

Polityka rodzinna
w krajach
Unii Europejskiej
– wnioski dla Polski

Family policy in the EU
– recommendations
for Poland



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 2009 r.

BIULETYN RPO – MATERIAŁY NR 67

ZESZYTY NAUKOWE

Polityka rodzinna w krajach Unii Europejskiej – wnioski dla Polski
Family policy in the EU – recommendations for Poland

Komitet Redakcyjny Biuletynów RPO

Redaktor Naczelny:

Prof. dr hab. Marek Zubik

Członkowie Komitetu:

- Prof. dr hab. Andrzej Blikle
- Prof. dr hab. Stefan Jackowski
- Ks. Prof. dr hab. Franciszek Longchamps de Brier
- Prof. dr hab. Cezary Mik
- Prof. dr hab. Lech Morawski
- Prof. dr hab. Grażyna Skapska
- Prof. dr hab. Zbigniew Stawrowski
- Prof. dr hab. Janusz Szymborski
- Prof. dr hab. Jerzy Zajadło

Redakcja naukowa:

Prof. dr hab. Bożenna Balcerzak-Paradowska – Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Prof. dr hab. Janusz Szymborski – Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich;
Wszechnica Polska, Szkoła Wyższa TWP w Warszawie

Recenzja naukowa:

Prof. dr hab. Danuta Graniewska

Autorzy:

Prof. dr hab. Bożenna Balcerzak-Paradowska (Rozdział I, III) – Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Prof. dr hab. Janusz Szymborski (Rozdział V) – Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich;
Wszechnica Polska, Szkoła Wyższa Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie

Dr Bożena Kołaczek (Rozdział II, III,) – Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Mgr Dorota Głogosz (Rozdział III) – Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Mgr Jacek Świeca (Rozdział IV) – Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Wydawca:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa
www.rpo.gov.pl

© Copyright by Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Warszawa 2009

Skrót do cytowania
Biuletyn RPO – MAT. NR 67
ZESZYTY NAUKOWE

ISSN 0860-7958

Oddano do składu we wrześniu 2009 r.

Podpisano do druku we wrześniu 2009 r.

Opracowanie graficzne, DTP, korekta, druk i oprawa:

Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorzczuk
www.grzeg.gov.pl

BIULETYN RPO materiały

ZESZYTY NAUKOWE

Polityka rodzinna
w krajach
Unii Europejskiej
– wnioski dla Polski

Family policy in the EU
– recommendations
for Poland

Warszawa 2009 r.



SPIS TREŚCI

NOTA REDAKCYJNA	9
WPROWADZENIE	
PRZESŁANKI TWORZENIA STRATEGII POLITYKI RODZINNEJ	
W POLSCE – Janusz Kochanowski.	11
ROZDZIAŁ I	
OGÓLNE TENDENCJE W POLITYCE RODZINNEJ UE	
– Bożenna Balcerzak-Paradowska	15
ROZDZIAŁ II	
UWARUNKOWANIA DEMOGRAFICZNE, SPOŁECZNO-GOSPODARCZE	
I KULTUROWE POLITYKI RODZINNEJ W KRAJACH UE	
– Bożena Kołaczek	31
ROZDZIAŁ III	
POLITYKI RODZINNE W POSZCZEGÓLNYCH KRAJACH UE	
– Bożenna Balcerzak-Paradowska, Bożena Kołaczek, Dorota Głogosz	55
3.1. Model liberalny – IRLANDIA, WIELKA BRYTANIA	55
3.2. Model konserwatywny – FRANCJA, NIEMCY	97
3.3. Model socjaldemokratyczny – FINLANDIA, SZWECJA	113
3.4. Model południowoeuropejski – GRECJA, WŁOCHY	126
3.5. Nowe kraje członkowskie Unii Europejskiej	
– ESTONIA, REPUBLIKA CZESKA	140
3.6. Podsumowanie oraz wnioski dla Polski	163
ROZDZIAŁ IV	
ANALIZA PRAWNOPORÓWNAWCZA ROZWIĄZAŃ PRZYJĘTYCH	
PRZEZ PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE UE W ZAKRESIE OCHRONY	
ZDROWIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM OPIEKI	
NAD RODZINĄ I DZIECKIEM – Jacek Świeca	177

4.1. Opieka medyczna nad kobietą w ciąży w wybranych krajach europejskich: Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Luksemburg, Niemcy, Portugalia, Wielka Brytania, Włochy	179
4.2. Uprawnienia związane z rodzicielstwem w wybranych krajach UE i w USA.	232
4.3. Rozwiązania dotyczące pozarodzielskiej opieki nad dzieckiem w innych krajach	240
4.4. Kształcenie w zawodzie osób bezpośrednio związanych z opieką nad kobietami w ciąży.	249
4.5. Systemy służby zdrowia na przykładzie krajów europejskich ze szczególnym uwzględnieniem opieki ginekologicznej i położniczej	257

