



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WPP.4621.20.2023

Druk nr 408
Warszawa, 16 maja 2024 r.

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,
przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument

- **Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2022 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 2022 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, 2024 r.

SPIS TREŚCI

SPIS TABEL	3
WSTĘP	5
ROZDZIAŁ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ INFORMACJE EPIDEMIOLOGICZNE	7
1.1. ROZWÓJ DEMOGRAFICZNY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	7
1.2. URODZENIA I DZIETNOŚĆ KOBIEĆ	8
1.3. UMIERALNOŚĆ	8
ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIECĄ W CIĄŻY	10
2.1. OPIEKA REALIZOWANA W RAMACH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	10
2.2. PROGRAMY POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PLANOWANIA RODZINY, ŚWIADOMEGO MACIERZYŃSTWA ORAZ OPIEKI MEDYCZNEJ NAD KOBIECĄ W CIĄŻY	31
2.3. DZIAŁANIA O CHARAKTERZE PROFILAKTYCZNYM KIEROWANE DO KOBIEĆ W CIĄŻY ORAZ OSÓB W WIEKU PROKREACYJNYM PROMUJĄCE ODPOWIEDZIALNE ZACHOWANIA W CIĄŻY ORAZ W OKRESIE PREKONCEPCYJNYM	37
ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIECĄ W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH	49
3.1. ŚWIADCZENIA RODZINNE	50
3.2. WSPARCIE KOBIEĆ W CIĄŻY, PO PORODZIE ORAZ OJCÓW DZIECI W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	59
3.3. UPRAWNIENIA PRACOWNIKÓW ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM	65
3.4. UPRAWNIENIA BEZROBOTNYCH ZWIĄZANYCH Z RODZICIELSTWEM	81
3.5. POMOC SPOŁECZNA	86
3.6. ZAPEWNIENIE DOSTĘPU DO SZCZEGÓŁOWYCH INFORMACJI NA TEMAT UPRAWNIENI, ZASIŁKÓW I ŚWIADCZEŃ PRZYSŁUGUJĄCYCH KOBIECĄ 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	89
3.7. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ROLNIKÓW	91
ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI	93
ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH	99
ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY	103
6.1. POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA UDZIELANA PRZEZ SZKOŁĘ	103
6.2. INDYWIDUALNE NAUCZANIE DZIECI I MŁODZIEŻY, W TYM UCZENNIC W CIĄŻY	105
6.3. WSPARCIE UDZIELANE PRZEZ PORADNIE PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE	106
6.4. SPEŁNIENIE OBOWIĄZKU SZKOLNEGO ORAZ OBOWIĄZKU NAUKI POZA SZKOŁĄ	107
6.5. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU EGZAMINÓW ZEWNĘTRZNYCH	109
ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY	115
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	115
7.2. NAUCZYCIELE REALIZUJĄCY ZAJĘCIA EDUKACYJNE „WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE”	118
7.3. PODRĘCZNIKI I MATERIAŁY EDUKACYJNE WYKORZYSTYWANE DO REALIZACJI ZAJĘĆ EDUKACYJNYCH „WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE”	119
ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY	121
ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY	125
9.1. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ ORGANY ŚCIGANIA I WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI	125
9.2. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA	129

SPIS TABEL

Tabela 1. Współczynnik dzietności kobiet w latach 2015–2022	8
Tabela 2. Świadczenia udzielone w 2022 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii.....	14
Tabela 3. Wykonanie w 2022 r. świadczeń rozliczanych jako porady związane z prowadzeniem ciąży	14
Tabela 4. Wykaz ryczałtów w ramach KOC I	16
Tabela 5. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I w 2022 r.....	16
Tabela 6. Liczba porodów rozliczonych w 2022 r.....	17
Tabela 7. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2022 r.	17
Tabela 8. Liczba i wartość znieczuleń wykonanych w trakcie porodu, rozliczanych jako dodatkowa procedura przy porodzie drogami natury).....	19
Tabela 9. Wykaz ryczałtów w ramach KOC II/III	22
Tabela 10. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2022 r.....	22
Tabela 11. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2022 r.	24
Tabela 12. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej – liczba i wartość udzielonych świadczeń.....	25
Tabela 13. Opieka psychologiczna w ramach leczenia szpitalnego skierowana do kobiet po niepowodzeniu położniczym, podczas pobytu w szpitalu, w oddziale położniczym o III poziomie referencyjności	27
Tabela 14. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powikłanej rozliczana w rodzaju psychiatria i leczenie uzależnień	28
Tabela 15. Świadczenia psychologiczne dedykowane kobietom w ciąży powikłanej w ramach KOC II/III.....	28
Tabela 16. Liczba porad ginekologicznych udzielonych w 2022 r, w tym pacjentkom poniżej 18. roku życia	93
Tabela 17. Grupa limitowa 72.0 – Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etyny/oestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron refundowane w 2022 r.	94
Tabela 18. Grupa limitowa 72.0 – Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyioestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	95
Tabela 19. Grupa limitowa 127.2 – Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące – progestogeny – medroksyprogesteron do podawania pozajelitowego	95
Tabela 20. Grupa limitowa 66.0 Hormony płciowe – progestageny – dienoges	95
Tabela 21. wnioski o objęcie refundacją złożone w 2022 r.	96
Tabela 22. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2022 r.	96
Tabela 23. Realizacja programu badań prenatalnych w 2022 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę osób objętych programem)	101
Tabela 24. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne.....	106
Tabela 25. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w roku szkolnym 2021/2022.	107
Tabela 26. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2021/2022.....	107
Tabela 27. Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” w roku szkolnym 2021/2022	116

Tabela 28. Etaty nauczycieli uczących w roku szkolnym 2021/2022 r. przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”	118
Tabela 29. Zabiegi przerywania ciąży przeprowadzone w latach 2010–2022 (w skali kraju) – według przyczyn	122
Tabela 30. Zabiegi przerywania ciąży przeprowadzone w 2022 r. – w podziale na województwa i przyczynę	122
Tabela 31. Liczba spraw prowadzonych w 2022 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury przepisów ustawy	125
Tabela 32. Liczba spraw zakończonych w 2022 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury	126
Tabela 33. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego w latach 2010–2022 – czyn główny	127
Tabela 34. 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 2022 r.....	131

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 obowiązana 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 2022 r. przygotowano na podstawie informacji, danych statycznych i opinii uzyskanych od:

- 1) Ministra Edukacji i Nauki;
- 2) Ministra Rodziny 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.

Należy podkreślić, że Sprawozdanie obrazuje realizację przepisów ustawy w 2022 r., uwzględnia zatem zadania realizowane przez działającą w tamtym czasie Radę Ministrów. 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 przerwania ciąży, w sytuacji, która tego wymaga. Kobiety odczują radykalną poprawę jeśli chodzi o ich prawa, godność, zdrowie i bezpieczeństwo. Liczne podejmowane w tym obszarze działania zostaną zaprezentowane w sprawozdaniach obrazujących realizację ustawy w kolejnych latach.

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

1.1. Rozwój demograficzny Rzeczypospolitej Polskiej

Na koniec 2022 r. ludność Rzeczypospolitej Polskiej liczyła 37 767 tys. osób, tj. obniżyła się o ok. 141 tys. osób w stosunku do stanu sprzed roku (w tym w 1 półroczu 2022 r. zmniejszyła się o ok. 80 tys. osób).

Stopa ubytku rzeczywistego wyniosła -0,37%, co oznacza, że na każde 10 tys. ludności ubyło ok. 37 osób (w 2021 r. na 10 tys. ludności ubyło 47 osób, tj. dużo więcej niż w poprzednich latach, głównie w następstwie zwiększonej liczby zgonów spowodowanej pandemią COVID-19).

Spadek liczby ludności utrzymuje się od 2012 r., jedynie w 2017 r. odnotowano nieznaczny jej wzrost (o niespełna 1 tys.). Na zmiany liczby ludności w ostatnich latach wpływa przede wszystkim przyrost naturalny, który od 2013 r. pozostaje ujemny (m.in. w wyniku spadku liczby urodzeń, a wzrostu liczby zgonów). Szacuje się, że w 2022 r. liczba urodzeń była o ok. 143 tys. niższa od liczby zgonów. Współczynnik przyrostu naturalnego (na 1000 ludności) wyniósł -3,8 (wobec -4,9 rok wcześniej, -3,2 w 2020 r. i -0,9 w 2019 r.).

Współczynniki przyrostu naturalnego są zazwyczaj niższe w miastach niż na obszarach wiejskich. Do 2018 r. w miastach obserwowano ubytek naturalny, natomiast na wsi – niewielki przyrost. Od 2019 r. zarówno w miastach, jak i na wsi notuje się ubytek naturalny.

Od około 30 lat utrzymuje się zjawisko depresji urodzeniowej – niska liczba urodzeń nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń. Współczynnik dzietności obniżył się z 1,33 w 2021 r. do 1,26 w 2022 r., co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) przypadało 126 urodzonych dzieci (zarówno w miastach jak i na wsi). 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.

W 2022 r. zarejestrowano 305 132 urodzeń żywych, tj. o ponad 26 tys. mniej niż w 2021 r.; współczynnik urodzeń spadł o 0,6 pkt do 8,1‰.¹⁾

¹⁾ „Sytuacja społeczno-gospodarcza kraju w 2022 r.”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2023 r.

1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

W 2022 r. zarejestrowano 305 132 urodzeń żywych, podczas gdy w 2021 r. zarejestrowano 331 511 urodzeń żywych, tj. o ponad 26,3 tys. mniej niż w poprzednim roku. Jest to najniższa liczba urodzeń zanotowana w całym okresie powojennym. Po dwóch latach wzrostu (w 2016 r. i 2017 r.) w kolejnych latach liczba urodzeń zaczęła spadać – w 2021 r. o ponad 20 tys. w porównaniu do poprzedniego roku. W 2022 r. – w stosunku do 2021 r. – zmniejszył się też współczynnik urodzeń – o 0,6 pkt do 8,1%.

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 2015–2022

Rok	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Wartość TFR	1,29	1,36	1,45	1,43	1,42	1,38	1,33	1,26

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

W 2022 r. współczynnik dzietności wyniósł 1,26 (dla porównania w 2021 r. wyniósł on 1,33, a w 2020 r. -1,38). Oznacza on liczbę dzieci, które urodziłyby przeciętnie kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15–49 lat) przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłyby z intensywnością obserwowaną w badanym 2022 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.

1.3. Umieralność

W 2022 r. zmarło ponad 448 448 osób, tj. o ok. 71 tys. mniej niż przed rokiem (gdy liczba zgonów wyniosła 519 517 i była o ok. 42 tys. wyższa niż w 2020 r.). Współczynnik umieralności obniżył się z 13,6‰ w 2021 r. do 11,9‰ w 2022 r. (w latach przed pandemią oscylował wokół 10%).

Pozytywnym zjawiskiem jest utrzymująca się niska umieralność niemowląt. W 2022 r. zmarło ok. 1,2 tys. dzieci w wieku poniżej 1 roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów

niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł w 2022 r. 3,8‰ (wobec 4,0‰ w 2021 r.), tj. nie odbiegał istotnie od wartości obserwowanych w kilku poprzednich latach (poniżej 4‰) i był znacznie niższy niż kilka dekad wcześniej (w 2000 r. wynosił 8,1‰, a w 1990 r. 19,3‰).

Umieralność okołoporodowa płodów i noworodków jest ogólnie uznanym wskaźnikiem jakości opieki w czasie ciąży i porodu oraz wczesnego okresu poporodowego. W tym okresie stan zdrowia dziecka jest w największym stopniu zależny od przebiegu ciąży oraz porodu.

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 poprzez 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 ww. przepisów ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) 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 2023 r. poz. 519, z późn. zm.).

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu w 2022 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 2021 r. poz. 2148, z późn. zm.);
- 6) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324);
- 7) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2019 r. w sprawie programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy” (Dz. U. z 2021 r. poz. 329).

Opieka okołoporodowa obejmuje opiekę zdrowotną sprawowaną nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, 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, umożliwiająca objęcie pacjentek opieką odpowiadającą ich potrzebom zdrowotnym. Istotnym jest zatem, aby ciąża była od początku nadzorowana przez wykwalifikowany personel medyczny.

Określony przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia²⁾ z dnia 16 sierpnia 2018 r. standard organizacyjny opieki okołoporodowej wyznacza sposób organizacji opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, tj. w przebiegu ciąży, porodu, połogu i opieki

²⁾ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

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.

Zastosowane w standardzie rozwiązania 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 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 porożu 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 godz. 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, pozostawiając wybór drogi przekazania zgłoszenia do decyzji podmiotu. 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.

Odnosząc się do realizacji scharakteryzowanych powyżej przepisów 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 zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i położu odbywa się w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kwestie dotyczące świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa, postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie 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 2022 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 r.ż.				dotyczy kobiet w 35 r.ż. i starszych			
	02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
	rozpoznanie - ciąża (O00 - O99 oraz Z32 - Z36)				rozpoznanie - ciąża (O00 - O99 oraz Z32 - Z36)			
	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba porad	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba porad	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	12 823	58 861	180	8 912 504	3 638	14 870	176	2 215 074
KUJAWSKO-POMORSKI	11 334	48 700	169	6 170 450	2 767	10 523	156	1 315 122
LUBELSKI	7 525	38 690	91	5 531 920	2 237	10 008	88	1 406 162
LUBUSKI	4 684	21 301	40	2 881 557	1 240	4 831	38	645 199
ŁÓDZKI	9 833	46 459	143	5 381 235	3 086	11 490	137	1 306 514
MAŁOPOLSKI	15 886	79 060	177	11 883 618	4 817	21 790	174	3 257 857
MAZOWIECKI	33 233	133 559	269	17 208 104	11 369	43 390	262	5 348 537
OPOLSKI	3 677	11 784	48	1 616 446	921	2 808	48	386 688
PODKARPACKI	9 064	53 827	116	8 011 544	2 423	13 473	113	1 973 778
PODLASKI	6 187	37 090	55	5 256 896	1 665	9 064	52	1 256 069
POMORSKI	14 034	71 344	116	10 321 049	3 786	16 935	115	2 407 039
ŚLĄSKI	19 170	108 277	351	14 679 476	5 238	25 988	342	3 487 593
ŚWIĘTOKRZYSKI	4 716	20 446	107	2 796 558	1 498	5 586	103	742 771
WARMIŃSKO-MAZURSKI	7 697	41 877	91	5 874 183	2 089	9 976	90	1 379 503
WIELKOPOLSKI	15 119	59 477	200	8 604 814	3 859	14 494	191	2 101 599
ZACHODNIOPOMORSKI	7 801	35 990	96	4 772 541	1 911	7 880	95	1 032 302
POLSKA	182 783	866 742	2 249	119 902 895	52 544	223 106	2 180	30 261 807

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela 3. Wykonanie w 2022 r. świadczeń rozliczanych jako porady związane z prowadzeniem ciąży

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	dotyczy kobiet do 35 r.ż.				dotyczy kobiet w 35 r.ż. i starszych			
	02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii				02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii			
	02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				02.1453.001.02 świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt			
	Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej				Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej			
	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba porad	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	3 331 143	14 078	5 076	102	792 018	3 327	1 238	95
KUJAWSKO-POMORSKI	4 125 183	17 941	5 462	99	834 040	3 643	1 170	88
LUBELSKI	744 082	3 105	1 006	25	169 471	713	234	22
LUBUSKI	692 390	2 996	1 023	17	135 305	588	213	16
ŁÓDZKI	1 063 832	4 580	1 770	66	250 192	1 060	413	62

MAŁOPOLSKI	1 188 425	4 914	1 964	47	288 549	1 189	485	45
MAZOWIECKI	6 781 105	29 315	9 455	155	1 767 015	7 606	2 616	142
OPOLSKI	2 158 522	9 160	2 614	41	440 341	1 846	569	39
PODKARPACKI	536	3	3	2	105 156	440	155	9
PODLASKI	436 611	1 794	627	11	840 045	3 727	1 254	59
POMORSKI	4 025 055	17 914	5 453	62	168 838	705	341	53
ŚLĄSKI	682 757	2 872	1 404	68	267 898	1 137	404	45
ŚWIĘTOKRZYSKI	999 461	4 292	1 511	47	325 348	1 384	468	32
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 680 403	7 228	2 232	33	1 551 105	6 655	2 185	149
WIELKOPOLSKI	7 355 979	31 617	9 718	156	404 260	1 787	621	51
ZACHODNIOPOMORSKI	2 055 572	8 963	2 944	55	8 339 581	35 807	12 350	907
RAZEM	37 321 056	160 772	52 262	986	16 679 162	71 614	24 716	1 814

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.

Od dnia 1 października 2017 r. jest realizowany produkt rozliczeniowy: KOC I, tj. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na I poziomie referencyjnym. 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

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 w oparciu o odrębną wycenę świadczeń analogicznych do obecnych grup noworodkowych rozliczanych w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń, możliwe jest uzyskanie przez Świadczeniodawcę „premię” 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 ciążę.

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 odbył się poród
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

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

KOC I jest obecnie realizowana w kilku województwach.

Tabela 5. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I w 2022 r.

Nazwa OW	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	30 072 728	28 220 675	3 761	3 530	1 248	7
MAŁOPOLSKI	1	20 078 263	18 786 631	2 198	2 009	1 084	264
MAZOWIECKI	1	10 484 668	10 185 985	1 709	1 535	487	144
POMORSKI	2	15 949 855	15 835 832	2 207	2 330	689	1
ŚLĄSKI	2	14 817 217	14 669 340	2 281	2 128	1 262	177
WARMIŃSKO-MAZURSKI	2	6 585 089	5 461 770	845	810	328	108
ZACHODNIOPOMORSKI	1	2 607 648	2 602 085	479	376	202	0

RAZEM	12	100 595 468	95 762 318	13480	12 718	5 300	701
--------------	-----------	--------------------	-------------------	--------------	---------------	--------------	------------

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.3. Porody, w tym porody zakończone cięciem cesarskim

W 2022 r. rozliczono 242 902 porody sześcioma produktami rozliczeniowymi (Jednorodnymi Grupami Pacjentów).

Tabela 6. Liczba porodów rozliczonych w 2022 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	N01 Poród*	N02 Poród mnogi lub przedwczesny	N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni	N09 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 6 dni	N11 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw	N13 Ciężka patologia ciąży zakończona porodem zabiegowym > 3 dni	Suma
DOLNOŚLĄSKIE	10 953	276	1 100	1 302	6	1 735	15 372
KUJAWSKO-POMORSKIE	10 948	193	598	1 767	105	1 287	14 898
LUBELSKIE	4 067	27	323	927	9	1 060	6 413
LUBUSKIE	2 697	21	80	441		827	4 066
ŁÓDZKIE	8 356	218	846	2 172	14	977	12 583
MAŁOPOLSKIE	15 326	232	3 290	589	46	686	20 169
MAZOWIECKIE	36 418	685	3 862	2 520	89	3 908	47 482
OPOLSKIE	3 666	108	416	176		812	5 178
PODKARPACKIE	11 170	141	815	711	3	2 538	15 378
PODLASKIE	6 284	48	118	318	18	377	7 163
POMORSKIE	12 769	260	868	1 140		1 764	16 801
ŚLĄSKIE	21 160	417	2 281	1 413	22	1 515	26 808
ŚWIĘTOKRZYSKIE	3 674	45	1 418	915	77	1 448	7 577
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	6 862	131	471	721	97	720	9 002
WIELKOPOLSKIE	22 665	374	1 914	1 005	3	2 210	28 171
ZACHODNIOPOMORSKIE	5 316	40	57	134	7	287	5 841
POLSKA	182 331	3 216	18 457	16 251	496	22 151	242 902

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W ramach powyższej liczby porodów 110 320 porodów zakończyło się cięciem cesarskim. Zestawienie liczby cięć cesarskich w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia poniższa tabela.

