

**SPRAWOZDANIE RADY MINISTRÓW
Z WYKONYWANIA ORAZ O SKUTKACH STOSOWANIA
W 2023 R.**

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

WARSZAWA, 2025 r.

SPIS TREŚCI

SPIS TABEL	3
WSTĘP	5
ROZDZIAŁ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ INFORMACJE EPIDEMIOLOGICZNE	7
1.1. ROZWÓJ DEMOGRAFICZNY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	7
1.2. URODZENIA I DZIETNOŚĆ KOBIET	8
1.3. UMIERALNOŚĆ	8
ROZDZIAŁ II. OPIEKA PRENATALNA NAD PŁODEM ORAZ OPIEKA MEDYCZNA NAD KOBIETĄ 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 KOBIETĄ W CIĄŻY	31
2.3. DZIAŁANIA O CHARAKTERZE PROFILAKTYCZNYM KIEROWANE DO KOBIET W CIĄŻY ORAZ OSÓB W WIEKU PROKREACYJNYM PROMUJĄCE ODPOWIEDZIALNE ZACHOWANIA W CIĄŻY ORAZ W OKRESIE PREKONCEPCYJNYM	38
ROZDZIAŁ III. POMOC MATERIALNA I OPIEKA NAD KOBIETAMI W CIĄŻY, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W TRUDNYCH WARUNKACH MATERIALNYCH	51
3.1. ŚWIADCZENIA RODZINNE	52
3.2. WSPARCIE KOBIET W CIĄŻY, PO PORODZIE ORAZ OJCÓW DZIECI W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	59
3.3. UPRAWNIENIA PRACOWNIKÓW ZWIĄZANE Z RODZICIELSTWEM	62
3.4. UPRAWNIENIA BEZROBOTNYCH ZWIĄZANYCH Z RODZICIELSTWEM	74
3.5. POMOC SPOŁECZNA	79
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	83
3.7. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ROLNIKÓW	84
ROZDZIAŁ IV. DOSTĘP DO METOD I ŚRODKÓW SŁUŻĄCYCH DLA ŚWIADOMEJ PROKREACJI	85
ROZDZIAŁ V. DOSTĘP DO BADAŃ PRENATALNYCH	91
ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY	95
6.1. POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA UDZIELANA PRZEZ SZKOŁĘ	95
6.2. INDYWIDUALNE NAUCZANIE DZIECI I MŁODZIEŻY, W TYM UCZENNIC W CIĄŻY	97
6.3. WSPARCIE UDZIELANE PRZEZ PORADNIE PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE	98
6.4. SPEŁNIENIE OBOWIĄZKU SZKOLNEGO ORAZ OBOWIĄZKU NAUKI POZA SZKOŁĄ	100
6.5. WSPARCIE W RAMACH SYSTEMU EGZAMINÓW ZEWNĘTRZNYCH	102
ROZDZIAŁ VII. KSZTAŁCENIE I WYCHOWANIE MŁODZIEŻY	108
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	108
7.2. NAUCZYCIELE REALIZUJĄCY ZAJĘCIA „WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE”	111
7.3. PODRĘCZNIKI I MATERIAŁY EDUKACYJNE WYKORZYSTYWANE DO REALIZACJI ZAJĘĆ EDUKACYJNYCH „WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE”	112
ROZDZIAŁ VIII. ZABIEGI PRZERYWANIA CIĄŻY	114
ROZDZIAŁ IX. DZIAŁANIA PODJĘTE W CELU RESPEKTOWANIA PRZEPISÓW USTAWY	118
9.1. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ ORGANY ŚCIGANIA I WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI	118
9.2. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA	123
9.3. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ NACZELNY SĄD LEKARSKI I OKRĘGOWE SĄDY LEKARSKIE	124

SPIS TABEL

Tabela 1. Współczynnik dzietności kobiet w latach 2015–2023	8
Tabela 2. Świadczenia udzielone w 2023 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii.....	13
Tabela 3. Świadczenia udzielone w 2023 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone na podstawie produktu przeznaczonego do rozliczania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej	14
Tabela 4. Wykaz ryczałów w ramach KOC I.....	16
Tabela 5. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I w 2023 r.	16
Tabela 6. Liczba porodów rozliczonych w 2023 r., w tym zakończonych cięciem cesarskim	17
Tabela 7. Liczba i wartość znieczuleń zewnątrzoponowych ciągłych do porodów odbytych drogami natury oraz sprawozdana wartość znieczuleń wykonanych poza KOC ¹⁾	19
Tabela 8. Wykaz ryczałów w ramach KOC II/III	22
Tabela 9. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2023 r.....	22
Tabela 10. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2023 r.	23
Tabela 11. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej w 2023 r.	25
Tabela 12. Świadczenia z zakresu opieki psychologicznej udzielone w 2023 r. kobietom w ciąży powikłanej	27
Tabela 13. Liczba porad ginekologicznych udzielonych w 2023 r., w tym pacjentkom poniżej 18. roku życia	86
Tabela 14. Grupa limitowa 72.0 – Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron refundowane w 2023 r.....	87
Tabela 15. Grupa limitowa 72.0 – Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	88
Tabela 16. Grupa limitowa 73.0 Hormony płciowe antygonadotropiny - danazol	88
Tabela 17. Grupa limitowa 66.0 Hormony płciowe – progestageny – dienoges	88
Tabela 18. wniosek o objęcie refundacją złożony w 2023 r.	89
Tabela 19. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2023 r.....	89
Tabela 20. Realizacja programu badań prenatalnych w 2023 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę pacjentek objętych programem)	94
Tabela 21. Liczba etatów według stanu na dzień 30 września 2023 r.	97
Tabela 22. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne	99
Tabela 23. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w roku szkolnym 2022/2023.	99
Tabela 24. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2022/2023	100
Tabela 25. Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” w roku szkolnym 2022/2023	109
Tabela 26. Etaty nauczycieli uczących w roku szkolnym 2022/2023 r. przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”	111
Tabela 27. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2010–2023 (w skali kraju) – według przyczyn.....	115
Tabela 28. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2023 r. – w podziale na województwa i przyczynę	115

Tabela 29. Postępowania przygotowawcze prowadzone przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury dotyczące ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy (2023 r.).....	119
Tabela 30. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego w latach 2010–2023 – czyn główny	121
Tabela 31. 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 2023 r.	125

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 2023 r. przygotowano na podstawie informacji, danych statycznych i opinii uzyskanych od:

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

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

Należy podkreślić, że Sprawozdanie obrazuje realizację przepisów ustawy w 2023 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 odczuwają 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 2023 r. ludność Rzeczypospolitej Polskiej liczyła 37 637 tys. osób, tj. obniżyła się o ok. 130 tys. osób w stosunku do stanu sprzed roku (w tym w I półroczu 2023 r. spadek wyniósł 62 tys. osób). Stopa ubytku rzeczywistego w minionym roku wyniosła -0,34%, co oznacza, że na każde 10 tys. ludności ubyło 34 osoby (w 2022 r. na 10 tys. ludności ubyło 37 osób).

Liczba ludności zmniejsza się począwszy od 2012 r. (z wyjątkiem nieznacznego wzrostu – o niespełna 1 tys. – w 2017 r.). Na zmiany w liczbie ludności w ostatnich latach wpływ ma przede wszystkim przyrost naturalny, który pozostaje ujemny począwszy od 2013 r. W 2023 r. liczba urodzeń była niższa od liczby zgonów o prawie 137 tys. Współczynnik przyrostu naturalnego (na 1000 ludności) wyniósł -3,6 ‰ i obniżył się o 0,2 p. prom. w porównaniu z 2022 r. (w 2021 r. wyniósł on -4,9 ‰, a w 2020 r. -3,2 ‰).

Współczynniki przyrostu naturalnego są zazwyczaj niższe w miastach niż na obszarach wiejskich. W 2023 r. zarówno tereny wiejskie, jak i miasta charakteryzowały się wystąpieniem ubytku naturalnego, który na wsi kształtował się na poziomie -2,6‰, podczas gdy w miastach wyniósł -4,3‰. 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. Od 1990 r. wielkość współczynnika dzietności kształtuje się poniżej 2, czyli nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. Z roku na rok zmniejsza się liczba urodzeń, a od 1998 r. nie osiąga 400 tys. (z wyjątkiem lat 2008–2010 oraz 2017 r. kiedy nastąpiły jej wzrosty). W roku 2022 r. zarejestrowano 305 tys. urodzeń żywych, natomiast w 2023 r. liczba urodzeń żywych zmniejszyła się w stosunku do poprzedniego roku o ok. 33 tys. i wyniosła 272 tys. Jest to najniższa liczba urodzeń odnotowana w całym okresie powojennym.

Współczynnik dzietności obniżył się z 1,26 w 2022 r., do 1,16 w 2023 r. co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) przypadało 116 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 2023 r. współczynnik urodzeń obniżył się o 0,9 p. prom. do 7,2%.¹⁾

1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

W 2023 r. zarejestrowano ponad 272,5 tys. urodzeń żywych, tj. o prawie 33 tys. mniej niż w 2022 r., w którym odnotowano 305,1 tys. urodzeń żywych. Współczynnik urodzeń obniżył się o 0,9 p. prom. do 7,2%. Jest to najniższa liczba urodzeń zanotowana w całym okresie powojennym.

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

Tabela 1. Współczynnik dzietności kobiet w latach 2015–2023

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

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

W 2023 r. współczynnik dzietności wyniósł 1,16 (dla porównania w 2022 r. wyniósł on 1,26, a w 2021 r. – 1,33). 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 Rzeczypospolitej Polskiej natężenie zgonów do 2019 r. nie zmieniało się istotnie – rosło, ale tempo wzrostu było niewielkie i w miarę jednostajne. W 2020 r. i w 2021 r. nastąpił gwałtowny wzrost liczby zgonów. W 2020 r. zmarło ponad 477 tys. osób, a w 2021 r. prawie

¹⁾ „Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r.”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2024 r.

520 tys. (o 42 tys. więcej w porównaniu do poprzedniego roku). Za wyższą umieralność w największym stopniu odpowiadała pandemia wywołana wirusem SARSCoV-2. Z kolei w 2023 r. liczba zgonów spadła w porównaniu do 2022 r. o ponad 39 tys. do poziomu 409 tys.

Współczynnik zgonów w 2023 r. wyniósł 10,9‰, tj. o 1 p. prom. mniej niż w 2022 r.

Pozytywnym zjawiskiem jest utrzymująca się niska umieralność niemowląt. W 2023 r. zmarło prawie 1,1 tys. dzieci w wieku poniżej 1. roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych był nieco wyższy niż przed rokiem (o 0,1 p. prom.) i kształtował się na poziomie 3,9‰ (w miastach 3,7‰, na wsi 4‰).

Obniżanie się poziomu umieralności niemowląt, a także stosunkowo niska liczba urodzeń martwych skutkują spadkiem natężenia umieralności okołoporodowej, której współczynnik wynosi obecnie 5,3‰ wobec 19,5‰ w 1990 r. (w 2000 r. wyniósł 9,7‰). Umieralność okołoporodowa jest jednym z czynników określających kondycję zdrowotną ludności – obok ogólnego natężenia zgonów i parametrów trwania życia. Spadkowy trend umieralności niemowląt wynika z istotnego zmniejszenia się zgonów noworodków w pierwszym tygodniu życia. Niezmiennie przyczyną blisko połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka, przyczyną kolejnych ok. 38% zgonów są wady rozwojowe wrodzone, a pozostałe zgony są spowodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami. W 2023 r. z powodu stanów rozpoczynających się w okresie okołoporodowym zmarło 515 niemowląt, z czego ponad połowa (280 zgonów) z powodu zaburzeń związanych z czasem trwania ciąży i z rozwojem płodu. Natomiast z powodu wad wrodzonych zmarło 399 dzieci do 1. roku życia. Umieralność niemowląt jest bardziej zróżnicowana przestrzennie niż ma to miejsce w przypadku ogólnego współczynnika zgonów. W 2023 r. współczynnik zgonów niemowląt kształtował się od 2‰ w woj. lubuskim do 5,5‰ w kujawsko-pomorskim. Średni współczynnik umieralności dla lat 2000–2023 kształtuje się od 4,5‰ w województwie małopolskim do 6‰ w dolnośląskim i śląskim.²⁾

²⁾ „Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r.”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2024 r.

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

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

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

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

W celu realizacji przepisów wymienionych we wstępie do rozdziału II niniejszego sprawozdania ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 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 położu, 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 2024 r. poz. 769, z późn. zm.).

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i położu w 2023 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).

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.

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

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

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

Ponadto, zgodnie ze standardem:

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

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

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

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 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu odbywa się na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie. Kwestie dotyczące świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa, postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także warunki wymagane od świadczeniodawców regulują zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne i profilaktyczne programy zdrowotne.

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

Tabela 2. Świadczenia udzielone w 2023 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	dotyczy kobiet do 35. roku życia				dotyczy kobiet w 35. roku życia 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 pacjentek objętych opieką	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń	Liczba pacjentek objętych opieką	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń

DOLNOŚLĄSKI	11 493	53 419	177	9 737 752	3 544	14 112	168	2 540 387
KUJAWSKO-POMORSKI	10 433	45 410	165	7 098 763	2 640	10 408	154	1 576 207
LUBELSKI	7 020	34 783	91	6 141 288	2 138	9 675	86	1 662 661
LUBUSKI	3 529	16 369	40	2 708 384	980	4 014	39	653 677
ŁÓDZKI	9 168	44 796	144	6 639 413	3 037	12 218	134	1 786 681
MAŁOPOLSKI	14 249	70 844	172	12 984 597	4 683	22 150	172	4 022 681
MAZOWIECKI	31 192	131 249	259	20 216 137	11 056	43 911	247	6 517 226
OPOLSKI	3 342	11 302	42	1 810 711	969	3 116	42	493 888
PODKARPACKI	8 250	48 424	114	8 822 435	2 421	13 156	108	2 343 435
PODLASKI	5 614	32 976	54	5 696 724	1 468	7 370	51	1 254 294
POMORSKI	12 925	66 063	15	11 786 456	3 890	17 515	113	3 025 977
ŚLĄSKI	17 241	98 124	348	16 640 784	5 203	25 387	339	4 247 350
ŚWIĘTOKRZYSKI	4 507	19 953	106	3 327 561	1 458	5 682	103	913 128
WARMIŃSKO-MAZURSKI	6 841	35 901	86	6 098 414	2 018	9 520	86	1 597 647
WIELKOPOLSKI	14 183	57 391	198	10 126 437	3 856	14 699	190	2 595 851
ZACHODNIOPOMORSKI	6 911	32 760	96	5 405 446	1 895	7 902	92	1 278 689
POLSKA	166 898	799 764	2 107	135 241 302	51 256	220 835	2 124	36 509 779

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela 3. Świadczenia udzielone w 2023 r. kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczone na podstawie produktu przeznaczanego do rozliczania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	dotyczy kobiet do 35. roku życia				dotyczy kobiet w 35. roku życia i starszych			
	Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej				Świadczenie wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej			
	Sprawozdana wartość wykonanych świadczeń	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń	Sprawozdana wartość wykonanych świadczeń	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	3 567 230	12 945	4 696	95	873 442	3 163	1 221	92
KUJAWSKO-POMORSKI	4 359 133	15 895	4 852	98	968 707	3 548	1 119	90
LUBELSKI	1 119 295	3 872	1 341	29	271 707	941	333	25
LUBUSKI	713 311	2 635	881	18	168 381	611	226	16
ŁÓDZKI	1 134 204	4 046	1 545	64	270 899	967	374	58
MAŁOPOLSKI	1 412 784	4 926	1 904	55	388 663	1 354	525	48
MAZOWIECKI	7 553 309	27 642	8 840	151	2 061 004	7 533	2 539	141
OPOLSKI	2 421 693	8 747	2 400	37	570 167	2 081	601	35
PODKARPACKI	279	1	1	1	254	1	1	1
PODLASKI	683 327	2 426	878	14	129 009	467	173	10
POMORSKI	4 322 461	16 011	4 900	58	999 577	3 696	1 197	56
ŚLĄSKI	930 421	3 287	1 480	65	216 207	771	354	55
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 097 709	3 969	1 262	46	276 370	1 012	360	41
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 707 442	6 131	2 102	34	408 301	1 459	523	33
WIELKOPOLSKI	7 899 613	28 849	8 771	154	1 870 995	6 829	2 176	149
ZACHODNIOPOMORSKI	2 117 374	7 702	2 508	50	452 491	1 639	587	47
RAZEM	41 039 585	149 084	48 361	969	9 926 174	36 072	12 309	897

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.2. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

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

Produkt rozliczeniowy: KOC I, tj. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na I poziomie referencyjnym realizowany jest od dnia 1 października 2017 r. W ramach tego zakresu finansuje się kilka ryczałów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży w chwili objęcia pacjentki opieką oraz wydzielony ryczałt w przypadku prowadzenia ciąży przez położną. Wycena poszczególnych ryczałów obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród (w tym znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe) oraz opiekę nad noworodkiem w okresie do 6 tygodni od urodzenia. W przypadku wystąpienia wskazań medycznych do dłuższej hospitalizacji dziecka wprowadza się możliwość odrębnego rozliczenia świadczeń na podstawie odrębnej wyceny świadczeń analogicznych do obecnych grup noworodkowych rozliczanych w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń, możliwe jest uzyskanie przez świadczeniodawcę „premi” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych, m.in.

