komunikacie⁵⁶).

Ponadto, w szczególnych przypadkach wynikających ze stanu zdrowia lub niepełnosprawności zdającego, na wniosek zdającego oraz za zgodą dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej, egzamin może być przeprowadzony w innym miejscu niż szkoła, placówka, centrum, pracodawca lub w podmiot prowadzący kwalifikacyjny kurs zawodowy. Wniosek składa się do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej nie później niż na miesiąc przed pierwszym dniem terminu głównego egzaminu zawodowego. W uzasadnionych przypadkach wniosek może być złożony w terminie późniejszym⁵⁷).

⁵⁴) Zgodnie z art. 44zz ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁵⁵) Komunikat jest ogłaszany nie później niż do 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany egzamin.

⁵⁶) Zgodnie z art. 44zzzf ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty w związku z art. 130 ustawy z dnia 22 listopada 2018 r. o zmianie ustawy – Prawo oświatowe, ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2245, z późn. zm.).

⁵⁷) Zgodnie z § 17 i § 73 rozporządzenia z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie (Dz. U. z 2024 r. poz. 552, z późn. zm.).

Zdający kształcący się zgodnie z podstawą programową kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego (wobec którego zastosowanie ma obowiązek przystąpienia do egzaminu zawodowego), który z przyczyn losowych lub zdrowotnych, w terminie głównym nie przystąpił do części pisemnej lub części praktycznej egzaminu zawodowego albo przerwał egzamin zawodowy z części pisemnej lub części praktycznej, może przystąpić do części pisemnej lub części praktycznej tego egzaminu w terminie dodatkowym na udokumentowany wniosek ucznia lub słuchacza, a w przypadku niepełnoletniego ucznia lub słuchacza – jego rodziców. Natomiast w szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych, uniemożliwiających przystąpienie do części pisemnej lub części praktycznej egzaminu zawodowego w terminie dodatkowym, dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek dyrektora szkoły, może zwolnić ucznia lub słuchacza z obowiązku przystąpienia do egzaminu zawodowego lub jego części⁵⁸⁾.

Ponadto, w szczególnych przypadkach zdrowotnych, uniemożliwiających uczniowi lub słuchaczowi objętemu obowiązkiem przystąpienia do egzaminu zawodowego, przystąpienie do tego egzaminu, dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek dyrektora szkoły, może zwolnić tego ucznia lub słuchacza z obowiązku przystąpienia do egzaminu zawodowego lub jego części⁵⁹⁾.

⁵⁸⁾ Zgodnie z art. 44zzzga ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁵⁹⁾ Zgodnie z art. 44zzzgb ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy do programów nauczania szkolnego wprowadza się wiedzę o życiu seksualnym człowieka, zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji.

Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania został w tym zakresie zobowiązany do ustalenia, w drodze rozporządzenia, sposobu nauczania szkolnego i zakresu treści, o których mowa w ust. 1, zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego oraz wprowadzenia do systemu dokształcania i doskonalenia nauczycieli tematyki określonej w ust. 1.

7.1. Wprowadzenie do programów nauczania szkolnego wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji

W roku szkolnym 2023/2024 r. uczniowie na mocy przepisów rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 2431) realizowali treści nauczania w ramach zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” zgodnie z podstawą programową określoną w:

- 1) rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz. U. poz. 356, z późn. zm.) – w klasach IV–VIII szkoły podstawowej oraz w klasach I–III branżowej szkoły I stopnia;
- 2) rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla liceum ogólnokształcącego, technikum oraz branżowej szkoły II stopnia (Dz. U. poz. 467, z późn. zm.) – w klasach I–III liceum ogólnokształcącego i technikum;

- 3) rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. poz. 977, z późn. zm.) – w klasach liceum ogólnokształcącego i technikum dla absolwentów dotychczasowych gimnazjów.

W zajęciach wychowanie do życia w rodzinie nie brali udziału uczniowie:

- 1) niepełnoletni, których rodzice zgłosili dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnację z udziału ich dziecka w zajęciach;
- 2) pełnoletni, którzy zgłosili dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnację ze swojego udziału w zajęciach.

Uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z których jedną z niepełnosprawności jest niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym lub znacznym realizują odrębną podstawę programową kształcenia ogólnego, w której przewidziano treści, o których mowa w ustawie w ramach odrębnych obowiązkowych zajęć edukacyjnych.