Tabela 7. Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim w 2022 r.

L.P.	Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba porodów
1	DOLNOŚLĄSKI	7 711
2	KUJAWSKO-POMORSKI	5 735
2	LUBELSKI	3 773
4	LUBUSKI	2 061
5	ŁÓDZKI	4 998
6	MAŁOPOLSKI	9 904
7	MAZOWIECKI	19 259
8	OPOLSKI	2 467
9	PODKARPACKI	8 542
10	PODLASKI	4 272

11	POMORSKI	5 786
12	ŚLĄSKI	12 677
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	4 204
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	4 362
15	WIELKOPOLSKI	11 789
16	ZACHODNIOPOMORSKI	2 780
RAZEM		110 320

Zródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2022 r. wskaźnik cięć cesarskich wyniósł 45,4%, dla porównania w 2021 r. wskaźnik ten wyniósł 45,3%, a w 2020 r. – 43,8%.

Wskaźnik cesarskich cięć 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 obejmuje metody nefarmakologiczne i farmakologiczne.

Metody nefarmakologiczne 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) dożylną lub domięśniową stosowanie opioidów;
- 3) analgezję regionalną i miejscową.

Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego są wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod niefarmakologicznych 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 2022 r. wykonano 15 480 znieczuleń zewnątrzoponowe. Wartość produktu do sumowania „Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu nie zawarte w JGP³⁾” wynosiła w 2022 r. 600 punktów.

Tabela 8. Liczba i wartość znieczuleń wykonanych w trakcie porodu, rozliczanych jako dodatkowa procedura przy porodzie drogami natury⁴⁾

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba wykonanych produktów	Wartość wykonanych produktów (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	854	648 445
KUJAWSKO-POMORSKI	105	78 186
LUBELSKI	92	70 972
LUBUSKI	42	32 502
ŁÓDZKI	1 394	1 028 526

³⁾ Przez JGP należy rozumieć „Jednolite Grupy Pacjentów”.

⁴⁾ Tabela nie zawiera informacji o znieczuleniach wykonanych w ramach KOC I i KOC II/III.

MAŁOPOLSKI	983	752 457
MAZOWIECKI	8 903	6 689 102
OPOLSKI	89	66 186
PODKARPACKI	450	340 914
PODLASKI	220	165 280
POMORSKI	870	671 939
ŚLĄSKI	991	749 428
ŚWIĘTOKRZYSKI	164	120 932
WARMIŃSKO-MAZURSKI	287	224 544
WIELKOPOLSKI	36	27 311
ZACHODNIOPOMORSKI	0	0
RAZEM	15 480	11 666 724

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2022 r. rozliczono łącznie 242 902 świadczenia związane z porodem. Po odliczeniu porodów w wyniku cesarskiego cięcia (110 320), które zostały wykonane w znieczuleniu, szacuje się, że liczba wykonanych znieczuleń przy porodzie drogami natury przekracza 11,7%. Posiadane dane dotyczą faktycznie zrealizowanych procedur znieczulenia zewnątrzoponowego i nie pozwalają stwierdzić, czy tak niski procent znieczuleń zewnątrzoponowych jest wynikiem ograniczonej dostępności do nich, czy preferencji kobiet.

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 2023 r. poz. 991, 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.

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 dla lub w czasie porodu) zdecydowano o zapewnieniu im kompleksowego wsparcia i przyjęciu stosownych w tej mierze 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 2023 r. poz. 1923), 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). 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 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 NFZ, dedykowana jest 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 w oparciu o odrębną wycenę świadczeń w ramach grup noworodkowych. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń, możliwe jest uzyskanie przez świadczeniodawcę „premii” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych.

Tabela 9. 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 10. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2022 r.

Nazwa OW	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	40 895 083	40 783 272	3 589	3 117	1 242	515

LUBELSKI	8	106 996 936	106 408 614	8 668	7 533	3 646	10
LUBUSKI	3	37 408 979	35 654 568	3 018	2 726	1 575	0
ŁÓDZKI	6	69 453 020	58 693 344	6 692	5 556	3 155	619
MAŁOPOLSKI	4	125 741 691	124 975 678	10 005	9 148	4 374	2 003
OPOLSKI	2	14 444 420	14 197 094	1 471	1 246	640	0
PODKARPACKI	1	9 061 111	9 055 521	1 074	801	406	0
PODLASKI	1	33 104 423	30 941 900	2 238	1 997	999	509
POMORSKI	1	8 156 068	8 129 249	959	830	285	2
ŚLĄSKI	2	24 414 942	23 599 531	2 250	2 124	1 127	85
WIELKOPOLSKI	1	31 491 653	29 875 157	2 008	1 720	1 024	0
ZACHODNIOPOMORSKI	3	80 664 022	80 207 277	5 848	5 289	2 865	69
RAZEM	33	581 832 348	562 521 205	47 820	42 087	21 338	3 812

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Zgodnie z powyższymi danymi, w 2022 r. wartość świadczeń zrealizowanych w ramach KOC II/III wyniosła ogółem 562 521 205 (dla porównania w 2021 r. wartość tych świadczeń wyniosła 413 842 819 zł, w 2020 r. – 383 428 480 zł, a w 2019 r. – 346 095 008 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 wskazaniem – 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 wskazaniem 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 dedykowane są także noworodkom urodzonym 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.

W związku z ograniczoną dostępnością do świadczeń w zakresie DOK, biorąc pod uwagę zalecenia pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli oraz postulaty świadczeniodawców realizujących DOK, zarządzeniem Nr 211/2021/DSOZ z dnia 21 grudnia 2021 r. wprowadzono

modyfikację rozliczania świadczeń, pozwalającą bardziej elastycznie realizować plan opieki. Zmiany polegają na możliwości udziału w ocenie kwartalnej i rocznej zamiast (obowiązkowego dotychczas) okulisty, innego lekarza specjalisty, w zależności od wskazań medycznych (zgodnie z decyzją lekarza koordynującego) oraz dodaniu do katalogu świadczeń produktu rozliczeniowego: „dodatkowa konsultacja jednego lekarza specjalisty innego niż uczestniczący w poradach kompleksowych (częstotliwość: 24 razy w 3-letnim cyklu leczenia tj. 8 porad rocznie)” z możliwością jej rozliczania na zasadach określonych w zarządzeniu. Przepisy ww. zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.

Tabela 11. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2022 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentów	Wartość rozliczonych świadczeń	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKI	120	636 012	1
ŁÓDZKI	76	132 319	1
OPOLSKI	62	218 489	1
ŚLĄSKI	110	217 526	1
WIELKOPOLSKI	315	277 379	1
RAZEM:	683	1 481 725	5

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W świetle powyższych danych, w 2022 r. opieką w ramach DOK objęto 683 pacjentów, a wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła ogółem 1 481 725 zł (dla porównania w 2021 r. w ramach DOK udzielono świadczeń 604 pacjentom, w 2020 r. – 586 pacjentom, a w 2019 r. – 540 pacjentom).

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 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, 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 żałobie.

W 2022 r. świadczeniem perinatalnej opieki paliatywnej objęto 311 pacjentów. Wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 388 986 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 12. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej – liczba i wartość udzielonych świadczeń

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Wartość świadczeń – ogółem (w zł)	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKI	65	18	25 322	2
LUBELSKI	9	9	15 754	1
LUBUSKI	12	3	5 789	1
ŁÓDZKI	25	11	19 871	1
MAŁOPOLSKI	9	9	15 935	1
MAZOWIECKI	486	166	180 156	1
OPOLSKI	1	1	2 092	1
PODKARPACKI	57	36	56 832	1
PODLASKI	10	4	5 490	1
POMORSKI	34	12	17 675	2
ŚLĄSKI	4	4	2 902	1

WARMIŃSKO-MAZURSKI	2	2	4 014	1
WIELKOPOLSKI	95	36	37 154	1
RAZEM	809	311	388 986	15

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, bądź w ogłoszonym postępowaniu nie wpływała żadna oferta od świadczeniodawców. W tym zakresie będą podejmowane dalsze działania (otwierane 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”. Do programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 17, nie stosuje się przepisów ust. 1–16. Opracowany na tej podstawie przez ministra właściwego do spraw zdrowia program polityki zdrowotnej ma zatem szczególny charakter, ponieważ jest dedykowany wyłącznie wykonaniu ww. programu rządowego, 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 2022 r. zawarto umowy z 2 realizatorami zadania: „Wczesna rehabilitacja dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę

zagrożającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu”. Zawarcie umów odbyło się na podstawie konkursu ofert.

W ramach tego zadania został zakupiony sprzęt stanowiący wyposażenie ośrodków rehabilitacji dla dzieci udzielających świadczeń w ramach zakresu dziecięca opieka koordynowana (ośrodków koordynujących) w urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych: sprzęt rehabilitacyjny do kinezyterapii (stoły rehabilitacyjne do ćwiczeń z dziećmi, zestaw do ćwiczeń w odciążeniu, materace rehabilitacyjne, drabinki, lustra korekcyjne, schody, tory do nauki chodzenia), sprzęt do terapii metodami integracji sensorycznej (wałki, kliny, kształtki, dyski sensomotoryczne, maty stymulujące, piłki rehabilitacyjne dla dzieci, przyrządy wibrujące, bańki przyssawkowe) i zaburzeń mowy: szpatułki do wibratorów logopedycznych, płytki przedsionkowe, szpatułki logopedyczne, narzędzia do pionizacji i lateralizacji języka, tubka żuchwowa, tubki aprakcyjne, szczoteczki do masażu, łyżki do karmienia terapeutycznego, oprogramowanie wspomagające komunikację, sprzęt i oprogramowanie ułatwiające pracę z komputerem, w tym wspierające używanie przycisków, lustro kontrolne, testy praktyki i gnozy oraz inne testy językowe, gry dydaktyczne, próby grafomotoryczne. Łącznie zakupiono 70 szt. sprzętu. Wydatkowano środki finansowe w łącznej wysokości 57,0 tys. 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 2022 r. przedstawia się następująco.

Tabela 13. Opieka psychologiczna w ramach leczenia szpitalnego skierowana do kobiet po niepowodzeniu położniczym, podczas pobytu w szpitalu, w oddziale położniczym o III poziomie referencyjności

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (w zł)
DOLNOŚLĄSKIE	24	3 201
KUJAWSKO-POMORSKIE	7	921
LUBELSKIE	171	22 182
LUBUSKIE	27	4 858
ŁÓDZKIE	33	4 291
MAŁOPOLSKIE	136	18 356

MAZOWIECKIE	89	11 753
OPOLSKIE	18	3 322
PODKARPACKIE	69	9 093
PODLASKIE	19	2 520
POMORSKIE	3	392
ŚLĄSKIE	55	7 378
ŚWIĘTOKRZYSKIE	197	26 817
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	6	773
WIELKOPOLSKIE	103	13 743
ZACHODNIOPOMORSKIE	0	0
RAZEM:	957	129 600

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela 14. Opieka psychologiczna skierowana do kobiet w ciąży powiklanej rozliczana w rodzaju psychiatria i leczenie uzależnień

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba udzielonych świadczeń	Wartość udzielonych świadczeń w zł
MAZOWIECKI	1	153
ŚLĄSKI	4	1 204
WIELKOPOLSKI	1	199

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela 15. Świadczenia psychologiczne dedykowane kobietom w ciąży powiklanej w ramach KOC II/III

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba kobiet objętych opieką	Wartość świadczeń (w zł)	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKI	19	15 131	1
LUBELSKI	13	10 483	2
LUBUSKI	2	1 492	1
ŁÓDZKI	0	0	0
MAŁOPOLSKI	14	10 147	1
OPOLSKI	0	0	0
PODKARPACKI	0	0	0
PODLASKI	0	0	0
POMORSKI	0	0	0
ŚLĄSKI	0	0	0
WIELKOPOLSKI	3	2 378	1
ZACHODNIOPOMORSKI	124	91 581	3
Razem	175	131 212	9

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.7. Bezpłatne leki dla kobiet w ciąży – Program ciąża +

Zgodnie z art. 43b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) świadczeniobiorcom

w okresie ciąży przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki 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 2023 r. poz. 826, 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 ta jest uzupełniana i aktualizowana z każdym obwieszczeniem refundacyjnym. Od dnia 1 września 2023 r. lista obejmuje 394 produkty zawierające 42 substancje czynne w 33 grupach limitowych.

Wykaz zapewnia dostęp do bezpłatnych leków dla wszystkich kobiet w ciąży – od momentu stwierdzenia ciąży 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, jednak nie dłużej niż 15 dni po planowanej dacie porodu.

Receptę na leki refundowane (oznaczone jako leki „C”) może wystawić lekarz lub położna posiadający kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz inny lekarz – na podstawie zaświadczenia wystawionego przez lekarza lub położną, którzy stwierdzili ciążę.

Od początku istnienia Programu sukcesywnie rosła liczba osób, które z niego korzystały. Stabilizację osiągnięto w kwietniu 2021 r. – w kolejnych miesiącach liczba pacjentek oscylowała w granicach 18 tys. – 19 tys. pacjentek/mies., a w grudniu 2021 r. pierwszy raz przekroczona została liczba 20 tys. pacjentek/mies. W 2022 r. w połowie miesiąca przekroczona została granica 20 tys. pacjentek/mies. z rekordową liczbą 21 444 pacjentki korzystające z programu w czerwcu. Najmniej pacjentek skorzystało z Programu w maju 2022 r. – 18 932 pacjentki.

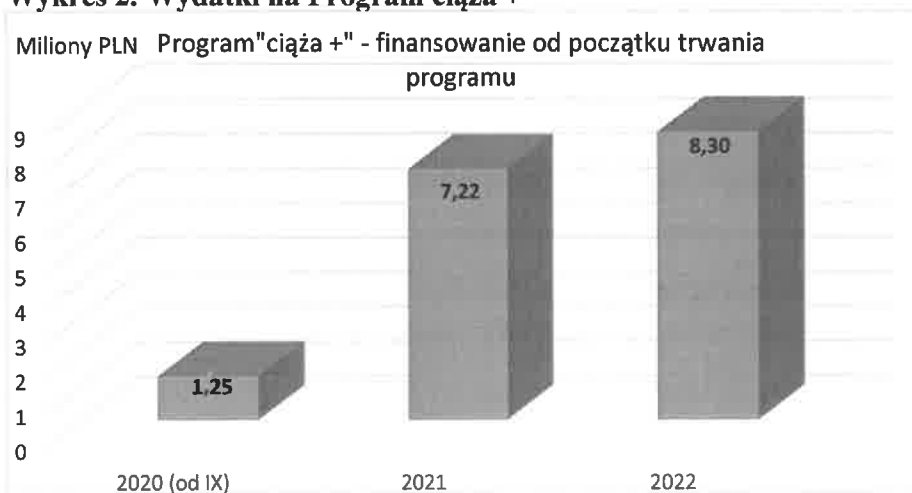
Wykres 1. Miesięczna liczba osób, które skorzystały z programu ciąża +.



Źródło: Ministerstwo Zdrowia, na podstawie raportów Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2022 r. limit wydatków na Program ciąża + wynosił 26 620 tys. zł. Łącznie w 2022 r. wydatkowano na ten cel 8 302 648,46 zł, co stanowiło 31,2% środków przewidzianych na Program w 2022 r.

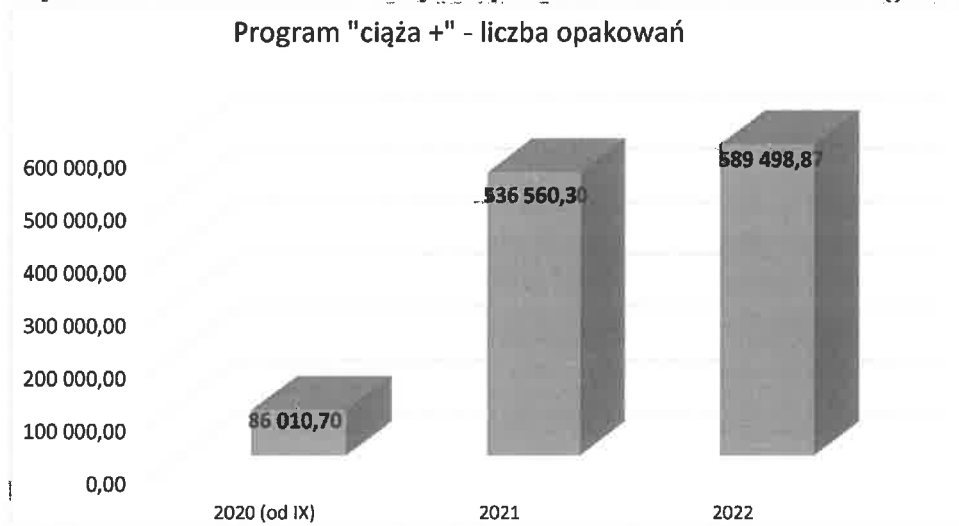
Wykres 2. Wydatki na Program ciąża +



Źródło: Ministerstwo Zdrowia, na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia

Łącznie od początku 2022 r. kobietom w ciąży zrefundowano 589 498,87 opakowań leków. Od początku wdrożenia Programu ciąża + liczba wydanych opakowań przekroczyła milion (1 212 069,87 opakowań).

Wykres 3. Liczba zrefundowanych opakowań leków w ramach Programu ciąży +



Źródło: Ministerstwo Zdrowia

Najczęściej realizowane są recepty na:

- leki przeciwzakrzepowe (enoksaparyna),
- progesteron (podjęzykowy i dopochwowy),
- hormony tarczycy (lewotyroksyna),
- insuliny (insulina izofanowa, insulina aspartum).

Pierwsza dziesiątka bezpłatnych leków z największą liczbą wydanych opakowań w 2022 r. nie różni się istotnie od tej z 2021 r., na obu listach znajdują się różne prezentacje leków Clexane, Neoparin, Luteina, Euthyrox.

W 2022 r. leki dodane do tzw. listy E to kolejne odpowiedniki obecnych już na liście substancji czynnych: beclometasoni dipropionas + formoteroli fumaras, fluticasoni propionas + salmeterolum, lamotrygina, lewotyroksyna sodowa, montelukast.

Większość leków usuniętych z wykazu posiada swoje odpowiedniki zawierające te same substancje czynne: acidum ursodeoxycholicum, fluticasoni propionas, formoterolum, montelukast, levetiracetamum – pacjentki pozostają nadal zabezpieczone w dany lek.