- 1) odsetek porodów fizjologicznych;
- 2) odsetek cięć cesarskich;

- 3) przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną i uzyskanie co najmniej 60% zwrotnych odpowiedzi;
- 4) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe 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 poród odbył się u koordynatora
ryczałt KOC I – prowadzenie ciąży przez położną	ryczałt jest rozliczany łącznie z produktem o kodzie: 5.10.00.0000146 „ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną” i obejmuje on prowadzenie ciąży przez położną KOC I

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

KOC I jest obecnie realizowana w kilku województwach.

Tabela 5. Wykonanie świadczeń rozliczanych w ramach KOC I w 2023 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeniodawców	Wartość umów w zł	Wartość świadczeń ogółem w zł	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba porodów	Liczba cięć cesarskich	Liczba porodów drogami natury ze znieczuleniem ciągłym
DOLNOŚLĄSKI	3	20 764 178	20 722 974	2 164	2 040	764	36
MAŁOPOLSKI	1	13 772 390	12 514 005	1 167	1 113	624	170
MAZOWIECKI	1	10 024 215	9 983 699	1 286	1 177	377	88
POMORSKI	2	13 108 610	13 108 030	1 628	1 586	523	2
ŚLĄSKI	3	16 323 977	15 701 414	1 990	1 816	1 083	251
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1	4 816 547	4 820 710	594	566	262	48
ZACHODNIOPOMORSKI	1	3 315 525	3 307 898	468	391	224	0
RAZEM	12	82 125 442	80 158 730	9 297	8 689	3 857	595

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

2.1.3. Porody, w tym porody zakończone cięciem cesarskim

W 2023 r. rozliczono 266 283 porodów, w tym 124 944 porodów zakończyło się cięciem cesarskim. Zestawienie liczby cięć cesarskich w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia poniższa tabela.

Tabela 6. Liczba porodów rozliczonych w 2023 r., w tym zakończonych cięciem cesarskim

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Łączna liczba porodów	Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim
DOLNOŚLĄSKIE	19 155	8 827
KUJAWSKO-POMORSKIE	13 426	5 337
LUBELSKIE	12 437	6 621
LUBUSKIE	6 162	3 333
ŁÓDZKIE	16 129	7 706
MAŁOPOLSKIE	28 490	14 544
MAZOWIECKIE	44 235	17 829
OPOLSKIE	5 808	2 810
PODKARPACKIE	14 306	8 173
PODLASKIE	8 239	4 825
POMORSKIE	18 075	6 455
ŚLĄSKIE	27 544	13 635
ŚWIĘTOKRZYSKIE	6 820	3 804
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	8 364	4 055
WIELKOPOLSKIE	26 780	11 606
ZACHODNIOPOMORSKIE	10 313	5 384
POLSKA	266 283	124 944

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2023 r. wskaźnik cięć cesarskich wyniósł 46,9%, dla porównania w 2022 r. wskaźnik ten wyniósł 45,4%, w 2021 r. – 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 rodzającą 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 domięśniowe stosowanie opioidów;
- 3) analgezję regionalną i miejscową.

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

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia w 2023 r. wykonano 16 389 znieczuleń zewnątrzoponowych. Wartość produktu do sumowania „Koszty dodatkowe znieczulenia

zewnątrazonowego ciągłego do porodu nie zawarte w JGP³⁾” wynosiła w 2022 r. 600 punktów.

Tabela 7. Liczba i wartość znieczuleń zewnątrazonowych ciągłych do porodów odbytych drogami natury oraz sprawozdana wartość znieczuleń wykonanych poza KOC⁴⁾

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba wykonanych produktów	Wartość wykonanych produktów (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	1 076	1 052 945
KUJAWSKO-POMORSKI	134	133 388
LUBELSKI	102	97 746
LUBUSKI	57	55 418
ŁÓDZKI	1 353	1 297 066
MAŁOPOLSKI	1 146	1 105 616
MAZOWIECKI	8 994	8 677 367
OPOLSKI	142	142 390
PODKARPACKI	518	505 330
PODLASKI	197	192 275
POMORSKI	1 050	1 016 169
ŚLĄSKI	928	893 195
ŚWIĘTOKRZYSKI	150	144 443
WARMIŃSKO-MAZURSKI	471	460 841
WIELKOPOLSKI	70	71 658
ZACHODNIOPOMORSKI	1	1 053
RAZEM	16 389	15 846 900

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2023 r. rozliczono łącznie 266 283 świadczenia związane z porodem. Jednocześnie, Narodowy Fundusz Zdrowia wskazuje, że przy 17% porodów wykonano znieczulenie (z wyłączeniem cesarskich cięć). Posiadane dane dotyczą faktycznie zrealizowanych procedur znieczulenia zewnątrazonowego i nie pozwalają stwierdzić, czy tak niski procent znieczuleń zewnątrazonowych 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

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

⁴⁾ Tabela nie zawiera informacji o znieczuleniach wykonanych w ramach KOC I oraz KOC II/III, nie jest bowiem możliwe wyodrębnienie wartości znieczuleń sprawozdanych w ramach KOC, ponieważ są one włączone do ryczałtu za schemat opieki.

o II i III poziomie referencyjnym jest wymagana stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii albo lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem zapewnienia w strukturze szpitala oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450) – w lokalizacji przy jednoczesnym zapewnieniu możliwości wykonania znieczulenia śródporodowego.

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

W 2024 r. podjęte zostały działania mające na celu zapewnienie lepszego dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego podczas porodu drogami natury, zostaną one szczegółowo opisane w sprawozdaniu za rok 2024 r.

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

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

w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. poz. 113). Rozwiązania przyjęte w tej ustawie wynikają z konieczności zapewnienia przez państwo rodzinom w Rzeczypospolitej Polskiej poczucia bezpieczeństwa, w szczególności gdy może wystąpić sytuacja nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu dziecka. Opieka państwa w zakresie przewidzianym w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” obejmuje dostęp do odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej, jak również do instrumentów polityki na rzecz rodziny. Natomiast Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” przewiduje realizację szeregu działań określonych w ramach sześciu priorytetów, zmierzających do osiągnięcia celu jakim jest umożliwienie rzeczywistej i pełnej integracji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wsparcie psychologiczne, społeczne, funkcjonalne i ekonomiczne ich rodzin. Do działań tych należy m.in. zapewnienie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej (uwzględniającej również opiekę psychologiczną), diagnostyka i terapia prenatalna oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

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

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

W ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II i III poziomie referencyjnym (KOC II/III) szczególna pomoc medyczna finansowana przez 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 na podstawie odrębnej wyceny świadczeń w ramach grup noworodkowych. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń, możliwe jest uzyskanie przez świadczeniodawcę „premi” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych.

Tabela 8. Wykaz ryczałtów w ramach KOC II/III

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

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela 9. Realizacja świadczeń w ramach KOC II/III w 2023 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeniodawców	Wartość umów (w zł)	Wartość świadczeń ogółem w zł	Liczba kobiet objętych opieką	Liczba porodów	Liczba cięć cesarskich	Liczba porodów drogami natury ze znieczuleniem ciągłym
DOLNOŚLĄSKI	3	65 567 992	65 535 173	4 499	4 069	1 439	878
LUBELSKI	7	122 455 031	122 169 107	7 304	6 457	3 185	36
LUBUSKI	4	61 150 623	60 961 570	3 669	3 367	1 909	2
ŁÓDZKI	6	67 933 571	64 581 007	5 881	4 809	2 772	556
MAŁOPOLSKI	5	178 004 446	177 611 419	10 746	9 748	4 870	2 028
OPOLSKI	2	16 141 053	16 148 884	1 241	1 141	606	0
PODKARPACKI	1	10 940 671	10 929 168	863	770	415	0
PODLASKI	1	42 693 383	42 662 928	2 191	2 000	1 023	481
POMORSKI	1	10 931 851	10 935 089	933	877	338	5
ŚLĄSKI	2	27 619 435	27 564 601	1 854	1 809	955	69
WIELKOPOLSKI	1	41 111 114	40 872 100	1 774	1 564	960	0
ZACHODNIOPOMORSKI	3	97 169 901	96 981 535	5 503	4 809	2 613	119
RAZEM	36	741 719 071	736 952 581	46 458	41 420	21 085	4 174

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

2) Dziecięca opieka koordynowana

W celu realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” od dnia 1 stycznia 2017 r. wprowadzono również nowy zakres świadczeń kierowanych do dzieci, tj. dziecięcą opiekę koordynowaną (DOK). Celem wprowadzenia przedmiotowego zakresu świadczeń było sfinansowanie zintegrowanej opieki neonatologicznej, wielospecjalistycznej opieki pediatrycznej – zgodnie z indywidualnymi wskazaniami – oraz programów rehabilitacyjnych dla dzieci nim objętych. DOK ma na celu wczesne diagnozowanie i leczenie

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

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 10. Realizacja świadczeń w ramach DOK w 2023 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba świadczeniodawców	Wartość rozliczonych świadczeń
DOLNOŚLĄSKI	105	4 952	1	929 168
ŁÓDZKI	62	631	1	132 188
OPOLSKI	67	1 963	1	382 928
ŚLĄSKI	99	495	1	191 880
WIELKOPOLSKI	370	694	1	379 870
RAZEM:	703	8 735	5	2 016 034

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W świetle powyższych danych, w 2023 r. opieką w ramach DOK objęto 703 pacjentów, a wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła ogółem 2 016 032 zł (dla porównania w 2022 r.

w ramach DOK udzielono świadczeń 683 pacjentom, a wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła ogółem 1 481 725 zł).

3) Perinatalna opieka paliatywna

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

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

W 2023 r. świadczeniem perinatalnej opieki paliatywnej objęto 364 pacjentów. Wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 631 881 zł. W przypadku stwierdzenia wady letalnej płodu,

pacjenci mają zagwarantowane prawo do korzystania z opieki lekarza i psychologa również poza perinatalną opieką paliatywną, tj. w ramach świadczeń opieki psychiatrycznej oraz w leczeniu szpitalnym.

Tabela 11. Realizacja świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej w 2023 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba świadczeniodawców	Wartość świadczeń – ogółem (w zł)
DOLNOŚLĄSKI	18	82	2	30 162
LUBELSKI	4	4	1	10 142
ŁÓDZKI	9	24	1	13 790
MAŁOPOLSKI	12	13	2	25 171
MAZOWIECKI	235	877	1	386 471
OPOLSKI	3	3	1	5 260
PODKARPACKI	39	65	1	96 110
PODLASKI	4	7	1	7 351
POMORSKI	7	16	2	17 723
WARMIŃSKO-MAZURSKI	2	2	1	5 126
WIELKOPOLSKI	31	106	1	34 574
RAZEM	364	1 199	14	631 880

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

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

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

określone jego podstawowe cele, założenia, finansowanie, jak również zadania zmierzające do ich realizacji.

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

- 1) odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt (pkt 2.2. Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”);
- 2) wczesna rehabilitacja dzieci (pkt 2.3. Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”).

W 2023 r. zawarto jedną umowę na zadanie „Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez rozszerzenie sieci banków mleka kobiecego o województwa, w których banki mleka nie funkcjonują (województwo podlaskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie)”.

W ramach tego zadania został zakupiony sprzęt stanowiący wyposażenie banku mleka kobiecego. Łącznie zakupiono 40 sztuk sprzętu.

Wydatkowano środki finansowe w łącznej wysokości 1 067,8 tys. zł.

Ponadto, w 2023 r. zawarto 32 umowy na zadanie „Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt – zakup sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego i jego przechowywania dla podmiotów leczniczych współpracujących z bankami mleka kobiecego”.

W ramach tego zadania został zakupiony sprzęt do pozyskiwania mleka kobiecego i jego przechowywania: laktatory elektryczne przeznaczone do użytku szpitalnego, lodówki do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury, termotorby, lodówki przenośne oraz boksy termiczne. Łącznie zakupiono 653 sztuki sprzętu.

Na ten cel wydatkowano środki finansowe w łącznej wysokości 2 992,8 tys. zł.

W 2023 r. kwota wykorzystanych przez realizatorów środków na realizację programu wyniosła łącznie 4 062 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 2023 r. przedstawia się następująco.

Tabela 12. Świadczenia z zakresu opieki psychologicznej udzielone w 2023 r. kobietom w ciąży powikłanej

Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba świadczeń z rodzaju 03 Leczenie szpitalne	Sprawozdana wartość świadczeń z rodzaju 03 Leczenie szpitalne	Liczba świadczeń z rodzaju 04 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Sprawozdana wartość świadczeń z rodzaju 04 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Liczba pacjentek objętych opieką w ramach KOC	Wartość świadczeń w ramach KOC [zł]	Liczba świadczeniodawców w ramach KOC
DOLNOŚLĄSKIE	17	3 169	0	0	13	11 788	1
KUJAWSKO-POMORSKIE	1	175	0	0	0	0	0
LUBELSKIE	201	36 335	0	0	20	18 270	4
LUBUSKIE	47	9 505	0	0	2	1 917	2
ŁÓDZKIE	32	5 667	0	0	0	0	0
MAŁOPOLSKIE	105	19 158	0	0	10	8 913	1
MAZOWIECKIE	190	35 114	3	411	0	0	0
OPOLSKIE	14	3 882	0	0	0	0	0
PODKARPACKIE	125	25 464	0	0	0	0	0
PODLASKIE	1	180	0	0	0	0	0
POMORSKIE	25	4 679	1	334	0	0	0
ŚLĄSKIE	142	26 683	0	0	0	0	0
ŚWIĘTOKRZYSKIE	214	45 207	0	0	0	0	0
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	12	2 218	0	0	0	0	0
WIELKOPOLSKIE	114	20 536	0	0	1	863	1
ZACHODNIOPOMORSKIE	0	0	0	0	129	117 500	2
POLSKA	1 240	237 972	4	745	175	159 251	11

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 świadczeniobiorcom w okresie ciąży albo porodu przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki lub wyroby medyczne określone w wykazie,

o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930, z późn. zm.). Jest to tzw. „lista E”.