Tabela 24. Liczba uczniów biorących udział w zajęciach edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” w roku szkolnym 2023/2024

Typ podmiotu	Liczba uczniów	w tym	
		dziewczęta	chłopcy
Szkoła podstawowa	921 843	452 936	468 907
Liceum ogólnokształcące	37 792	22 720	15 072
Technikum	49 193	17 718	31 475
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	704	458	246
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	61	31	30
Liceum sztuk plastycznych	425	386	39
Branżowa szkoła I stopnia	28 873	9137	19 736
Razem:	1 038 891	503 386	535 505

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej (wg Systemu Informacji Oświatowej – SIO).

W szkole podstawowej realizację zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” wyznaczają następujące cele kształcenia:

- 1) ukazywanie wartości rodziny w życiu osobistym człowieka; wnoszenie pozytywnego wkładu w życie swojej rodziny;
- 2) okazywanie szacunku innym ludziom, docenianie ich wysiłku i pracy, przyjęcie postawy szacunku wobec siebie;

- 3) pomoc w przygotowaniu się do zrozumienia i akceptacji przemian okresu dojrzewania; pokonywanie trudności okresu dorastania;
- 4) kształcenie umiejętności przyjęcia integralnej wizji osób; wybór i urzeczywistnianie wartości służących osobowemu rozwojowi; kierowanie własnym rozwojem, podejmowanie wysiłku samowychowawczego zgodnie z uznawanymi normami i wartościami; poznawanie, analizowanie i wyrażanie uczuć; rozwiązywanie problemów;
- 5) pozyskanie wiedzy na temat organizmu ludzkiego i zachodzących w nim zmian rozwojowych w okresie prenatalnym i postnatalnym oraz akceptacja własnej płciowości; przyjęcie integralnej wizji ludzkiej seksualności; umiejętność obrony własnej intymności i nietykalności seksualnej oraz szacunek dla ciała innej osoby;
- 6) uświadomienie i uzasadnienie potrzeby przygotowania do zawarcia małżeństwa i założenia rodziny; zorientowanie w zakresie i komponentach składowych postawy odpowiedzialnego rodzicielstwa;
- 7) korzystanie ze środków przekazu, w tym z Internetu, w sposób selektywny, umożliwiający obronę przed ich destrukcyjnym oddziaływaniem.

W szkołach ponadpodstawowych realizację zajęć „Wychowanie do życia w rodzinie” wyznaczają następujące cele kształcenia:

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

Jednocześnie należy zaznaczyć, że w 2024 r. podjęto prace nad nowymi zajęciami edukacyjnymi pn. edukacja zdrowotna, realizowanymi w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych od września 2025 r. W tym celu w 2024 r. przy Ministerstwie Edukacji Narodowej został powołany

zespół ekspertów, którego zadaniem było przygotowanie założeń i podstawy programowej nowych zajęć. Zgodnie z przyjętymi założeniami zajęcia edukacyjne pn. edukacja zdrowotna zastąpiły w roku szkolnym 2025/2026 zajęcia „Wychowanie do życia w rodzinie”.

7.2. Nauczyciele realizujący zajęcia „Wychowanie do życia w rodzinie”

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 września 2023 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz. U. poz. 2102, z późn. zm.), kwalifikacje do nauczania przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie w szkołach podstawowych i w szkołach ponadpodstawowych posiadają osoby, które ukończyły studia (odpowiednie do typu szkoły) na kierunku zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub studia, których zakres obejmował treści programowe nauczanego przedmiotu oraz posiadają przygotowanie pedagogiczne.

Nauczyciel każdego przedmiotu w szkole ma możliwość zdobycia dodatkowych kwalifikacji do nauczania wychowania do życia w rodzinie przez ukończenie studiów podyplomowych w tym zakresie.

Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela wychowania do życia w rodzinie w klasach IV–VIII szkół podstawowych, z wyjątkiem szkół podstawowych specjalnych i oddziałów specjalnych w szkołach podstawowych ogólnodostępnych oraz szkół podstawowych w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, posiada również osoba, która ma kwalifikacje wymagane do zajmowania stanowiska nauczyciela w szkole podstawowej w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć innych niż Wychowanie do życia w rodzinie i ukończyła kurs kwalifikacyjny w zakresie wychowania do życia w rodzinie organizowany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 188 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

Kształcenie nauczycieli jest prowadzone w uczelniach z uwzględnieniem standardów kształcenia nauczycieli, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 453).