ROZDZIAŁ V

KU EUROPEJSKIM STANDARDOM W OPIECE OKOŁOPORODOWEJ

– Janusz Szymborski	277
5.1. Ocena sytuacji w opiece nad matką i dzieckiem w Polsce.	277
5.2. Przykładowe propozycje rozwiązań problemów w opiece okołoporodowej świetle rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia	280
5.3. Karta Praw Kobiety Rodzącej.	284

SUMMARY	290
--------------------------	------------

FAMILY POLICY IN THE EU – RECOMMENDATIONS FOR POLAND

CONTENTS

PREFACE:

THE PREMISES OF THE FAMILY POLICY STRATEGY IN POLAND

– Janusz Kochanowski. 11

CHAPTER I:

THE MAIN CHANGES IN THE FAMILY POLICY IN EUROPEAN UNION COUNTRIES – B. Balcerzak-Paradowska 15

CHAPTER II:

THE DEMOGRAPHIC, SOCIOECONOMIC AND CULTURAL CONDITIONS OF THE FAMILY POLICY IN EUROPEAN UNION COUNTRIES – B. Kołaczek 31

CHAPTER III:

THE FAMILY POLICY IN THE SELECTED COUNTRIES REPRESENTED BY PARTICULAR MODELS OF SOCIAL POLICY – B. Balcerzak-Paradowska, B. Kołaczek, D. Głogosz 55

CHAPTER IV:

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF PERINATAL CARE STANDARDS IN SELECTED COUNTRIES OF THE EUROPEAN UNION – J. Świeca. 177

CHAPTER V:

TOWARDS EUROPEAN STANDARDS IN THE PERINATAL CARE IN POLAND – J. Szymborski 277

SUMMARY 290



Nota redakcyjna

Potrzeba prowadzenia polityki rodzinnej wynika z pełnionych przez rodzinę społecznych funkcji. Realizacja funkcji prokreacyjnej decyduje o rozwoju ilościowym i strukturze ludności kraju. Rodzina poprzez wypełnianie funkcji wychowawczej i socjalizacyjnej uczestniczy w procesach tworzenia i rozwoju kapitału ludzkiego. Więzi, na których opiera się rodzina, tworzą podwaliny dla rozwoju kapitału społecznego, fundamentu społeczeństwa obywatelskiego. Polityka rodzinna powinna odpowiadać na współczesne wyzwania wynikające z przemian rodziny i uwarunkowań oddziałujących na jej funkcjonowanie.

20 października 2008 w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich odbyło się seminarium naukowe poświęcone polityce rodzinnej w krajach UE. Prezentowane referaty oraz szeroka debata z udziałem zaproszonych ekspertów zaowocowały wypracowaniem ważnych z punktu widzenia strategii polityki rodzinnej, wniosków dla Polski.

Niniejszy Biuletyn RPO zawiera ogłoszone na seminarium wprowadzenie dr J. Kochanowskiego, Rzecznika Praw Obywatelskich pt. *Prześlanek tworzenia strategii polityki rodzinnej w Polsce* oraz przygotowane do druku przez głównych referentów opracowania dotyczące: ogólnych kierunków zmian w polityce rodzinnej krajów UE (*prof. B. Balcerzak-Paradowska*); uwarunkowań demograficznych, społeczno-ekonomicznych i kulturowych polityki rodzinnej w krajach UE (*dr B. Kołaczek*); polityk rodzinnych w krajach UE pogrupowanych wg reprezentowanych przez te kraje modeli polityki społecznej (*prof. B. Balcerzak-Paradowska*), *dr B. Kołaczek*, *mgr D. Głogosz*); rozwiązań stosowanych w krajach UE w zakresie opieki okołoporodowej (*mgr J. Świeca*).

Ze względu na narastające pod koniec 2008 roku problemy z zapewnieniem matce i dziecku odpowiedniej do potrzeb opieki medycznej w okresie prenatalnym, w czasie porodu i w okresie postnatalnym, Rzecznik Praw Obywatelskich zlecił przygotowanie w formie karty praw, zasad opieki okołoporodowej, które z jednej strony odpowiadałyby na realny problem społeczny a z drugiej strony odnosiłyby się do standardów tej opieki w innych krajach UE. Dlatego w Biuletynie zamieszczono artykuł *Ku europejskim standardom w opiece okołoporodowej* (*prof. J. Szyborski*).



Wprowadzenie

Przesłanki tworzenia strategii polityki rodzinnej w Polsce

Ochrona rodziny jest jednym z priorytetów działalności Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) obecnej kadencji. Powołany przy RPO w 2007 roku zespół ekspercki otrzymał zadanie opracowania projektu strategii polityki rodzinnej w Polsce.