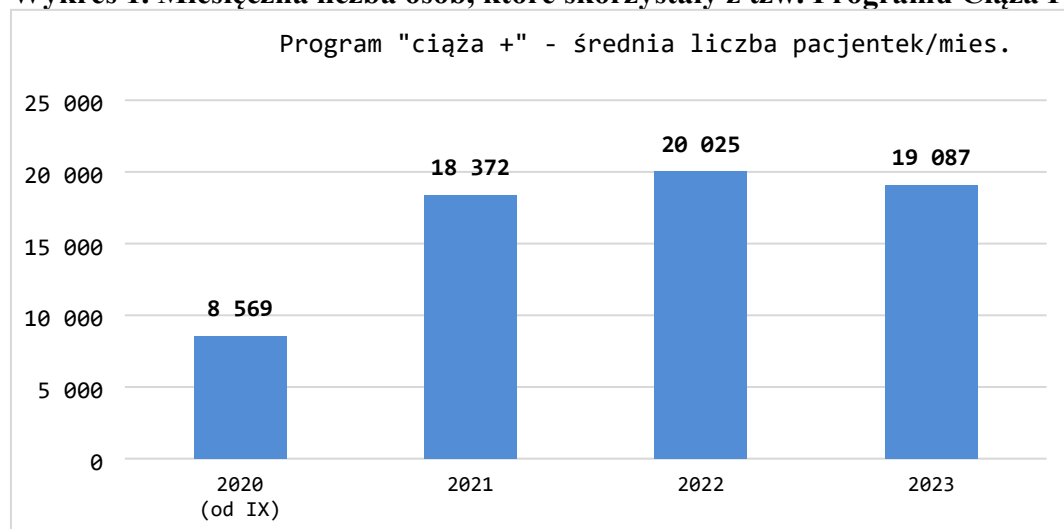
Pierwsza lista leków dostępnych bezpłatnie dla kobiet w ciąży obowiązująca od dnia 1 września 2020 r. obejmowała 114 pozycji dostępnych na receptę najczęściej stosowanych przez ciężarne. Lista E jest aktualizowana zgodnie z dyspozycją Ministra Zdrowia i publikowana z każdym obwieszczeniem refundacyjnym, mając przy tym na względzie konieczność zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pacjentek korzystających z programu ciąża+. W 2023 r.⁵⁾ na liście E znalazły się 392 produkty lecznicze – były one dostępne dla kobiet w ciąży w aptece na receptę do końca 2023 r. Dnia 1 listopada 2023 r., wraz z wejściem w życie ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 1938), zmianie uległy zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozszerzając dotychczasowe uprawnienia do bezpłatnego zaopatrzenia w leki dla kobiet w ciąży, regulowane przepisem art. 43b tej ustawy, o populację kobiet w połogu (tj. nie dłużej niż przez 6 tygodni po upływie 15 dni od planowanej daty porodu wskazanej w zaświadczeniu wystawionym przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie, lub położną podstawowej opieki zdrowotnej, lub położną wykonującą świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni położniczo-ginekologicznej). Pierwszy wykaz leków w ramach tzw. Programu Ciąża Plus, obejmujący populację zarówno kobiet w ciąży jak i w połogu został uwzględniony w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 stycznia 2024 r. Receptę na leki bezpłatne w ramach tzw. Programu Ciąża Plus (oznaczenie recepty kodem uprawnienia dodatkowego „C”) może wystawić lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarz w trakcie odbywania specjalizacji w tej dziedzinie, lub położna podstawowej opieki zdrowotnej, lub położna wykonująca świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni położniczo-

⁵⁾ Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 listopada 2023 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 97).

ginekologicznej, lub inny lekarz – na podstawie zaświadczenia wystawionego przez wskazanych wcześniej lekarza lub położną. Warunkiem koniecznym przy wystawianiu recept na produkty refundowane, w tym widniejące na liście E, jest rozpoznanie schorzenia, które zawiera się we wskazaniu refundacyjnym – dopiero przyznanie refundacji podstawowej (B, R, 30%, 50%) umożliwia wydanie leku z listy E bezpłatnie, w ramach programu ciąża+. W przypadku wskazania przez lekarza wypisującego receptę pełnej odpłatności pacjenta (100%) – refundacja na dany lek nie przysługuje.

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 miesięcznie, a w grudniu 2021 r. pierwszy raz przekroczona została liczba 20 tys. pacjentek miesięcznie. W 2023 r. średnio z programu korzystało ponad 19 tys. pacjentek w miesiącu.⁶⁾ W porównaniu do 2022 r. to o 1000 pacjentek mniej, ale może to być powiązane z ogólnie mniejszą liczbą ciąż i urodzeń.

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



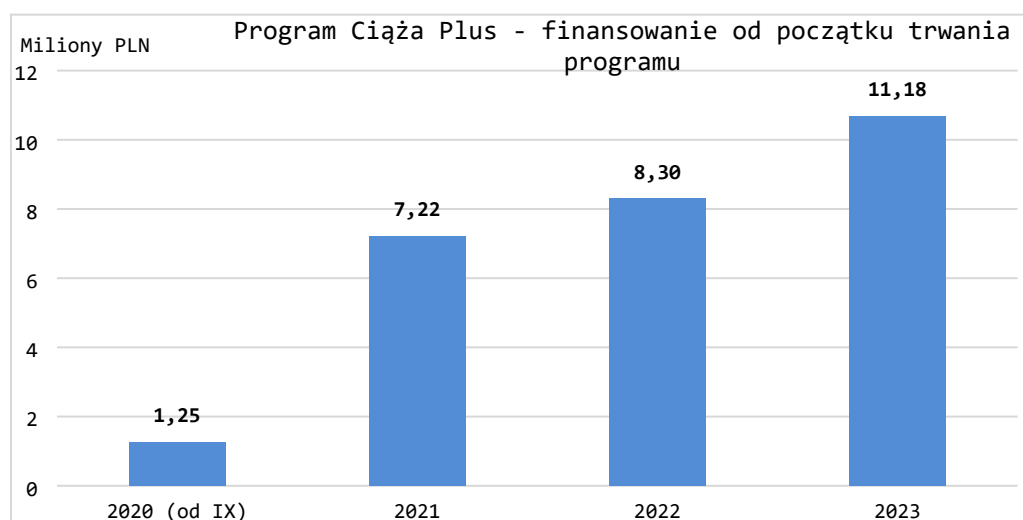
Źródło: Ministerstwo Zdrowia, na podstawie raportów Narodowego Funduszu Zdrowia

Należy zauważyć, że wydatki na Program Ciąża Plus w 2023 r. wzrosły, co nie wynika z liczby pacjentek korzystających z tego programu. W 2022 r. wydatki na 1 pacjentkę w Programie Ciąża Plus wynosiły od 28,75 zł (styczeń) do 37,73 zł (wrzesień) natomiast w 2023 r. wydatki na 1 pacjentkę wyniosły od 34,80 zł (styczeń) do 73,66 zł (grudzień). Analizując tak znaczący

⁶⁾ Nie określono wartości docelowej w tym zakresie, gdyż z założenia z programu może skorzystać każda kobieta w ciąży wymagająca stosowania leków objętych wykazem. Przy założeniach uproszczonych, tj. 360 tys. urodzeń rocznie rok, pomniejszonych o założenie 5% ciąż mnogich i rozkładzie równomiernym liczby ciąż w każdym miesiącu, wówczas miesięcznie mogłoby korzystać z programu maksymalnie ok. 28 500 kobiet.

wzrost kosztów należy stwierdzić, że spowodowane jest to objęciem refundacją I odpowiednika progesteronu dopochwowego. Od dnia 1 listopada 2023 r. refundacją objęto lek Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, Progesteronum, 200 mg, 15 szt., GTIN: 05909991401450 i jest on I odpowiednikiem dla produktu Luteina (progesteron). I odpowiednik ma cenę za DDD niższą o co najmniej 25% i dodatkowo wyznacza limit finansowania. Wzrosły więc zapłaty po stronie pacjenta dla wszystkich prezentacji Luteiny, a ponieważ progesteron jest jednym z najczęściej kupowanych leków w ramach listy ciąży+ stąd duży wzrost wydatków na Program Cięża Plus.

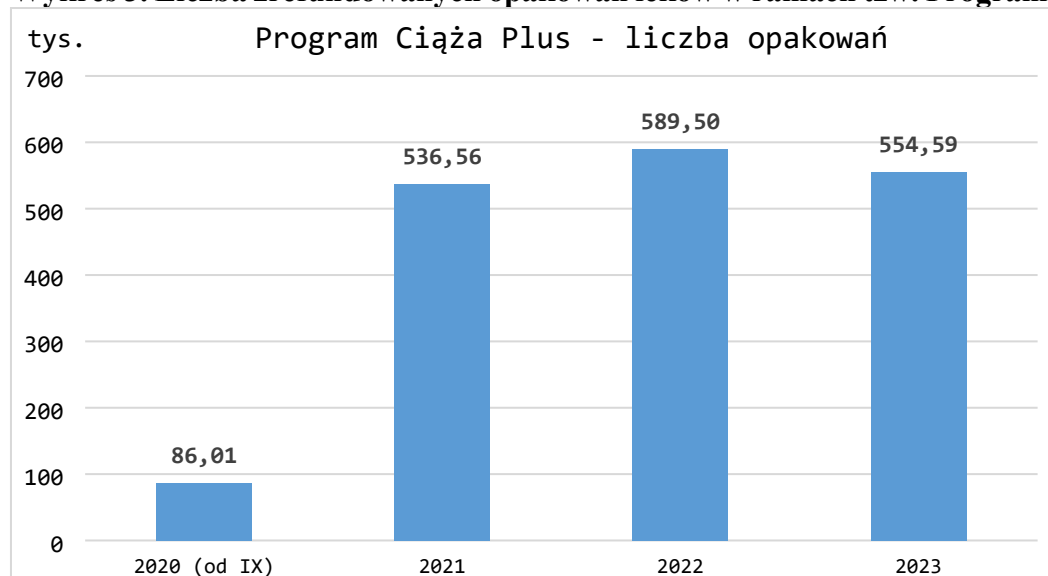
Wykres 2. Wydatki na tzw. Program Cięża Plus



Źródło: Ministerstwo Zdrowia, na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia

W odniesieniu do liczby zrefundowanych opakowań leków w Programie Cięża Plus, na poniższym wykresie przedstawiono liczbę zrefundowanych opakowań leków w 2023 r. Łącznie w 2023 r. kobietom w ciąży zrefundowano ponad 554 tys. opakowań leków. Od początku wdrożenia Programu Cięża Plus liczba ta wynosi 1,76 mln opakowań.

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



Źródło: Ministerstwo Zdrowia

Biorąc pod uwagę liczbę zrefundowanych opakowań w 2023 r. oraz wydatki na program w tym okresie, średnia dopłata do jednego zrefundowanego opakowania wniosła ok. 19,25 zł (dla porównania w 2022 r. średnia dopłata wyniosła 14,08 zł).

Najczęściej realizowane są recepty na:

- 1) leki przeciwzakrzepowe (enoksaparyna);
- 2) progesteron (podjęzykowy i dopochwowy);
- 3) hormony tarczycy (lewotyroksyna);
- 4) insuliny (insulina izofanowa, insulina aspartum).

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

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

W 2023 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, przez zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dziecka 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, przez poprawienie wewnątrzmacicznego stanu płodu;
- 3) wydłużenie czasu trwania ciąży przez zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej;
- 4) wyposażenie albo doposażenie krajowych ośrodków prowadzących terapię wewnątrzmaciczną w aparaturę i sprzęt niezbędny do wykonywania zabiegów wewnątrzmacicznych.

W 2023 r. w ramach programu sfinansowane zostały 73 zabiegi ukierunkowane na różnorodne patologie płodu.

Dofinansowano również zakup 48 sztuk wysokospecjalistycznego sprzętu z czego 17 to sprzęt trwały, a 31 to sprzęt drobny. Dofinansowano zakup między innymi wieży endoskopowej do zabiegów fetoskopowych, ultrasonografu, zestawów do zespołu TTTS (łożysko na ścianie przedniej i tylnej), inkubatora transportowego, telemetrii, kardiotorokografów z funkcją monitorowania, inkubatora, oprzyrządowania uzupełniającego do zabiegów fetoskopowych, fetoskopy wraz z instrumentami fetoskopowymi, noża ultradźwiękowego oraz kardiomonitorów.

Głównym powodem niewydatkowania wszystkich zaplanowanych środków na realizację programu była niższa niż przewidywano wykonana liczba zabiegów, która uzależniona jest od liczby ciąż ogółem i rozpoznanych przypadków patologii ciąży, a także, w związku tym mniejsze wydatkowanie środków na zakup materiałów i wyrobów medycznych niezbędnych do przeprowadzenia tych zabiegów. Ponadto, środki bieżące zostały przeznaczone na zakup drobnego sprzętu do realizacji ww. świadczeń.

W 2023 roku kwota wykonanie programu opiewała na kwotę 3 334 tys. zł.

2.2.2. „Rządowy program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019–2026”

W 2022 r. „Rządowy program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019–2022” został przedłużony do końca 2026 r.

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

Szacuje się, że w Rzeczypospolitej Polskiej rodzi się około 300–350 dzieci rocznie z chorobami wrodzonymi. Łączna częstość występowania tych chorób wynosi około 1:1 000 urodzeń żywych. Kryterium włączającym do udziału w Programie jest urodzenie dziecka w kraju. Podejmowane interwencje w ramach Programu przewidują objęcie badaniem w pierwszych dobach życia każdego dziecka. Kryterium wyłączającym z udziału w Programie jest brak zgody na wykonanie badania przesiewowego wyrażonego na piśmie przez matkę albo opiekuna prawnego dziecka. W 2023 r. odnotowano 203 odmów wykonania badań przesiewowych (z czego 20 zostało wycofanych po dodatkowej rozmowie z personelem medycznym).

W 2023 r. wykonano badania w kierunku:

- 1) hipotyreozy – 269 455 badań;
- 2) fenyloketonurii – 301 404 badania;
- 3) mukowiscydozy – 269 455 badań;
- 4) rzadkich wad metabolicznych (grupa ponad 20 chorób) – 269 455 badań;
- 5) wrodzonego przerostu nadnerczy – 269 455 badań;

- 6) deficytu biotynidazy – 269 455 badań;
- 7) rdzeniowego zaniku mięśni – 269 480 badań.

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

- 1) centralny rejestr noworodków oraz bazy danych leczonych objętych badaniami przesiewowymi na podstawie danych przekazanych w systemie elektronicznej transmisji danych ze wszystkich ośrodków przesiewowych w kraju do bazy realizatora programu;
- 2) dystrybucję kodów paskowych i 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 całym kraju,
 - 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 2023 r. badania przesiewowe umożliwiły wykrycie przynajmniej 326 przypadków chorób wrodzonych.

W 2023 roku kwota wykonania programu opiewała na kwotę 43 002 tys. zł.

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

Rządowym programem polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026” objęte były, zgodnie z zapisem art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284 z późn. zm.), wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne, przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego, w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV oraz osoby, które wymagają zastosowania leków

antyretrowirusowych w ramach postępowania poekspozycyjnego po narażeniu na zakażenie HIV – ekspozycje pozazawodowe wypadkowe.

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:
 - somatycznej (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),
 - społecznej (ocena relacji osobistych, życia intymnego, uzyskiwanego wsparcia społecznego),
 - psychologicznej (nastawienie do siebie samego, akceptacja własnego wyglądu, percepcja sensu życia, odczuwanie pozytywnych i negatywnych emocji, zdolność koncentracji uwagi),
 - środowiskowej (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 kraju;

- 10) zapewnienie leków antyretrowirusowych niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+;
- 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.

W 2023 r. w ramach Programu farmakologiczną profilaktyką zakażeń wertykalnych zostało objętych 120 kobiet ciężarnych zakażonych HIV. Odkonano 91 porodów kobiet zakażonych HIV, a na dzień 31 grudnia 2023 r. w ciąży nadal pozostało 29 kobiet (poród planowany w 2024 r.). Leki antyretrowirusowe otrzymało 91 noworodków.

W 2023 r. koszt leków ARV w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych obejmował:

- 1) koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży:
 - a) ciążę zakończone porodem w 2023 r., tj. leczenie ARV w ciągu 9 miesięcy: $9 \times 2\,150,00 \text{ zł} \times 91 \text{ kobiet} = 1\,760\,850,00 \text{ zł}$,
 - b) pozostałe ciążę, które zakończą się porodem w 2024 r. średnio 5 miesięcy: $5 \times 2\,150,00 \text{ zł} \times 29 \text{ kobiet} = 311\,750,00 \text{ zł}$;
- 2) zestaw leków dożylnych do porodu: $235,00 \text{ zł} \times 91 \text{ porodów} = 21\,385,00 \text{ zł}$;
- 3) leki dla noworodków urodzonych przez kobiety zakażone HIV: $516,12 \text{ zł} \times 91 \text{ dzieci} = 46\,966,92 \text{ zł}$.

Łącznie na profilaktykę wertykalną wydatkowano: 2 140 951,92 zł.

Na dzień 31 grudnia 2023 r., leczeniem ARV objętych było 186 dzieci (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS. W 2023 r. średni koszt leków antyretrowirusowych na dwanaście miesięcy terapii, w przeliczeniu na jedno dziecko wyniósł 24 719,40 zł. Wszystkie wymienione koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez kobiety zakażone HIV.

W 2023 r. koszt leczenia antyretrowirusowego 186 dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS wyniósł: 4 597 808,40 zł.

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

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

Jego 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.

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

Do Programu mogą zostać zakwalifikowane pary spełniające łącznie następujące kryteria:

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

Parom uczestniczącym w programie zapewniono wielopłaszczyznową, specjalistyczną opiekę medyczną, w tym psychologiczną, ukierunkowaną na określenie przyczyn niepłodności i ewentualne skierowanie do dalszego leczenia. W ramach Programu finansowano katalog 153 świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności. W 2023 r. w Programie uczestniczyło ok. 4 704 par.