W większości przypadków nauczyciele Wychowania do życia w rodzinie nabywają kwalifikacje przez ukończenie studiów podyplomowych z tego zakresu. Nabycie kwalifikacji do nauczania w szkole podstawowej możliwe jest także przez ukończenie kursu kwalifikacyjnego.

Tabela 25. Etaty nauczycieli uczących w roku szkolnym 2023/2024 r. przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”

Typ podmiotu	Liczba nauczycieli *	Liczba etatów
Szkoła podstawowa	12 736	2154,03
Liceum ogólnokształcące	868	99,73
Technikum	777	92,17
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	36	4,29
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	13	1,04
Liceum sztuk plastycznych	20	1,15
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	1	0,10
Poznańska szkoła chóralna	1	0,13
Branżowa szkoła I stopnia	811	69,18
Razem	15 263	2 421,82

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej (według Systemu Informacji Oświatowej – SIO).

* Unikatowa liczba nauczycieli wynosi 12 674 osób

7.3. Podręczniki i materiały edukacyjne wykorzystywane do realizacji zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie”

Podręczniki do realizacji zajęć „Wychowanie do życia w rodzinie” dopuszczone do użytku szkolnego przez ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania:

- 1) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 4 szkoły podstawowej*, red. Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 2) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 5 szkoły podstawowej*, Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, Grażyna Węglarczyk (pod red. Teresy Król), wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 3) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 6 szkoły podstawowej*, Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 4) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 7 szkoły podstawowej*, red. Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 5) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 8 szkoły podstawowej*, Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, Grażyna Węglarczyk (pod red. Teresy Król), wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 6) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 1 liceum ogólnokształcącego, technikum, szkoły branżowej I stopnia*, Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;

- 7) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 2 liceum ogólnokształcącego, technikum, szkoły branżowej I stopnia*, autorzy: Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 8) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 3 liceum ogólnokształcącego, technikum, szkoły branżowej I stopnia*, autorzy: Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”;
- 9) *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych*, praca zbiorowa pod red. Teresy Król i Marii Ryś, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”.

ROZDZIAŁ VIII. PROCEDURY PRZERYWANIA CIĄŻY

Zgodnie z art. 4a ust. 1 ustawy przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;
- 2) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

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

W przypadku, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego przerwanie ciąży jest dopuszczalne, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz. U. poz. 49) określono, że przerwanie ciąży może dokonać lekarz posiadający specjalizację pierwszego stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii. Ponadto wystąpienie okoliczności wskazujących, że ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej. Z kolei zgodnie z art. 4a ust. 5 ustawy okoliczność, w której zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, stwierdza prokurator. W tym zakresie należy wskazać, że 9 sierpnia 2024 r. Prokurator Generalny wydał „Wytyczne nr 9/24 w sprawie zasad postępowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie prowadzenia spraw dotyczących odmowy dokonania przerwania ciąży oraz tzw. aborcji farmakologicznej”. Celem Wytycznych nr 9/24 jest ujednolicenie standardów

prowadzenia postępowań przygotowawczych w tej kategorii spraw. Wytyczne wskazują, że w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że ciąża jest wynikiem czynu zabronionego, postępowanie powinno być prowadzone szybko, aby prokurator wydał zaświadczenie stanowiące podstawę legalnej aborcji w terminie umożliwiającym przerwanie ciąży w ustawowym terminie 12 tygodni.

Ustawa w art. 4b przewiduje, że „osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiotach leczniczych”.

Wykaz świadczeń gwarantowanych związanych z przerwaniem ciąży jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

W 2024 r. Ministerstwo Zdrowia podjęło szereg działań mających na celu zapewnienie pacjentkom realnego dostępu do świadczeń gwarantowanych obejmujących przerwanie ciąży zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

W dniu 30 maja 2024 r. weszła w życie nowelizacja⁶⁰⁾ rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400, z późn. zm.). Nowelizacja miała na celu zapewnienie realniej możliwości wykonywania świadczeń zakończenia ciąży zgodnie z zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia umową w przypadkach, gdy zakończenie ciąży jest dopuszczalne przepisami prawa powszechnie obowiązującego.

W jej wyniku świadczeniodawca realizujący z Narodowego Funduszu Zdrowia umowę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia, w przypadkach, gdy zakończenie ciąży jest dopuszczalne przepisami prawa powszechnie obowiązującego, jest zobowiązany do wykonywania świadczeń zakończenia ciąży w miejscu udzielania świadczeń, niezależnie od powstrzymania się przez lekarza wykonującego zawód u tego świadczeniodawcy od wykonania świadczenia, zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm.).