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 przez programy polityki zdrowotnej realizowane przez Ministra Zdrowia zgodnie

z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W 2022 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 2018–2023”

Celem głównym Programu jest poprawa stanu zdrowia dzieci nienarodzonych i noworodków, poprzez zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dzieci nienarodzonych. Cel poprawy stanu zdrowia dzieci nienarodzonych osiągnięty zostanie poprzez 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, poprzez 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 2022 r. w ramach programu sfinansowane zostały: 104 zabiegi ukierunkowane na różnorodne patologie płodu z następujących grup: kardiologiczne oraz z wykorzystaniem techniki fetoskopowej i fetoskopowo-laserowej, z implantacją shuntów, z podaniem leków, albumin bądź preparatów krwi do naczyń pępowinowych, związane z nakłuciem i odbarczeniem zmiany bądź podaniem czy redukcją płynu owodniowego – kordocenteza terapeutyczna. Ponadto sfinansowano zakup materiałów medycznych, a także specjalistycznego sprzętu medycznego do prowadzenia terapii wewnątrzmacicznych (zakupiono m.in.: fetoskop wraz z instrumentami fetoskopowymi, ultrasonograf, zestaw laparoskopowy z oprzyrządowaniem, inkubator transportowy itp.). Realizacja zadań przyczyniła się do podniesienia jakości wykonywanych zabiegów.

Kwota środków przekazanych realizatorom programu na jego realizację w 2022 r. wyniosła: 5 361 tys. zł.

2.2.2. „Rządowy program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019–2022”

Głównym celem realizowanych zadań w ramach Programu 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 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).

Należy przy tym zaznaczyć, że od kwietnia 2021 r. jedną z 30 chorób wrodzonych, w kierunku których prowadzone są badania w ramach Programu, jest SMA (rdzeniowy zanik mięśni). Badania wprowadzane były sukcesywnie w kolejnych województwach, a od marca 2022 r. objęły całą populację.

Szacuje się, że w Polsce rodzi się ponad 400 dzieci rocznie z wadami metabolicznymi. 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 akceptacji na wykonanie badania przesiewowego wyrażonego na piśmie przez matkę albo opiekuna prawnego dziecka. W 2022 r. odnotowano 190 odmów wykonania badań przesiewowych.

W 2022 r. wykonano badania w kierunku:

- hipotyreozy – 306 532 badania,
- fenyloketonurii – 338 508 badań,
- mukowiscydozy – 306 532 badania,
- rzadkich wad metabolicznych (grupa ponad 20 chorób) – 306 532 badania,
- wrodzonego przerostu nadnerczy – 306 532 badania,
- deficytu biotynidazy – 306 532 badania,
- rdzeniowego zaniku mięśni (od III.2022 cała populacja) – 295 336 badań.

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

- 1) centralny rejestr noworodków oraz bazy danych leczonych objętych badaniami przesiewowymi w oparciu o dane przekazane w systemie elektronicznej transmisji danych ze wszystkich ośrodków przesiewowych w kraju do bazy realizatora programu;
- 2) dystrybucję kodów paskowych i bibułek do pobrań do ośrodków wykonujących badania oraz wysyłkę bibułek 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:
 - ogólnodostępną zawierającą informacje o badaniach przesiewowych dla rodziców i lekarzy <http://przesiew.imid.med.pl>;
 - kodowaną, interaktywną dostępną dla uprawnionych osób (w tym dla kierowników laboratoriów przesiewowych), która umożliwia m.in.: uzyskanie informacji o badanych noworodkach w całej Polsce;
 - 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 2022 r. badania przesiewowe umożliwiły wykrycie 361 przypadków chorób wrodzonych.

Wykonanie programu w 2022 r. wyniosło: 39 577 tys. zł.

2.2.3. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026”

Programem leczenia antyretrowirusowego (ARV) objęte są osoby zakażone HIV, chore na AIDS, w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV, spełniające kryteria medyczne, których możliwość objęcia programem nie pozostaje w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, tj. ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Cele Programu:

- 1) obniżenie poziomu zakaźności pacjentów w trakcie leczenia w ramach Programu;
- 2) zmniejszenie poziomu śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV;
- 3) utrzymanie niewykrywalnego poziomu wirerii u pacjentów objętych Programem;
- 4) zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji osób przebywających na terenie kraju;

- 5) zmniejszenie zakaźności osób żyjących z HIV/AIDS (skuteczne leczenie ARV);
- 6) utrzymanie poziomu jakości życia (w perspektywie 5-letniej) u pacjentów, u których w okresie rozpoczęcia leczenia ARV, nie stwierdzono objawów choroby AIDS, obniżającej jakość życia w czterech jego głównych dziedzinach:
 - somatyczna (odczuwanie dyskomfortu/bólu, ocena własnej witalności, jakości snu, poczucie wydolności w codziennym życiu, ocena własnej zdolności do pracy, przekonanie o wysokiej wartości terapii w kontekście codziennego funkcjonowania),
 - społeczna (ocena relacji osobistych, życia intymnego, uzyskiwanego wsparcia społecznego),
 - psychologiczna (nastawienie do siebie samego, akceptacja własnego wyglądu, percepcja sensu życia, odczuwanie pozytywnych i negatywnych emocji, zdolność koncentracji uwagi),
 - środowiskowa (poczucie bezpieczeństwa, postrzeganie wpływu otoczenia na zdrowie, postrzeganie własnych finansów, dostępność potrzebnych informacji, możliwość samorealizacji, ocena warunków mieszkaniowych, dostępnych usług medycznych, możliwości samodzielnego przemieszczania się poza miejscem zamieszkania);
- 7) wzrost poziomu jakości życia (w perspektywie 5-letniej) u pacjentów, u których w okresie rozpoczęcia leczenia ARV stwierdzono objawy AIDS obniżającego jakość życia – dotyczy tych samych czterech głównych dziedzin życia, które zostały wymienione w punkcie 4 celów szczegółowych Programu;
- 8) dążenie do osiągnięcia celu UNAIDS: 95–95–95 – 95% osób zakażonych będzie znało swój status serologiczny, 95% wszystkich osób z rozpoznanym zakażeniem HIV rozpocznie terapię antyretrowirusową, 95% wszystkich osób przyjmujących leki antyretrowirusowe osiągnie supresję wirusa HIV < 50 kopii/ml;
- 9) zwiększenie dostępności do leków antyretrowirusowych pacjentów zakażonych HIV w Polsce;
- 10) zapewnienie leków antyretrowirusowych niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+; zakażenia wertykalne poniżej 1%;
- 11) zapewnienie leków antyretrowirusowych na postępowania poekspozycyjne na zakażenie HIV pozazawodowe wypadkowe; zero zakażeń po ekspozycji na HIV.

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.

Na realizację programu wydatkowano ogółem 399 931 tys. zł.

2.2.4. „Rządowy program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2021–2023”

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 celem głównym 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. Dodatkowo, w celu zapewnienia kompleksowej opieki w szeroko pojętym obszarze zdrowia prokreacyjnego, z uwzględnieniem wszystkich jego aspektów, w 2022 r. wyłoniono 5 nowych referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności. Dzięki temu sieć ośrodków została rozszerzona do 21 ośrodków referencyjnych, będących wysokospecjalistycznymi podmiotami leczniczymi zajmującymi się diagnostyką i leczeniem niepłodności, które zostały dobrze przygotowane do diagnostyki i leczenia par.

W 2022 r. dziesięciu ośrodkom referencyjnym został nadany status Centrum Zdrowia Prokreacyjnego. Powstanie Centrów Zdrowia Prokreacyjnego skupiających w jednym miejscu kompleksową opiekę zarówno prekoncepcyjną, perinatalną, poporodową oraz opiekę nad noworodkiem powinno sprzyjać w podjęciu decyzji przez rodziców objętych tą opieką o staraniu się o kolejne dziecko.

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:

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

W ramach Programu sfinansowano katalog 136 świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności.

Wydatki na realizację Programu w zakresie zadania „Kompleksowa diagnostyka i leczenie niepłodności oraz koordynacja programu”, w 2022 r. wyniosły 3 786 859,34 zł (według sprawozdania przekazanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia), natomiast w zakresie zadania „Utworzenie Centrów Zdrowia Prokreacyjnego” w 2022 r. wydatkowano kwotę 2 630 369,65 zł.

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 ds. 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 Uzależnieniom⁵⁾, będące jednostką podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W 2022 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 (odmatczyńnych)

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 pomiędzy 33. a 37. tygodniem ciąży.

W ponad 90% przypadków do zakażenia HIV u dzieci dochodzi w czasie ciąży, porodu lub karmienia piersią. Objęcie kobiety zakażonej HIV specjalistyczną opieką i właściwym postępowaniem daje 99% szans na urodzenia 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. Ryzyko transmisji wertykalnej HIV (w grupie kobiet niepoddających się profilaktyce) na terenie Europy wynosi 15–30%.

Z informacji zebranych z ośrodków pediatrycznych prowadzących terapię ARV wynika, iż w opiece medycznej nad dziećmi najważniejsze jest wczesne rozpoznanie zakażenia HIV i wczesne wdrożenie leczenia antyretrowirusowego, bez względu na poziom CD4 i wirēmii HIV. Rokowania co do dalszego rozwoju dziecka oraz jego stanu klinicznego w 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

⁵⁾ Z dniem 1 stycznia 2022 r. na mocy ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2469), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zostały przekształcone w Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

w ciąży leków ARV), u których zakażenie HIV zostało późno rozpoznane i dopiero wtedy włączono u nich leczenie ARV.

W Polsce zdarzają się przypadki późnego rozpoznania, nawet u kilku, kilkunastoletnich dzieci. Mają one głęboko uszkodzony układ immunologiczny i opóźniony rozwój fizyczny, a ograniczenie replikacji wirusa jest bardzo trudne.

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 HAART, najlepiej jeszcze przed upływem 3. miesiąca życia dziecka. Wczesne zastosowanie leczenia daje szansę na szybkie zahamowanie replikacji wirusa oraz chroni układ immunologiczny dziecka przed uszkodzeniami.

Skutecznie prowadzona terapia antyretrowirusowa, także u dzieci, ograniczyła częstość występowania zakażeń oportunistycznych i co za tym idzie – obniżyła koszty całkowite związane z kompleksowym leczeniem. Terapia HAART oraz związana z chorobą zasadniczą opieka specjalistyczna (w tym m.in. dodatkowe szczepienia) pozwala dzieciom bez większych ograniczeń funkcjonować w społeczeństwie i prawdopodobnie pozwoli im dożyć do starości.

W 2022 r., w ramach Programu profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV zostało objętych 108 kobiet ciężarnych zakażonych HIV. Odbyło się 61 porodów kobiet zakażonych HIV, a 47 kobiet na koniec 2022 r. było w ciąży (poród planowany w 2023 r.). Leki antyretrowirusowe otrzymało 61 noworodków.

Wartość profilaktyki zakażeń wertykalnych

W 2022 r. na koszt profilaktyki zakażeń wertykalnych (porody) składają się następujące części:

1. Koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży:

- a) ciążę zakończone porodem w 2022 r., tj. leczenie ARV w ciągu 9 mies. X 2 150,00 zł x 61 kobiet = 1 180 350,00 zł,
- b) pozostałe ciążę, przewidziane do zakończenia w 2023 r. średnio 5 mies. x 2 150,00 zł x 47 kobiet = 505 250,00 zł.

2. Zestaw leków dożylnych do porodu: 235,00 zł x 61 porodów = 14 335,00 zł.

3. Leki dla noworodków urodzonych przez matki HIV+: 1 812,12 zł x 61 dzieci = 110 539,32 zł.

Łącznie na profilaktykę wertykalną wydatkowano: 1 810 474,32 zł.

2.3.2. Leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV

Leczenie ARV dzieci zakażonych należy rozpocząć w warunkach szpitalnych jak najszybciej po rozpoznaniu zakażenia. 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%. Dlatego też należy jak najszybciej zahamować replikację wirusa. Warunkiem długotrwałej skuteczności terapii jest szybkie uzyskanie poziomu wirerii HIV RNA poniżej poziomu wykrywalności (<50 kopii/ml).

Leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także leczenie noworodków i niemowląt urodzonych przez kobiety zakażone HIV (profilaktyka zakażenia wertykalnego u noworodka) jest prowadzone według wskazań klinicznych, bez ograniczeń, które mają zastosowanie u osób dorosłych.

Przed rozpoczęciem terapii ARV wykonywane jest pierwsze badanie poziomu HIV RNA (ilościowe), lekooporność, obecność HLA*B5701 oraz poziom limfocytów CD4/CD8. Dziecko jest wypisywane po uzyskaniu spadku wirerii i wzrostu odsetka limfocytów CD4. Drugie badanie należy wykonać po 4 tygodniach i jeśli nadal stwierdza się istotny spadek wirerii, to dziecko kontynuuje leczenie w domu. Trzecie badanie kontrolne wykonuje się po 4 tygodniach (tj. 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia antyretrowirusowego).

Poza lekami ARV wszystkie dzieci urodzone przez matki zakażone HIV (w wieku 0–18 lat) otrzymują bezpłatnie szczepionki według specjalnego kalendarza szczepień, opracowanego indywidualnie przez ośrodek referencyjny leczenia dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Kalendarz szczepień dla dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV oparty jest na obowiązującym w Polsce programie szczepień ochronnych, który jest zgodny z zaleceniami międzynarodowymi. Jest on stale modyfikowany, zgodnie z postępami wiedzy medycznej i zmianami sytuacji epidemiologicznej. Terminy szczepień są ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego dane dziecko.

W ramach Programu leczenia ARV, na dzień 31 grudnia 2022 roku, leczeniem ARV objętych było 185 dzieci (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS.

W 2022 r. koszt leczenia antyretrowirusowego 185 dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS wyniósł: 4 212 629,94 zł (średni koszt leków antyretrowirusowych na dwanaście miesięcy terapii, w przeliczeniu na jedno dziecko wyniósł 26 044,08 zł). Wymienione koszty leczenia

dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV.

2.3.3. Profilaktyka w zakresie HIV/AIDS wobec kobiet w ciąży, planujących macierzyństwo oraz ich partnerów

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 www.aids.gov.pl, na którym są zamieszczone aktualne i kompleksowe materiały i informacje dotyczące HIV i AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Działalność informacyjno-edukacyjna jest także realizowana przez Internetową Poradnię HIV/AIDS. Wejście na stronę tej Poradni możliwe jest bezpośrednio ze strony Krajowego Centrum ds. 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 ds. AIDS działa Telefon informacyjny (022 331 77 66) – czynny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Centrum. Umożliwia on uzyskanie podstawowych informacji z zakresu HIV/AIDS. Poruszano głównie takie problemy, jak: interpretacja wyniku testu przesiewowego, ocena ryzyka narażenia na zakażenie HIV, diagnostyka HIV, dostępność profilaktyki poekspozycyjnej PEP. Poza Telefonem Informacyjnym działa również bezpłatny Telefon Zaufania AIDS (800 888 448). Program Telefon Zaufania AIDS jest profilaktycznym programem ogólnopolskim, skierowanym do populacji ogólnej, zainteresowanej problematyką HIV/AIDS, ze szczególnym uwzględnieniem osób podejmujących zachowania ryzykowne, sprzyjające zakażeniu wirusem. Odbiorcą jest indywidualny rozmówca, który może poszerzyć swoją wiedzę, obniżyć poziom lęku, lepiej zadbać o własne bezpieczeństwo, otrzymać aktualną informację medyczną lub adres punktu testowania.

Krajowego Centrum ds. AIDS wydaje również biuletyn informacyjny – *Kwartalnik „Kontra”*. Publikowane w nim w 2022 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 zwodów medycznych.

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

Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi także fanpage na portalu społecznościowym Facebook.

Na portalu umieszczane są posty dotyczące bieżącej działalności Krajowego Centrum ds. AIDS, komunikaty związane z pracą PKD, 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.

Realizując zadania w zakresie działań edukacyjno-informacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa Krajowe Centrum ds. AIDS przeprowadziło kampanię społeczną pod hasłem: „Jedyny taki test” (#jedynytakitest). Celem kampanii było zachęcenie – w szczególności ludzi młodych – do wykonania, najczęściej po raz pierwszy w życiu, testu w kierunku HIV jako wyrazu troski o własne zdrowie. Ważne było również przekazanie informacji, że w każdym województwie działa przynajmniej jeden punkt konsultacyjno-diagnostyczny, a w nim można bezpłatnie, bez skierowania i anonimowo wykonać test w kierunku HIV. W większości tych punktów jest też możliwe wykonanie testów w kierunku HCV i kiły.

Środki finansowe przeznaczone na zadanie: 422 168,20 zł.

W ramach kontynuacji zadań związanych z rozwojem, wzmocnieniem systemu szkoleń i popularyzowaniem informacji na temat HIV/AIDS/STIs zrealizowano szkolenie skierowane do konsultantów Telefonu Zaufania HIV/AIDS. Szkolenie miało na celu poszerzenie i aktualizację wiedzy pracowników Telefonu Zaufania nt. HIV/AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs).

We współpracy ze Stowarzyszeniem Profilaktyki Zdrowotnej „JEDEN ŚWIAT”, przeprowadzono szkolenie certyfikacyjne upoważniające do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS oraz innych STIs. Szkolenie rozpoczęło się w dniu 26 maja 2022 r. testem kwalifikacyjnym, a zakończyło egzaminem (12–13 listopada 2022 r.). Zjazdy dwóch grup odbywały się równolegle, spotkania obejmowały 40 godzin zegarowych zajęć, dodatkowo 2 godziny przeznaczono na spotkanie powitalne i omówienie spraw organizacyjnych. Częścią szkolenia były też: staż w wybranym PKD, warsztaty i superwizja.

Środki finansowe przeznaczone na zadanie: 77 715,11 zł.

Równocześnie, Krajowe Centrum ds. AIDS kontynuowało prowadzenie portalu edukacyjnego <http://www.hiv-aids.edu.pl>. Portal edukacyjny przeznaczony jest dla pracowników

wykonujących zawód medyczny: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, pracowników laboratoriów, punktów krwiodawstwa, innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV, oraz osób zainteresowanych tematyką HIV/AIDS, którzy 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 również przez dystrybucję publikacji tematycznych:

- Plakat informacyjny i ulotka informacyjna dla uchodźców z Ukrainy w dwóch wersjach językowych,
- Broszura pt. „Pilnie potrzebuję pomocy”,
- Broszura dla młodzieży „HIV?! AIDS?! O co kaman?”,
- Seria ulotek „Powiedz STOP wirusom” nt. zakażeń przenoszonych drogą płciową

Środki finansowe przeznaczone na te zadania: 327 462,80 zł.

W 2022 r. na terenie całego kraju funkcjonowało 27 punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. W trzecim kwartale 2022 r. – w ramach pilotażu – rozpoczęto w PKD również testowanie w kierunku kiły i HCV.

Podstawowym zadaniem realizowanym w PKD 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 klient 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 STIs w odniesieniu do indywidualnych zachowań klienta. Jeżeli wynik testu jest ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłości nie zakażyć się wirusem. Jeśli wynik testu w kierunku HIV jest dodatni, doradca przekazuje informacje nt. możliwości leczenia i świadczeń pomocowych.