W 2023 r. została rozszerzona sieć Centrów Zdrowia Prokreacyjnego, które zapewnią wszystkim świadczeniobiorcom – poza kompleksową i specjalistyczną opieką medyczną, która pozwala na określenie przyczyn niepłodności i ewentualne skierowanie do dalszego leczenia oraz monitorowanie jego przebiegu i rezultatów – również opieki profilaktycznej, prekoncepcyjnej, perinatalnej, poporodowej oraz opieki nad noworodkiem przyczyni się do skoncentrowania w centrum całościowej opieki w szeroko pojętym obszarze zdrowia

prokreacyjnego. Objęcie rodziców kompleksową opieką zdrowotną w Centrum Zdrowia Prokreacyjnego powinno sprzyjać w podjęciu przez nich decyzji o staraniu się o kolejne dziecko, ponieważ zarówno zakres jak i jakość świadczeń zdrowotnych oraz wcześniejsze pozytywne doświadczenia związane z ciążą, porodem i położeniem, mają wpływ na podejmowanie decyzji o posiadaniu kolejnych dzieci.

W zakresie Centrów Zdrowia Prokreacyjnego możliwa była modernizacja oraz zakup wyposażenia:

- 1) Sali Operacyjnej i Zabiegowej;
- 2) Pracowni Diagnostyki Obrazowej;
- 3) Sali wykładowej – Szkoły Rodzenia, Szkoły dla rodziców wcześniaków, edukacja okołoporodowa;
- 4) Oddziału Położniczego;
- 5) Sali Porodowej;
- 6) Oddziału Neonatologii.

Środki zostały przeznaczone na zakup sprzętu specjalistycznego do realizacji świadczeń m.in. z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności, w ramach zadania dotyczącego utworzenia Centrów Zdrowia Prokreacyjnego.

Ponadto, możliwe było również doposażenie Centrów Zdrowia Prokreacyjnego w drobny sprzęt (1 074 sztuk).

W 2023 roku kwota wykonanie programu opiewała na kwotę 33 781 tys. 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 Uzależnieniom, będące jednostką podległą i nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W 2023 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 urodzenie zdrowego dziecka. Ryzyko zakażenia HIV jest większe w przypadku dzieci urodzonych przez kobiety z zaawansowanym klinicznie i immunologicznie zakażeniem HIV, podczas porodu drogami natury, u dzieci karmionych piersią i przez kobiety, które nie były pod specjalistyczną opieką podczas ciąży i porodu oraz nie otrzymywały profilaktycznie leków antyretrowirusowych. Dotyczy to również kobiet, które uległy zakażeniu bezpośrednio przed ciążą lub w czasie ciąży. Sposób prowadzenia porodu, stosowanie inwazyjnych procedur i inne czynniki mogą również zwiększać ryzyko zakażenia.

Z rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS wynika, że w opiece medycznej nad dziećmi najważniejsze jest wczesne rozpoznanie zakażenia HIV i wczesne wdrożenie leczenia antyretrowirusowego, bez względu na poziom CD4 i wirerii HIV. 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 w ciąży

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

Po czterech tygodniach podawania noworodkowi leków antyretrowirusowych (w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych) istotne jest wczesne wykluczenie lub potwierdzenie zakażenia HIV, a jeśli do niego doszło – pilne rozpoczęcie terapii 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.

2.3.2. Leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV

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

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

indywidualnie przez lekarza prowadzącego dane dziecko. W kalendarzu tym uwzględniono konieczność zastosowania szczepionek zabitych (atenuowanych), które nie niosą ryzyka dodatkowych powikłań u osób z immunosupresją (zarówno dzieci lub/i ich opiekunów zakażonych HIV). W ramach Programu leczenia ARV, na dzień 31 grudnia 2023 r., leczeniem ARV objętych było 186 dzieci (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS. W 2023 r., średni koszt leków antyretrowirusowych na dwanaście miesięcy terapii, w przeliczeniu na jedno dziecko wyniósł 24 719,40 zł. Wszystkie wymienione koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez kobiety zakażone HIV. W 2023 r. koszt leczenia antyretrowirusowego 186 dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS wyniósł: 4 597 808,40 zł.

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

W 2023 r. działało 29 punktów konsultacyjno-diagnostycznych (w każdym województwie był przynajmniej jeden taki punkt), wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. Od trzeciego kwartału 2022 r. w punktach konsultacyjno-diagnostycznych rozpoczęto również testowanie w kierunku kiły i HCV. Podstawowym zadaniem realizowanym w tych punktach jest wykonywanie bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania testów w kierunku HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzono poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane były porady w zakresie podejmowania bezpieczniejszych zachowań seksualnych. Prowadzono także porady, bezpośrednio wynikające z osobistej sytuacji pacjenta. Dzięki tego typu poradnictwu pacjent otrzymuje informacje dotyczące swojego statusu serologicznego, adresy instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Każde wykonanie testu poprzedzane jest rozmową z doradcą, podczas której szacuje się ryzyko zakażenia HIV i innymi zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (STIs) w odniesieniu do indywidualnych zachowań pacjenta. Jeżeli wynik testu jest ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać. Jeśli wynik testu w kierunku HIV jest dodatni, przekazywane są informacje nt. możliwości leczenia i świadczeń pomocowych. W 2023 r. punkty konsultacyjno-diagnostyczne przyjęły 37 485 pacjentów, w tym 3 846 cudzoziemców. Wykonano w nich:

- 1) 36 936 testów w kierunku HIV (w tym 12 330 wśród kobiet); wśród których było 456 potwierdzonych wyników dodatnich (w tym 62 wśród kobiet);

- 2) 26 959 testów przesiewowych w kierunku HCV (w tym 8 998 wśród kobiet); odnotowano 181 wyników dodatnich (w tym 59 wśród kobiet);
- 3) 25 797 testów przesiewowych w kierunku kiły (w tym 8 688 wśród kobiet); odnotowano 795 wyników dodatnich (w tym 39 wśród kobiet).

Realizując zadania w zakresie działań edukacyjno-informacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa Krajowe Centrum do spraw AIDS przeprowadziło kolejną odsłonę ogólnopolskiej kampanii społecznej pod hasłem: „Jedyny taki test” (#jedynytakitest), której celem była popularyzacja wczesnej diagnostyki w kierunku HIV. Przekaz kampanii został skierowany do środowiska medycznego, zwłaszcza do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a także do lekarzy ginekologów, pediatrów, neonatologów, lekarzy chorób wewnętrznych i zakaźnych oraz studentów medycyny, a przez te grupy zawodowe – do ogółu społeczeństwa.

Głównym celem działań, które zostały objęte honorowym patronatem prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, była poprawa wczesnej diagnostyki zakażeń HIV, dzięki czemu osoby, u których zostanie zdiagnozowane zakażenie, będą mogły jak najszybciej rozpocząć terapię antyretrowirusową. Popularyzacja aktualnych rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS w zakresie testowania w kierunku HIV wśród lekarzy, pozwoli na zwiększenie liczby zlecanych testów, a tym samym przyczyni się także do poprawy wykrywalności zakażeń HIV. Skierowanie pacjenta na wykonanie testu w kierunku HIV powinno być standardowo inicjowane przez lekarzy w przypadku każdej choroby przebiegającej nietypowo, nawracającej lub niepoddającej się leczeniu, a także w wielu sytuacjach klinicznych wynikających ze specyfiki danej specjalizacji. Do udziału w kampanii zaproszeni zostali eksperci ze środowiska medycznego – lekarze różnych specjalności, którzy wystąpili w krótkich, filmowych materiałach edukacyjnych, dotyczących diagnostyki HIV/AIDS w wybranych sytuacjach klinicznych:

- 1) dr n. med. Grażyna Cholewińska-Szymańska – konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa mazowieckiego, ordynator Oddziału III w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie;
- 2) prof. dr hab. n. med. Maciej Wilczak – kierownik Katedry i Kliniki Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 3) prof. dr n. med. Ewa Helwich – specjalista chorób płuc i neonatologii, konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii;

- 4) prof. dr hab. Magdalena Marczyńska – kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego WUM, ordynator oddziału XI Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie;
- 5) prof. dr hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch – konsultant wojewódzki ds. epidemiologii dla województwa mazowieckiego, Prodziekan ds. Programów i Jakości Kształcenia Wydziału Lekarskiego WUM.

W celu przybliżenia lekarzom zasady komunikacji z pacjentem na temat ryzyka zakażenia i wskazań do wykonania testu diagnostycznego w kierunku HIV, przygotowano materiały edukacyjne, w tym dwie zainscenizowane rozmowy pacjenta z lekarzem chorób zakaźnych – przed testem w kierunku HIV oraz po odebraniu pozytywnego wyniku testu.

Krajowe Centrum ds. AIDS w 2023 r. zrealizowało także następujące szkolenia:

- 1) dla pracowników i funkcjonariuszy Komendy Stołecznej Policji oraz jednostek organizacyjnych Policji funkcjonujących na obszarze działania Komendanta Stołecznego Policji;
- 2) dla pracowników wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz członków Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS;
- 3) szkolenie certyfikacyjne dla doradców PKD (prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową);
- 4) dla doradców PKD oraz konsultantów Telefonu Zaufania i Poradni Internetowej z zakresu najnowszej wiedzy dotyczącej HIV i STIs.

Jednym z zadań Krajowego Centrum do Spraw AIDS jest zapewnienie dostępu do informacji w zakresie profilaktyki HIV/AIDS. W celu jego realizacji, w trosce o rzetelną i łatwo dostępną wiedzę z zakresu HIV/AIDS Krajowe Centrum do Spraw AIDS prowadzi działalność profilaktyczną m.in. przez internet, za pośrednictwem portalu edukacyjnego www.aids.gov.pl. Portal jest przeznaczony dla osób wykonujących zawód medyczny: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, pracowników laboratoriów, punktów krwiodawstwa, innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV, dla doradców zatrudnionych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS i innych STIs oraz osób zainteresowanych tematyką HIV/AIDS, które chcą poszerzyć swoją wiedzę. Są na nim 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 (22 331 77 66) – czynny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Centrum. Umożliwia on uzyskanie podstawowych informacji z zakresu HIV/AIDS, a główne problemy jakie poruszali rozmówcy to: interpretacja wyniku testu przesiewowego, ocena ryzyka narażenia na zakażenie HIV, diagnostyka HIV, dostępność profilaktyki poekspozycyjnej PEP.

Ponadto, działa również Telefon Zaufania AIDS – Infolinia umożliwia połączenia z całego kraju i z zagranicy (800 888 448 – połączenie bezpłatne dla dzwoniącego). Telefon Zaufania AIDS był czynny w dni robocze w godzinach 9.00 – 21.00 oraz dodatkowo zrealizowano 240 godzin dyżurów weekendowych w miesiącach listopad – grudzień, w okresie kampanii związanych ze Światowym Dniem AIDS (tj. w okresie od 18 listopada do 10 grudnia: przez 4 weekendy, dodatkowe dyżury były pełnione całodobowo od piątku od godziny 21:00 do poniedziałku do godziny 09:00).

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

Krajowego Centrum ds. AIDS wydaje również biuletyn informacyjny – *Kwartalnik „Kontra”*. Publikowane w nim w 2023 r. artykuły dotyczyły m.in.: sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce i na świecie, omówienia badania społecznego przeprowadzonego wśród studentów podkarpackich uczelni wyższych, 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 przez *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.

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

- 1) 9 broszur z serii „Powiedz STOP wirusom” – (HCV i HBV, kiła, rzeżyszkowica, świerzb i wszawica, Chlamydia trachomatis i Mycoplasma genitalium, HIV, rzeżączka, ziarniniak weneryczny pachwin, zakażenia przewodu pokarmowego przenoszone drogą płciową, m.in. *Lambliia intestinalis*, *Salmonella enterica*, *Shigella* spp., wirusowe zapalenie wątroby typu A);
- 2) ulotki dla lekarzy pt. „Diagnostyka HIV. Wskazania dla lekarzy”;
- 3) plakatu „Nieważne! Północ, południe, wschód czy zachód...Test w kierunku HIV wykonasz w całej Polsce” wraz z informacją, gdzie można wykonać anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania, wraz z poradnictwem okołotestowym, testy w kierunku HIV oraz kiły i HCV;
- 4) ulotki (wersja elektroniczna) mającej na celu rozpowszechnienie wiedzy o możliwości stosowania PEP i postępowaniu w razie narażenia na zakażenie HIV, które nie jest związane z pracą zawodową;
- 5) broszury pt. „Co musisz wiedzieć o HIV/AIDS, bez względu na to, gdzie mieszkasz i pracujesz”;
- 6) ulotki informacyjnej dotyczącej profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP);
- 7) rollupów wykonanych na podstawie plakatów Krajowego Centrum ds. AIDS.

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

Nie ulega wątpliwości, że alkohol spożywany przez kobiety w ciąży wywiera negatywny wpływ na rozwój dziecka, może spowodować mniejszą wagę urodzeniową, zaburzenia

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

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

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

- 1) skierowanie na rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego może być wystawiane przez lekarza następujących oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych:
 - a) neonatologicznej,
 - b) rehabilitacyjnej,

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

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (dalej nazywane też KCPU) podejmowało w 2023 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.

W ramach edukacji publicznej w zakresie profilaktyki picia alkoholu przez kobiety w ciąży Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom prowadziło stronę internetową www.ciazabezalkoholu.pl. Jej głównym celem jest edukacja publiczna w zakresie szkód

spowodowanych spożywaniem alkoholu przez kobiety w czasie ciąży, profilaktyka Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych oraz budowanie systemu wsparcia dzieci z FASD i ich rodzin. Strona jest istotną bazą wiedzy dla rodziców wychowujących dzieci z FASD, wychowawców pracujących z dziećmi, specjalistów (zwłaszcza w zakresie diagnozy FASD), oraz dorosłych osób z FASD. Wśród poruszanych tematów znajdują się:

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

Zasięg prowadzonych działań to 381.200 tysięcy odbiorców.

Ponadto, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom współpracowało w 2023 r. z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych realizując webinaria tematyczne, które są udostępniane na stronie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (www.nipip.pl) oraz na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (www.kcpu.gov.pl). Współpraca ta ma na celu upowszechnianie wiedzy z zakresu rakotwórczego działania alkoholu na organizm człowieka oraz teratogenego wpływu alkoholu na dziecko w życiu płodowym. W ramach prowadzonych działań, opublikowane zostały również artykuły sponsorowane na łamach Magazynu Pielęgniarki i Położnej, których treść udostępniona jest na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (<https://kcpu.gov.pl/fasd/wiedza/>).

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom we współpracy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych realizowało także działania mające na celu propagowanie i szerzenie wiedzy z zakresu rakotwórczego działania alkoholu na organizm człowieka. Alkohol – ogólnie dostępna substancja psychoaktywna – przyczynia się do wzrostu ryzyka zachorowania na nowotworowy, w tym co stwierdzono naukowo na raka piersi. Międzynarodowa Agencja ds. Badań nad Nowotworami plasuje alkohol etylowy wśród czynników najwyższego ryzyka działania kancerogennego. Stąd też przedsięwzięcia tematyczne w tym zakresie skierowane do grona medycznego, są ważnym działaniem edukacyjno-profilaktycznym. W ramach prowadzonych działań i owocnej współpracy realizowane są webinaria tematyczne, a na łamach Magazynu Pielęgniarki i Położnej publikowane były artykuły sponsorowane. We wszystkich tytułach poruszone zostały ważne informacje z zakresu rakotwórczego działania alkoholu na organizm człowieka. Webinaria, jak i treści artykułów dostępne są na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (<https://kcpu.gov.pl/rakotworcze-dzialanie-alkoholu/>).

W 2023 r. – z inicjatywy Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom – została zrealizowana kampania „Na Zdrowie – Każdy dzień na moją korzyść” (www.kampanianazdrowie.pl). Celem kampanii był wzrost wiedzy osób dorosłych na temat negatywnego wpływu alkoholu na zdrowie człowieka (fizyczne i psychiczne). Wśród informacji skierowanych do ogółu społeczeństwa znalazły się takie, które przeznaczono wyłącznie dla kobiet. Były to treści związane z ograniczeniem picia alkoholu i abstynencją kobiet będących w okresie planowania potomstwa, w ciąży i połogu. Znalazły się tam również treści pokazujące wpływ alkoholu na zdrowie fizyczne i psychiczne, urodę oraz na samopoczucie kobiet w różnym wieku. Kampania miała na celu przekazanie potwierdzonej w badaniach tezy, która brzmi: „Nie ma bezpiecznej dawki alkoholu”. Celem kampanii była promocja zdrowego stylu życia i wpłynięcie na prozdrowotne decyzje odbiorców (ograniczenie picia lub rezygnacja z alkoholu). Nadal dużym zainteresowaniem cieszy się Facebook kampanii: (<https://www.facebook.com/kampanianazdrowie>) – spośród osób obserwujących ten profil, kobiety stanowią 67,4%.