W okresie ostatnich kilkunastu lat obserwuje się w naszym kraju obniżanie się przyrostu naturalnego związane ze spadkiem dzietności. Demografowie prognozują dalsze pogłębianie się tych tendencji, co w perspektywie najbliższych dziesięcioleci doprowadzi do zjawiska depopulacji, ze wszystkimi negatywnymi skutkami dla bytu narodu.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na dwie okoliczności. Po pierwsze, choć spadek przyrostu naturalnego jest problemem ogólnoeuropejskim, to Polska należy do krajów o najniższym współczynniku dzietności – 1,23. Po drugie, są przykłady krajów UE (Francja), które dzięki właściwej polityce rodzinnej potrafiły zahamować a nawet odwrócić niekorzystne trendy demograficzne, gdy tymczasem w Polsce brakuje spójnych, całościowych, wieloletnich programów zaradczych. Można założyć, że częste zmiany polityczne (w szczególności zmiany personalne) prowadzą do braku ciągłości w polityce rodzinnej. Specyfika instytucji Rzecznika Praw Obywatelskich (apolityczność) stwarza gwarancje, że wypracowany przez zespół ekspertów projekt strategii polityki rodzinnej będzie odnosił się do dłuższej perspektywy czasowej i będzie zawierał propozycje rozwiązań wolne od bieżących uwarunkowań politycznych.

Zespół ekspertów jest usytuowany w szerokim kontekście działalności Rzecznika Praw Obywatelskich i innych powołanych przez RPO zespołów eksperckich, które wypracowały już (reforma ochrony zdrowia) lub wypracowują (opieka nad ludźmi starymi i/lub niepełnosprawnymi) propozycje stosownych rozwiązań dla władz publicznych. Bogactwa informacji diagnostycznych i propozycji skutecznych kroków zaradczych, także odnoszących się do rodziny, dostarczają organizowane pod patro-

natem RPO doroczne Konwencje Ruchu przeciw Bezradności Społecznej. W ubiegłym roku głównym tematem był dostęp do przedszkoli, 17 października br. w Belwederze odbyła się debata na temat możliwości radzenia sobie z ubóstwem.

Zostały przyjęte wstępne założenia koncepcyjne strategii polityki rodzinnej polityki rozumianej jako systemowe, nakierowane na rodzinę działania publiczne w obszarach: prawa, usług, w szczególności w zakresie ochrony zdrowia oraz finansów.

Celem strategicznym polityki rodzinnej powinna być poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz podnoszenie poziomu urodzeń. Polityka rodzinna nie może jednak skupiać się wyłącznie na aspekcie ilościowym – na wzroście dzietności – powinna uwzględniać także poprawę jakości funkcjonowania rodziny we wszystkich jej wymiarach, w tym powinna uwzględniać potrzeby starszego pokolenia.

Dla osiągnięcia celu strategicznego niezbędne jest określenie celów pośrednich i zadań realizacyjnych.

Jednym z takich celów pośrednich powinno być tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, przede wszystkim poprzez zawieranie małżeństw i realizację planów prokreacyjnych. Pociąga to za sobą m.in. potrzebę:

- zagwarantowania warunków sprzyjających osiągnięciu i utrzymaniu samodzielności ekonomicznej przez osoby młode oraz utrzymaniu niezależności ekonomicznej przez rodziny, zarówno w sferze edukacji, w sferze działań prozatrudnieniowych, jak i w sferze przedsiębiorczości;
- doskonalenia systemu opieki nad małym dzieckiem jako elementu umożliwiającego godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi (opieka rodziców, formy opieki zinstytucjonalizowanej);
- kształtowania systemu wartości prorodzinnych w społeczeństwie, szczególnie wśród osób młodych;
- rozwoju edukacji prorodzinnej – promowanie wartości rodzinnych i przygotowanie do życia w rodzinie.

Kolejnym celem pośrednim powinno być tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie i w środowiskach pozarodzinnych, jako czynnika poprawy jakości kapitału ludzkiego. Wymaga to:

- wspierania rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci;
- poszerzania oferty usług społecznych dla dzieci i młodzieży sprzyjających rozwojowi młodej generacji;

- stworzenia systemu pozwalającego na zapewnienie dostępu dzieci i młodzieży do usług społecznych na zasadzie równych szans, a także
- efektywnego włączenia rodziców do współpracy z placówkami wychowawczymi w procesach edukacyjnych i wychowawczych.

Jako trzeci cel operacyjny należy widzieć pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach: rodzinom niepełnym, wielodzietnym, obciążonym osobą niepełnosprawną, rodzinom migrantów. Realizacja tego celu narzuca konieczność:

- tworzenia warunków sprzyjających podejmowaniu świadomych decyzji macierzyńskich i rodzicielskich;
- poprawy stanu zdrowia jako czynnika ograniczającego umiarkłość osób w okresie aktywnego rodzicielstwa;
- rozwoju poradnictwa małżeńskiego jako warunku sprzyjającego utrzymaniu trwałości małżeństwa i ograniczaniu liczby rozwodów;
- zapewnienia warunków dla prawidłowego realizowania funkcji ekonomicznej, opiekuńczej, wychowawczej i emocjonalnej rodziny niepełnej z dziećmi na utrzymaniu;
- pomocy rodzinom niepełnym w przezwyciężaniu trudności: materialnych, emocjonalnych, wychowawczo-społecznych i innych, których nie są w stanie same pokonać;
- tworzenia warunków sprzyjających podejmowaniu świadomych decyzji o wielodzietności (działania na rzecz świadomego rodzicielstwa i rozwoju edukacji zdrowotnej);
- ograniczania skali ubóstwa i zapobiegania marginalizacji rodzin wielodzietnych jako warunku zapewnienia rozwoju młodego pokolenia;
- stworzenia możliwości poprawy warunków mieszkaniowych sprzyjających właściwemu funkcjonowaniu rodziny;
- zwiększenia aktywności rodzin wielodzietnych w zakresie rozwiązywania własnych problemów;
- tworzenia warunków na rzecz rozwoju dzieci i młodzieży na zasadach równości szans; kształtowania pozytywnych postaw wobec wielodzietności;
- tworzenia warunków do większej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych jako podstawy społecznej integracji i poprawy warunków ich życia;
- wspierania dochodów rodzin z osobą niepełnosprawną; zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług społecznych jako warunek integracji;

- działania na rzecz dostosowania mieszkań do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- kształtowania pozytywnych postaw wobec niepełnosprawności.
- kształtowanie polityki migracyjnej i ograniczanie negatywnych dla rodziny skutków migracji zagranicznych.

Realizacja kolejnego celu operacyjnego, jakim jest poprawa opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem wiąże się z koniecznością:

- doskonalenia czynnej opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i nad noworodkiem jako warunku podniesienia jakości prokreacji;
- działań na rzecz ograniczania zachorowań i zgonów wśród dzieci i młodzieży; a także
- odbudowy medycyny szkolnej i rozwojem promocji zdrowia.

Należy podkreślić, że w pracach programowych nad strategią polityki rodzinnej, poza oceną dotychczasowych programów rządowych w zakresie polityki rodzinnej, będą także uwzględnione:

- prognozy demograficzne Głównego Urzędu Statystycznego oraz przewidywane skutki ekonomiczne, kulturowe i polityczne procesu depopulacji,
- doświadczenia krajów UE w zakresie polityki rodzinnej z uwzględnieniem tych szczegółowych programów, które okazały się efektywne i mogłyby być przeniesione do Polski,
- wyniki badań nad skutkami dla rodziny, jakie przynoszą migracje zagraniczne Polek i Polaków.

Po sfinalizowaniu prac zespołu eksperckiego planuje się zorganizowanie dwóch konferencji – ogólnokrajowej oraz europejskiej – w przedmiocie polityki rodzinnej.

ROZDZIAŁ I

Ogólne kierunki zmian w polityce rodzinnej krajów Unii Europejskiej

1.1. Modele polityki społecznej i rodzinnej

Narodowe polityki rodzinne kształtują się pod wpływem uwarunkowań demograficznych, ekonomicznych, społecznych i kulturowych charakterystycznych dla danego kraju. Jednocześnie, jako część polityk społecznych wpisują się w modele *welfare state*.

W literaturze przedmiotu akcentuje się różne cechy modeli państwa opiekuńczego, odwołując się najczęściej do modeli (reżimów), określonych przez G. Esping-Andersena wg kryterium dominującej odpowiedzialności trzech podmiotów: rynku, państwa, rodziny (jednostki), a mianowicie: liberalnego, konserwatywnego i socjaldemokratycznego.

Analizy procesów realnych pozwoliły na dodanie do powyższych także modelu „południowoeuropejskiego” czy „śródziemnomorskiego” (zwanego także „elementarnym” – zob. Księżopolski 1999, Anioł 2002).

Przypomnijmy najważniejsze cechy poszczególnych modeli, zwłaszcza te, które odgrywać będą szczególną rolę dla konstruowania rozwiązań z zakresu polityki rodzinnej. W modelu *liberalnym* odpowiedzialność państwa utrzymywana jest w ograniczonym zakresie. Sami obywatele powinni być odpowiedzialni za swoją sytuację, a rynek powinien walczyć ze społecznymi zagrożeniami poprzez oferty działań wspierających indywidualną aktywność obywateli i rodzin. Natomiast państwo wspiera aktywne działania rodziny (jednostki) poprzez odpowiedni system podatkowy, a także świadczenia społeczne, ale ich poziom jest raczej niski. Pomoc społeczna oparta jest na kryterium *means-tested* (dochodowym). Modelowi tej polityki społecznej można przypisać model indywidualistycznej polityki rodzinnej, w którym zakłada się, że posiadanie dzieci jest prywatną sprawą rodziców. Nie rodzi to więc specjalnych praw z tytułu rodzicielstwa. Można nawet spotkać skrajny pogląd, że dziecko jest źródłem radości i satysfakcji dla rodziców, jest

zatem źródłem dodatkowej użyteczności, co nie wymaga dodatkowego wsparcia.