Od dnia 1 stycznia do 31 grudnia 2022 r. w PKD w Polsce przyjęto 32 376 klientów, w tym 2 867 cudzoziemców. U 32 056 osób wykonano testy przesiewowe, w tym 31,3% testów szybkich. Wyniki ujemne uzyskano w 22 559 testach przesiewowych i w 9 934 szybkich testach

przesiewowych. W testach potwierdzenia uzyskano 528 wyników dodatnich, 61 wyników ujemnych oraz 12 wyników nieokreślonych.

2.3.4. Działania w zakresie zdrowia kobiet w ciąży oraz matek z dziećmi, w tym działania w obszarze zapobiegania, diagnostyki i leczenia FAS/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 FAS 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 (dalej nazywane też KCPU) podejmowało w 2022 r. szereg działań mających na celu rozwój wiedzy dotyczącej szkodliwego wpływu alkoholu na dziecko w okresie płodowym i związanych z tym konsekwencji, a także ulepszenia dostępności do wysokiej jakości usług diagnostycznych i terapeutycznych dla chorych i ich rodzin. Działania były adresowane do 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.

1) Strona internetowa www.ciazabezalkoholu.pl

W ramach edukacji publicznej w zakresie profilaktyki picia alkoholu przez kobiety w ciąży KCPU prowadziło stronę internetową www.ciazabezalkoholu.pl. Prowadzona przez tę stronę edukacja obejmowała szkody spowodowane spożywaniem alkoholu przez kobiety w czasie ciąży, profilaktykę Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych oraz metody budowania systemu wsparcia dzieciom z FASD i ich rodzinom. Na stronie www.ciazbezaloholu.pl znajdują się zakładki dla rodziców wychowujących dzieci z FASD, dla wychowawców pracujących z dziećmi, dla specjalistów, zwłaszcza w zakresie diagnozy FASD, dla dorosłych osób z FASD. Znajdują się na niej informacje na temat wpływu alkoholu na rozwój płodu, metod pracy z dziećmi o płodowej ekspozycji na alkohol (PAE – Prenatal Alcohol Exposure), kampanii edukacyjnych oraz miejsc pomocy, diagnozy i terapii FASD.

W każdym miesiącu od początku 2022 r. na stronę wstawiane były nowe treści edukacyjno-profilaktyczne i naukowe. Łącznie w 2022 r. pojawiło się na niej 120 artykułów naukowych i 120 wiadomości dotyczących problematyki FASD.

2) Obchody Światowego dnia FASD

KCPU prowadziło również edukację publiczną z wykorzystaniem mediów społecznościowych. Z wykorzystaniem strony blogowej www.ciazabezalkoholu.info upowszechniane są treści edukacyjne na portalach społecznościowych na Facebooku i Instagramie. Systematycznie w każdym tygodniu publikowane są nowe posty oraz prowadzona jest korespondencja z osobami komentującymi wpisy. W 2022 r. łączna liczba wyświetleń wyniosła około 600 000.

W związku z obchodami Dnia Świadomości FASD w dniu 9 września 2022 r. zrealizowano działania edukacyjne upowszechniające wiedzę o szkodliwym wpływie alkoholu na płód. Zawarto umowę z Polską Agencją Prasową na przygotowanie pakietu materiałów i ich dystrybucję do różnych mediów. Nagrany został materiał filmowy z udziałem 3 ekspertów oraz artykuł prasowy, i tego dnia zostały one opublikowane w serwisach PAP i za pośrednictwem kanałów agencji prasowej przesłane do innych mediów.

3) Rada do spraw profilaktyki i terapii FASD

W dniu 2 czerwca 2022 r. została powołana Rada do Spraw FASD. W jej skład weszło 8 przedstawicieli różnych specjalizacji związanych z diagnostyką i systemem pomocy dzieciom z FASD oraz przedstawiciel KCPU. Celem powołania Rady do Spraw FASD jest 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. Drugim etapem działania Rady do Spraw FASD będzie koordynacja działań zmierzających do realizacji przyjętej Strategii.

4) Szkolenia dla grup zawodowych

Kontynuowano działania szkoleniowe dla różnych grup zawodowych, między innymi: szkolenia dla nauczycieli w zakresie wsparcia dzieci z FASD w edukacji (e-learning); szkolenia dla rodziców adopcyjnych i zastępczych z zakresu FASD; szkolenia pielęgniarek i położnych w zakresie profilaktyki FASD.

W ramach realizacji zadań własnych Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom na realizację powyższych działań zawarto umowy na kwotę 46 899,60 zł.

Ponadto w ramach realizacji zadań konkursowych finansowanych z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych zawarto umowy na łączną kwotę 338 760,00 zł. Przedmiotem ww. umów były:

1) Organizacja ogólnopolskiej konferencji „Wokół systemu pomocy dzieciom z FASD – potrzeby, zasoby i wyzwania”, która odbyła się 4 października 2022 r. w Sejmie RP. Na ten cel przeznaczono 27 350,00 zł;

2) Szkolenia dla rodziców adopcyjnych dzieci z FASD.

W 2022 r. opracowano materiały i przeprowadzono rekrutację uczestników szkoleń, a także zrealizowano trzy sesje szkoleniowe on-line. Psychoedukacja została przeprowadzona w formie wykładów/warsztatów on-line z wykorzystaniem platformy Zoom. Zgodnie z konspektem w trakcie każdego zjazdu zostało przeprowadzonych 11 godzin dydaktycznych w formie on-line oraz grupy wsparcia. W trakcie zjazdów uczestnicy umawiali się także na konsultacje indywidualne ze specjalistami. Na ten cel przeznaczono 47 080,00 zł.

3) Realizacja 2 sesji szkolenia dla rodziców adopcyjnych i zastępczych, w których łącznie udział wzięło 16 osób. Szkolenie miało formę treningu psychologicznego, obejmującego dwa zjazdy po 40 godz. zajęć każdy. W programie zostały przewidziane dwa spotkania dla jednej grupy.

Pierwszy zjazd został poświęcony pracy nad stylem regulacji emocji u rodziców, drugi dotyczył stylu regulacji emocji u dziecka i wzajemnego dostrajania. Na ten cel przeznaczono 64 280,00 zł

4) Realizacja 3 edycji szkolenia dla rodziców adopcyjnych i zastępczych, w których łącznie udział wzięło 60 osób. Każda edycja szkolenia obejmuje 48 godz. zajęć, realizowanych w formie wykładów, warsztatów oraz grup wsparcia. W ramach każdej edycji odbywają się 3 zjazdy weekendowe po 16 godz. zajęć każdy, w tym 6 godz. wykładów, 7 godz. warsztatów oraz 3 godz. grupy wsparcia. Szkolenia prowadzone są w formie hybrydowej. Szkolenie porusza tematy: FASD jako zaburzenie neurorozwojowe, rozumienie zachowania dziecka z FASD, adokomodacje dla dzieci z FASD w domu i w szkole, model wsparcia i pomocy dla dzieci z FASD, żywienie i suplementacja dzieci z FASD oraz wsparcie dziecka z FASD w edukacji. Na ten cel przeznaczono 100 120,00 zł.

5) Szkolenie dla personelu medycznego. Celem zadania było zwiększenie kompetencji pielęgniarek i położnych w zakresie profilaktyki, motywowania do zmiany i rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych wskazujących na FASD. W szkoleniach wzięły udział 53 osoby. Na ten cel przeznaczono 99 930,00 zł.

ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIETAMI 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 poprzez pomoc materialną i opiekę nad kobietami w ciąży znajdującymi się w trudnych warunkach materialnych oraz poprzez 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 2023 r. poz. 1465);
- 2) ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1230, 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 2024 r. poz. 146);
- 4) ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 323, z późn. zm.);
- 5) ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.);
- 6) ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735, z późn. zm.);
- 7) ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2024 r. poz. 338);
- 8) ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 177, z późn. zm.);
- 9) ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2024 r. poz. 421);

- 10) ustawa z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2023 r. poz. 1993, z późn. zm.);
- 11) ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2023 r. poz. 1923).

3.1. Świadczenia rodzinne

3.1.1. Świadczenia wspierające rodziny z dziećmi

3.1.1.1. Świadczenie wychowawcze w ramach programu „Rodzina 500+”

Najważniejsze narzędzie polityki rodzinnej w Polsce stanowi rządowy program „Rodzina 500+” wprowadzony w dniu 1 kwietnia 2016 r. ustawą z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci. W ramach programu „Rodzina 500+” rodzinom z dziećmi na utrzymaniu przysługuje świadczenie wychowawcze w wysokości 500 zł miesięcznie na dziecko od urodzenia do ukończenia 18. roku życia.

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) oraz w określonych przypadkach także dyrektor domu pomocy społecznej. Dodatkowo, zgodnie z wprowadzonymi od 2022 r. zmianami w ramach programu „Rodzina 500 +”, o świadczenie wychowawcze, mogą ubiegać się także osoby sprawujące pieczę zastępczą, tj.: rodziny zastępcze, osoby prowadzące rodzinny dom dziecka, dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych – w miejsce dotychczasowego dodatku wychowawczego.

Świadczenie wychowawcze ma charakter powszechny i przysługuje niezależnie od dochodu rodziny. Istota programu „Rodzina 500+” polega na realnym wsparciu rodziców wychowujących dzieci wysoką kwotą świadczenia – 6 000 zł rocznie na każde dziecko od urodzenia do ukończenia 18. roku życia.

Jest najbardziej znaczącą i realnie odczuwalną pomocą finansową ze strony państwa dla rodzin wychowujących dzieci. Program zagwarantował lepsze warunki zakładania rodzin i wychowania dzieci i dlatego jest uznawany za jeden z najlepszych sposobów wspierania rodzin z dziećmi niemal we wszystkich grupach społecznych, przy jednoczesnym poszanowaniu jej autonomii.

W grudniu 2022 r. świadczenie wychowawcze przysługiwało na 7 017,9 tys. dzieci do ukończenia 18. roku życia⁶⁾.

W związku z realizacją w 2022 r. programu „Rodzina 500+” do rodzin trafiło z budżetu państwa 42 035,0 mln zł⁷⁾.

3.1.1.2. Rodzinny kapitał opiekuńczy oraz dofinansowanie pobytu w żłobku

W 2022 r. na mocy ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym (Dz. U. z 2023 r. poz. 883), wprowadzone zostały nowe instrumenty finansowe wsparcia rodzin, z których mogą korzystać rodziny z małymi dziećmi, w postaci nowego świadczenia – rodzinnego kapitału opiekuńczego oraz dofinansowania do pobytu dziecka w instytucji opieki dla dzieci do lat 3.

Rodzinny kapitał opiekuńczy to dodatkowy instrument wsparcia ułatwiający łączenie rodzicielstwa z pracą zawodową. Celem świadczenia jest zmniejszenie ekonomicznych ograniczeń związanych z finansowaniem opieki nad dzieckiem w wieku między 12. a 35. miesiącem życia, w szczególności wśród młodych ludzi decydujących się na posiadanie kolejnego potomstwa. Jest to okres, gdy co do zasady, zakończyło się wsparcie w postaci zasiłku macierzyńskiego a jednocześnie nie rozpoczęło się jeszcze wsparcie w postaci prawa do opieki przedszkolnej.

Rodzinny kapitał opiekuńczy jest świadczeniem pieniężnym wypłacanym rodzicom na pokrycie kosztów opieki nad drugim 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

⁶⁾ Łącznie ze wsparciem dla obywateli Ukrainy na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2024 r. poz. 167, z późn. zm.).

⁷⁾ Łącznie ze wsparciem dla obywateli Ukrainy na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.

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.

W 2022 r. rodzinnym kapitałem opiekuńczym objęto 553 tys. dzieci⁸⁾. W związku z realizacją w 2022 r. rodzinnego kapitału opiekuńczego do rodzin trafiło z budżetu państwa 3 501,3 mln zł⁹⁾.

W 2022 r. dofinansowaniem obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna objęto 81 tys. dzieci¹⁰⁾. W związku z realizacją w 2022 r. dofinansowania obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna do rodzin trafiło z budżetu państwa 330,7 mln zł¹¹⁾.

3.1.1.3. 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. 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;

⁸⁾ Łącznie ze wsparciem dla obywateli Ukrainy na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.

⁹⁾ Łącznie ze wsparciem dla obywateli Ukrainy na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.

¹⁰⁾ Łącznie ze wsparciem dla obywateli Ukrainy na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.

¹¹⁾ Łącznie ze wsparciem dla obywateli Ukrainy na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.

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:

- wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej (95 zł miesięcznie),
 - 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),
 - 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),
 - rozpoczęcia roku szkolnego (100 zł jednorazowo),
 - 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 1922 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 matce albo ojcu dziecka, opiekunowi faktycznemu dziecka, spokrewnionej rodzinie zastępczej lub osobie, która przysposobiła dziecko.

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.

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 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 funkcjonują także świadczenia opiekuńcze:

- 1) zasiłek pielęgnacyjny – adresowany do 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.

Świadczeniem opiekuńczym, o które mogą ubiegać się przede wszystkim rodzice sprawujący opiekę nad niepełnosprawnym dzieckiem, jest świadczenie pielęgnacyjne.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje matce albo ojcu, opiekunowi faktycznemu dziecka, osobie będącej rodziną zastępczą spokrewnioną oraz innym osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2023 r. poz. 2809, z późn. zm.), ciąży obowiązek alimentacyjny względem osoby niepełnosprawnej.

O świadczenie pielęgnacyjne mogą ubiegać się osoby, które nie podejmują zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub rezygnują z nich, aby osobiście opiekować się niepełnosprawnym dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o szczególnych wskazaniach co do opieki osoby trzeciej lub osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje niezależnie od dochodu, a jego wysokość podlega corocznej waloryzacji w oparciu o procentowy wskaźnik wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę.

W 2022 r. kwota świadczenia pielęgnacyjnego wynosiła 2119 zł miesięcznie.

W 2022 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- 1) przeciętnie miesięcznie 300,6 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 333,4 mln zł;
- 2) 62 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 47,3 mln zł;
- 3) przeciętnie miesięcznie 25,6 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 114,1 mln zł;
- 4) przeciętnie miesięcznie 13,7 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego w wieku do 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 14,5 mln zł;
- 5) 153 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 153 mln zł;
- 6) przeciętnie miesięcznie 62,3 tys. świadczeń rodzicielskich na kwotę ogółem w skali roku 678,5 mln zł.

Ponadto gminy wypłaciły ze środków własnych 7,1 tys. zapomóg z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 5,5 mln zł oraz 1,0 tys. podwyższeń ustawowej kwoty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 0,4 mln zł.

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.

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 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 wynosi 900 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 2022 r. przeciętnie miesięcznie wypłacano 189,4 tys. świadczeń z funduszu alimentacyjnego na kwotę ogółem w skali roku 952,5 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 wystawionym przez położną. Jednorazowe świadczenie przysługuje bez względu na osiągnięte dochody.

W 2022 r. wypłacono 3,9 tys. świadczeń na kwotę 15,7 mln zł.

3.1.2. Wspieranie rodziny i system pieczy zastępczej

W 2022 r. był realizowany „Program asystent rodziny na rok 2022”, którego celem było wzmocnienie asystentów rodziny w systemie wspierania rodziny, w tym realizacji przez asystenta rodziny wsparcia, o którym mowa w art. 8 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” poprzez przyznanie asystantom dodatków do wynagrodzenia asystentów rodziny w wysokości do 3 000 zł brutto w formie jednorazowej lub podzielonej na kilka części na każdego asystenta rodziny zatrudnionego w gminie na dzień ogłoszenia Programu, proporcjonalnie do wymiaru etatu. Celem Programu była pomoc w realizacji zadań wykonywanych przez asystentów rodziny, będących ważnym ogniwem w systemie wsparcia rodzin.

Dofinansowanie w ramach „Programu asystent rodziny na rok 2022” było adresowane do gminnych jednostek samorządu terytorialnego, których obowiązkiem jest realizacja zadań wynikających z ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

W ramach Programu ze środków finansowych mogły korzystać za pośrednictwem gmin również podmioty niepubliczne, które zgodnie z art. 190 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej realizują zadanie pracy z rodziną na zlecenie samorządu.

Zgodnie ze sprawozdaniem z wykonania planu finansowego Funduszu Pracy za rok 2022 r. – kwota wydatkowana w ramach Programu asystent rodziny na rok 2022 wyniosła 7 873 tys. zł. Wsparciem finansowym z Programu zostało objętych 2 989 asystentów rodziny. W 2022 r. opieką asystenta rodziny było objętych 42 527 rodzin (dane na podstawie sprawozdań rzeczowo-

finansowych za 2022 r.), zaś liczba dzieci w rodzinach objętych opieką asystenta wyniosła 77 216 (dane na podstawie sprawozdania z Programu). Liczba rodzin, którym udzielono porad dla kobiet i rodzin w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” wyniosła 704, zaś liczba dzieci w tych rodzinach wyniosła 1 228 dzieci, w tym pomoc asystenta rodziny dotyczyła 107 rodzin z kobietą w ciąży zagrożonej (dane na podstawie sprawozdania z Programu).

Na koniec grudnia 2022 r. w pieczy zastępczej (rodzinnej i instytucjonalnej) przebywało łącznie 73 400 dzieci (w tym 1 157 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia).

Na podstawie Informacji Rady Ministrów o realizacji w 2022 r. ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej w rodzinnych i instytucjonalnych formach pieczy zastępczej przebywało łącznie 131 małoletnich matek (91 w rodzinnych formach, 40 w instytucjonalnych formach).

Zgodnie z danymi przedstawionymi w Informacji Rady Ministrów o realizacji w 2022 r. ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w 2022 r. przysposobiono 2 763 dzieci (na podstawie sprawozdawczości Ministerstwa Sprawiedliwości).

3.1.3. 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, 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 świadczenia wychowawczego w ramach Programu „Rodzina 500+”, w sprawach z wniosków składanych od dnia 1 stycznia 2022 r., zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), który przejął zadania związane z obsługą ww. świadczenia w miejsce dotychczasowych

realizatorów programu – głównie gminnych organów właściwych. Od 1 stycznia 2022 r. ZUS realizuje także rodzinny kapitał opiekuńczy, a od dnia 1 kwietnia 2022 r. dofinansowanie obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna.

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 świadczenia wychowawczego oraz rodzinnego kapitału opiekuńczego, a także dofinansowania do pobytu w żłobku dana osoba powinna zwrócić się do ZUS. Szczegółowe informacje na temat ww. świadczeń realizowanych przez ZUS można także uzyskać na stronie: <https://www.zus.pl/>.

Informacje dotyczące warunków przyznawania ww. świadczeń są powszechnie dostępne także na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pod adresem: www.gov.pl/web/rodzina.

Na stronach internetowych prowadzonych przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej – www.gov.pl/rodzina oraz empatia.mpips.gov.pl znajdują się także praktyczne informacje na temat opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, zarówno dla rodziców (w tym informacja o instytucjach wpisanych do rejestru żłobków i klubów dziecięcych oraz wykazu dziennych opiekunów), jak i dla podmiotów prowadzących lub planujących założyć instytucje opieki nad dziećmi w wieku do lat 3.