Ponadto, w 2023 r. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom zleciło realizację programu reintegracji społecznej, skierowanego do kobiet uzależnionych od substancji psychoaktywnych, lecz po przebytym programie terapeutycznym, w tym pozostających w trakcie leczenia substytucyjnego (NPZ 2.1.7 Redukcja szkód, leczenie, rehabilitacja i reintegracja społeczna osób uzależnionych oraz ich bliskich). Programy tego typu są ukierunkowane na wzmacnianie motywacji do zmiany, budowanie poczucia sprawczości oraz podniesienie poczucia własnej wartości uczestniczek. W ramach ww. programu realizowane są m.in. warsztaty umiejętności psychospołecznych, warsztaty umiejętności wychowawczych, treningi świadomości ciała i ekspresji twórczej, grupy wsparcia, warsztaty alternatywnych stylów życia oraz zajęcia dla kobiet i rodzin. Ponadto, organizowane są interwencje kryzysowe oraz udzielana pomoc prawna, aby zapewnić wsparcie w różnych aspektach życia uczestniczek lub uczestników programów. Adresatami tych działań są przede wszystkim matki małych dzieci, kobiety w ciąży oraz kobiety planujące macierzyństwo. Jest to kluczowe, ponieważ kobietom w tych życiowych sytuacjach potrzebne jest szczególne wsparcie i zrozumienie, aby mogły skutecznie przezwyciężyć trudności związane z uzależnieniem i kontynuować swoją drogę ku zdrowiu i lepszemu samopoczuciu. Dodatkowo, oferowana jest również opieka nad dziećmi w trakcie zajęć dla matek, co ma na celu ułatwienie kobietom uczestnictwa w programach rehabilitacyjnych, bez konieczności martwienia się o opiekę nad swoimi dziećmi w trakcie ich trwania. Wszystkie te działania

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

Od 2022 r. przy Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom funkcjonuje Rada ds. Profilaktyki i Terapii FASD, która składa się z ekspertów różnych specjalizacji oraz przedstawiciela Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Jej głównym celem jest opracowanie kompleksowej strategii dotyczącej profilaktyki, diagnozy i terapii FASD, a także identyfikacja potrzeb, zasobów i celów do realizacji. Od 2023 r. Rada prowadzi prace nad weryfikacją i aktualizacją obowiązujących Standardów Diagnostycznych FASD w Polsce.

Istotnym działaniem było również opracowanie i dystrybucja podręcznika dla pracowników oświaty dotyczącego FASD, zleconego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Publikacja ta ma charakter interdyscyplinarny – jej autorzy reprezentują dziedziny takie jak medycyna, psychologia, pedagogika i logopedia, co pozwala na kompleksowe ujęcie problematyki FASD. Omówiono w niej m.in. patofizjologię, diagnostykę i epidemiologię FASD, a także trudności w ich rozpoznawaniu. Przedstawiono również obowiązujące w Polsce standardy diagnostyczne oraz różnice między systemami klasyfikacyjnymi. Ważnym elementem podręcznika są praktyczne wskazówki dla nauczycieli, psychologów i pedagogów dotyczące pracy z dziećmi z FASD – opisano charakterystyczne trudności rozwojowe, szkolne i emocjonalne, a także strategie terapeutyczne (psychologiczne, pedagogiczne, farmakologiczne) i przykłady programów terapeutycznych. W publikacji zawarto także informacje o ośrodkach w Polsce, które bezpłatnie diagnozują FASD. Publikacja dostępna jest na stronie: <https://kcpu.gov.pl/fasd/wiedza/>.

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

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

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

- 1) ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 277);
- 2) ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 350);
- 3) ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2023 r. poz. 2780, z późn. zm.);
- 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 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.);
- 6) ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214);
- 7) ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2024 r. poz. 338, z późn. zm.);
- 8) ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49);
- 9) ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2024 r. poz. 1576);

- 10) ustawa z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2025 r. poz. 438, z późn. zm.);
- 11) ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

3.1. Świadczenia rodzinne

3.1.1. Świadczenia wspierające rodziny z dziećmi

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

Program „Rodzina 500+” został 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. Od 1 stycznia 2024 r. kwota świadczenia została podwyższona do 800 zł miesięcznie na dziecko.

O prawo do świadczenia wychowawczego może ubiegać się matka albo ojciec dziecka, opiekun prawny lub opiekun faktyczny dziecka (tj. osoba faktycznie opiekująca się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka), w określonych przypadkach także dyrektor domu pomocy społecznej, a także osoby sprawujące pieczę zastępczą, tj.: rodziny zastępcze, osoby prowadzące rodzinny dom dziecka, dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych.

Świadczenie wychowawcze ma charakter powszechny i przysługuje niezależnie od dochodu rodziny.

W grudniu 2023 r. świadczeniem wychowawczym objęto 6 195,9 tys. dzieci. W związku z realizacją w 2023 r. programu „Rodzina 500+” do rodzin trafiło z budżetu państwa 41 697,8 mln zł.

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)⁷⁾ wprowadzone zostały nowe instrumenty finansowe wsparcia rodzin, z których mogły korzystać rodziny z małymi dziećmi, w postaci 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

⁷⁾ Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym została uchylona ustawą z dnia 15 maja 2024 r. o wspieraniu rodziców w aktywności zawodowej oraz w wychowaniu dziecka – „Aktywny rodzic” (Dz.U. z 2024 r. poz. 858).

łączenie rodzicielstwa z pracą zawodową. Celem świadczenia było 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 kończy się wsparcie w postaci zasiłku macierzyńskiego, a jednocześnie nie rozpoczęło się jeszcze wsparcie w postaci prawa do opieki przedszkolnej.

Rodzinny kapitał opiekuńczy był świadczeniem pieniężnym wypłacanym rodzicom na pokrycie kosztów opieki nad drugim i kolejnym dzieckiem w wieku od 12. do 35. miesiąca życia dziecka. Przysługiwało w łącznej maksymalnej wysokości 12 tys. zł na dziecko, a rodzice sami mogli wybrać, czy chcą otrzymywać po 1000 zł miesięcznie przez rok, czy po 500 zł miesięcznie przez dwa lata. Powyższe wsparcie było niezależne od dochodów rodziny. Realizacja rodzinnego kapitału opiekuńczego rozpoczęła się dnia 1 stycznia 2022 r. Uzupełnieniem rodzinnego kapitału opiekuńczego było dofinansowanie obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna. Dofinansowanie przysługiwało na dziecko, które uczęszcza do instytucji opieki i nie korzysta z rodzinnego kapitału opiekuńczego. Dofinansowanie wynosiło 400 zł miesięcznie, ale nie więcej niż wysokość opłaty ponoszonej przez rodzica za pobyt dziecka w instytucji i było przekazywane bezpośrednio podmiotowi prowadzącemu instytucję opieki. Rozwiązanie weszło w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r.

W 2023 r. rodzinnym kapitałem opiekuńczym objęto 189,1 tys. dzieci. W związku z realizacją w 2023 r. rodzinnego kapitału opiekuńczego do rodzin trafiło z budżetu państwa 2 195,4 mln zł. W 2023 r. dofinansowaniem obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna objęto 82,8 tys. dzieci. W związku z realizacją w 2023 r. dofinansowania obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna do rodzin trafiło z budżetu państwa 429,4 mln zł.

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

Świadczenie rodzicielskie nie jest uzależnione od kryterium dochodowego i przysługuje przez 52 tygodnie od urodzenia dziecka, przysposobienia lub objęcia opieką dziecka, a w

przypadku urodzenia, przysposobienia bądź objęcia opieką dwojga lub więcej dzieci okres ten może być wydłużony odpowiednio od 65 do 71 tygodni.

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

W omawianym obszarze, zgodnie ze stanem prawnym obowiązującym w 2023 r., 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, 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 2023 r. kwota świadczenia pielęgnacyjnego wynosiła 2458 z zł miesięcznie.

W 2023 r. wypłacono ze środków budżetu państwa:

- 1) przeciętnie miesięcznie 241,7 tys. zasiłków rodzinnych na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 268 mln zł;
- 2) 48,5 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 37,4 mln zł;
- 3) przeciętnie miesięcznie 18,9 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego na kwotę ogółem w skali roku 84,5 mln zł;
- 4) przeciętnie miesięcznie 12,4 tys. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego w wieku do 5. roku życia na kwotę ogółem w skali roku 13,1 mln zł;
- 5) 116,1 tys. jednorazowych zapomóg z tytułu urodzenia się dziecka na kwotę 116,1 mln zł;
- 6) przeciętnie miesięcznie 55,5 tys. świadczeń rodzicielskich na kwotę ogółem w skali roku 608,1 mln zł.

Ponadto, gminy wypłaciły ze środków własnych 6,9 tys. zapomóg z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 4,8 mln zł oraz 0,8 tys. podwyższeń ustawowej kwoty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka na kwotę 0,3 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 wynosiło 900 zł miesięcznie w przeliczeniu na osobę w rodzinie, natomiast od okresu świadczeniowego rozpoczynającego się od 1 października 2023 r. 1209 zł miesięcznie. 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 2023 r. przeciętnie miesięcznie wypłacano 170 tys. świadczeń z funduszu alimentacyjnego na kwotę ogółem w skali roku 870,4 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

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 2023 r. wypłacono 4 tys. świadczeń na kwotę 16 mln zł.

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

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

1) zasiłek chorobowy

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

2) świadczenie rehabilitacyjne

Ubezpieczonej będącej w ciąży przysługuje świadczenie rehabilitacyjne przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. O potrzebie przyznania tego świadczenia orzeka lekarz orzecznik ZUS. Jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży prawo do świadczenia rehabilitacyjnego przysługuje w wysokości 100% zwaloryzowanej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Waloryzacji podstawy wymiaru dla celów wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego dokonuje się jeżeli w kwartale, w którym przypada pierwszy dzień przyznanego świadczenia rehabilitacyjnego, wskaźnik waloryzacji jest wyższy niż 100 %.

3) zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego

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

4) zasiłek macierzyński

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

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

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

Zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego przysługuje 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 zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego przysługuje w wymiarze do:

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

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

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

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

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

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

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

W przypadku, gdy miesięczna kwota zasiłku macierzyńskiego jest niższa od kwoty świadczenia rodzicielskiego wynoszącego 1.000 zł, kwotę zasiłku podwyższa się do kwoty świadczenia rodzicielskiego.

W 2023 r. zasiłki macierzyńskie wypłacono dla 609,8 tys. osób, w tym za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego dla 360,8 tys. osób, a za okres urlopu ojcowskiego dla 182,1 tys. ubezpieczonych ojców dzieci.

5) zasiłek macierzyński za okres urlopu ojcowskiego

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

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

Zasiłek macierzyński za okres urlopu ojcowskiego przysługuje nawet jeśli matka dziecka nie jest osobą ubezpieczoną i nie ma uprawnień do zasiłku macierzyńskiego. W 2023 r. zasiłki macierzyńskie z tytułu urlopu ojcowskiego wypłacono dla 182,1 tys. ubezpieczonych ojców dzieci.

6) zasiłek opiekuńczy

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

- 60 dni w roku kalendarzowych – z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do lat 14,
- 14 dni w roku kalendarzowym – z tytułu opieki nad innymi chorymi członkami rodziny, w tym chorymi dziećmi w wieku powyżej 14. roku życia,

- 30 dni w roku kalendarzowym, jeśli opieka sprawowana jest nad chorym dzieckiem z określonym stopniem niepełnosprawności w wieku powyżej 14. do ukończenia 18. roku życia, albo dzieckiem niepełnosprawnym w wieku powyżej 8. do ukończenia 18. roku życia, w przypadku porodu, choroby albo pobytu w szpitalu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka stale opiekującego się dzieckiem.

Zasiłek opiekuńczy wynosi 80% podstawy wymiaru.

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 2023 r. system urlopów związanych z opieką nad dzieckiem obejmuje:

1) urlop macierzyński

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

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

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

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

- zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego w wysokości 70% podstawy wymiaru zasiłku,
- jednorazowe wyrównanie pobranego zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu macierzyńskiego do wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku (jednorazowe wyrównanie wypłacane jest na wniosek pracownika); w przypadku, gdy dziecko urodzi się martwe lub zgon dziecka nastąpi przed upływem 8 tygodni życia, pracownica ma prawo do urlopu macierzyńskiego przez okres 8 tygodni po porodzie. W przypadku śmierci dziecka po upływie 8 tygodni życia, pracownica zachowuje prawo do urlopu macierzyńskiego przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka,
- jeżeli natomiast pracownica – matka urodzi dziecko wymagające opieki szpitalnej i wykorzysta po porodzie 8 tygodni urlopu macierzyńskiego, pozostałą część tego urlopu może wykorzystać w terminie późniejszym, po wyjściu dziecka ze szpitala,
- matka może zrezygnować z 6 tygodni urlopu macierzyńskiego po wykorzystaniu 14 tygodni urlopu i powrócić do pracy, pod warunkiem, że pozostałą część urlopu macierzyńskiego wykorzysta pracownik – ojciec wychowujący dziecko albo przez okres odpowiadający okresowi, który pozostał do końca urlopu macierzyńskiego, osobistą opiekę nad dzieckiem będzie sprawował ubezpieczony – ojciec dziecka, który w celu sprawowania tej opieki przerwał działalność zarobkową.

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

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

- 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.

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, z tym, że pracownicy, którzy przyjęli dziecko na wychowanie:

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

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

2) urlop rodzicielski

Wymiar urlopu rodzicielskiego w 2023 r. wynosił 41 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie, 43 tygodnie w przypadku urodzenia dwojga lub więcej dzieci przy jednym porodzie. W Rzeczypospolitej Polskiej istnieje gwarancja płatności za urlop rodzicielski. Od dnia 26 kwietnia 2023 r. urlop rodzicielski został wydłużony o dodatkowe, nieprzenoszalne 9 tygodni dla drugiego rodzica. Zgodnie z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1158 z dnia 20 czerwca 2019 r. w sprawie równowagi między

życiem zawodowym a prywatnym rodziców i opiekunów tylko nieprzenoszalna część urlopu rodzicielskiego musi być płatna (czyli 9 tygodni dla matek + 9 tygodni dla ojców, razem 18 tygodni płatnych).

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

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

- 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.

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

- 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
- 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) łączenie wykonywania pracy z urlopem rodzicielskim

W przypadku łączenia przez pracownicę - matkę dziecka korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu wymiar urlopu

rodzicielskiego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy wykonywanej przez pracownika w trakcie korzystania z urlopu lub jego części, nie dłużej jednak niż do:

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

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

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

4) urlop ojcowski

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

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

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

5) zwolnienie od pracy z tytułu urodzenia dziecka

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

6) urlop wychowawczy

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

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

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

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

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

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

7) urlop opiekuńczy

Przepisami ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw wprowadzono urlop opiekuńczy. Zgodnie z art. 173¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy pracownikowi przysługuje w ciągu roku kalendarzowego urlop opiekuńczy, w wymiarze 5 dni, w celu zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia osobie będącej członkiem rodziny lub zamieszkującej w tym samym gospodarstwie domowym, która wymaga opieki lub wsparcia z poważnych względów medycznych. Za członka rodziny uważa

się syna, córkę, matkę, ojca lub małżonka. Urlopu opiekuńczego udziela się w dni, które są dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy.

8) siła wyższa

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

3.3.2. Elastyczne formy pracy

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

Umożliwienie szerszego stosowania elastycznej organizacji pracy w celu zwiększenia uprawnień polegających na dostosowywaniu przez pracownika jego organizacji pracy do indywidualnych potrzeb, w tym przez: pracę zdalną, elastyczne rozkłady czasu pracy (ruchomy czas pracy, indywidualny rozkład czasu pracy, weekendowy system czasu pracy, system skróconego tygodnia pracy i przerywany czas pracy) i pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy.

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

Pracownik może złożyć wniosek w postaci papierowej lub elektronicznej o zastosowanie do niego elastycznej organizacji pracy.

Za elastyczną organizację pracy uważa się pracę zdalną, system przerywanego czasu pracy, system skróconego tygodnia pracy, system pracy weekendowej, ruchomy czas pracy, indywidualny rozkład czasu pracy oraz obniżenie wymiaru czasu pracy.

Wniosek składa się w terminie nie krótszym niż 21 dni przed planowanym rozpoczęciem korzystania z elastycznej organizacji pracy.

Pracodawca rozpatruje wniosek, uwzględniając potrzeby pracownika, w tym termin oraz przyczynę konieczności korzystania z elastycznej organizacji pracy, a także potrzeby i możliwości pracodawcy, w tym konieczność zapewnienia normalnego toku pracy, organizację pracy lub rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika. Pracodawca informuje pracownika w postaci papierowej lub elektronicznej o uwzględnieniu wniosku albo o przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku.