System *konserwatywny* jest upowszechniony w kontynentalnej części Europy. Jest kombinacją odpowiedzialności rodziny (familiaryzm) i mocnych regulacji ze strony państwa. System zabezpieczenia społecznego jest oparty na zasadzie ubezpieczeniowej. Świadczenia ubezpieczeniowe są uzupełniane przez świadczenia uniwersalne takie jak zasiłki dla dzieci lub usługi społeczne, a także przez pomoc społeczną opartą o kryterium dochodowe, ukierunkowaną na osoby niewłączone w sferę pracy. System utrzymuje tradycyjny cel, jakim jest idea, że to mężczyzna jest głównym żywicielem rodziny i którego zdolności w tym zakresie powinny być wspierane. Pomimo społecznych wyzwań wynikających z wyższego poziomu wykształcenia i uczestnictwa kobiet na rynku pracy, pomoc kobietom w godzeniu obowiązków zawodowych z rodzinnymi jest – z wyjątkiem Francji – raczej ograniczona.

W modelu *socjaldemokratycznym* decydującą rolę odgrywa państwo. Uniwersalne, szczodre świadczenia społeczne są połączone z polityką aktywizacji i nastawione na przeniesienie jak największej liczby osób, zarówno mężczyzn jak i kobiet do sfery zatrudnienia. Towarzyszy temu wysoki poziom rozwoju usług dla dzieci i rodziny, osób niepełnosprawnych i starszych. Usługi te zmniejszają wyłączną odpowiedzialność rodziny za sprawowanie opieki i stwarzają obojgu rodziców możliwość godzenia pracy z życiem rodzinnym. Oczywiście system ten jest bardzo kosztowny i uzależniony od utrzymywania wysokiej stopy podatkowej oraz wysokiego poziomu zatrudnienia. U podstaw polityki rodzinnej leży m.in. pogląd, że dzieci są warunkiem zachowania ciągłości społeczeństwa, a zatem do obowiązków społeczeństwa należy pokrycie kosztów ich posiadania i wychowania.

W modelu *południowoeuropejskim* można znaleźć rozwiązania podobne do stosowanych w modelu konserwatywnym, a różnice dotyczą szczególnie polityki wobec rodziny i dzieci. Model cechuje silny familiaryzm, ukierunkowanie na ochronę tradycyjnego modelu i struktury rodziny, podtrzymanie rodzinnej spójności i mocnych więzi rodzinnych. Szersza rodzina zapewnia opiekę nad dziećmi i pomoc finansową. To zmniejsza odpowiedzialność państwa za rozwój odpowiednich działań. Społeczne świadczenia są fragmentaryczne, nierówno rozdzielane i na ogół na niskim poziomie. W sytuacji, gdy tradycyjne struktury rodziny stają się kruche, przed południowoeuropejskim modelem *welfare state* stają nowe wyzwania.

Tabl. 1. Modele polityki społecznej i rodzinnej

Model liberalny	Model konserwatywny	Model socjaldemokratyczny	Model południowo-europejski
– rynek – własna odpowiedzialność – selektywność – niskie świadczenia	– państwo = funkcja regulacyjna + familiaryzm – przezorność obywateli = ubezpieczenia – uniwersalizm = ubezpieczenia – szczodre świadczenia	– mocna rola państwa – silna redystrybucja dochodów – uniwersalizm – szczodre świadczenia	– nacisk na odpowiedzialność rodziny/solidarność rodzinna = familiaryzm – ograniczona rola państwa – selektywność – niskie świadczenia
Polityki rodzinne			
– model rodziny – 1 żywiciel – uniwersalne świadczenia rodzinne – świadczenia dodatkowe/programy selektywne – opieka + wczesna edukacja – priorytet dla opieki rodzinnej dla dzieci najmłodszych – wspieranie rozwoju usług opiekuńczych na terenach zagrożonych	– model rodziny – 1 żywiciel – uniwersalne świadczenia rodzinne (prawo ubezpieczonych) – ulgi podatkowe (przedmiotowe i podmiotowe) – luka instytucjonalna w zakresie opieki nad dziećmi najmłodszymi – przedszkole = element systemu oświaty – wsparcie finansowe ze środków publicznych	– model rodziny – 2 żywicieli – uniwersalne świadczenia rodzinne (prawo obywatelskie) – dodatkowe świadczenia dla rodzin zagrożonych – opieka nad dziećmi – różnorodność form – uniwersalizm – element systemu oświaty – preferencje dla dzieci pracujących rodziców – finansowanie ze środków publicznych	– model rodziny 1 żywiciel – świadczenia selektywne – ulgi podatkowe – priorytet opieka wewnątrzrodzinna – niewielki zakres usług opiekuńczych – przedszkola – rozwój jako element edukacji

Źródło: opracowanie własne

Powiązanie modeli polityki rodzinnej z modelami *welfare state* (wg G.Esping-Andersena) jest jednym z możliwych podejść. Klasyfikacje można oprzeć na różnych kryteriach.