Niewykonanie ww. obowiązku skutkuje karą umowną w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie. Niezależnie od tego, w przypadku

⁶⁰⁾ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 maja 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 730).

naruszenia przywołanego obowiązku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może również rozwiązać umowę w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

Ponadto, Ministerstwo Zdrowia opracowało dokument pn.: „Wytyczne na temat obowiązujących przepisów prawnych dotyczących dostępu do procedury przerywania ciąży”, stanowiący zestawienie obowiązujących przepisów prawnych odnoszących się do wskazanej w ich tytule materii. Dokument nie wprowadza nowych norm czy też regulacji, został opracowany w celu zapewnienia stosowania przepisów prawa w praktyce, a przez to poprawy faktycznej dostępności do dopuszczalnej prawem procedury przerwania ciąży, jednakowego i zgodnego z prawem traktowania kobiet, które chcą skorzystać z przysługującego im w tym zakresie prawa oraz zapewnienie im należytej opieki. Dokument został upowszechniony przez Narodowy Fundusz Zdrowia za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) wśród świadczeniodawców realizujących z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia. Został on również zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Dane na temat wykonywanych w Polsce procedur przerywania ciąży są gromadzone w oparciu o sprawozdania opracowywane w związku z realizacją Programu badań statystycznych statystyki publicznej na dany rok, ustalane corocznie w drodze rozporządzenia przez Radę Ministrów zgodnie z upoważnieniem ustawowym określonym w art. 18 ust. 1 w ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1799).

Tabela 26. Procedury przerywania ciąży przeprowadzone w latach 2010–2024 (w skali kraju) – według przyczyn

Rok	Ogółem	Przerwania ciąży przeprowadzone zgodnie z ustawą:		
		w przypadku, gdy ciąża stanowiła zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej	w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu	w przypadku, gdy zachodziło uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego
2010	641	27	614	0
2011	669	49	620	0
2012	752	50	701	1
2013	744	23	718	3
2014	971	48	921	2
2015	1040	43	996	1
2016	1098	55	1042	1
2017	1057	22	1035	0
2018	1076	25	1050	1
2019	1110	33	1074	3

2020	1076	21	1053	2
2021	107	32	75 ⁶¹⁾	0
2022	160	159	0	1
2023	425	423	0	2
2024	885	882	0	3

Źródło: Centrum e-Zdrowia, Sprawozdania Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej: MZ-24 oraz MZ-29

Tabela 27. Procedury przerwania ciąży przeprowadzone w 2024 r. – w podziale na województwa i przyczynę

Województwo	Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2024 r.		
	Razem	w przypadku, gdy ciąża stanowiła zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej	w przypadku, gdy zachodziło uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego
DOLNOŚLĄSKIE	182	182	0
KUJAWSKO-POMORSKIE	35	35	0
LUBELSKIE	12	12	0
LUBUSKIE	13	13	0
ŁÓDZKIE	32	32	0
MAŁOPOLSKIE	76	76	0
MAZOWIECKIE	279	279	0
OPOLSKIE	16	16	0
PODKARPACKIE	22	22	0
PODLASKIE	11	11	0
POMORSKIE	71	69	2
ŚLĄSKIE	55	55	0
ŚWIĘTOKRZYSKIE	0	0	0
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	14	14	0
WIELKOPOLSKIE	44	43	1
ZACHODNIOPOMORSKIE	23	23	0
POLSKA	885	882	3

Źródło: Centrum e-Zdrowia

W świetle powyższych danych w 2024 r. zarejestrowano łącznie 885 zabiegów przerwania ciąży, w tym 882 w związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej oraz 3 w związku z wystąpieniem uzasadnionego podejrzenia, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. Przedmiotowe dane z przyczyn obiektywnych, tj. z uwagi na pozaprawny charakter tego zjawiska, nie uwzględniają liczby procedur przerwania ciąży dokonanych w sposób

⁶¹⁾ Z dniem 27 stycznia 2021 r., w związku z wejściem w życie orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., sygn. akt K 1/20, utracił moc art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy, zgodnie z którym przerwanie ciąży było dopuszczalne w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu.