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

- 1) pracownika – rodzica dziecka posiadającego zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”;
- 2) pracownika – rodzica:
 - a) dziecka legitymującego się orzeczeniem o niepełnosprawności albo orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności określonym w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz
 - b) dziecka posiadającego odpowiednio opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737);
- 3) pracownicę w ciąży;
- 4) pracownika wychowującego dziecko do ukończenia przez nie 4. roku życia;

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

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

3.3.3. Ochrona stosunku pracy

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

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

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

Pracodawca dopuszcza pracownika do pracy także po zakończeniu urlopu wychowawczego na dotychczasowym stanowisku, a jeżeli nie jest to możliwe, na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu lub na innym stanowisku odpowiadającym jego kwalifikacjom zawodowym, za wynagrodzeniem nie niższym od wynagrodzenia za pracę przysługującego pracownikowi w dniu podjęcia pracy na stanowisku zajmowanym przed tym urlopem (art. 186⁴ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy).

3.3.3. Inne uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem

1) zakaz pracy powyżej 8 godzin na dobę

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

2) zakaz wykonywania prac uciążliwych

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

Są to prace:

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

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

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

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

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

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

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

3) zakaz pracy nadliczbowej i delegowania poza stałe miejsce pracy

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

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

4) zwolnienia od pracy na badania związane z ciążą

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

5) przerwa na karmienie dziecka piersią

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

6) obniżenie wymiaru czasu pracy

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

7) tzw. opieka na dziecko do lat 14

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

3.4. Uprawnienia bezrobotnych związanych z rodzicielstwem

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 ustawy o promocji zatrudnienia 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 ustawy o promocji zatrudnienia, 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 przysługiwałby jej, zgodnie z odrębnymi przepisami, zasiłek macierzyński. Warto również wspomnieć, że zasiłek na okres 365 dni – zgodnie z art. 73 ust. 1 pkt 2 lit. c i d ww. ustawy – 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 nad dziećmi w wieku do lat 3.

Narzędziami wspierającymi tworzenie miejsc pracy i powrót do zatrudnienia osób bezrobotnych, w tym dla powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka są grant na utworzenie stanowiska pracy zdalnej (wcześniej grant na telepracę⁸⁾) i świadczenie aktywizacyjne⁹⁾. 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

⁸⁾ Przepis art. 60a ustawy o promocji zatrudnienia.

⁹⁾ Przepis art. 60b ustawy o promocji zatrudnienia.

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.

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 przepisy z dnia 6 października 2016 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz ustawy o świadczeniach przedemerytalnych (Dz.U. 2016 poz. 1940), na mocy których:

- 1) opiekun osoby niepełnosprawnej, który utracił prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna w związku ze śmiercią podopiecznego, i który zarejestrował się w urzędzie pracy jako bezrobotny po dniu 1 stycznia 2017 r., 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 o promocji zatrudnienia – 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 przekraczał ustawowego kryterium dochodowego, które w 2023 r. wynosiło 766 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 600 zł dla osoby w rodzinie, mogła 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).

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. W 2023 r. obowiązywało rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (Dz. U. z 2022 r. poz. 150)¹⁰⁾, określające 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 (z możliwością przedłużenia), ale również specjalistyczne wsparcie zmierzające do przezwyciężenia kryzysowej sytuacji.

Schronienia w takim domu może szukać kobieta w ciąży, matka lub ojciec z małoletnimi dziećmi, a także inna osoba sprawująca opiekę prawną nad dzieckiem, ze względu np. na doznawanie przemocy lub inną sytuację kryzysową. Możliwe jest ich przyjęcie bez

¹⁰⁾ Przywołane rozporządzenie utraciło moc z dniem 22 grudnia 2023 r. na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 535). Obecnie obowiązuje w tym zakresie rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 lutego 2024 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (Dz.U. z 2024 r. poz. 169).

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.

Rozwój sieci domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży był też jednym z działań podejmowanych w ramach Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”. Podział środków z rezerwy celowej budżetu państwa w 2023 r. z przeznaczeniem na rozwój sieci domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, w ramach ww. działania, został dokonany na podstawie analizy wniosków złożonych przez samorządy powiatowe za pośrednictwem urzędów wojewódzkich. Dofinansowanie zadania w 2023 r. odbywało się na podstawie art. 115 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a wysokość dofinansowania mogła wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

W 2023 r. z przeznaczeniem na rozwój sieci domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, w ramach Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” rozdysponowano kwotę 5 mln zł, z przeznaczeniem na realizację działań przez 14 samorządów. Zadanie zrealizowało 13 jednostek samorządu terytorialnego wydając na nie ze środków budżetu państwa ogółem kwotę w wysokości 4 438 194,96 zł (z realizacji zadania zrezygnował jeden samorząd).

Środki te zostały wydatkowane na utworzenie czterech nowych domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży zapewniających łącznie 118 miejsc oraz dofinansowanie dziewięciu już istniejących domów nie skutkujące zwiększeniem liczby miejsc, a podniesieniem standardu istniejących placówek.

Pomoc społeczna podejmuje również działania interwencyjne na rzecz osób i rodzin, w tym dotkniętych przemocą, w celu zapobiegania pogłębianiu się występujących dysfunkcji. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. W ramach interwencji kryzysowej, bez względu na posiadany dochód, udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb – poradnictwa socjalnego lub prawnego, w sytuacjach uzasadnionych – schronienia do 3 miesięcy.

3.5.3. Poradnictwo

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

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

Ogółem w ramach świadczeń pomocy społecznej w 2023 r. z tytułu potrzeby ochrony macierzyństwa udzielono pomocy 59 230 rodzinom, w tym 34 988 rodzinom ze środowisk wiejskich. Spośród tej grupy rodzin 41 923 rodzinom pomoc została udzielona z uwagi na wielodzietność (27 190 to rodziny ze środowisk wiejskich). Natomiast wsparcie z tytułu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego otrzymało w 2023 roku 102 125 rodzin, w tym 38 125 rodzin ze środowisk wiejskich.

W 2023 r. funkcjonowało:

- 1) 41 domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, które dysponowały 1 022 miejscami wykorzystanymi w ciągu roku przez 1 548 osób;
- 2) 170 ośrodków interwencji kryzysowej, z których w ciągu roku skorzystało 62 068 osób;
- 3) 106 placówek specjalistycznego poradnictwa, z których skorzystało 43 738 osób.

Świadczenia z pomocy społecznej są udzielane kobietom w ciąży zgodnie z zasadami ogólnymi udzielania tych świadczeń. Z wyjątkiem pobytu w domu dla matek z małoletnimi dziećmi

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

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

Szczegółowe informacje na temat świadczeń w ramach systemów wsparcia materialnego rodzin z dziećmi na utrzymaniu (tj.: świadczenia wychowawczego, 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 realizował 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.

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 Kontaktu Klientów).

Z kolei szczegółowe informacje dotyczące przyznanych i wypłaconych zasiłków w razie choroby i macierzyństwa konkretnym osobom są udostępnione na ich kontach PUE ZUS. Osoby posiadające swój profil na PUE ZUS mają na bieżąco dostęp do danych o wypłaconych im świadczeniach. Mogą także uzyskać informacje o przysługujących im świadczeniach za pośrednictwem Centrum Kontaktu Klientów.

3.7. Wsparcie w ramach systemu ubezpieczeń społecznych rolników

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

1. Zasiłek macierzyński

Zgodnie z art. 35a i 35b ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2025 r. poz. 197), zasiłek macierzyński przysługuje matce lub osobie, która sprawowała osobistą opiekę nad dzieckiem. Świadczenie to przyznawane jest z tytułu urodzenia dziecka, a także z tytułu przysposobienia lub przyjęcia dziecka w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, do 10. roku życia. Od dnia 1 lutego 2023 r. w przypadku przysposobienia lub przyjęcia dziecka i wystąpienia do sądu opiekuńczego z wnioskiem o jego przysposobienie, podniesiona została górna granica wieku dziecka uprawniająca do zasiłku macierzyńskiego do 14. roku życia. Zasiłek macierzyński przysługuje przez okres 52 tygodni w przypadku urodzenia, przysposobienia 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. Jeżeli po dniu 25 kwietnia 2023 r. matka dziecka pobierała zasiłek macierzyński, to po zakończeniu pobierania świadczenia przez matkę ubezpieczonemu ojcu dziecka na wniosek był przyznawany i wypłacany zasiłek macierzyński przez kolejnych 9 tygodni. Miesięczna wysokość zasiłku macierzyńskiego wynosi 1.000 zł.

W 2023 r. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wypłaciła ogółem 19 344 osobom ubezpieczonym 118 053 zasiłki macierzyńskie na kwotę 116 743 194,89 zł z tytułu urodzenia, przysposobienia oraz przyjęcia dziecka na wychowanie na podstawie postanowień art. 35a i art. 35b ww. ustawy.

2. Rodzicielskie świadczenie uzupełniające

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 w 2023 r. wypłacała przeciętnie miesięcznie 1 370 rodzicielskich świadczeń uzupełniających na kwotę 26 016 180 61 zł.

3. Składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe

Przepisy art. 16a-16f ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników umożliwiają finansowanie z budżetu państwa składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolnikowi, domownikowi, a także osobie będącej członkiem rodziny rolnika lub domownika w związku ze sprawowaniem osobistej opieki nad dzieckiem przez okres do 3 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 5. roku życia, a w przypadku dziecka, które z powodu stanu zdrowia potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wymaga osobistej opieki tej osoby, przez okres do 6 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18 roku życia. Według stanu na koniec 2023 r., na podstawie wyżej wskazanych przepisów, z prawa do finansowania składek z budżetu państwa na ubezpieczenie emerytalno-rentowe w okresie sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem skorzystały 36 803 osoby ubezpieczone (tj. rolnicy, domownicy, członkowie rodzin rolnika lub domownika). W 2023 r. dotacja budżetowa z tego tytułu stanowiła kwotę 61 531 347,00 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 2023 r., w tym również pacjentkom poniżej 18. roku życia, zostały zawarte w poniższej tabeli.

Tabela 13. Liczba porad ginekologicznych udzielonych w 2023 r., w tym pacjentkom poniżej 18. roku życia

Województwo	Liczba świadczeń	Sprawozdana wartość świadczeń [zł]	Liczba świadczeń udzielonych pacjentkom do 18. roku życia	Sprawozdana wartość świadczeń udzielonych pacjentkom do 18. roku życia [zł]
Dolnośląskie	606 171	92 608 531	10 351	1 777 127
Kujawsko-pomorskie	469 014	65 509 067	8 198	1 325 317
Lubelskie	405 891	56 015 037	7 148	1 229 313
Lubuskie	182 327	27 023 829	2 855	475 798
Łódzkie	457 653	56 805 576	5 975	853 844
Małopolskie	674 500	94 514 643	7 194	1 113 855
Mazowieckie	1 246 917	165 125 988	19 263	3 060 624
Opolskie	166 291	24 175 990	2 512	385 148
Podkarpackie	408 070	58 503 722	6 602	1 120 936
Podlaskie	250 312	36 660 472	3 545	613 883
Pomorskie	534 733	79 462 017	8 283	1 387 606
Śląskie	1 028 707	139 851 452	16 807	3 250 944
Świętokrzyskie	266 994	36 508 016	3 818	721 997
Warmińsko-mazurskie	306 923	43 100 789	5 528	894 509
Wielkopolskie	720 252	112 678 728	12 129	2 338 073
Zachodniopomorskie	373 787	52 202 517	12 414	2 967 450
POLSKA	8 098 542	1 088 543 857	132 622	20 548 974

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

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

Zgodnie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych Minister Zdrowia

ogłasza w drodze obwieszczenia wykazy leków refundowanych, w stosunku do których wydano ostateczne decyzje administracyjne o objęciu refundacją. Obwieszczenia te są wydawane raz na dwa miesiące.

W 2023 r. nie zostały objęte refundacją nowe leki we wskazaniu antykoncepcyjnym.

Tabela 14. Grupa limitowa 72.0 – Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron refundowane w 2023 r.

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności
Levomine	tabl. powł.	30+150 µg	Ethinylestradiolu m + Levonorgestrelum	63 szt.	6,67	15,57	30%
Microgynon 21	tabl. powł.	30+150 µg	Ethinylestradiolu m + Levonorgestrelum	63 szt.	6,84	15,97	30%
Rigevidon	tabl. drażowane	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolu m + Levonorgestrelum	21 szt.	2,97	5,32	30%
Levomine	tabl. powł.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolu m + Levonorgestrelum	21 szt.	3,13	5,32	30%
Stediril 30	tabl. drażowane	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolu m + Levonorgestrelum	21 szt.	3,19	5,32	30%
Rigevidon	tabl. powł.	0,03+0,15 mg	Ethinylestradiolu m + Levonorgestrelum	21 szt.	3,19	5,32	30%
Microgynon 21	tabl. powł.	30+150 µg	Ethinylestradiolu m + Levonorgestrelum	21 szt.	3,29	5,32	30%
Cyprodiol	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolu m	21 szt.	5,45	5,32	30%
Syndi-35	tabl. drażowane	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolu m	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	17,15	15,97	30%
Diane-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolu m	63 szt.	17,15	15,97	30%
Syndi-35	tabl. drażowane	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolu m	21 szt.	6,21	5,32	30%
Diane-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolu m	21 szt.	6,21	5,32	30%
OC-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolu m	63 szt.	18,06	15,97	30%
OC-35	tabl. powł.	2+0,035 mg	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolu m	21 szt.	6,57	5,32	30%

Źródło: Dane zgodne na dzień 1 listopada 2023 r. z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Poniższe tabele przedstawiają refundowane w 2023 r. leki zawierające w swoim składzie substancje hormonalnie czynne i mogące wykazywać działanie antykoncepcyjne.

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

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności	Kryterium odpłatności
Provera	tabl.	5 mg	Medroksyprogesteron i acetat	30 szt.	4,00	5,70	30%	we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji
Provera	tabl.	10 mg	Medroksyprogesteron i acetat	30 szt.	7,56	11,40	30%	we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji

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

Nazwa	Postać	Dawka	Nazwa międzynarodowa	Opakowanie	Zapłata pacjenta	Refundacja	Rodzaj odpłatności	Kryterium odpłatności	Kryterium odpłatności poza rejestracyjną
Danazol Polfarmex	tabl.	200 mg	Danazol	100 szt.	3,56	232,88	RYCZAŁT B	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny

Tabela 17. 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.	3,51	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Diemono	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	4,37	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Diemono	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	4,43	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Zafrilla	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	4,54	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Symdiono	tabl. powł.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	6,37	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Endovelle	tabl.	2 mg	Dienogestum	84 szt.	8,96	100,29	RYCZAŁT B	Endometrioza
Endovelle	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	6,60	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Probella	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	8,88	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Diemono	tabl. powł.	2 mg	Dienogest	28 szt.	8,89	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza
Visanne	tabl.	2 mg	Dienogestum	28 szt.	29,15	33,22	RYCZAŁT B	Endometrioza

Spośród powyżej wskazanych leków w 2023 r. został złożony jeden wniosek o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto leku zawierający w swoim składzie substancje hormonalnie czynne i mogących wykazywać działanie antykoncepcyjne (jeden odpowiednik w leczeniu endometriozy).

Tabela 18. wniosek o objęcie refundacją złożony w 2023 r.

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

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 2023 r. obrazuje poniższa tabela.

Tabela 19. Liczba procedur wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej wykonanych w 2023 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Liczba świadczeń ze sprawozdaną procedurą
DOLNOŚLĄSKI	965
KUJAWSKO-POMORSKI	612
LUBELSKI	648
LUBUSKI	339
ŁÓDZKI	489
MAŁOPOLSKI	394
MAZOWIECKI	1 492
OPOLSKI	375
PODKARPACKI	294
PODLASKI	200
POMORSKI	1 244
ŚLĄSKI	1 555

ŚWIĘTOKRZYSKI	424
WARMIŃSKO-MAZURSKI	815
WIELKOPOLSKI	1 282
ZACHODNIOPOMORSKI	624
RAZEM	11 752

Źródło: 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 porodu. Możliwość zakwalifikowania ciężarnej do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu, powinna zostać uwzględniana również w planie opieki przedporodowej¹¹⁾, 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

¹¹⁾ Obowiązek ten wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

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

Jednocześnie, w 2023 r. kobiety w okresie ciąży, które spełniały co najmniej jedno z następujących kryteriów:

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

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

W 2024 r. wprowadzone zostały zmiany w zakresie dostępu do programu, które zostaną szczegółowo opisane w sprawozdaniu z realizacji ustawy obejmującym kolejny okres sprawozdawczy. Należy jedynie zaznaczyć, że w dniu 5 czerwca 2024 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 maja 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 767), które wprowadziło zmiany w programie badań prenatalnych, w szczególności:

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

Wprowadzenie zmian do rozporządzenia ma na celu zwiększenie dostępu do badań prenatalnych dla wszystkich kobiet niezależnie od wieku. Natomiast usunięcie kryteriów kwalifikacji do pierwszych dwóch etapów Programu badań prenatalnych spowoduje zwiększenie dostępu do badań prenatalnych, które umożliwiają wczesne wykrycie wad płodu oraz ich diagnostykę we wczesnym okresie ciąży, a także, o ile to możliwe, podjęcie leczenia jeszcze w okresie płodowym.