Informacje na temat systemu wspierania rodziny, pieczy zastępczej oraz adopcji znajdują się bezpośrednio w jednostkach organizacyjnych wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (samorządowych poszczególnych samorządów terytorialnych oraz w podmiotach, którym zlecono realizację zadań z tego obszaru), a także na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej www.gov.pl/web/rodzina.

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;
- 2) świadczenie rehabilitacyjne;
- 3) zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego;
- 4) zasiłek macierzyński;
- 5) zasiłek opiekuńczy.

Ponadto na podstawie przepisów ustawy z dnia 3 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2024 r. poz. 340, z późn. zm.) w 2022 r. przysługiwał dodatkowy zasiłek opiekuńczy.

Należy zaznaczyć, że ustawą z dnia 7 października 2022 r. o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2140, z późn. zm.) wprowadzone zostały zmiany w przepisach w zakresie zasiłku macierzyńskiego przysługującego z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie. Wydłużona została górna granica wieku przysposobianego dziecka, umożliwiającą skorzystanie z zasiłku macierzyńskiego. Zgodnie z wprowadzonymi zmianami zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu, który przyjął na wychowanie dziecko w wieku do 14. roku życia i wystąpił do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia. Ustawa weszła w życie 1 lutego 2023 r.

Ponadto ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 641) wprowadzone zostały zmiany w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku. Zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu rodzicielskiego wynosi 70% podstawy wymiaru zasiłku.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego przysługuje w wysokości 81,5% podstawy wymiaru w przypadku, gdy ubezpieczona nie później niż w ciągu 21 dni po porodzie złoży wniosek o wypłacenie zasiłku macierzyńskiego za cały okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego w części dotyczącej 9 tygodni przysługujących wyłącznie ubezpieczonemu, drugiemu rodzicowi dziecka wynosi 70% podstawy wymiaru zasiłku.

Ustawa weszła w życie 26 kwietnia 2023 r.

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.

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 śmierci pracodawcy, ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy i której nie zapewniono innego zatrudnienia, 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. W 2022 r. zasiłek macierzyński przysługiwał ubezpieczonej, która urodziła dziecko w okresie ubezpieczenia chorobowego lub w okresie urlopu wychowawczego lub przyjęła dziecko w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego w wieku do 10. roku życia, i wystąpiła do sądu opiekuńczego w sprawie przysposobienia albo przyjęła dziecko na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej.

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. Urlop i zasiłek macierzyński z tytułu urodzenia dziecka przysługują przez okres:

- 20 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- 31 tygodni w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie,
- 33 tygodni w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie,

- 35 tygodni w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie,
- 37 tygodni w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie.

Na wniosek ubezpieczonej matki dziecka lub ubezpieczonego ojca dziecka, bezpośrednio po zasiłku macierzyńskim za okres urlopu macierzyńskiego przysługuje prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony w Kodeksie pracy jako okres urlopu rodzicielskiego. W 2022 r. zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego przysługiwał w wymiarze do:

- 32 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka,
- 34 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 ustalony przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu ojcowskiego, przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku.

W 2022 r. zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy jako okres urlopu rodzicielskiego przysługiwał w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku za okres do:

- 6 tygodni urlopu rodzicielskiego – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- 8 tygodni urlopu rodzicielskiego – w przypadku urodzenia przy jednym porodzie dwojga lub więcej dzieci.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego przysługujący po upływie powyższych okresów wynosił 60% podstawy wymiaru zasiłku.

Zasiłek macierzyński za okresy wszystkich wymienionych wyżej urlopów przysługiwał w wysokości 80% podstawy wymiaru, pod warunkiem, że ubezpieczona nie później niż w ciągu 21 dni po porodzie złożyła pisemny wniosek o udzielenie po urlopie macierzyńskim albo urlopie na warunkach urlopu macierzyńskiego urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze i wypłatę zasiłku macierzyńskiego.

W przypadku, gdy miesięczna kwota zasiłku macierzyńskiego pomniejszonego o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych, jest niższa od kwoty świadczenia rodzicielskiego wynoszącej 1.000 zł, kwotę zasiłku netto podwyższa się do kwoty świadczenia rodzicielskiego.

W 2022 r. zasiłki macierzyńskie wypłacono dla 635 348 osób, w tym za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego dla 357 838 osób, a za okres urlopu ojcowskiego dla 182 539 ubezpieczonych ojców dzieci.

5) zasiłek macierzyński za okres urlopu ojcowskiego

W 2022 r. ubezpieczony ojciec wychowujący dziecko miał prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu ojcowskiego przez okres do 2 tygodni, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 24 miesięcy życia.

Do zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu ojcowskiego miał prawo ubezpieczony ojciec wychowujący dziecko przysposobione, nie dłużej niż do upływu 24 miesięcy od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie i 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 dziecko 10. roku życia.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu ojcowskiego przysługuje nawet, jeśli matka dziecka nie jest osobą ubezpieczoną i nie ma uprawnień do zasiłku macierzyńskiego. Przysługuje także niezależnie od urlopu macierzyńskiego przysługującego ubezpieczonej matce dziecka oraz ewentualnego korzystania przez ubezpieczonego ojca wychowującego dziecko z zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego.

W 2022 r. zasiłki macierzyńskie z tytułu urlopu ojcowskiego wypłacono dla 182 539 ubezpieczonych ojców dzieci.

6) zasiłek opiekuńczy

Zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym, zwolnionym od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat w przypadkach określonych w ustawie, chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat albo innym chorym członkiem rodziny.

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:

- 60 dni w roku kalendarzowych – z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do lat 14, w tym także dziećmi niepełnosprawnymi w tym wieku,
- 14 dni w roku kalendarzowym – z tytułu opieki nad innymi członkami rodziny, w tym chorymi dziećmi w wieku powyżej 14 lat,
- 30 dni w roku kalendarzowym, jeśli opieka sprawowana jest nad chorym dzieckiem niepełnosprawnym w wieku powyżej 14 do ukończenia 18 lat, albo dzieckiem niepełnosprawnym w wieku powyżej 8 do ukończenia 18 lat, jeśli w wyniku porodu, choroby albo pobytu w szpitalu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, którzy stale opiekują się dzieckiem, nie mogą oni opiekować się dzieckiem niepełnosprawnym.

Zasiłek opiekuńczy wynosi 80% podstawy wymiaru.

7) dodatkowy zasiłek opiekuńczy

W przypadku zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola, szkoły lub innej placówki, do których uczęszcza dziecko, albo niemożności sprawowania opieki przez nianię lub dziennego opiekuna z powodu COVID-19 rodzicom dzieci do lat 8 w 2022 r. przysługiwał dodatkowy zasiłek opiekuńczy, jeżeli rodzic sprawował osobistą opiekę nad dzieckiem. Dodatkowy zasiłek opiekuńczy przysługiwał w wyżej wymienionych przypadkach ubezpieczonym rodzicom dzieci w wieku do 16 lat, które mają orzeczenie o niepełnosprawności, dzieci w wieku do 18 lat, które mają orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz dzieci w wieku do 24 lat, które mają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.

Dodatkowy zasiłek opiekuńczy przysługiwał także rodzicom lub opiekunom pełnoletnich osób niepełnosprawnych zwolnionych od wykonywania pracy z powodu konieczności zapewnienia opieki nad taką osobą w przypadku zamknięcia z powodu COVID-19 placówki, do której uczęszcza dorosła osoba niepełnosprawna, tj. szkoły, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, ośrodka wsparcia, warsztatu terapii zajęciowej lub innej placówki pobytu dziennego o podobnym charakterze. Dodatkowy zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad dorosłymi osobami niepełnosprawnymi przysługiwał również w przypadku, gdy placówka była otwarta, ale nie mogła zapewnić opieki, np. ze względu na ograniczenie w liczbie podopiecznych.

W 2022 r. dodatkowy zasiłek opiekuńczy przysługiwał w okresach od dnia 1 do dnia 9 stycznia oraz od dnia 1 do dnia 27 lutego 2022 r.

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 obecnym stanie prawnym system urlopów związanych z opieką nad dzieckiem obejmuje:

- 1) **urlop macierzyński** (art. 180–182 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy) i **urlop na warunkach urlopu macierzyńskiego** (art. 183 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

Pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze 20 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie albo w wymiarze od 31 do 37 tygodni w przypadku jednoczesnego urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie (taki sam jest wymiar urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego przy jednoczesnym przyjęciu na wychowanie jednego lub większej liczby dzieci). Nie więcej niż 6 tygodni urlopu macierzyńskiego może przypadać przed przewidywaną datą porodu.

W razie urodzenia martwego dziecka lub zgonu dziecka przed upływem 8 tygodni życia pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze 8 tygodni po porodzie, nie krócej jednak niż przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka. Pracownicy, która urodziła więcej niż jedno dziecko przy jednym porodzie, przysługuje w takim przypadku urlop macierzyński w wymiarze stosownym do liczby dzieci pozostałych przy życiu. Natomiast w przypadku zgonu dziecka po upływie 8 tygodni życia pracownica zachowuje prawo do urlopu macierzyńskiego przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka. Pracownicy, która urodziła więcej niż jedno dziecko przy jednym porodzie, przysługuje w takim przypadku urlop macierzyński w wymiarze stosownym do liczby dzieci pozostałych przy życiu, nie krócej jednak niż przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka.

Jeżeli natomiast pracownica 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.

Przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy wskazują także krąg osób uprawnionych do urlopu macierzyńskiego oraz katalog sytuacji, w których istnieje możliwość „przejęcia” tego uprawnienia. W przypadkach określonych w ustawie z urlopu macierzyńskiego

może bowiem skorzystać także pracownik – ojciec wychowujący dziecko oraz pracownik – inny członek najbliższej rodziny.

Przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy określają również, 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:

- a) przejęcie części urlopu macierzyńskiego przez pracownika – ojca wychowującego dziecko albo przez pracownika – innego członka najbliższej rodziny jest możliwe w przypadku:
- 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),
 - 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),
 - zgonu pracownicy w czasie urlopu macierzyńskiego (zgonu ubezpieczonej – matki dziecka w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego),
 - 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),

- 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,
- 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.

b) korzystanie z części urlopu macierzyńskiego przez pracownika – ojca wychowującego dziecko jest możliwe w przypadku:

- 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),
- 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 i wystąpili do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej lub, 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.

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

Ustawa z dnia 7 października 2022 r. o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw, która weszła w życie z dniem 1 lutego 2023 r., wprowadziła zmiany w przepisach o urlopie na warunkach urlopu macierzyńskiego polegające m.in. na wydłużeniu wieku dziecka, które pracownik przyjął na wychowanie z intencją jego adoptowania w przypadku korzystania z urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego.

Po zmianach przepisów, pracownik, który przyjął dziecko na wychowanie jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, ma prawo do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w wymiarze:

- 20 tygodni – w przypadku przyjęcia jednego dziecka,
 - 31 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia dwojga dzieci,
 - 33 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia trojga dzieci,
 - 35 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia czworga dzieci,
 - 37 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia pięciorga i więcej dzieci
- nie dłużej jednak 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.

Natomiast pracownik, który przyjął dziecko na wychowanie i wystąpił do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka, ma prawo do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w wymiarze:

- 20 tygodni – w przypadku przyjęcia jednego dziecka,
 - 31 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia dwojga dzieci,
 - 33 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia trojga dzieci,
 - 35 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia czworga dzieci,
 - 37 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia pięciorga i więcej dzieci
- nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 14. roku życia.

Jeżeli pracownik przyjął dziecko w wieku do 7. roku życia na wychowanie jako rodzina zastępcza (z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej), a w przypadku dziecka, wobec którego

podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, do 10. roku życia, ma on prawo do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w minimalnym wymiarze 9 tygodni. Dotyczy to sytuacji, gdy w trakcie trwania urlopu dziecko kończy wiek odpowiednio 7 lub 10 lat.

Jeżeli pracownik przyjął dziecko w wieku do 14. roku życia na wychowanie i wystąpił do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka ma on prawo do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w minimalnym wymiarze 9 tygodni. Dotyczy to sytuacji gdy w trakcie trwania urlopu dziecko kończy wiek 14 lat.

Urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego jest udzielany na pisemny wniosek pracownika składany w postaci papierowej lub elektronicznej w terminie 7 dni od dnia przyjęcia dziecka na wychowanie jako rodzina zastępcza albo wystąpienia do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia. Urlop rozpoczyna się w terminie określonym we wniosku pracownika, jednak nie później niż 21 dni od dnia odpowiednio przyjęcia dziecka na wychowanie jako rodzina zastępcza albo wystąpienia do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia.

2) **urlop rodzicielski** (art. 182^{1a}–182^{1g} oraz art. 183 § 4 i 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy)

Zgodnie z art. 182^{1a} Kodeksu pracy po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego albo zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego pracownik w 2022 r. miał prawo do urlopu rodzicielskiego w wymiarze do:

- 32 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- 34 tygodni w przypadku urodzenia dwojga lub więcej dzieci przy jednym porodzie.

Urlop określony w ww. wymiarze przysługuje obojgu rodzicom dziecka.

Urlop rodzicielski jest udzielany, co do zasady, bezpośrednio po urlopie macierzyńskim (urlopie na warunkach urlopu macierzyńskiego) albo bezpośrednio po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego (za okres odpowiadający okresowi urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego).

Urlop rodzicielski można wykorzystać jednorazowo albo nie więcej niż w 4 częściach, przypadających bezpośrednio jedna po drugiej albo bezpośrednio po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający części urlopu rodzicielskiego – i nie później, niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6. rok życia.

Urlop rodzicielski w wymiarze do 16 tygodni może być wykorzystywany w terminie nieprzypadającym bezpośrednio po poprzedniej części tego urlopu albo w terminie nieprzypadającym bezpośrednio po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający części urlopu rodzicielskiego. Liczba części urlopu rodzicielskiego wykorzystanego w tym trybie (jedna albo dwie części) pomniejsza liczbę części, w jakiej można wykorzystać urlop wychowawczy.

Co do zasady, część urlopu rodzicielskiego nie może być krótsza niż 8 tygodni, z wyjątkiem:

- 1) pierwszej części urlopu rodzicielskiego, która w przypadku:
 - a) urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie nie może być krótsza niż 6 tygodni,
 - b) przyjęcia przez pracownika na wychowanie dziecka w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, do 10. roku życia, nie może być krótsza niż 3 tygodnie;
- 2) sytuacji, gdy pozostała do wykorzystania część urlopu jest krótsza niż 8 tygodni.

W przypadku łączenia przez pracownika korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego takiego urlopu w wymiarze nie wyższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy, wymiar urlopu rodzicielskiego jest wydłużany proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy wykonywanej przez pracownika. Po zastosowaniu proporcjonalnego wydłużenia maksymalny wymiar urlopu nie może jednak przekroczyć 64 tygodni, w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie (przyjęcia jednego dziecka na wychowanie) albo 68 tygodni, w przypadku porodu mnogiego (jednoczesnego przyjęcia na wychowanie więcej niż jednego dziecka).

Pracownik, który przyjął dziecko na wychowanie i wystąpił do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub który przyjął dziecko na wychowanie jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, ma prawo do urlopu rodzicielskiego, przysługującego po wykorzystaniu urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, w wymiarze do:

- 32 tygodni – w przypadku przyjęcia na wychowanie jednego dziecka,
- 34 tygodni – w przypadku jednoczesnego przyjęcia na wychowanie dwojga lub większej liczby dzieci,
- 29 tygodni – w przypadku przyjęcia na wychowanie starszego dziecka.

Do urlopu rodzicielskiego dla ww. pracowników stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące urlopu rodzicielskiego udzielanego biologicznym rodzicom.

Ustawa z dnia 7 października 2022 r. o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw, która weszła w życie z dniem 1 lutego 2023 r., wprowadziła zmiany w przepisach dotyczących urlopu rodzicielskiego polegające m.in. na wydłużeniu wieku dziecka, które pracownik przyjął na wychowanie z intencją jego adoptowania w przypadku korzystania z urlopu rodzicielskiego.

Ponadto w 2022 r. procedowane były zmiany przepisów, które znalazły odzwierciedlenie w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw. Ustawa weszła w życie z dnia 26 kwietnia 2023 r.

Po zmianach przepisów zgodnie z art. 182^{1a} § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy pracownicy – rodzice dziecka mają prawo do urlopu rodzicielskiego w wymiarze do:

- 41 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- 43 tygodni – w przypadku urodzenia dwojga lub więcej dzieci przy jednym porodzie.

Jednocześnie każdemu z rodziców dziecka przysługuje wyłączne prawo do 9 tygodni urlopu rodzicielskiego z ww. wymiaru urlopu, przy czym prawa tego nie można przenieść na drugiego z rodziców dziecka (jest to nieprzenoszalna część urlopu, zgodnie z art. 182^{1a} § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

Natomiast 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 (zgodnie z art. 182^{1a} § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy) prawo do urlopu rodzicielskiego w celu sprawowania opieki nad tym dzieckiem w wymiarze do:

- 65 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- 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.

W okresie pobierania przez jednego z rodziców dziecka zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego drugi rodzic może korzystać z urlopu rodzicielskiego. W takim przypadku łączny wymiar urlopu rodzicielskiego i okresu pobierania

zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego nie może przekraczać wymiarów, o których wyżej mowa.

Urlop rodzicielski jest udzielany jednorazowo albo nie więcej niż w 5 częściach nie później niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6. rok życia.

Urlop rodzicielski jest udzielany na wniosek w postaci papierowej lub elektronicznej składany przez pracownika – rodzica dziecka w terminie nie krótszym niż 21 dni przed rozpoczęciem korzystania z urlopu.

Pracownik może łączyć korzystanie z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu w wymiarze nie wyższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy. W takim przypadku urlopu rodzicielskiego udziela się na pozostałą część wymiaru czasu pracy. Podjęcie pracy następuje na wniosek składany w postaci papierowej lub elektronicznej przez pracownika w terminie nie krótszym niż 21 dni przed rozpoczęciem wykonywania pracy. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika, chyba że nie jest to możliwe ze względu na organizację pracy lub rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika. O przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku pracodawca informuje pracownika w postaci papierowej lub elektronicznej w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku.

W przypadku łączenia przez pracownika 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:

- 82 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie oraz
- 86 tygodni – w przypadku jednoczesnego urodzenia więcej niż jednego dziecka 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:

- 130 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie albo

- 134 tygodni – w przypadku ciąży mnogiej.

Pracownik określa sposób wykorzystania tej części urlopu rodzicielskiego, o którą urlop zostanie proporcjonalnie wydłużony, we wniosku o łączenie przez pracownika korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika, chyba że nie jest to możliwe ze względu na organizację pracy lub rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika. O przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku pracodawca informuje pracownika na piśmie.