nielegalny. Zjawisko to jest trudne do zbadania. Częstokwem jego odzwierciedleniem jest wynik działań organów ścigania oraz wymiaru sprawiedliwości. Należy jednak zaznaczyć, że działania te polegają na prowadzeniu i nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w zakresie czynów zabronionych stypizowanych w przepisach Kodeksu karnego, czyli m.in. takich, w których przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia i bezpośrednio po urodzeniu. Informacje na temat liczby postępowań prowadzonych w 2024 r. dotyczących m.in. przerywania ciąży za zgodą kobiety z naruszeniem przepisów ustawy (art. 152 k.k.) oraz przerwania lub doprowadzenia kobiety ciężarnej do przerwania ciąży w wyniku stosowania przemocy lub w inny sposób bez jej zgody (art. 153 k.k.) zostały przedstawione w pkt 9.1 rozdziału IX niniejszego Sprawozdania. Zaprezentowane zostały w nim również dane na temat liczby prawomocnych orzeczeń wykonywanych w odniesieniu do czynów zabronionych, w których przedmiotem ochrony jest zdrowie i życie dziecka w fazie prenatalnej i bezpośrednio po urodzeniu oraz wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawa do macierzyństwa dotyczyła trzech osób, po jednej z art. 149 k.k., art. 153 § 1 k.k. i art. 153 § 2 k.k. Jak podkreślono, powyższe dane obrazują zjawisko przerywania ciąży z naruszeniem przepisów prawa jedynie w sposób wyrywkowy, odnoszą się bowiem wyłącznie do przypadków objętych już działaniami jednostek organizacyjnych prokuratury. Niemniej jednak wyłącznie takie dane mają charakter oficjalny.

ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY

9.1. Działania podejmowane przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości

Zgodnie z zadaniami prokuratury określonymi w art. 2 w zw. z art. 3 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze (Dz. U. z 2024 r. poz. 390, z późn. zm.) w przypadkach naruszenia przepisów ustawy, prokuratorzy prowadzili lub nadzorowali postępowania przygotowawcze dokonując prawno-karnej oceny zgromadzonego materiału dowodowego pod kątem realizacji znamion czynu zabronionego, zwłaszcza określonego w art. 152 § 1, § 2 i § 3 kk, a także sprawowali funkcję oskarżyciela publicznego. Szczegółowe dane liczbowe dotyczące prowadzonych oraz zakończonych spraw w okresie sprawozdawczym 2024 r. zostały przedstawione w tabeli nr 30.

Niezależnie do obowiązków określonych w art. 3 § 1 pkt 1 ww. ustawy prokuratorzy zgodnie z § 64 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 kwietnia 2016 r. – Regulaminu wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury (Dz. U. z 2025 r. poz. 753) sprawowali nadzór służbowy nad czynnościami podległych prokuratorów realizowany jako wewnętrzny nadzór służbowy wykonywany przez jednostkę wyższego stopnia w celu zapewnienia prawidłowości prowadzonych postępowań przygotowawczych, w tym również przestrzegania wytycznych Prokuratora Generalnego z dnia 9 sierpnia 2024 roku w sprawie zasad postępowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie prowadzenia postępowań przygotowawczych dotyczących odmowy dokonania przerwania ciąży oraz tzw. aborcji farmakologicznej.

W związku z potrzebą oceny realizacji wytycznych Prokuratora Generalnego w Prokuraturze Krajowej podjęto badanie wszystkich postępowań, które w okresie od 9 sierpnia 2024 r. do 30 maja 2025 r. zostały zakończone skierowaniem do sądu aktu oskarżenia, wniosku w trybie art. 335 kpk, art. 324 kpk lub art. 336 kpk przeciwko osobom oskarżonym o przestępstwa z art. 152 § 1, § 2 i § 3 kk lub przestępstwa pozostające w kumulatywnym zbiegu z art. 154 § 1 lub § 2 kk. Wyniki przeprowadzonego badania zostaną opisane w sprawozdaniu z wykonywania oraz o skutkach stosowania ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za 2025 r.

Dane liczbowe Prokuratury Krajowej, dotyczące prowadzonych w tym zakresie w 2023 r. postępowań przygotowawczych zostały przedstawione w tabeli 30.

Tabela 28. Postępowania przygotowawcze prowadzone przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury dotyczące ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy (2024 r.)