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. W 2023 r. wyniosła ona niespełna 110 tys. pacjentek (w 2022 r. – 107 494 pacjentek), co stanowi ok. 49% wszystkich ciąż. Systematycznemu zwiększeniu ulega również liczba świadczeniodawców realizujących program (w 2015 r. – 102 świadczeniodawców, w 2020 r. – 126, w 2023 r. – 157) zapewniając dostępność do badań wszystkim potrzebującym kobietom w okresie ciąży.

Informacje o realizacji w 2023 r. programu badań prenatalnych (w tym w odniesieniu do kobiet powyżej 35 roku życia w porównaniu z liczbą kobiet w tym samym wieku, u których przynajmniej raz w 2023 r. wykazano świadczenie z rozpoznaniem związanym z ciążą oraz z liczbą tych kobiet, u których rozliczono świadczenie związane z porodem) obrazuje poniższa tabela.

Tabela 20. Realizacja programu badań prenatalnych w 2023 r. (w podziale na województwa, liczbę i wartość udzielonych świadczeń oraz liczbę pacjentek objętych programem)

Województwo	Liczba pacjentek	Liczba świadczeń	Liczba badań prenatalnych wykonanych pacjentkom do 35. roku życia	Liczba badań prenatalnych wykonanych pacjentkom powyżej 35. roku życia	Sprawozdana wartość świadczeń [zł]	Liczba świadczeniodawców
DOLNOŚLĄSKIE	6 811	12 685	5 216	7 469	6 400 753	12
KUJAWSKO-POMORSKIE	4 989	15 815	9 729	6 086	5 843 078	6
LUBELSKIE	2 942	5 101	1 360	3 741	2 821 456	6
LUBUSKIE	4 479	7 699	5 761	1 938	4 194 199	5
ŁÓDZKIE	5 174	12 112	5 587	6 525	5 598 282	11
MAŁOPOLSKIE	11 769	20 574	11 569	9 005	12 134 342	8
MAZOWIECKIE	12 731	28 779	10 130	18 649	14 844 488	29
OPOLSKIE	4 177	8 878	6 162	2 716	4 186 166	3
PODKARPACKIE	5 785	9 367	5 099	4 268	5 121 443	3
PODLASKIE	2 393	6 139	1 834	4 305	2 668 564	1
POMORSKIE	4 114	11 615	4 507	7 108	3 898 434	8
ŚLĄSKIE	26 014	55 217	41 520	13 697	24 964 924	43
ŚWIĘTOKRZYSKIE	2 901	5 532	3 210	2 322	2 785 833	4
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	2 707	6 102	2 758	3 344	2 501 220	3
WIELKOPOLSKIE	9 984	16 487	10 553	5 934	8 994 887	11
ZACHODNIOPOMORSKIE	3 026	8 484	2 078	6 406	3 254 993	4
POLSKA	109 325	230 586	127 073	103 513	110 213 063	157

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

ROZDZIAŁ VI. POMOC UCZENNICOM W CIĄŻY

Zgodnie z art. 2 ust. 3 ustawy szkoła ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połów powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła jest 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 w placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w szkole i w placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym.

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

W 2023 r. uczennice w ciąży miały możliwość korzystania w sposób dobrowolny z pomocy psychologiczno-pedagogicznej organizowanej w szkole¹²⁾. Pomocy udzielali nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych oraz specjaliści wykonujący w szkole zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności psycholodzy, pedagodzy, doradcy zawodowi i terapeuci pedagogiczni¹³⁾.

¹²⁾ Zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach (Dz.U. z 2023 r. poz. 1798).

¹³⁾ Zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczną organizuje dyrektor szkoły¹⁴⁾, 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 młodzieży¹⁵⁾.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana była w szkole w trakcie bieżącej pracy z uczennicą oraz przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów w formie np. zajęć rozwijających umiejętności uczenia się, zajęć dydaktyczno-wyrównawczych, zajęć specjalistycznych, m.in. rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne, o charakterze terapeutycznym, porad i konsultacji¹⁶⁾. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana była również w szkole dla dorosłych. W tym przypadku były to zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu, porady oraz konsultacje.

Ministerstwo Edukacji Narodowej podejmowało także w 2023 r. działania związane ze zwiększaniem dostępu do pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów.

Od 1 września 2022 r. rozpoczęło się wdrażanie pierwszego etapu standaryzacji zatrudniania w przedszkolach i szkołach nauczycieli specjalistów, wprowadzone przepisami ustawy z dnia 12 maja 2022 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1116, z późn. zm.). Standardy określają minimalny wymiar zatrudniania nauczycieli specjalistów w ogólnodostępnych i integracyjnych przedszkolach, szkołach oraz zespołach tych przedszkoli i szkół. Przepisy te określają też sposób wyliczenia etatów, w zależności od liczby dzieci lub uczniów w przedszkolach i szkołach. W 2023 r. kontynuowano wprowadzanie standardów (I etap – od 1 września 2022 r. i II etap – od 1 września 2024 r.). Od momentu wprowadzenia standardów, w roku szkolnym 2021/2022, łączna liczba etatów nauczycieli specjalistów wzrosła o ponad 120%, z 21 tys. do 47 tys.

W przypadku nauczycieli psychologów liczba etatów wzrosła z 4,9 tys. etatów do ponad 11 tys. etatów według stanu na dzień 30 września 2023 r.

¹⁴⁾ Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach.

¹⁵⁾ Zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach.

¹⁶⁾ Zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, placówkach.

Tabela 21. Liczba etatów według stanu na dzień 30 września 2023 r.

Specjalista	Liczba etatów w 2023 r. (stan na 30 września 2023 r.)
pedagog	12 175,79
psycholog	10 461,76
logopeda	9688,92
terapeuta pedagogiczny	1938,78
pedagog specjalny	12 002,08
Razem	46 267,33

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej

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

W roku szkolnym 2023/2024 trwają kontrole prowadzone w ramach nadzoru pedagogicznego przez kuratorów oświaty w zakresie realizacji ww. przepisów. Wyniki kontroli zostaną przeanalizowane pod kątem ewentualnej potrzeby zmiany obecnego brzmienia przepisów. Środki finansowe w latach 2022 – 2032 na ten cel z budżetu państwa to ok. 25,6 mld zł, w tym 1,87 mld zł w 2023 r. (w tym ponad 1 mld zł na zatrudnienie nauczycieli specjalistów w przedszkolach).

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

W 2023 r. dla uczniów szkół naliczono na ten cel 811 mln zł.

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

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

Zgodnie z art. 127 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737) 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 ucznia¹⁷⁾.

Zajęcia indywidualnego nauczania prowadzi się¹⁸⁾ w miejscu pobytu ucznia, w szczególności w domu rodzinnym, placówkach¹⁹⁾, u rodziny zastępczej, w rodzinnym domu dziecka, w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej²⁰⁾.

W roku szkolnym 2022/2023 dyrektor szkoły, na podstawie art. 127 ust. 16 a ustawy – Prawo oświatowe, miał możliwość wprowadzić, wyłącznie na wniosek rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia, który posiadał orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania, i w porozumieniu z organem prowadzącym – realizację zajęć indywidualnego nauczania z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość. Dyrektor szkoły miał także możliwość zorganizowania tych zajęć w wersji mieszanej (częściowo w bezpośrednim kontakcie ucznia z nauczycielem i częściowo w inny sposób, np. z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość).

6.3. Wsparcie udzielane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne

Publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne udzielają pomocy i wsparcia małoletnim uczennicom i uczniom (którzy zostaną rodzicami) oraz ich rodzicom przez prowadzenie terapii dla uczennicy i ucznia oraz ich rodziców/ opiekunów prawnych w rozwiązywaniu problemów edukacyjnych i wychowawczych²¹⁾.

¹⁷⁾ Zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2061).

¹⁸⁾ Zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2023 r. poz. 2468).

¹⁹⁾ O których mowa w art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

²⁰⁾ O której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

²¹⁾ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2499).

Tabela 22. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne

Poradnia	Rodzaj poradni		Razem
	publiczna	niepubliczna	
poradnia psychologiczno-pedagogiczna	579	665	1 244
poradnia specjalistyczna	25	40	65
Razem	604	705	1 309

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej

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/uczniów i rozwiązywaniu problemów.

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

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

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

Tabela 23. Liczba diagnoz przeprowadzonych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w roku szkolnym 2022/2023.

Rodzaj diagnozy	Uczniowie szkoły podstawowej	Uczniowie szkoły ponadpodstawowej	Inna osoba	Razem
psychologiczna	277379	41 806	3 887	323072
pedagogiczna	267 582	31 628	2 245	301455
logopedyczna	50 119	1 951	945	53015
lekarska	23 158	6 352	407	29917
związana z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej	13 964	3 483	24	17471
rehabilitanta	2 641	54	35	2730

Razem	634 843	85 274	7 543	727660
--------------	----------------	---------------	--------------	---------------

Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki (według danych SIO, stan na 11.02.2024 r.)

Tabela 24. Pomoc udzielona przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2022/2023

Typ podmiotu	Liczba uczniów
Szkoła podstawowa	2 252 316
Liceum ogólnokształcące	507 669
Technikum	360 313
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	17 949
Typ podmiotu	Liczba uczniów
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	6 255
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	2 414
Liceum sztuk plastycznych	7 477
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	652
Branżowa szkoła I stopnia	111 278
Razem	3 266 323

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 na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów, dotyczących przyjmowania

uczniów do szkół²²⁾. Jest to zatem uczeń konkretnej szkoły (publicznej lub niepublicznej), figuruje w księdze uczniów danej szkoły oraz realizuje treści podstawy programowej przewidzianej na danym etapie edukacyjnym.

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

Roczna i końcowa klasyfikacja ucznia spełniającego obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą odbywa się zgodnie z przepisami rozdziału 3a ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2024 r. poz. 750, z późn. zm.). Uczeń spełniający obowiązek szkolny lub obowiązek nauki poza szkołą uzyskuje roczne oceny klasyfikacyjne na podstawie rocznych egzaminów klasyfikacyjnych z zakresu części podstawy programowej obowiązującej na danym etapie edukacyjnym, uzgodnionej na dany rok szkolny z dyrektorem szkoły. Egzaminy klasyfikacyjne są przeprowadzane przez szkołę, której dyrektor zezwolił na spełnianie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą. Egzamin klasyfikacyjny przeprowadza się odpowiednio zgodnie z art. 44l lub art. 44wa ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty i przepisami wydanymi na podstawie art. 44zb ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

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

- 1) prawo uczestniczenia w szkole w zajęciach, o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 2, 3 i 5-7 ww. ustawy;
- 2) zapewnienie dostępu do:
 - a) podręczników, materiałów edukacyjnych i materiałów ćwiczeniowych, o którym mowa w art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (Dz.U. z 2024 r. poz. 754), oraz
 - b) pomocy dydaktycznych służących realizacji podstawy programowej znajdujących się w zasobach szkoły – w porozumieniu z dyrektorem tej szkoły;

²²⁾ Przyjmowanie dzieci do szkół reguluje rozdział 6 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

- 3) udział w konsultacjach umożliwiających przygotowanie do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych²³⁾.

Cofnięcie powyższego zezwolenia następuje:

- 1) na wniosek rodziców;
- 2) jeżeli uczeń z przyczyn nieusprawiedliwionych nie przystąpił do rocznych egzaminów klasyfikacyjnych albo nie zdał rocznych egzaminów klasyfikacyjnych;
- 3) w razie wydania zezwolenia z naruszeniem prawa²⁴⁾.

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 czerwcu²⁵⁾, egzamin maturalny jest przeprowadzany jeden raz w ciągu roku, w okresie od maja do września, w terminie głównym, dodatkowym i poprawkowym²⁶⁾, zgodnie z ogłaszaniem corocznie²⁷⁾ na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, komunikatem dyrektora tej Komisji.

Egzamin zawodowy i egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodzie są przeprowadzane w ciągu całego roku szkolnego, a w przypadku części praktycznej tego egzaminu – w szczególności

²³⁾ Zgodnie z Art. 37 ust. 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

²⁴⁾ Zgodnie z art. 37 ust. 8 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

²⁵⁾ Zgodnie z art. 44zt ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

²⁶⁾ Zgodnie z art. 44ztc ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

²⁷⁾ 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. z 2022 r. poz. 1636) oraz § 6 pkt 1 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie egzaminu maturalnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 302).

w okresie ferii letnich lub zimowych²⁸⁾, zgodnie z ogłaszaniem corocznie²⁹⁾ na stronie internetowej Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, komunikatami dyrektora tej Komisji³⁰⁾. Egzamin zawodowy przeprowadzany jest w terminie głównym (między 2 listopada a 28 lutego danego roku szkolnego oraz między 1 kwietnia a 31 sierpnia danego roku szkolnego) i w terminie dodatkowym³¹⁾. Dla egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie nie jest organizowany termin dodatkowy.

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

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

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

Możliwe sposoby dostosowania przeprowadzania egzaminu maturalnego są wymienione w ogłaszającym każdego roku w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej³²⁾, komunikacie w sprawie szczegółowych sposobów dostosowania warunków i form przeprowadzania egzaminu maturalnego³³⁾.

Spośród możliwych sposobów dostosowania warunków przeprowadzania egzaminu maturalnego, wymienionych w powyższym komunikacie, rada pedagogiczna danej szkoły wskazuje sposób lub

²⁸⁾ Zgodnie z art. 44zzzc ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

²⁹⁾ Nie później niż do dnia 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany egzamin zawodowy – zgodnie z § 14 ust. 1 i § 70 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie (Dz.U. z 2024 r. poz. 552).

³⁰⁾ Komunikaty CKE dotyczące roku szkolnego 2022/2023: <https://bip.cke.gov.pl/artykuly/251/2023>; <https://bip.cke.gov.pl/artykuly/252/2023>; <https://bip.cke.gov.pl/artykuly/253/2023>; <https://bip.cke.gov.pl/artykuly/221/egzamin-eksternistyczny>.

³¹⁾ Zgodnie z art. 9a ust. 2 pkt 10 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz z § 6 ust. 15 i § 62 ust. 15 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie.

³²⁾ Strona internetowa Centralnej Komisji Egzaminacyjnej jest dostępna pod adresem: www.cke.edu.pl.

³³⁾ Komunikat jest ogłaszany nie później niż do dnia 20 sierpnia roku szkolnego, w którym jest przeprowadzany dany egzamin.

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 w formie dostosowanych do jej potrzeb i możliwości.

Ponadto, w szczególnych przypadkach wynikających ze stanu zdrowia uczennicy lub absolwentki, za zgodą dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej, odpowiednio egzamin ósmoklasisty albo egzamin maturalny może być przeprowadzony w innym miejscu niż szkoła³⁵⁾. Wniosek o wyrażenie zgody na przeprowadzenie egzaminu w innym miejscu niż szkoła składa do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej dyrektor szkoły (nie później niż na 2 miesiące przed terminem egzaminu maturalnego) lub sama absolwentka wraz z deklaracją. W przypadku egzaminu ósmoklasisty wniosek składany jest nie później niż na 3 miesiące przed terminem tego egzaminu³⁶⁾. Uczennica lub absolwentka powinna, zwrócić się ze swoją sprawą przede wszystkim do dyrektora szkoły, którą ukończyła lub do dyrektora właściwej terytorialnie okręgowej komisji egzaminacyjnej. W uzasadnionych przypadkach wniosek ten może być złożony w terminie 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, który składa wraz z uzasadnieniem oraz deklaracją do dyrektora szkoły, którą ukończyła, nie później niż do dnia 7 lutego roku szkolnego, w którym

³⁴⁾ Zgodnie z art. 44zzr 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 Narodowej 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 Narodowej z dnia 2 sierpnia 2022 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu ósmoklasisty.

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

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 jej wniosku nie później niż do dnia 31 marca roku szkolnego, w którym absolwentka zamierza przystąpić do egzaminu maturalnego³⁹⁾.