Przykładem takiego podejścia może być typologia dokonana przez Ch. Saraceno odpowiadająca realnym politykom prowadzonym przez poszczególne kraje Unii (dawnej 15-tki) (Saraceno 2007). Autorka charakteryzuje polityki rodzinne poszczególnych grup krajów Unii Europej-

skiej, biorąc pod uwagę ich wspólne cechy, przy czym dokonany przez nią podział w zasadzie odpowiada modelom przedstawionym w tabl. 1.

- Polityki krajów frankofońskich (Francja, Belgia) mają charakter polityk bezpośrednich (*explicite*), pronatalistycznych, ukierunkowanych na dzieci i ich dobrostan.
- Polityki krajów skandynawskich – oparte są na idei indywidualizacji praw obywatelskich, w tym indywidualnych praw dziecka bez względu na ich rodzinę pochodzenia, praw osób starszych i niepełnosprawnych, uwzględniają zapewnienie równości szans kobietom i mężczyznom. Dominującym instrumentem tej polityki są usługi społeczne, a nie świadczenia pieniężne.
- W Niemczech, Austrii i częściowo Holandii polityki rodzinne bazują na zasadzie pomocniczości, w tym – własnej przezorności obywateli, uzewnętrzniającej się poprzez udział w systemach ubezpieczeniowych. Wsparcie publiczne – ze strony państwa i społeczności lokalnych (samorządów) jest powiązane z samopomocą. W większym stopniu wykorzystywane są transfery pieniężne niż świadczenia w naturze. Polityki te mają na celu w większym stopniu wsparcie rodziny tradycyjnej: z dziećmi i z jednym żywicielem.
- W Wielkiej Brytanii i Irlandii polityka społeczna i rodzinna opiera się na zasadzie, że rodzina powinna przede wszystkim brać sama odpowiedzialność za siebie. W efekcie, niewielki jest zakres wsparcia o charakterze uniwersalnym. Dominuje pomoc dla rodzin o niskich dochodach, a polityka rodzinna jest obecnie ukierunkowana na walkę z ubóstwem, głównie dzieci.
- W politykach rodzinnych krajów Europy południowej dominuje zasada pomocniczości i solidarności rodzinnej. Do pomocy i wsparcia zobowiązane są najbliższe i dalsze rodziny i krewni (solidarność wertykalna i międzygeneracyjna). Świadczenia przyznawane są w oparciu o kryterium dochodowe.

Przystąpienie w 2004 roku do UE nowych krajów dawnego obozu komunistycznego zrodziło potrzebę poszerzenia analizy o ich polityki rodzinne. Ch.Saraceno zwraca uwagę, że – ogólnie rzecz ujmując – model tych polityk można uznać za zbliżony do socjaldemokratycznego (charakterystycznego dla krajów skandynawskich), bazującego na respektowaniu prawa do pomocy przysługującego obywatelom (przy czym część świadczeń kierowana jest tylko do pracowników) i uwzględniającego zasadę równości płci.

To, co odróżnia polityki rodzinne krajów postkomunistycznych od skandynawskich to zakres i wysokość świadczeń pieniężnych i w na-

turze, oraz wprowadzenie różnych kryteriów ograniczających dostęp, przede wszystkim – kryterium dochodowego (przyp. BBP).

Polityki rodzinne można podzielić również według kryterium ich celu i zakresu. Modyfikując klasyfikacje A.H.Gauthier (1996), S. Golinowska zwraca uwagę na polityki ukierunkowane na:

- rozwój populacji, a więc o charakterze pronatalistycznym;
- ukierunkowane na podtrzymanie instytucji rodziny, respektujące jej podmiotowość i suwerenność, a często – tradycyjny podział ról w rodzinie;
- skierowane na przeciwdziałanie ubóstwu rodzin z dziećmi;
- wspierające egalitarność i partnerstwo w rodzinie (Golinowska 2007).

Ten ostatni model można rozwinąć za A. Leirą (2002) wskazując na podział według kryterium wspierania różnego modelu kulturowego i ekonomicznego rodziny: tradycyjnego – z jednym, męskim żywicielem i niepracującą zawodowo kobietą (*male breadwinner*); z głównym żywicielem – mężczyzną i kobietą pracującą w niepełnym wymiarze czasu pracy (*modernised male breadwinner*); model „nierównowagi obowiązków” po stronie kobiety, pracującej zawodowo, obciążonej prowadzeniem gospodarstwa domowego i wychowaniem dzieci (*dual earner – female double burden*); model partnerski (*dual earner – dual carer*).

W powyższych klasyfikacjach (typologiach) zwrócono uwagę na najważniejsze cechy decydujące o zakwalifikowaniu polityki rodzinnej danego kraju do określonego modelu. W praktyce modele polityki rodzinnej nie występują w „czystej”, modelowej postaci”. Szczegółowe analizy polityk rodzinnych poszczególnych krajów UE (por. rozdz. III) wskazują na ich konwergencję, dokonującą się pod wpływem zbieżności wyzwań wynikających z procesów demograficznych i społeczno-ekonomicznych (patrz. rozdz. II), zbliżanie się kręgów kulturowych, tworzenia się ładu społecznego zjednoczonej Europy, dokonującego się pod wpływem swobody rozwiązań, ale też uwzględniających zarówno normotwórczą rolę organów Unii (respektowanie dyrektyw UE) jak i efekty otwartej metody koordynacji (OMC).