Okręg Prokuratury Regionalnej	Liczba spraw prowadzonych w okresie sprawozdawczym			w tym o czyn z art.:								Liczba spraw zakończonych w okresie sprawozdawczym										
	Łącznie	w tym		art. 149 k.k. – Zabójstwa noworodka	art. 148 k.k. – Zabójstwo	art. 152 § 1, 2 i 3 k.k. – Aborcja za zgodą kobiety	art. 153 k.k. – Wymuszona aborcja	art. 154 k.k. – Śmierć kobiety jako następstwo aborcji	art. 157 a k.k. – Uszkodzenie ciała dziecka poczętego	art. 155 k.k. i inne – Nieumyślne spowodowanie śmierci	Art. 160 § 2 kk	Ogółem	w tym									
		Liczba zarejestrowanych spraw w 2024 r.	Liczba spraw kontynuowanych z poprzednich okresów sprawozdawczych										Skierowano akt oskarżenia	Liczba osób oskarżonych	Skierowano wnioski w trybie art. 335 § 1 kk	Liczba osób objętych wnioskiem z art. 335 § 1 kk	Skierowano wnioski o warunkowe umorzenie postępowania	Liczba osób, wobec których skierowano wnioski o warunkowe umorzenie postępowania	Umorzono postępowanie karne	Odmówiono wszczęcia postępowania	Zawieszono postępowanie karne	Pozostałe sposoby zakończenia
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
w Białymstoku	41	27	14	3	0	12	1	0	2	4	19	32	1	1	0	0	0	0	16	7	7	1
w Gdańsku	59	48	11	2	2	27	3	0	4	9	12	48	2	2	0	0	0	0	32	7	4	3
w Katowicach	71	52	19	1	1	31	6	0	6	16	11	51	6	6	1	1	0	0	18	15	6	5
w Krakowie	51	37	14	3	1	26	1	0	6	2	12	36	4	6	0	0	2	3	20	8	1	1
w Lublinie	41	36	5	4	0	21	2	0	0	3	9	35	2	2	0	0	0	0	15	9	5	4
w Łodzi	50	35	15	3	0	22	3	0	5	5	10	36	2	2	0	0	0	0	23	6	4	1

w Poznaniu	43	31	12	1	0	14	0	0	4	4	20	32	3	3	0	0	0	0	17	5	7	0
w Rzeszowie	20	14	6	1	0	8	1	0	0	3	7	14	1	1	0	0	0	0	6	6	1	0
w Szczecinie	19	16	3	2	0	8	1	0	0	0	8	15	3	3	0	0	0	0	10	1	1	0
w Warszawa	47	40	7	0	0	27	3	0	4	4	9	42	1	1	0	0	0	0	19	13	8	1
we Wrocławiu	39	33	6	0	0	19	3	0	7	4	5	34	1	1	0	0	0	0	17	12	2	2
Ogółem	481	369	112	20	4	215	24	0	38	54	122	375	26	28	1	1	2	3	193	89	46	18

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości (Prokuratura Krajowa).

Tabela 29. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego w latach 2010–2024 – czyn główny

Skazania prawomocne*												I Instancja**			
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
O G Ó Ł E M skazania wg art. Kk i ustaw szczególnych	432 891	423 464	408 107	353 208	295 353	260 034	289 512	241 436	275 768	287 978	251 369	279 444	282 934	266 560	242 379
<i>w tym</i>															
Art.149 kk	7	8	7	1	1	2	1	-	1	-	4	2	2	2	
Art.152 §1 kk	6	11	8	9	2	2	2	3	6	4	2	X	X	X	X
Art.152 §2 kk	21	19	12	9	16	20	13	12	26	11	9				
Art.152 §3 kk	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-				
Art.152 §3 kk w zw. z §2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-				
Art.153 §1 kk	7	4	1	2	-	1	-	-	1	1	3				
Art.153 §2 kk	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-				
Art.154 §1 kk	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-				
Art.154 §1 kk w zw. z art. 152 § 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Art.154 §2 kk	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-				
Art.157a §1 kk	2	2	3	-	1	4	2	2	-	3	2				
Art.157a §2 kk	-	-	1	2	1	1	-	-	-	2	1				

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

*/ skazani prawomocnie – na podstawie danych z systemu informatycznego Krajowego Rejestru Karnego.

**/ skazani w pierwszej instancji w sądach rejonowych i sądach okręgowych – na podstawie sprawozdań MS-S6 w sprawie osób osądzonych w pierwszej instancji.