Analogiczne uprawnienia przysługują pracownikom, którzy przyjęli dziecko na wychowanie, z tym, że pracownicy, którzy przyjęli dziecko na wychowanie i wystąpili do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka, mają prawo do urlopu rodzicielskiego w celu sprawowania opieki nad tym dzieckiem nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 14. roku życia.

Co do zasady za okres korzystania z urlopu rodzicielskiego pracownikowi przysługuje zasiłek macierzyński w wysokości 70% podstawy wymiaru zasiłku.

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%.

3) **urlop ojcowski** (art. 182³ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy)

Pracownik – ojciec wychowujący dziecko ma prawo do urlopu ojcowskiego w wymiarze do 2 tygodni, nie dłużej jednak niż:

- a) do ukończenia przez dziecko 24. miesiąca życia albo

- b) do upływu 24. miesiący od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie dziecka i 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.

Po zmianach przepisów wprowadzonych ustawą z dnia 7 października 2022 r. o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw, która weszła w życie z dniem 1 lutego 2023 r. – wiek przysposobionego dziecka, na które pracownik może skorzystać z urlopu ojcowskiego wydłużono do 14. roku życia.

Urlop ojcowski może być wykorzystany jednorazowo albo nie więcej niż w 2 częściach, z których żadna nie może być krótsza niż tydzień. Urlop ten jest prawem przysługującym wyłącznie pracownikowi – ojcu dziecka, którego nie może przenieść na inną osobę. Za okres urlopu ojcowskiego przysługuje zasiłek macierzyński w wysokości 100% podstawy zasiłku macierzyńskiego.

Ponadto w 2022 r. procedowane były zmiany przepisów, które znalazły odzwierciedlenie w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 641), która weszła w życie z dnia 26 kwietnia 2023 r. Po zmianach skrócony został okres, w którym możliwe jest skorzystanie z urlopu ojcowskiego do 12. miesiący życia dziecka albo od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie dziecka.

4) urlop wychowawczy (art. 186–186⁵ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy)

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 wyłączne 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.

3.3.2. Elastyczne formy pracy

Rodzice dziecka mają prawo do korzystania z elastycznych form organizacji czasu pracy.

W ramach realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” o tzw. ruchomy czas pracy, system przerywanego czasu pracy, indywidualny rozkład czasu pracy może (zgodnie z art. 142¹ § 1 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy) wnioskować:

- 1) pracownik – małżonek albo pracownik – rodzic dziecka w fazie prenatalnej, w przypadku ciąży powikłanej;
- 2) pracownik – rodzic dziecka posiadającego zaświadczenie o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, stwierdzonym w zaświadczeniu przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej;
- 3) pracownik – rodzic:
 - 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.

Z elastycznych form organizacji czasu pracy może skorzystać pracownik, a więc osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

3.3.2.1. Ruchomy czas pracy

Ruchomy czas pracy (art. 140¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy) może przewidywać:

- 1) różne godziny rozpoczynania pracy w dniach, które zgodnie z rozkładem czasu pracy są dla pracowników dniami pracy (np. poniedziałek, wtorek i środa pracownik pracuje w godzinach 8:00–16:00, czwartek 6:00–14:00, piątek 8:00–16:00) lub,
- 2) przedział czasu, w którym pracownik decyduje o godzinie rozpoczęcia pracy w dniach, które zgodnie z rozkładem są dla pracownika dniami pracy, (np. od poniedziałku do piątku pracownik może rozpoczynać pracę w godzinach od 7:00 do 10:00 i musi przepracować 8 albo rzadziej 12 godzin).

Wykonywanie pracy w tzw. ruchomym czasie pracy nie może naruszać prawa pracownika do co najmniej 11-godzinnego dobowego i co najmniej 35-godzinnego tygodniowego odpoczynku.

Ponowne wykonywanie pracy w tzw. ruchomym czasie pracy w tej samej dobie nie stanowi pracy w godzinach nadliczbowych.

3.3.2.2. Indywidualny rozkład czasu pracy

Na pisemny wniosek pracownika pracodawca może ustalić indywidualny rozkład jego czasu pracy w ramach systemu czasu pracy, którym pracownik jest objęty (art. 142 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

Może to oznaczać zarówno indywidualny rozkład godzin rozpoczęcia i zakończenia pracy, jak również dni wolnych od pracy. W praktyce oznacza to, że pracownik może wnioskować do pracodawcy, aby ustalił mu takie dni i godziny pracy oraz dni wolne od pracy, które jego zdaniem będą dla niego najbardziej dogodne (np. ze względu na obciążenie obowiązkami rodzinnymi czy opiekuńczymi).

3.3.2.3. System przerywanego czasu pracy

System przerywanego czasu pracy według z góry ustalonego rozkładu przewiduje nie więcej niż jedną przerwę w pracy w ciągu doby, trwającą nie dłużej niż 5 godzin. Przerwy nie wlicza

się do czasu pracy, jednakże za czas tej przerwy pracownikowi przysługuje prawo do wynagrodzenia w wysokości połowy wynagrodzenia należnego za czas przestoju (art. 139 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy). Przykładowo, pracownik po przepracowaniu 3 godzin korzysta z 4 godzinnej przerwy, w czasie której załatwia sprawy związane z opieką nad niepełnosprawnym dzieckiem, a po zakończeniu tej przerwy wykonuje pracę jeszcze przez kolejne 5 godzin (w sumie przepracuje w ciągu dnia 8 godzin).

3.3.2.4. Telepraca

Zgodnie z Programem kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” o wykonywanie pracy w formie telepracy może wnioskować:

- 1) pracownik – rodzic dziecka posiadającego zaświadczenie o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, stwierdzonym w zaświadczeniu przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej;
- 2) pracownik – rodzic:
 - 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.

Z telepracy może skorzystać pracownik, o którym mowa w art. 142¹ § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, a więc osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

Telepraca polega na wykonywaniu pracy regularnie poza zakładem pracy, z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną. Telepracownikiem jest pracownik, który wykonuje pracę poza zakładem pracy z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej i przekazuje pracodawcy wyniki pracy. Ponadto uzgodnienie między stronami umowy o pracę, że praca będzie wykonywana w formie

telepracy (art. 67⁷ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy) może nastąpić w trakcie zatrudnienia; w takim przypadku zmiana warunków wykonywania pracy na wykonywanie pracy poza miejscem zakładu pracy z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na odległość może nastąpić na mocy porozumienia stron, w tym przypadku z inicjatywy pracownika.

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., wprowadza do Kodeksu 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,
- 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). 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).

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).

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

Pracownica w ciąży ma prawo do zwolnień od pracy na zalecone przez lekarza badania lekarskie przeprowadzane w związku z ciążą, jeżeli badania te nie mogą być przeprowadzone poza godzinami pracy. Za czas nieobecności w pracy z tego powodu pracownica zachowuje prawo do wynagrodzenia (art. 185 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

5) przerwa na karmienie dziecka piersią

Pracownica karmiąca dziecko piersią ma prawo do przerw w pracy wliczanych do czasu pracy (art. 187 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy), których liczba i wymiar są zależne od liczby karmionych dzieci i dobowego wymiaru czasu pracy.

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).

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).

W Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej był prowadzony dyżur telefoniczny, w ramach którego każda zainteresowana osoba mogła uzyskać informacje dotyczące uprawnień pracowniczych kobiet w ciąży oraz uprawnień pracowniczych związanych z rodzicielstwem. Funkcjonowała również, prowadzona przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, strona internetowa: www.rodzicielski.gov.pl, skąd zainteresowane osoby mogą czerpać, przedstawioną w prosty i przystępny sposób, wiedzę na temat uprawnień rodzicielskich pracowników.

3.4. Uprawnienia bezrobotnych związanych z rodzicielstwem

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 o promocji zatrudnienia reguluje szereg rozwiązań mających na celu ułatwienie pogodzenia życia rodzinnego z zawodowym. Zgodnie z przepisem art. 33 ust. 4d ww. ustawy starosta nie może 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 ww. ustawy, starosta nie może 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 są 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 poczynwszy 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 może, 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 następuje refundacja kosztów opieki nad osobą zależną. Ustawa o promocji zatrudnienia w art. 73 ust. 3 wskazuje 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 ulega przedłużeniu o czas, przez który przysługiwałyby 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 – jest przyznawany bezrobotnym, którzy mają na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat, a małżonek bezrobotnego jest także bezrobotny i utracił prawo do zasiłku z powodu upływu okresu jego pobierania po dniu nabycia prawa do zasiłku przez tego bezrobotnego 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 wlicza się również okres świadczenia usług na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece na 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 są grant na utworzenie stanowiska pracy zdalnej (wcześniej grant na telepracę¹²⁾) i świadczenie aktywizacyjne¹³⁾. W przypadku grantu na utworzenie stanowiska pracy zdalnej na podstawie umowy zawartej ze starostą pracodawca albo przedsiębiorca może 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 musi zagwarantować w umowie 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 następuje zwrot grantu z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia jego otrzymania.

Natomiast świadczenie aktywizacyjne jest 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 musi zagwarantować dalsze zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, po okresie przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego, przez kolejne 6 lub 9 miesięcy. W przypadku niewywiązania się z tego zobowiązania następuje zwrot uzyskanych świadczeń z odsetkami ustawowymi.

¹²⁾ Przepis art. 60a ustawy o promocji zatrudnienia.

¹³⁾ Przepis art. 60b ustawy o promocji zatrudnienia.

Ponadto należy dodać, że art. 49 pkt 5 ustawy o promocji zatrudnienia określa, że bezrobotni posiadający co najmniej jedno dziecko do 6. roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18. roku życia mają 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 zawiera 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 może korzystać na zasadach ogólnych ze wszystkich form wsparcia m.in. staży, szkoleń, studiów podyplomowych, prac interwencyjnych.

Co więcej, instrumenty wsparcia są 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) znajduje 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 przysługuje m.in. pierwszeństwo w skierowaniu do programów specjalnych, których istotą jest 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 może przekroczyć kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz kwoty połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę. Pracodawca jest 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 jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

Ułatwienie godzenia obowiązków opiekuńczych z pracą umożliwia przepis art. 60aa ustawy o promocji zatrudnienia, który reguluje 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 może 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 powinien 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 następować będzie proporcjonalny zwrot grantu z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia jego otrzymania.

Z dniem 1 stycznia 2017 r. weszły w życie zmiany ustawy o promocji zatrudnienia oraz ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych, 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., może 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,
 - b) do dnia, w którym ustało prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna, 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– może 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 został 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 – wyłączeni zostali 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 ma na celu wsparcie opiekunów osób niepełnosprawnych w realizacji codziennych obowiązków domowych w ramach prac społecznie użytecznych.

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 przekracza ustawowego kryterium dochodowego, które w 2022 r. wynosiło 766 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 600 zł dla osoby w rodzinie, mogą 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 ustawy o pomocy społecznej zostało wydane rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (Dz. U. z 2022 poz. 150), które określa standardy podstawowych usług świadczonych przez te placówki. Domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży zapewniają nie tylko możliwość schronienia do 12 miesięcy, 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 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.

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 znajdzie taką potrzebę 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 2022 r. z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa udzielono pomocy 59 068 rodzinom, w tym 35 255 rodzinom ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy rodzin, 41 148 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na wielodzietność (27 188 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2022 r. 101 671 rodzin, w tym 38 555 rodzin ze środowisk wiejskich.

W 2022 r. funkcjonowało 39 domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, które dysponowały 926 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 1 393 osób, 163 ośrodki interwencji kryzysowej, z których w ciągu roku skorzystało 54 601 osób, a także 106 placówek specjalistycznego poradnictwa z których skorzystało 41 007 osób.

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

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej realizuje obowiązek ustawowy dotyczący informacji na temat uprawnień, zasiłków i świadczeń przysługującym osobom i rodzinom oraz informacje dla podmiotów i instytucji realizujących zadania z zakresu polityki prorodzinnej na stronie – www.gov.pl/rodzina.

W grudniu 2022 r. pod adresem zazyciem.gov.pl rząd uruchomił portal informacyjny „Za życiem”, na którym można znaleźć informacje m.in. o uprawnieniach wynikających z ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, jak również o sposobach postępowania w przypadku urodzenia się dziecka, którego rozwój jest zaburzony i stanowi ryzyko wystąpienia niepełnosprawności, w tym w zakresie wsparcia medycznego, edukacji, udzielanych świadczeń. Na portalu znajduje się również wyszukiwarka instytucji, placówek, podmiotów i organizacji oferujących wsparcie dla grup docelowych wskazanych w ustawie i Programie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”. Portal jest rozwijany o nowe treści i podmioty, które oferują wsparcie dla kobiet w ciąży, szczególnie w ciąży powikłanej, i ich rodzin, czy osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów.

Ponadto informacje dotyczące zasad przyznawania i wypłacania świadczeń w razie choroby i macierzyństwa przysługujących osobom ubezpieczonym są dostępne na stronie internetowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych: www.zus.pl. W terenowych jednostkach organizacyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dostępne są informacje o świadczeniach w formie ulotek. Dodatkowo Zakład Ubezpieczeń Społecznych publikuje informacje dotyczące świadczeń w razie choroby i macierzyństwa w informatorach, broszurach i wydawnictwach i udostępnia je w terenowych jednostkach organizacyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wszelkie szczegółowe informacje na temat świadczeń w ramach systemów wsparcia materialnego rodzin z dziećmi na utrzymaniu (tj.: świadczenia wychowawczego, rodzinnego kapitału opiekuńczego, dofinansowania do pobytu w żłobku, świadczeń rodzinnych, świadczeń z funduszu alimentacyjnego oraz jednorazowego świadczenia w kwocie 4 000 zł) są powszechnie dostępne u ich realizatorów.

Realizacją zadań związanych z przyjmowaniem wniosków i ustalaniem prawa do świadczenia wychowawczego w ramach programu „Rodzina 500+” od 1 stycznia 2022 r. zajmuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który przejął zadania związane z obsługą ww. świadczenia w miejsce dotychczasowych realizatorów programu – głównie gminnych organów właściwych.

Od 1 stycznia 2022 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje także rodzinny kapitał opiekuńczy oraz dofinansowanie obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna.

W sprawach prawa do świadczenia wychowawczego, rodzinnego kapitału opiekuńczego oraz dofinansowania pobytu w żłobku również należy zwrócić się do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Szczegółowe informacje na temat ww. świadczeń realizowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych można także uzyskać na stronie: <https://www.zus.pl>.

Ponadto osoby posiadające swój profil na PUE ZUS mają na bieżąco dostęp do danych o wypłaconych im świadczeniach. Informacje o przysługujących świadczeniach osoba ubezpieczona może również uzyskać w jednostkach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na salach obsługi klientów albo dzwoniąc do infolinii Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Centrum Obsługi Telefonicznej – COT).

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 albo pracownik ośrodka pomocy społecznej lub innej jednostki organizacyjnej gminy, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o przyznanie wnioskowanych świadczeń (najczęściej jest to urząd miasta albo gminy lub ośrodek pomocy społecznej).

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.

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 zarówno na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej jak i na stronach internetowych powiatowych centrów pomocy rodzinie oraz ośrodków pomocy społecznej. Wiele gmin i powiatów przygotowuje informatory o dostępnych świadczeniach z pomocy społecznej.

3.7. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych rolników

W zakresie pomocy kobiecie w ciąży i rodzinie z małym dzieckiem w ramach systemu ubezpieczenia społecznego rolników Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przyznaje i dokonuje wypłaty zasiłku macierzyńskiego ubezpieczonym rolnikom i domownikom. Zgodnie z art. 35a i 35b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2024 r. poz. 90), zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej matce lub ojcu dziecka. Świadczenie to przyznawane jest z tytułu urodzenia dziecka, a także z tytułu przysposobienia lub przyjęcia dziecka w wieku do 7. roku życia, w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzje o odroczeniu obowiązku szkolnego, do 10. roku życia. Zasiłek macierzyński przysługuje przez okres 52 tygodni w przypadku urodzenia lub przyjęcia na wychowanie jednego dziecka. Okres ten ulega wydłużeniu w razie jednoczesnego urodzenia, przysposobienia lub przyjęcia na wychowanie większej liczby dzieci, maksymalnie do 71 tygodni. Miesięczna wysokość zasiłku macierzyńskiego wynosi 1.000 zł.

W 2022 r. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wypłaciła ogółem 135 645 zasiłków macierzyńskich na kwotę 133 648 925,41 zł z tytułu urodzenia, przysposobienia oraz przyjęcia dziecka na wychowanie na podstawie postanowień art. 35a i art. 35b z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników. Przepisy art. 16a–f tej ustawy 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. Na podstawie postanowień art. 16a–f ww. ustawy, z prawa do finansowania składek z budżetu państwa na ubezpieczenie emerytalno-rentowe w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem skorzystały 41 078 osoby ubezpieczone (tj. rolnicy, domownicy, członkowie rodzin rolnika lub domownika). W 2022 r. dotacja budżetowa z tego tytułu stanowiła

kwotę 54 198 107,00 zł. Ponadto, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1051), Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wypłaciła przeciętnie miesięcznie 1 320 rodzicielskich świadczeń uzupełniających na kwotę 21 459 076,47 zł.

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 2022 r., w tym również pacjentkom poniżej 18 roku życia, zostały zawarte w poniższej tabeli.

Tabela 16. Liczba porad ginekologicznych udzielonych w 2022 r, w tym pacjentkom poniżej 18. roku życia

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Wszystkie pacjentki				Pacjentki niepełnoletnie (poniżej 18 lat)			
	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba porad	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba porad	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	226 340	579 850	184	74 031 321	4 180	8 486	167	1 230 796
KUJAWSKO-POMORSKI	160 173	430 056	170	50 061 040	3 313	6 707	143	897 830
LUBELSKI	140 150	372 743	92	41 967 990	2 526	5 144	77	754 213
LUBUSKI	71 243	181 604	42	21 785 675	1 064	2 316	39	300 730
ŁÓDZKI	161 682	423 170	146	41 707 145	2 503	4 785	126	568 675
MAŁOPOLSKI	218 784	631 609	177	72 801 498	2 963	6 002	159	758 428
MAZOWIECKI	415 992	1 161 063	273	128 332 414	7 508	15 544	234	2 113 553
OPOLSKI	63 992	157 261	49	19 270 270	962	1 828	44	240 359
PODKARPACKI	135 951	384 395	116	45 911 824	2 554	5 750	108	820 044
PODLASKI	84 903	241 889	56	29 095 499	1 766	3 055	33	461 632
POMORSKI	193 457	508 959	117	62 451 572	3 291	6 895	104	972 701
ŚLĄSKI	352 242	975 318	357	105 645 375	6 756	14 738	300	2 275 388
ŚWIĘTOKRZYSKI	87 903	249 498	113	28 188 129	1 393	2 890	98	477 864
WARMIŃSKO-MAZURSKI	104 953	290 594	91	34 304 606	1 868	4 395	81	632 014
WIELKOPOLSKI	262 878	676 580	205	89 020 280	4 997	9 711	176	1 598 726

ZACHODNIOPOMORSKI	134 677	353 859	100	39 796 701	4 144	9 753	86	1 863 509
Polska	2 815 320	7 618 448	2 288	884 371 339	51 788	107 999	1 975	15 966 462

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W Rzeczypospolitej Polskiej są zarejestrowane obecnie 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, opieki medycznej 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 dwa miesiące.