1.2. Współczesne wyzwania dla polityki rodzinnej

Obecnie wszystkie systemy polityki rodzinnej stoją wobec fundamentalnych wyzwań wynikających ze zmian demograficznych, ekonomicznych, społecznych i politycznych wpływających na powstawanie i funkcjonowanie rodziny.

Do wyzwań tych zaliczyć można:

- *Starzenie się ludności* wszystkich krajów Europy będące rezultatem wydłużania się ludzkiego życia i *ograniczania dzietności rodzin*. Tradycyjny „kontrakt międzygeneracyjny” oznacza wzrastające ciężary finansowe (związane z ochroną zdrowia, opieką społeczną, systemami emerytalnymi) i coraz mniejszy udział wydatków na rzecz młodego pokolenia. Tymczasem inwestowanie w dzieci staje się najistotniejszą sprawą we wszystkich krajach. Wiele z nich postrzega bowiem „nie-doinwestowanie”, wyrażające się ubóstwem dzieci jako zagrożenie dla jakości przyszłych zasobów pracy, stanowiących czynnik prorodwojowy – z jednej strony i jako groźbę dla możliwego do utrzymania zrównoważonego systemu zabezpieczenia społecznego – z drugiej.
- Następują *zmiany struktury rodziny*, prowadzące do przejścia od rodziny tradycyjnej do różnych form życia rodzinnego. Mniejsza stabilność rodziny powoduje zwiększenie grupy rodzin tworzonych przez samotnych rodziców z dziećmi, o wyższym ryzyku zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym i zagrożeniu w prawidłowym wypełnianiu zadań wychowawczo-socjalizacyjnych. Obecnie coraz częściej dzieci nie wychowują się w pełnych rodzinach biologicznych; wiele z nich przeżywa zmiany środowiska wychowawczego wskutek rozvodu i nowego partnerstwa rodziców. Zmiany te oddziałują także na zakres i siłę powiązań rodzinnych. Oznaczają mniejszą sieć wsparcia, solidarności i zobowiązań rodzin wynikającą z mniejszej liczby członków, oddalenia przestrzennego (migracje) i emocjonalnego (rozwoły, separacje, samotne rodzicielstwo).
- Przemiany ludnościowe i przemiany modelu rodziny odbywają się w sytuacji *zmian w sferze pracy*. Następuje wzrost uelastycznienia rynku pracy, co w praktyce oznacza m.in. niestabilność karier przy jednoczesnym wzroście wymagań wobec kwalifikacji pracowników. Nierówności w dostępie do pracy stają się ryzykiem zagrożenia wykluczeniem społecznym. Dotyczy to osób o niskich kwalifikacjach, niedostosowanych do potrzeb rynku pracy, o niskich zasobach kulturalnych, społecznych, napotykających na bariery uczestnictwa na rynku pracy (matki wychowujące dzieci, niepełnosprawni), a także młodych osób na etapie przejścia od nauki do pracy. Niestabilność na rynku pracy ogranicza podstawowe źródło finansowania systemu *welfare state*, jakim są podatki i stawia pod znakiem zapytania wydolność całego systemu zabezpieczenia społecznego.
- Polityki społeczne i rodzinne poddawane są *wplywowi globalizacji* rodzącej wyzwania takie jak potrzeba ekonomicznego wzrostu, po-

litycznej integracji w UE i wzrastających międzynarodowych zależności. Oznacza to priorytet dla wzrostu gospodarczego, kosztem wydatków publicznych na cele społeczne. Wiąże się z tym wzrost oczekiwania, co do rozwoju kapitału ludzkiego, w kontekście aktualnych i przyszłych zasobów pracy, odpowiadających potrzebom gospodarki opartej na wiedzy. Problemy społeczne wymagają zatem nowych rozwiązań wychodzących poza tradycyjne sposoby.

Dotychczasowe narodowe polityki rodzinne stanowiły wewnętrzny system danego kraju. Końcowe dekady XX wieku charakteryzowało zwiększenie zainteresowania rodziną, jej znaczeniem dla rozwoju i funkcjonowania społeczeństw. Przejawem tego był szereg konferencji międzynarodowych i szczytów światowych poświęconych tym zagadnieniom i wypracowujących dokumenty wskazujące na kierunki potrzebnych działań (zob. Balcerzak-Paradowska 2004). Znacznie rzadziej przekładały się one na realne rozwiązania w ramach polityk rodzinnych poszczególnych krajów. Tym niemniej, szansą na wprowadzanie pewnych rozwiązań jest metoda otwartej koordynacji, w ramach której respektuje się wspólne wartości, określa cele, konstruuje wskaźniki społeczne, odwołuje się do pozytywnych przykładów. Powstają nowe inicjatywy, mające na celu zwrócenie uwagi na potrzebę prowadzenia aktywnej polityki rodzinnej.