Tabela 31 uwzględnia dane statystyczne dotyczące wybranych przestępstw sklasyfikowanych w k.k., o których mowa w ustawie. Dane statystyczne za lata 2010–2020 prezentują liczbę osób skazanych prawomocnie. Są to informacje pozyskiwane z elektronicznej bazy danych systemu teleinformatycznego Krajowego Rejestru Karnego. Za lata 2021–2024 zostały natomiast zaprezentowane dane zbierane za pomocą sprawozdań statystycznych MS-S6 w sprawie osób osądzonych w pierwszej instancji. Ze względu na fakt, że zakres danych objętych sprawozdaniem statystycznym jest ograniczony samą budową wzoru formularza, nie jest możliwe wyodrębnienie wszystkich informacji na temat postępowań sądowych w sposób szczegółowy. W sprawozdaniach MS-S6 art. 149 k.k. został wyodrębniony do oddzielnego wiersza w sprawozdaniu, natomiast pozostałe przestępstwa pozostające w kręgu zainteresowania niniejszego Sprawozdania (tj. art. 152, 153, 154, 157a k.k.) zostały wykazane łącznie w wierszu „Inne przestępstwa”.

9.2. Działania podejmowane przez Rzecznika Praw Pacjenta

Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581) powołany został istotny z punktu widzenia ochrony praw wszystkich pacjentów, w tym również kobiet w ciąży, centralny organ administracji rządowej w postaci Rzecznika Praw Pacjenta. Przedmiotem działania Rzecznika Praw Pacjenta jest ochrona praw pacjenta określonych w rozważanej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

Ponadto, wskazana powyżej ustawa w rozdziale 8 przewiduje prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza. Prawo to przysługuje pacjentowi, a w jego imieniu także przedstawicielowi ustawowemu. Zgodnie z ww. ustawą sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia wydanego przez lekarza lub lekarza dentystę można wnieść do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Działanie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta normuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 244).

Stosownie do art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta konsultanci krajowi, w porozumieniu z właściwymi konsultantami wojewódzkimi, opracowują raz w roku w terminie do dnia 30 marca listy lekarzy, którzy mogą

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

W 2024 r. do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta nie wpłynął żaden sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza w sprawach dotyczących zabiegów przerywania ciąży.

Rzecznik Praw Pacjenta w 2024 r. prowadził natomiast 7 postępowań wyjaśniających w zakresie zabiegów przerywania ciąży – w 4 przypadkach stwierdzono naruszenie praw pacjenta, w 1 sprawie nie stwierdzono naruszenia praw pacjentki, 2 postępowania pozostawały na koniec 2024 r. w toku. Rzecznik Praw Pacjenta w 2024 r. prowadził również jedno postępowanie dotyczące badań prenatalnych, postępowanie to na koniec 2024 r. pozostawało w toku.

Istotnym narzędziem nie tylko informacyjnym, ale także pomocy i wsparcia pacjentów jest Infolinia Rzecznika Praw Pacjenta. Od 2018 r. numer „800 190 590” jest wspólnym numerem telefonu dla Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta w ramach działającej w całym kraju, we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ Telefonicznej Informacji Pacjenta. Od 1 marca 2024 r. jest ona czynna całą dobę, tj. przez 24 godziny we wszystkie dni tygodnia, w tym święta i dni wolne ustawowo od pracy. Całodobowa infolinia umożliwia szybkie wsparcie w sytuacjach krytycznych. Działania interwencyjne podejmowane są w sprawach wymagających niezwłocznego działania, zwłaszcza zagrażających życiu i zdrowiu, ze szczególnym uwzględnieniem wsparcia m.in. kobiet w ciąży. W 2024 r. do Rzecznika Praw Pacjenta za pośrednictwem infolinii wpłynęło 14 zgłoszeń w sprawie badań prenatalnych. Dotyczyły m.in.: zapytań o dostępne badania prenatalne, odmowy obecności osoby bliskiej w trakcie badania prenatalnego, odmowy wydania zlecenia na badania prenatalne oraz prawa lekarza do odmowy prowadzenia ciąży, jeśli pacjentka nie wykona badań prenatalnych. Ponadto, za pośrednictwem Telefonicznej Informacji Pacjenta wpłynęło 13 zapytań dotyczących przerywania ciąży. Zgłoszenia od pacjentek, ich rodzin lub bliskich dotyczyły obowiązujących przepisów prawa w zakresie dopuszczalności przerywania ciąży, zasad i warunków wykonania procedury. W ich wyniku podejmowano stosowne interwencje.