W 2022 r. nie zostały objęte refundacją nowe leki we wskazaniu antykoncepcyjnym.

Tabela 17. Grupa limitowa 72.0 – Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etyny/oestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron refundowane w 2022 r.

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności
Levomine	tabl. powł.	30+150pg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	63 szt.	6,40 zł	14,94 zł	30%
Microgynon 21	tabl. powł.	30+150pg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	63 szt.	6,57 zł	15,34 zł	30%
Rigevidon	tabl. drażowane	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,76 zł	5,11 zł	30%
Levomine	tabl. powł.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,93 zł	5,11 zł	30%
Stediril 30	tabl. drażowane	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,99 zł	5,11 zł	30%
Rigevidon	tabl. powł.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	2,99 zł	5,11 zł	30%
Diane-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	21 szt.	6,16 zł	5,11 zł	30%
OC-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	63 szt.	17,68 zł	15,34 zł	30%
OC-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	21 szt.	6,54 zł	5,11 zł	30%
Microgynon 21	tabl. powł.	30+150pg	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	21 szt.	3,09 zł	5,11 zł	30%
Cyprodiol	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	21 szt.	5,36 zł	5,11 zł	30%
Syndi-35	tabl. drażowane	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	16,78 zł	15,34 zł	30%
Diane-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	63 szt.	16,78 zł	15,34 zł	30%

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności
Syndi-35	tabl. drażowane	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinyloestradiolum	21 szt.	6,16 zł	5,11 zł	30%

Źródło: Dane zgodnie z ogłoszeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 listopada 2022 r.

Poniższe tabele przedstawiają refundowane w 2022 r. leki zawierające w swoim składzie substancje hormonalnie czynne i mogące wykazywać działanie antykoncepcyjne.

Tabela 18. 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.	3,83 zł	5,48 zł	30%	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji
Provera	tabl.	10 mg	Medroksyprogesteroni acetat	30 szt.	7,39 zł	10,95 zł	30%	

Tabela 19. Grupa limitowa 127.2 – Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące – progestogeny – medroksyprogesteron do podawania pozajelitowego

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności	Kryterium odpłatności
Depo-Provera	zawiesina do wstrzykiwań	150 mg/ml	Medroksyprogesteronu m	1 fiol.po 3,3 ml	3,20 zł	12,11 zł	RYCZAŁT B	Nowotwory złośliwe - rak piersi i rak trzonu macicy

Tabela 20. Grupa limitowa 66.0 Hormony płciowe – progestageny – dienoges

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności	Kryterium odpłatności
Aridya	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	3,20 zł	32,05 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza
Diemono	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	3,20 zł	32,95 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza
Zafrilla	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	3,20 zł	33,07 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza
Symdieno	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	5,58 zł	33,07 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza
Endovelle	tabl.	2 mg	Dienogestum	84 szt.	10,01 zł	99,85 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza
Endovelle	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	6,15 zł	33,07 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza
Endofemine	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	5,58 zł	33,07 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza
Probella	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	7,50 zł	33,07 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza
Diemono	tabl. powł.	2 mg	Dienogest	28 szt.	7,54 zł	33,07 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza
Visanne	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	27,58 zł	33,07 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza

Spośród powyżej wskazanych leków w 2022 r. zostały złożone dwa wnioski o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leków zawierających w swoim składzie substancje hormonalnie czynne i mogących wykazywać działanie antykoncepcyjne (2 kolejne odpowiedniki w leczeniu endometriozy).

Tabela 21. wnioski o objęcie refundacją złożone w 2022 r.

Data złożenia wniosku	Data objęcia refundacją	Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności	Kryterium odpłatności
2022-09-27	2023-01-02	Diemono	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	3,20 zł	32,90 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza
2022-08-25	2022-11-01	Diemono	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	3,20 zł	32,95 zł	RYCZAŁT B	Endometrioza

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 2022 r. obrazuje poniższa tabela.

Tabela 22. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2022 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej			
	Wprowadzenie leczniczej wkładki do macicy u kobiet do 35 r.ż. w AOS		Wprowadzenie leczniczej wkładki do macicy u kobiet w 35 r.ż. i starszych	
	Liczba procedur	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba procedur	Liczba kobiet objętych opieką
DOLNOŚLĄSKI	232	231	698	686
KUJAWSKO-POMORSKI	157	155	376	372
LUBELSKI	132	130	381	378
LUBUSKI	93	93	273	232
ŁÓDZKI	119	117	278	275
MAŁOPOLSKI	71	70	202	199
MAZOWIECKI	278	277	817	806
OPOLSKI	105	105	219	216
PODKARPACKI	90	89	139	138

PODLASKI	58	55	120	120
POMORSKI	376	370	711	703
ŚLĄSKI	362	356	957	939
ŚWIĘTOKRZYSKI	83	82	261	258
WARMIŃSKO-MAZURSKI	213	211	560	557
WIELKOPOLSKI	276	272	671	657
ZACHODNIOPOMORSKI	155	152	353	349
RAZEM	2 800	2 765	7 016	6 885

Zródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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.

Jako metoda antykoncepcji nie może być natomiast traktowana sterylizacja chirurgiczna. Polega ona bowiem na nieodwracalnej utracie zdolności do zapłodnienia. Najczęściej stosowanym typem zabiegu podczas sterylizacji chirurgicznej jest podwiązanie jajowodów. Celem tego zabiegu jest zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości jajowodów. Inną metodą jest założenie klipsa zaciskającego. Zabiegi wykonuje się za pomocą laparoskopii. Wykonanie zabiegu w celu utracenia zdolności zapłodnienia jest możliwe wyłącznie w przypadku stwierdzenia przez lekarza wyraźnych wskazań zdrowotnych (tj. gdy kolejna ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety). Stwierdzenie wyraźnych wskazań zdrowotnych do przeprowadzenia takiego zabiegu, a także określenie jego rodzaju należy do wyłącznej właściwości lekarza. Lekarz orzeka o stanie zdrowia danej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, postępując zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, a także zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Jednocześnie należy wskazać, że procedury medyczne takie jak: obustronne podwiązanie i zmiążdżenie jajowodów, obustronne endoskopowe zamknięcie światła jajowodów czy też wycięcie obu jajowodów należą do świadczeń gwarantowanych określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Dodatkowo zaznaczenia wymaga również fakt, że sterylizacja bez wyraźnych wskazań medycznych jest w prawie polskim zabroniona i podlega karze zgodnie z art. 156 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17, z późn. zm.), zwanego dalej „k.k.”. W świetle przedmiotowego przepisu spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu

w postaci m.in. pozbawienia człowieka zdolności płodzenia jest zagrożone karą pozbawienia wolności od roku do lat 10.

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 porożu. Możliwość zakwalifikowania ciężarnej do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu powinna zostać uwzględniana również w planie opieki przedporodowej¹⁴⁾, 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 leczniczą

¹⁴⁾ Obowiązek ten wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

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

Jednocześnie, kobiety w okresie ciąży, które spełniają co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- 1) wiek powyżej 35 lat (badanie przysługuje kobiecie poczynając 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 są 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 ramach programu badań prenatalnych realizowane są procedury związane z poradnictwem, badaniami biochemicznymi, USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych, badaniami genetycznymi, pobraniem materiału płodowego do badań genetycznych (amniopunkcja, biopsja trofoblastu lub kordocenteza). Program skierowany jest do wszystkich kobiet w ciąży ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia wad wrodzonych, które wymagają pogłębionej diagnostyki prenatalnej.

W ramach programu są wykonywane następujące procedury:

- 1) poradnictwo i badania biochemiczne:
 - a) estriol,
 - b) α -fetoproteina (AFP),
 - c) gonadotropina kosmówkowa – podjednostka beta (β -HCG),
 - d) białko PAPP-A – osoczowe białko ciążowe A z komputerową oceną ryzyka wystąpienia choroby płodu;
- 2) poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych;
- 3) poradnictwo i badania genetyczne:

- a) klasyczne badania cytogenetyczne (techniki prążkowe – prążki GTG, CBG, Ag-NOR, QFQ, RBG i wysokiej rozdzielczości HRBT z analizą mikroskopową chromosomów),
- b) cytogenetyczne badania molekularne (obejmują analizę FISH – hybrydyzacja in situ z wykorzystaniem fluorescencji – do chromosomów metafazowych i prometafazowych oraz do jąder interfazowych z sondami molekularnymi centromerowymi, malującymi, specyficznymi, telomerowymi, Multicolor-FISH),
- c) badania metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, SSCP, HD, sekwencjonowanie i inne) dobranymi w zależności od wielkości i rodzaju mutacji;
- 4) pobranie materiału płodowego do badań genetycznych (amniopunkcja, biopsja trofoblastu lub kordocenteza).

Odnosząc się do praktycznej realizacji programu badań prenatalnych należy wskazać, że systematycznie zwiększeniu ulega liczba kobiet, u których wykonywane są badania w ramach programu. Obecnie przekracza ona 100 tys. pacjentek rokrocznie (w 2015 r. – 90 695 pacjentek, w 2019 r. 111 730), co stanowi ok. 25–30% wszystkich ciąż. Systematycznemu zwiększeniu ulega również liczba świadczeniodawców realizujących program (w 2015 r. – 102 świadczeniodawców, w 2020 r. – 126, w 2022 r. – 136) zapewniając dostępność do badań wszystkim potrzebującym kobietom w okresie ciąży.

Tabela 23. Realizacja programu badań prenatalnych w 2022 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę osób objętych programem)

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentek			Wartość rozliczonych świadczeń (w zł)			Liczba świadczeniodawców	Liczba rozliczonych świadczeń
	do 35 lat	35 r. ż. i powyżej	Razem	do 35 lat	35 r. ż. i powyżej	Razem		
DOLNOŚLĄSKI	2 935	4 251	7 186	2 133 949	3 330 820	5 464 768	11	13 066
KUJAWSKO-POMORSKI	3 244	2 076	5 320	3 109 109	2 012 458	5 121 567	5	16 167
LUBELSKI	814	2 259	3 073	607 879	1 757 140	2 365 019	4	5 220
LUBUSKI	3 557	1 191	4 748	2 643 095	892 441	3 535 536	5	7 944
ŁÓDZKI	2 353	2 887	5 240	2 115 436	2 560 306	4 675 743	6	12 303
MAŁOPOLSKI	6 338	4 917	11 255	5 373 284	4 341 605	9 714 888	9	19 452
MAZOWIECKI	4 131	7 101	11 232	3 403 218	6 327 592	9 730 810	27	24 169
OPOLSKI	1 620	1 139	2 759	1 193 290	980 783	2 174 073	3	6 505
PODKARPACKI	2 840	2 767	5 607	2 064 602	2 060 384	4 124 985	3	8 848
PODLASKI	679	1 779	2 458	625 188	1 676 601	2 301 789	1	6 195
POMORSKI	1 619	2 542	4 161	1 290 147	2 215 150	3 505 297	5	12 992
ŚLĄSKI	21 859	6 893	28 752	16 291 077	5 461 952	21 753 029	36	58 950
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 634	1 332	2 966	1 309 966	1 053 469	2 363 434	3	5 472
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 351	1 469	2 820	899 617	1 153 126	2 052 743	3	6 195

WIELKOPOLSKI	6 278	3 639	9 917	4 497 482	2 818 575	7 316 057	11	16 184
ZACHODNIOPOMORSKI	879	2 424	3 303	755 028	2 130 050	2 885 078	4	8 399
RAZEM:	61 252	46 242	107 494	47 557 339	38 642 402	86 199 738	132	219 662

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 połóg powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła jest obowiązana 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 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 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 2022 r. uczennice w ciąży miały możliwość korzystania w sposób dobrowolny z pomocy psychologiczno-pedagogicznej organizowanej w szkole¹⁵⁾. Pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielali uczniom nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych oraz specjaliści wykonujący zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności psycholodzy, pedagodzy, pedagogzy specjaliści, logopedzi, doradcy zawodowi i terapeuci pedagogiczni.¹⁶⁾

¹⁵⁾ 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 i placówkach (Dz. U. z 2023 r. poz. 1798).

¹⁶⁾ Zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczną organizuje dyrektor szkoły¹⁷⁾, 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 młodzieży¹⁸⁾.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna była udzielana 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 konsultacji¹⁹⁾. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana była również w szkole dla dorosłych. W tym przypadku były to zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu, porady, konsultacje.

Ministerstwo Edukacji i Nauki podejmowało działania związane ze zwiększaniem dostępu do pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów. Od marca do grudnia 2022 r. publiczne i niepubliczne szkoły podstawowe, ponadpodstawowe i szkoły artystyczne realizujące kształcenie ogólne w zakresie szkoły podstawowej i liceum ogólnokształcącego, realizowały zajęcia specjalistyczne z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej w dodatkowym wymiarze godzin. W 2022 r. Ministerstwo Edukacji i Nauki zabezpieczyło na ten cel dodatkowe środki finansowe w kwocie 180 mln zł.

Od dnia 1 września 2022 r. rozpoczęło się wdrażanie pierwszego etapu standaryzacji zatrudniania w przedszkolach i 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 oraz z 2023 r. poz. 2005). 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. Standardy wprowadzane są w dwóch etapach: I etap – od dnia 1 września 2022 r. i II etap – od dnia 1 września 2024 r.

¹⁷⁾ Zgodnie z § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

¹⁸⁾ Zgodnie z § 4 ust. 3 ww. rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

¹⁹⁾ Zgodnie z § 6 ust. 2 ww. rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Na ten cel w budżecie państwa zabezpieczono dodatkowe środki. W 2022 r. do organów prowadzących przedszkola i szkoły trafiło 518,5 mln zł (zatrudnienie specjalistów dotyczyło 4 miesięcy).

Po wprowadzeniu od dnia 1 września 2022 r. standardów zatrudnienia nauczycieli specjalistów w szkołach i placówkach oświatowych zatrudnienie tych nauczycieli wzrosło z około 22 tys. etatów w roku szkolnym 2021/2022 do prawie 41,6 tys. etatów specjalistów w roku szkolnym 2022/2023.

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 ucznia²⁰⁾.

Zajęcia indywidualnego nauczania prowadzi się²¹⁾ w miejscu pobytu ucznia, w szczególności w domu rodzinnym, placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, u rodziny zastępczej, w rodzinnym domu dziecka, w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

W roku szkolnym 2022/2023 dyrektor szkoły, na podstawie art. 127 ust. 16a ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – 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

²⁰⁾ 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. poz. 1743).

²¹⁾ 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. poz. 1616).

z nauczycielem i częściowo w inny sposób, np. z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość).

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 poprzez prowadzenie terapii dla uczennicy i ucznia oraz ich rodziców/prawnych opiekunów w rozwiązywaniu problemów edukacyjnych i wychowawczych²²⁾.

Tabela 24. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne

Poradnia	Rodzaj poradni		Razem
	publiczna	niepubliczna	
poradnia psychologiczno-pedagogiczna	576	639	1 215
poradnia specjalistyczna	25	38	63
Razem	601	677	1 278

Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki (według danych SIO, stan na 30 września 2022 r.)

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 dzieci/uczników 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.

²²⁾ Rozporządzenie 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. poz. 199, z późn. zm.).

Tabela 25. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w roku szkolnym 2021/2022.

Rodzaj diagnozy przeprowadzonej przez poradnię	uczniowie szkoły podstawowej	uczniowie szkół ponadpodstawowych	inne osoby	razem
Psychologiczna	265 061	32 245	1 460	298 766
Pedagogiczna	248 773	22 511	871	272 155
Logopedyczna	46 822	1 519	880	49 221
Lekarska	21 463	5 003	501	26 967
Diagnoza związana z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej	13 927	5 115	21	19 063
Rehabilitanta	1 935	43	20	1 998
RAZEM	597 981	66 436	3 753	668 170

Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki (według danych SIO, stan na 24.04.2023 r.)

Tabela 26. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2021/2022

Typ podmiotu	Liczba osób objęta pomocą
Szkoła podstawowa	2 372 134
Liceum ogólnokształcące	438 589
Technikum	335 394
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	21 357
Typ podmiotu	Liczba osób objęta pomocą
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	4 551
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	2 259
Ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	271
Liceum sztuk plastycznych	5 535
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	224
Poznańska szkoła chóralna	210
Branżowa szkoła I stopnia	117 441
RAZEM	3 297 965

Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki

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 w oparciu o powszechnie obowiązujące przepisy dotyczące przyjmowania uczniów do szkół²³⁾. 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 lub obowiązku 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.

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 tej ustawy²⁴⁾.

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

²³⁾ Przyjmowanie dzieci do szkół reguluje rozdział 6 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

²⁴⁾ Zgodnie z art. 37 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

- 1) prawo uczestniczenia w szkole w zajęciach, o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz pkt 5–7;
- 2) zapewnienie dostępu do:
 - 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 2023 r. poz. 1400, z późn. zm.), oraz
 - 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 klasyfikacyjnych²⁵⁾.

Cofnięcie zezwolenia, o którym mowa, 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 prawa²⁶⁾.

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 czerwcu²⁷⁾, egzamin maturalny jest przeprowadzany jeden raz w ciągu roku, w okresie od maja do września, w terminie głównym, dodatkowym i poprawkowym²⁸⁾, zgodnie

²⁵⁾ Zgodnie z art. 37 ust. 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

²⁶⁾ Zgodnie z art. 37 ust. 8 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

²⁷⁾ Zgodnie z art. 44zt ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

²⁸⁾ Zgodnie z art. 44ztc ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

z ogłaszaniem corocznie na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, komunikatem dyrektora tej Komisji²⁹⁾. 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 zimowych³⁰⁾, zgodnie z ogłaszanymi corocznie³¹⁾ na stronie internetowej Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, komunikatami dyrektora tej Komisji³²⁾. Egzamin zawodowy jest przeprowadzany w terminie głównym (między 2 listopada a 28 lutego danego roku szkolnego oraz między 1 kwietnia a 31 sierpnia danego roku szkolnego) i terminie dodatkowym. 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 poprzez dostosowanie, jak w przypadku uczennic lub absolwentek w ciąży, warunków i formy 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.

Dostosowanie formy polega na przygotowaniu odrębnych arkuszy egzaminacyjnych dostosowanych do potrzeb i możliwości zdających.

²⁹⁾ Komunikat jest ogłaszany 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 z § 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).

³⁰⁾ Zgodnie z art. 44zzzc ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

³¹⁾ 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. poz. 1707, z późn. zm.).

³²⁾ Komunikat Dyrektora CKE z dnia 20 sierpnia 2021 r. w sprawie harmonogramu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu eksternistycznego zawodowego w 2022 r. oraz Komunikat Dyrektora CKE z 20 sierpnia 2021 r. w sprawie harmonogramu przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie oraz egzaminu eksternistycznego potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w 2022 r. (<https://bip.cke.gov.pl/arttykul/243/1673/harmonogram-komunikaty-i-informacje-w-2022-r;> <https://bip.cke.gov.pl/arttykul/241/1671/harmonogram-komunikaty-i-informacje-w-2022-r>).