Zgodnie z art. 44zzj ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, w szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych, uniemożliwiających przystąpienie do egzaminu maturalnego z danego przedmiotu lub przedmiotów w części ustnej lub w części pisemnej w terminie głównym, dyrektor okręgowej komisji egzaminacyjnej, na udokumentowany wniosek absolwentki lub jej rodziców, może wyrazić zgodę na przystąpienie przez nią do egzaminu maturalnego z tego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym. Rozstrzygnięcie dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej jest ostateczne⁴⁰⁾. 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 egzaminu⁴¹⁾.

W przypadku egzaminu ósmoklasisty warunki przystąpienia do tego egzaminu w terminie dodatkowym regulują także przepisy ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Uczennica, która z przyczyn losowych lub zdrowotnych, w terminie głównym nie przystąpiła do egzaminu ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów albo przerwała egzamin ósmoklasisty z danego przedmiotu lub przedmiotów – przystępuje do egzaminu z tego przedmiotu lub przedmiotów w terminie dodatkowym w szkole, której jest uczennicą lub słuchaczką⁴²⁾. 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 słuchaczki⁴³⁾.

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. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁴¹⁾ Zgodnie z art. 44zzj ust. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁴²⁾ Zgodnie z art. 44zz ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁴³⁾ Zgodnie z art. 44zz ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

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 zawodzie⁴⁴). Regulacje w tym zakresie określają przepisy ustawy o systemie oświaty. Zdający może przystąpić do egzaminu zawodowego lub egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w warunkach i w formie dostosowanych do jego potrzeb i możliwości.

Rada pedagogiczna, spośród możliwych sposobów dostosowania warunków przeprowadzania egzaminu (ujętych w komunikacie) określa sposób lub sposoby dostosowania warunków lub formy przeprowadzania tego egzaminu. W szczególnych przypadkach losowych lub zdrowotnych dyrektor szkoły, na wniosek rady pedagogicznej, może wystąpić do dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej z wnioskiem o wyrażenie zgody na przystąpienie odpowiednio ucznia, słuchacza, bądź absolwenta do egzaminu zawodowego lub egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w warunkach dostosowanych do jego potrzeb edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, nieujętych w komunikacie⁴⁵).

Ponadto, w szczególnych przypadkach wynikających ze stanu zdrowia lub niepełnosprawności zdającego, na wniosek zdającego oraz za zgodą dyrektora okręgowej komisji egzaminacyjnej, egzamin może być przeprowadzony w innym miejscu niż szkoła, placówka, centrum, 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 późniejszym⁴⁶).

Zdający kształcący się zgodnie z podstawą programową kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego (wobec którego zastosowanie ma obowiązek przystąpienia do egzaminu zawodowego), który z przyczyn losowych lub zdrowotnych, w terminie głównym nie przystąpił

⁴⁴) Komunikat jest ogłaszany nie później niż do 20 sierpnia roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym jest przeprowadzany egzamin.

⁴⁵) Zgodnie z art. 44zzzf ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty w związku z art. 130 ustawy z dnia 22 listopada 2018 r. o zmianie ustawy – Prawo oświatowe, ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2245, z późn. zm.).

⁴⁶) Zgodnie z § 17 i § 73 rozporządzenia z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu przeprowadzania egzaminu zawodowego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie (Dz.U. z 2024 r. poz. 552).

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 części⁴⁷⁾.

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 części⁴⁸⁾.

⁴⁷⁾ Zgodnie z art. 44zzzga ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

⁴⁸⁾ 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 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 2023 r. poz. 2431) realizowali treści nauczania w ramach zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” zgodnie z podstawą programową określoną w:

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

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

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

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

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

Tabela 25. Udział uczniów w zajęciach edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” w roku szkolnym 2022/2023

Typ podmiotu	Liczba uczniów	w tym	
		dziewczęta	chłopcy
Szkoła podstawowa	1 032 760	504 497	528 263
Liceum ogólnokształcące	64 602	40 480	24 122
Technikum	81 567	30 911	50 656
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	1 029	637	392
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	175	90	85
Liceum sztuk plastycznych	460	418	42
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	41	38	3
Poznańska szkoła chóralna	28	18	10
Branżowa szkoła I stopnia	39 621	12 794	26 827
Razem:	1 220 283	589 883	630 400

Źródło: Ministerstwo Edukacji Narodowej (wg Systemu Informacji Oświatowej, stan na 20.05.2024 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.

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

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

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

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 września 2023 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz. U. poz. 2102), kwalifikacje do nauczania przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie w szkołach podstawowych i w szkołach ponadpodstawowych posiadają 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 ma możliwość zdobycia dodatkowych kwalifikacji do nauczania wychowania do życia w rodzinie przez ukończenie studiów podyplomowych w tym zakresie.

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

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

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

Tabela 26. Etaty nauczycieli uczących w roku szkolnym 2022/2023 r. przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”

Typ podmiotu	Liczba nauczycieli *	Liczba etatów
Szkoła podstawowa	11 544	2 109,95
Liceum ogólnokształcące	1 003	136,25
Technikum	869	126,16

Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	34	4,56
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	14	0,98
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	16	1,17
Liceum sztuk plastycznych	2	0,21
Ogólnokształcąca szkoła baletowa	1	0,11
Poznańska szkoła chóralna	1	0,14
Branżowa szkoła I stopnia	874	83,76
Razem	14 358	2 463,29

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

* Unikatowa liczba nauczycieli wynosi 12 987 osób

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

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

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

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

ROZDZIAŁ VIII. 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 przerywaniem ciąży jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W dniu 30 maja 2024 r. weszła w życie nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2024 poz. 730). Nowelizacja miała na celu zapewnienie realniej możliwości wykonywania świadczeń zakończenia ciąży–zgodnie z zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia umową w przypadkach, gdy zakończenie ciąży jest dopuszczalne przepisami prawa powszechnie obowiązującego. Zmiana zostanie szczegółowo opisana w sprawozdaniu za rok 2024.

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 przerwania 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 27. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w latach 2010–2023 (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
2023	425	423	0	2

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

Tabela 28. Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2023 r. – w podziale na województwa i przyczynę

Województwo	Zabiegi przerwania ciąży przeprowadzone w 2023 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	161	161	0
KUJAWSKO-POMORSKIE	16	16	0
LUBELSKIE	6	6	0
LUBUSKIE	3	3	0
ŁÓDZKIE	5	5	0

MAŁOPOLSKIE	50	50	0
MAZOWIECKIE	92	92	0
OPOLSKIE	5	5	0
PODKARPACKIE	0	0	0
PODLASKIE	5	4	1
POMORSKIE	40	40	0
ŚLĄSKIE	3	3	0
ŚWIĘTOKRZYSKIE	1	1	0
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	0	0	0
WIELKOPOLSKIE	17	17	0
ZACHODNIOPOMORSKIE	21	20	1
POLSKA	425	423	2

Źródło: Centrum e-Zdrowia

Dane dotyczące liczby wykonywanych w Rzeczypospolitej Polskiej zabiegów przerwania ciąży są gromadzone na podstawie sprawozdań opracowywanych 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 2023 r. w szpitalach publicznych nadzorowanych przez ww. resorty nie wykonano żadnego zabiegu przerwania ciąży. W związku z powyższym w 2023 r. zarejestrowano łącznie 425 zabiegów przerwania ciąży, w tym 423 w związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej oraz 2 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 Kodeksu karnego, czyli m.in. takich, w których przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia i bezpośrednio po urodzeniu. Informacje na temat liczby postępowań prowadzonych w 2023 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, z późn. zm.), 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.

Dane liczbowe Prokuratury Krajowej, dotyczące prowadzonych w tym zakresie w 2023 r. postępowań przygotowawczych zostały przedstawione w tabeli 29.

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:

- 1) ustalenia ojcostwa zmarłego dziecka;
- 2) ustalenia treści aktu urodzenia dziecka;
- 3) objęcia opieką poczętego, nienarodzonego dziecka;
- 4) ustalenia treści aktu urodzenia dziecka;
- 5) ustalenia treści aktu zgonu dziecka;
- 6) pochówku dziecka na koszt gminy.

Tabela 29. Postępowania przygotowawcze prowadzone przez powszechne jednostki organizacyjne prokuratury dotyczące ochrony dziecka poczętego, kobiety ciężarnej, przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy (2023 r.)

Okręg Prokuratury Regionalnej	Liczba spraw prowadzonych w okresie sprawozdawczym		w tym o czyn z art.:									Liczba spraw zakończonych w okresie sprawozdawczym										
	Łącznie	w tym		art. 149 k.k. - Zabójstwa noworodka	art. 148 k.k. - Zabójstwo	art. 152 § 1, 2 i 3 k.k. - Aborcja za zgodą kobiety	art. 153 k.k. - Wymuszona aborcja	art. 154 k.k. - Śmierć kobiety jako następstwo aborcji	art. 157 a k.k. - Uszkodzenie ciała dziecka poczętego	art. 155 k.k. i inne - Nieumyślne spowodowanie śmierci	Art. 160 § 2 kk	Ogółem	w tym									
		Liczba zarejestrowanych spraw w 2023 r.	Liczba spraw kontynuowanych z poprzednich okresów sprawozdawczych										Skierowano akt oskarżenia	Liczba osób oskarżonych	Skierowano wnioski w trybie art. 335 § 1 kk	Liczba osób objętych wnioskiem z art. 335 § 1 kk	Skierowano wnioski o warunkowe umorzenie postępowania	Liczba osób, wobec których skierowano wniosek o warunkowe umorzenie postępowania	Umorzono postępowanie karne	Odmówiono wszczęcia postępowania	Zawieszono postępowanie karne	Pozostałe sposoby zakończenia
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
w Białymstoku	38	27	11	0	1	13	5	0	2	5	12	33	4	5	0	0	0	0	13	4	8	4
w Gdańsku	89	64	25	3	4	20	3	0	2	29	28	72	6	8	0	0	0	0	38	7	19	2
w Katowicach	78	47	31	0	1	34	3	0	4	25	11	58	6	7	0	0	0	0	38	13	1	0
w Krakowie	62	51	11	0	0	31	2	0	3	13	13	45	5	9	1	1	2	2	23	9	3	2
w Lublinie	35	26	9	0	1	21	2	0	4	2	5	30	3	3	0	0	1	1	16	8	0	2
w Łodzi	88	56	32	2	1	20	1	0	6	13	45	60	3	5	0	0	0	0	33	5	18	1

w Poznaniu	42	34	8	0	0	16	1	0	2	5	18	28	2	2	1	1	2	5	19	2	1	1
w Rzeszowie	35	23	12	2	0	16	2	1	3	4	9	28	0	0	2	3	0	0	18	6	1	1
w Szczecinie	27	23	4	0	0	14	2	0	0	0	11	22	3	3	0	0	1	1	9	4	5	0
w Warszawa	74	68	6	0	0	62	0	0	5	2	5	68	3	3	0	0	0	0	14	44	5	2
we Wrocławiu	43	37	6	1	0	12	2	0	8	3	18	39	1	3	2	3	0	0	19	12	5	0
Ogółem kraj	611	456	155	8	8	259	23	1	39	101	175	483	36	48	6	8	6	9	240	114	66	15

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości (Prokuratura Krajowa).

Tabela 30. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego w latach 2010–2023 – czyn główny

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

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

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

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

Tabela 30 uwzględnia dane statystyczne dotyczące wybranych przestępstw k.k., o których mowa w ustawie. Dane statystyczne za lata 2002-2020 prezentują liczbę osób skazanych prawomocnie. Są to informacje pozyskiwane z elektronicznej bazy danych systemu teleinformatycznego Krajowego Rejestru Karnego. Za lata 2021-2023 zostały natomiast zaprezentowane dane zbierane za pomocą sprawozdań statystycznych MS-S6 w sprawie osób osądzonych w pierwszej instancji. Ze względu na fakt, że zakres danych objętych sprawozdaniem statystycznym jest ograniczony samą budową wzoru formularza, nie jest możliwe wyodrębnienie wszystkich informacji na temat postępowań sądowych w sposób szczegółowy. W sprawozdaniach MS-S6 art. 149 k.k. został wyodrębniony do oddzielnego wiersza w sprawozdaniu, natomiast pozostałe przestępstwa pozostające w kręgu zainteresowania niniejszego Sprawozdania (tj. art. 152, 153, 154, 157a k.k.) zostały wykazane łącznie w wierszu „Inne przestępstwa”.

Według informacji pozyskanej z Centralnego Zarządu Służby Więziennej – w zakresie przestępstw określonych w artykułach 149, 152, 153, 154 i 157a k.k. – według stanu na dzień 31 grudnia 2023 r. w jednostkach penitencjarnych łącznie 15 osób odbywało prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności w związku z popełnieniem ww. przestępstw, w tym:

- 1) art. 152§1 kk - 1 osoba;
- 2) art. 152§2 kk - 7 osób;
- 3) art. 153§1 kk - 5 osób;
- 4) art. 153§2 kk - 1 osoba;
- 5) art. 157a§1 kk - 1 osoba.

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 2024 r. poz. 581) 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 2023 r. do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta wpłynęły 4 sprzeciwy wobec opinii albo orzeczenia lekarza w sprawach dotyczących zabiegów przerywania ciąży (nie było zaś sprzeciwów dotyczących dostępu do badań prenatalnych). Jeden z ww. sprzeciwów spełniał wymogi formalne i został rozpatrzony przez powołaną przez Rzecznika Praw Pacjenta Komisję Lekarską. Sprzeciw dotyczył odmowy przeprowadzenia zabiegu przerywania ciąży zgodnie z przepisami ustawy, z uwagi na przesłankę zagrożenia zdrowia lub życia kobiety w ciąży (zagrożenia dla zdrowia psychicznego pacjentki z powodu konieczności kontynuowania ciąży pomimo wystąpienia u płodu poważnych i nieodwracalnych wad rozwojowych). Komisja po rozpatrzeniu sprzeciwu uznała go za bezzasadny. Pozostałe trzy sprzeciwy z uwagi na kwestie formalne zostały zwrócone bez ich merytorycznego rozpatrzenia. Niezależnie od powyższego w każdej sprawie wskazano pacjentkom na możliwość zbadania sprawy w ramach postępowania wyjaśniającego, z której skorzystano w jednym przypadku.

W 2023 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził również 13 postępowań wyjaśniających w zakresie zabiegów przerywania ciąży oraz dostępu do badań prenatalnych, w tym dotyczących „klauzuli sumienia”. Dziewięć z tych postępowań dotyczyło dostępu i realizacji zabiegów przerywania

cięży – w 5 przypadkach stwierdzono naruszenie praw pacjenta, w 1 sprawie nie stwierdzono naruszenia praw pacjentki, 1 postępowanie umorzono, a 2 postępowania pozostawały na koniec 2023 r. w toku.

Ponadto, w 2023 r. do Rzecznika Praw Pacjenta za pośrednictwem Infolinii wpłynęło 13 sygnałów dotyczących pytań o warunki legalnego zakończenia ciąży w przypadku zagrożenia zdrowia i życia kobiety (2), odmowy wykonania przerwania ciąży z powodu bezwrodzia (1), odmowy konsultacji psychiatrycznej i oceny stanu zdrowia oraz ewentualnych wskazań do terminacji ciąży (1), pytań kiedy lekarz może powołać się na klauzulę sumienia (2), pytania związanego z pobraniem opłaty za badanie prenatalne (2), wykonywania badania prenatalnego przez lekarza bez certyfikatu (1), pytań o obecność innych osób przy badaniu prenatalnym (2) oraz pytań o możliwość wykonania bezpłatnych badań prenatalnych (2). Wszystkie zgłoszenia zakończyły się wskazaniem osobom dzwoniącym przysługujących im środków prawnych.

W 2023 r. podjęto jedną interwencję pisemną w zakresie odmowy obecności bliskiej podczas badania prenatalnego. Wpłynęły 2 inne zgłoszenia mailowe dotyczące: możliwości wykonania terminacji ciąży w Czechach oraz pytania związanego z odmową obecności osoby bliskiej przy badaniu prenatalnym. W jednym przypadku Rzecznik Praw Pacjenta podjął współpracę z podmiotem leczniczym na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 9a ustawy celem wyjaśnienia zgłoszenia dotyczącego tego, że podmiot nie informuje przy rezerwacji wizyty, że dany lekarz korzysta z klauzuli sumienia i odmawia założenia wkładki antykoncepcyjnej.

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

W 2023 r. odpowiedzialność zawodową lekarzy regulowały przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342, z późn. zm.). Zgodnie z tą ustawą członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Zgodnie z informacją przekazaną przez Naczelny Sąd Lekarski w 2023 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 31. 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 2023 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	12	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.