Ponadto, w marcu 2024 r. Rzecznik Praw Pacjenta powołał zespół ds. działań interwencyjnych w przypadkach zagrożenia naruszenia praw pacjenta dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i osób w podeszłym wieku. Zespół podejmuje działania, gdy powzięta zostaje informacja o nieprawidłowościach. Źródłem tych informacji są zgłoszenia od pacjentów

(w tym anonimowe), ale też m.in. monitoring informacji medialnych. Pracownicy zespołu analizują poszczególne sprawy i dokonują oceny pilności danego przypadku.

W sytuacjach nagłych podejmują działania interwencyjne, tj. kontaktują się telefonicznie lub pisemnie z podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych lub innymi właściwymi organami, instytucjami oraz organizacjami pozarządowymi. Sygnały o nieprawidłowościach zespół przekazuje do właściwych komórek organizacyjnych, w których prowadzone są postępowania wyjaśniające i zbadania sprawy na miejscu, postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, a także z zakresu ochrony praw pacjenta szpitala psychiatrycznego.

W przypadku powzięcia informacji o podejrzeniu naruszenia praw pacjentek Rzecznik Praw Pacjenta podejmuje stosowne działania wyjaśniające i może wszczynać odpowiednie postępowania w zakresie naruszenia indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta.

W 2024 r. Rzecznik Praw Pacjenta przeprowadził analizę obowiązujących w poszczególnych podmiotach leczniczych zasad dostępu pacjentek do legalnego przerwania ciąży (analiza nie dotyczyła spraw konkretnych pacjentek). W szczególności analiza obejmowała weryfikację czy podmioty stosują praktyki, które nie mają umocowania w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, przykładowo – obowiązkowa: opinia konsultanta wojewódzkiego, druga opinia lekarza specjalisty, decyzja konsylium lekarskiego, odgórne ustalenie, że podmiot nie realizuje zabiegów w sytuacji, gdy zagrożone jest zdrowie kobiety a stosowne w tym zakresie zaświadczenie zostało wydane przez lekarza psychiatrę. Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił w związku z tym do 19 podmiotów, części z nich przedstawiono zalecenia zmiany stosowanej praktyki i dostosowanie jej do obowiązujących przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

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

W 2024 r. odpowiedzialność zawodową lekarzy regulowały przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342, z późn. zm.). Zgodnie z tą ustawą członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Zgodnie z informacją przekazaną przez Naczelny Sąd Lekarski w 2024 r. poszczególne okręgowe sądy lekarskie oraz Naczelny Sąd Lekarski prowadziły, przedstawioną w tabeli

poniżej, liczbę spraw dotyczących opieki nad kobietami w ciąży, opieki okołoporodowej, badań genetycznych płodu oraz zabiegów przerywania ciąży.

Tabela 30. Liczba spraw dotyczących opieki nad kobietami w ciąży, opieki okołoporodowej, badań genetycznych płodu oraz zabiegów przerywania ciąży prowadzonych przez okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski w 2024 r.

Lp.	Okręgowa Izba Lekarska	Opieka nad kobietami w ciąży	Opieka okołoporodowa	Badania genetyczne płodu	Zabiegi przerywania ciąży
1	Białystok	0	0	0	0
2	Bielsko – Biała	0	0	0	0
3	Bydgoszcz	0	0	0	0
4	Częstochowa	1	0	0	0
5	Gdańsk	3	3	0	0
6	Gorzów Wlkp.	0	0	0	0
7	Katowice	0	0	0	1
8	Kielce	0	0	0	0
9	Koszalin	0	0	0	0
10	Kraków	1	1	0	0
11	Lublin	1	0	0	0
12	Łódź	0	0	0	0
13	Olsztyn	1	0	0	0
14	Opole	1	0	0	0
15	Płock	0	0	0	0
16	Poznań	1	0	0	0
17	Rzeszów	0	0	0	0
18	Szczecin	0	0	0	0
19	Tarnów	0	0	0	0
20	Toruń	0	0	0	0
21	Warszawa	2	1	0	0
22	Wrocław	0	0	0	0
23	SL WIL	1	0	0	0
24	Zielona Góra	0	0	0	0
25	Naczelny Sąd Lekarski	5	0	0	0
RAZEM		17	5	0	1

Źródło: Naczelny Sąd Lekarski

Jednocześnie należy wskazać, że przez okręgowe sądy lekarskie, jak i przez Naczelny Sąd Lekarski nie były rozpatrywane sprawy związane z powoływaniem się przez lekarza na tzw. „klauzulę sumienia” w sprawie dotyczącej odmowy wystawienia skierowania na badania prenatalne lub odmowy wykonania zabiegu przerywania ciąży.