Możliwe sposoby dostosowania przeprowadzania egzaminu maturalnego są wymienione, w ogłaszającym każdego roku w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, komunikacie w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu maturalnego³³⁾.

Spośród możliwych sposobów dostosowania warunków i formy 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 Egzaminacyjnej³⁴⁾. Zdająca może więc przystąpić do egzaminu w warunkach i 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 lub egzamin maturalny może być przeprowadzony w innym miejscu niż szkoła³⁵⁾. Wniosek o wyrażenie zgody składa do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej dyrektor szkoły, nie później niż na 2 miesiące przed terminem egzaminu maturalnego lub składa sama absolwentka wraz z deklaracją, a w przypadku egzaminu ósmoklasisty nie później niż na 3 miesiące przed terminem tego egzaminu³⁶⁾. Uczennica lub absolwentka powinny zwrócić się ze swoją sprawą przede wszystkim do dyrektora szkoły, którą ukończyły lub do dyrektora właściwej terytorialnie

³³⁾ Strona Centralnej Komisji Egzaminacyjnej jest dostępna pod adresem: www.cke.edu.pl.

³⁴⁾ Zgodnie z art. 44zżr ust. 17 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

³⁵⁾ 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 i Nauki z dnia 2 sierpnia 2022 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty.

³⁶⁾ 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 i Nauki z dnia 2 sierpnia 2022 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty.

okręgowej komisji egzaminacyjnej. W uzasadnionych przypadkach wniosek ten może być złożony w terminie późniejszym³⁷⁾.

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. Wniosek wraz z uzasadnieniem oraz deklarację składa do dyrektora szkoły, którą ukończyła, nie później niż do dnia 7 lutego roku szkolnego, w którym zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego³⁸⁾. Dyrektor szkoły niezwłocznie przekazuje taki wniosek dyrektorowi okręgowej komisji egzaminacyjnej, który informuje absolwentkę oraz dyrektora szkoły, którą ukończyła, o sposobie rozpatrzenia wniosku nie później niż do dnia 31 marca roku szkolnego, w którym zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego³⁹⁾.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty⁴⁰⁾, w szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych, uniemożliwiających przystąpienie do egzaminu maturalnego z danego przedmiotu lub przedmiotów w części ustnej lub 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 ostateczne⁴¹⁾. 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 egzaminu⁴²⁾.

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

³⁷⁾ 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 i Nauki z dnia 2 sierpnia 2022 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty.

³⁸⁾ Zgodnie z § 14 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie egzaminu maturalnego.

³⁹⁾ Zgodnie z § 14 ust. 3 i 4 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie egzaminu maturalnego.

⁴⁰⁾ Zgodnie z art. 44zzj ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁴¹⁾ Zgodnie z art. 44zzj ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁴²⁾ Zgodnie z art. 44zzj ust. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

lub przedmiotów w terminie dodatkowym w szkole, której jest uczennicą lub słuchaczką⁴³⁾. 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 przedmiotu lub przedmiotów. Dyrektor szkoły składa wniosek w porozumieniu z rodzicami uczennicy lub słuchaczki⁴⁴⁾.

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 zawodzie⁴⁵⁾. Regulacje w tym zakresie określają przepisy ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Zdający może przystąpić do egzaminu zawodowego lub egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w warunkach i 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 ucznia, słuchacza lub absolwenta do egzaminu zawodowego lub egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w warunkach dostosowanych do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, nieujętych w komunikacie⁴⁶⁾.

Ponadto, w szczególnych przypadkach wynikających ze stanu zdrowia lub niepełnosprawności zdającego, na wniosek zdającego oraz za zgodą dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej,

⁴³⁾ Zgodnie z art. 44zz ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

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

⁴⁵⁾ Komunikat jest ogłaszany nie później niż do dnia 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany egzamin: Komunikat dyrektora CKE z dnia 20 sierpnia 2021 r. w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu zawodowego w roku szkolnym 2021/2022 oraz Komunikat dyrektora CKE z dnia 20 sierpnia 2021 r. w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w roku szkolnym 2021/2022 ([https://bip.cke.gov.pl/artukul/243/1673/harmonogram-komunikaty-i-informacje-w-2022-r](https://bip.cke.gov.pl/artukul/243/1673/harmonogram-komunikaty-i-informacje-w-2022-r;); <https://bip.cke.gov.pl/artukul/241/1671/harmonogram-komunikaty-i-informacje-w-2022-r>).

⁴⁶⁾ Zgodnie z art. 44zzf 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.

egzamin może być przeprowadzony w innym miejscu niż szkoła, placówka, centrum, u pracodawcy lub w podmiocie prowadzącym 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 późniejszym⁴⁷⁾.

Zdający kształcący się zgodnie z podstawą programową kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego od września 2019 r. (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 części⁴⁸⁾.

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 części⁴⁹⁾.

⁴⁷⁾ Zgodnie z § 17 i § 73 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. poz. 1707, z późn. zm.).

⁴⁸⁾ Zgodnie z art. 44zzzga ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁴⁹⁾ 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 2021/2022 i 2022/2023 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 2014 r. poz. 395 oraz z 2017 r. poz. 1117) 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) – w klasach liceum ogólnokształcącego i technikum dla absolwentów dotychczasowych gimnazjów.

W zajęciach „Wychowanie do życia w rodzinie” nie brali udziału uczniowie:

- niepełnoletni, których rodzice zgłosili dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnację z udziału ich dziecka w zajęciach,
- 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 27. Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” w roku szkolnym 2021/2022

Typ podmiotu	Liczba uczniów uczęszczających na zajęcia edukacyjne Wychowanie do życia w rodzinie	w tym	
		dziewczęta	chłopcy
Szkoła podstawowa	1 101 279	539 957	561 322
Liceum ogólnokształcące	81 318	51 022	30 296
Technikum	109 648	39 464	70 184
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	848	507	341
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	255	143	112
Ogólnokształcąca szkoła sztuk pięknych	57	40	17
Liceum sztuk plastycznych	1 191	1 026	165
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	82	69	13
Poznańska szkoła chóralna	25	13	12
Branżowa szkoła I stopnia	48 713	15 413	33 300
RAZEM:	1 343 416	647 654	695 762

Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki (wg Systemu Informacji Oświatowej, stan na 24.04.2023 r.)

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.

Celem kształcenia ogólnego w liceum ogólnokształcącym i technikum jest:

- 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, prospołecznych i prorodzinnych.

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

W 2022 r. zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1289 oraz z 2022 r. poz. 1769)⁵⁰⁾, kwalifikacje do nauczania przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie” w szkołach podstawowych i szkołach ponadpodstawowych posiadały osoby, które ukończyły studia wyższe (odpowiednie do typu szkoły) na kierunku zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub studia wyższe, których zakres obejmował treści programowe nauczanego przedmiotu oraz posiadają przygotowanie pedagogiczne.

Nauczyciel każdego przedmiotu w szkole miał możliwość zdobycia dodatkowych kwalifikacji do nauczania „Wychowania do życia w rodzinie” poprzez ukończenie studiów podyplomowych w tym zakresie.

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 2021 r. poz. 890, z późn. zm.).

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

Tabela 28. Etaty nauczycieli uczących w roku szkolnym 2021/2022 r. przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”

Typ podmiotu	Liczba nauczycieli „Wychowania do życia w rodzinie”	Liczba etatów
Szkoła podstawowa	13 175	2 252,44
Liceum ogólnokształcące	996	131,46
Technikum	936	126,08
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	3	0,21
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	34	4,36
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	13	1,26
Liceum sztuk plastycznych	20	3,43

⁵⁰⁾ Od dnia 3 października 2023 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 14 września 2023 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz. U. poz. 2102).

Ogólnokształcąca szkoła baletowa	2	0,28
Poznańska szkoła chóralna	1	0,13
Branżowa szkoła I stopnia	893	79,24
Branżowa szkoła II stopnia	3	1,39
	16 076	2 600,28

Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki (według Systemu Informacji Oświatowej).

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

Podręczniki do wychowania 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 Rys, wyd. Katarzyna Król Wydawnictwo i Hurtownia „Rubikon”.

ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI 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 było dopuszczalne, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni.

Ponadto, 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 z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

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.

Tabela 29. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2010–2022 (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	0
2022	160	159	0	1

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

Tabela 30. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2022 r. – w podziale na województwa i przyczynę

Województwo	Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2022 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	82	82	0
Kujawsko-pomorskie	0	0	0
Lubelskie	0	0	0
Lubuskie	0	0	0
Łódzkie	2	2	0
Małopolskie	21	21	0
Mazowieckie	19	18	1
Opolskie	0	0	0
Podkarpackie	0	0	0
Podlaskie	0	0	0
Pomorskie	14	14	0
Śląskie	0	0	0
Świętokrzyskie	0	0	0

Warmińsko-mazurskie	0	0	0
Wielkopolskie	7	7	0
Zachodniopomorskie	15	15	0
POLSKA	160	159	1

Źródło: Centrum e-Zdrowia

Dane dotyczące liczby wykonywanych w Rzeczypospolitej Polskiej zabiegów przerwania ciąży są gromadzone w oparciu o sprawozdania opracowywane w związku z realizacją Programu badań statystycznych statystyki publicznej na dany rok.

Powyższe dane przedstawione przez Centrum e-Zdrowia (tabele nr 29–30) nie obejmują danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Sprawiedliwości. Jednocześnie należy wskazać, że z informacji uzyskanych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że w 2022 r. w szpitalach publicznych nadzorowanych przez ww. resorty nie wykonano żadnego zabiegu przerwania ciąży. W związku z powyższym w 2022 r. zarejestrowano łącznie 160 zabiegów przerwania ciąży, w tym 159 w związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej oraz 1 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 zabiegów przerwania ciąży dokonanych w sposób nielegalny. Zjawisko to jest trudne do zbadania. Częstokwym jego odzwierciedleniem jest wynik działań organów ścigania oraz wymiaru sprawiedliwości. Należy jednak zaznaczyć, że działania te polegają na prowadzeniu i nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w zakresie czynów zabronionych stypizowanych w przepisach k.k., 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 2020 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 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze (Dz. U. z 2024 r. poz. 390), w przypadkach naruszeń przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży działania prokuratury były skupione zwłaszcza na tych regulacjach, które są ujęte jako znamiona czynów zabronionych określonych w przepisach k.k., w tym art. 152 § 1–3 k.k., z art. 154 § 1 k.k. w zw. z art. 152 § 1 lub § 2 k.k. oraz z art. 154 § 2 w zw. z art. 152 § 3 k.k.

Poza działaniami polegającymi *stricte* na prowadzeniu lub nadzorowaniu postępowań przygotowawczych w sprawach karnych o przywołane czyny zabronione oraz sprawowaniu funkcji oskarżyciela publicznego przed sądami w tych sprawach, na gruncie ustawy prokuratorzy w ramach realizacji wspomnianych zadań prokuratury, a konkretnie w zakresie ochrony praworządności, podejmują również incydentalne działania pozakarne, o których mowa w art. 3 § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze, dotyczące w szczególności:

- ustalenia ojcostwa zmarłego dziecka,
- ustalenia treści aktu urodzenia dziecka,
- objęcia opieką poczętego, nienarodzonego dziecka,
- ustalenia treści aktu urodzenia dziecka,
- ustalenia treści aktu zgonu dziecka,
- pochówku dziecka na koszt gminy.

Tabela 31. Liczba spraw prowadzonych w 2022 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury przepisów ustawy

Liczba spraw prowadzonych w okresie sprawozdawczym	Ogółem		599
	w tym	liczba zarejestrowanych spraw w 2021 r.	390
		liczba spraw kontynuowanych z poprzednich okresów sprawozdawczych	209
w tym o czyn z art.	art. 149 kk. - zabójstwo noworodka		18
	art. 148 kk. - zabójstwo		9
	art. 152 § 1,2 i 3 k.k. - aborcja za zgodą kobiety		223

	art. 153 k.k.- wymuszona aborcja	28
	art. 154 k.k. - śmierć kobiety jako następstwo aborcji	1
	art. 157 a k.k. - uszkodzenie ciała dziecka poczętego	41
	art. 155 k.k. i inne - nieumyślne spowodowanie śmierci	124
	art. 160 § 2 kk – narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia	174

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

Tabela 32. Liczba spraw zakończonych w 2022 r. przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury

Liczba spraw zakończonych w okresie sprawozdawczym	Ogółem		482
	w tym	skierowano akt oskarżenia	55
		liczba osób oskarżonych	76
		skierowano wniosek w trybie art. 335 § 1 kk	5
		liczba osób objętych wnioskiem z art. 335 § 1 kk	9
		skierowano wniosek o warunkowe umorzenie postępowania	3
		umorzono postępowanie karne	5
		odmówiono wszczęcia postępowania	231
		zawieszono postępowanie karne	101
		pozostałe sposoby zakończenia	56

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

Tabela 33. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego w latach 2010–2022 – czyn główny

Skazania prawomocne*												I Instancja**	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
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
<i>w tym</i>													
Art.149 kk	7	8	7	1	1	2	1	-	1	-	4	2	2
Art.152 §1 kk	6	11	8	9	2	2	2	3	6	4	2		
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		

Zródło: 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

9.2. Działania podejmowane przez Rzecznika Praw Pacjenta

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, z późn. zm.) 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 2022 r. do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta nie wpłynął żaden sprzeciw dotyczący zabiegu przerywania ciąży lub dostępu do badań prenatalnych.

W 2022 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził również następujące postępowania wyjaśniające dotyczące wykonania zabiegu przerywania ciąży, w tym związanych z powołaniem się przez lekarzy na tzw. „klausulę sumienia”:

1) postępowanie wyjaśniające prowadzone w 2022 r., niezakończone w przed końcem 2022 r. Stan faktyczny: Pacjentka zgłosiła się do szpitala z zaświadczeniami od dwóch lekarzy psychiatrów, którzy stwierdzili zasadność rozważenia przerywania ciąży ze względu na zagrożenie zdrowia psychicznego matki, z uwagi na zdiagnozowaną u płodu poważną wadę – akranie. Szpital odmówił przeprowadzenia ww. zabiegu, stan zdrowia pacjentki nie został oceniony pod kątem przesłanki z art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził, że w przedmiotowej sprawie szpital naruszył prawo pacjentki do świadczeń zdrowotnych

udzielanych z należytą starannością (art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) – pacjentce, przed decyzją w sprawie odmowy wykonania zabiegu przerwania ciąży, uniemożliwiono w szpitalu ocenę jej stanu zdrowia w kontekście wynikających z przepisów prawa przesłanek legalnego przerwania ciąży oraz nie zabezpieczono pacjentki w tym zakresie w inny sposób. Brak powołania na „klauzulę sumienia” w ww. sprawie;

2) postępowanie wyjaśniające wszczęte w 2022 r., niezakończone przed końcem 2022 r., sprawa pozostawała na etapie gromadzenia materiału dowodowego. Zgodnie z informacjami, które wpłynęły do Rzecznika Praw Pacjenta: pacjentka w ciąży nie została poinformowana przez lekarza, że jej dziecko posiada wadę rozwojową – beczaszkiwie. Pacjentka dowiedziała się o tym dopiero po ponad dwóch miesiącach na kolejnej wizycie u innego lekarza. W 31. tygodniu ciąży lekarz psychiatra stwierdził, że kontynuowanie ciąży może zagrażać życiu pacjentki, która miała myśli samobójcze. Mimo tego lekarze odmówili wykonania ww. zabiegu. Ostatecznie dyrektor szpitala nie zgodził się z decyzją lekarzy i stwierdził, że ciążę trzeba jak najszybciej przerwać, mając na uwadze dobro pacjentki. W 33 tygodniu ciąży został wywołany poród, a dziecko urodziło się martwe.

W 2022 r. Rzecznik Praw Pacjenta nie prowadził postępowań wyjaśniających dotyczących dostępu do badań prenatalnych, w tym związanych z powołaniem się przez lekarzy na tzw. „klauzulę sumienia” w tym zakresie.

Należy również wskazać, że od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. na Infolinii Rzecznika Praw Pacjenta zarejestrowano 580 zgłoszeń telefonicznych związanych z problematyką kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu; stanowi to ok. 1% wszystkich zgłoszeń na infolinię. Infolinia stanowi przede wszystkim narzędzie do podnoszenia świadomości prawnej obywateli o obowiązujących procedurach wynikających z przepisów prawa.

W 2022 r. do Rzecznika Praw Pacjenta za pośrednictwem Infolinii wpłynęły dwa zgłoszenia dotyczące zabiegu przerywania ciąży, tj. zapytań o zasady dostępu do legalnego przerwania ciąży, w tym z powodu zagrożenia dla zdrowia lub życia pacjentki. W tym okresie w zakresie wskazanej tematyki wpłynęły także dwa sygnały pisemne (niezależne od spraw rozpatrywanych w ramach wymienionych wcześniej postępowań wyjaśniających) – dotyczyły one możliwości legalnego przerwania ciąży z powodu zagrożenia dla zdrowia lub życia kobiety w ciąży.

W 2022 r. do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło jedno zgłoszenie telefoniczne w zakresie dostępu do badań prenatalnych – odmowy wykonania badania prenatalnego. W tym okresie w zakresie wskazanej tematyki wpłynęło także siedem sygnałów pisemnych; dotyczyły one

odmowy obecności osoby bliskiej przy badaniach prenatalnych, odmowy wykonania badania prenatalnego z powodu braku maseczki (kobieta zgłaszała złe samopoczucie), braku wyznaczenia terminu badania prenatalnego w ramach NFZ, trybu kierowania do programu badań prenatalnych; w sprawach tych podejmowano interwencje pisemne w podmiotach leczniczych oraz wskazywano pacjentkom przysługujące im środki prawne.

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

W 2022 r. odpowiedzialność zawodową lekarzy regulowały przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342). 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 2022 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 34. 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 2022 r.

Lp.	Okręgowa Izba Lekarska	Opieka nad kobietami w ciąży	Opieka okołoporodowa	Badania genetyczne płodu	Zabiegi przerywania ciąży
1	Białystok	1	0	0	0
2	Bielsko – Biała	0	1	0	0
3	Bydgoszcz	1	0	0	0
4	Częstochowa	0	0	0	0
5	Gdańsk	3	3	0	0
6	Gorzów Wlkp.	0	0	0	0
7	Katowice	0	1	0	0
8	Kielce	0	0	0	0
9	Koszalin	0	0	0	0
10	Kraków	0	0	0	0
11	Lublin	0	1	0	0
12	Łódź	0	0	0	0
13	Olsztyn	0	0	0	0
14	Opole	0	0	0	0
15	Płock	0	0	0	0

16	Poznań	2	1	0	0
17	Rzeszów	0	0	0	0
18	Szczecin	1	0	0	0
19	Tarnów	0	0	0	0
20	Toruń	2	0	0	0
21	Warszawa	0	2	0	0
22	Wrocław	1	0	0	0
23	SL WIL	0	0	0	0
24	Zielona Góra	0	0	0	0
25	Naczelny Sąd Lekarski	1	3	0	0
RAZEM		12	13	0	0

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.