1.3. Porozumienie dla Rodzin (*Allance for Families*) – w poszukiwaniu politycznej odpowiedzialności za rodzinę

W dniu 23 maja 2007 r. na posiedzeniu Rady Unii Europejskiej i Przedstawicieli Rządów Krajów Członkowskich poświęconemu politykom przyjaznym rodzinie w Europie zostało ustanowione Porozumienie dla Rodzin (*Alliance for Families*). Ma ono stanowić platformę wymiany poglądów i wiedzy na temat polityk rodzinnych, a także dobrych praktyk między krajami członkowskimi, w celu lepszej odpowiedzi na współczesne wyzwania wynikające ze zmian demograficznych, reagujących na niską dzietność oraz wzrastające uczestnictwo kobiet na rynku pracy. Kładąc nacisk na zmiany demograficzne powinien być jednocześnie wzmocniony wysiłek na rzecz tego, aby kobiety i mężczyźni, którzy chcą pracować, mieć rodzinę i wychowywać dzieci mogli to robić bez uszczerbku dla swojej kariery zawodowej. Temu celowi winna służyć promocja równości płci i rozwiązania na rzecz godzenia obowiązków

ków zawodowych z rodzinnymi, z prywatnym życiem i branie pod uwagę równego udziału ojców w wypełnianiu zadań rodzinnych¹.

Podczas posiedzenia, zwrócono uwagę, że kraje charakteryzujące się wysokim udziałem kobiet na rynku pracy i mające największy wzrost rozwiązań w zakresie równości płci mają jednocześnie relatywnie wysokie wskaźniki dzietności.

Uznano, że wyznaczone przez Porozumienie cele i instrumenty są zgodne ze Strategią Lizbońską i otwartą metodą koordynacji na rzecz społecznego wsparcia i społecznej integracji, powiązanych z dążeniem do lepszego godzenia życia rodzinnego, prywatnego i zawodowego i z rozwojem polityk uwzględniających zmiany demograficzne. Odwołano się też do celów zawartych w innych dokumentach, takich jak: wzrost udziału zatrudnienia kobiet do 60% do 2010 roku (Strategia Lizbońska), rozwój wskaźników w zakresie zapewnienia placówek opieki nad dziećmi i innymi osobami niesamodzielnymi oraz systemu świadczeń rodzinnych (Sztokholm 2001), objęcie do 2010 roku opieką instytucjonalną 90% dzieci w wieku 3-6 lat i 33% w wieku do lat 3 (Barcelona 2002), radykalnego obniżenia stopy ubóstwa dzieci, zapewnienie wszystkim dzieciom równych szans, niezależnie od uwarunkowań społecznych.

Zobowiązano kraje członkowskie do sformułowania polityk na rzecz wzmocnienia rodziny w ramach narodowych polityk. Potrzeby w tym zakresie wynikają w szczególności z realnych procesów demograficznych, społecznych i ekonomicznych, (które nawiązują do wcześniej opisanych wyzwań).

Podstawowe zmiany w strukturze populacji (starzenie się ludności) będą miały swoje konsekwencje dla życia społecznego i sfery ekonomicznej, a więc powinno być to uwzględnione w długoterminowych strategiach rozwoju. Podkreślić należy, że niski wskaźnik dzietności w wielu krajach europejskich bardzo często nie odzwierciedla osobistych życzeń kobiet i mężczyzn, lecz w wielu wypadkach jest następstwem trudnej sytuacji, braku równości szans i braku odpowiednich rozwiązań na rzecz godzenia obowiązków zawodowych, rodzinnych i życia prywatnego. Rodziny, a zwłaszcza kobiety są nadmiernie obciążone.

¹ Nawiązuje do tego wiele dokumentów, które powstały w ostatnich latach m.in. „Mapa drogowa na rzecz równości kobiet i mężczyzn” (z 25 maja 2007), „Pakt na rzecz równości płci” (marzec, 2006), w których uznano polityki na rzecz godzenia pracy z życiem osobistym i rodzinnym, jako priorytetowe we wzmacnianiu równości między kobietami i mężczyznami; „Europejski Pakt na rzecz Młodzieży” z marca 2005 r., opinia Europejskiego Komitetu ds. Ekonomicznych i Społecznych (marzec 2007), w której zwrócono uwagę, że rodziny są źródłem ekonomicznej pomyślności, zwłaszcza wówczas, gdy obydwoje partnerzy pracują.

żone obowiązkami i kosztami wychowania dzieci lub opieki nad osobami niesamodzielnymi ze względu na luki w zakresie dostępu do usług opiekuńczych.

Lepsze wspieranie rodzin i wzmocnienie ochrony dzieci będzie decydowało o poprawie jakości życia i ekonomicznego rozwoju Europy. Oznacza to potrzebę wzmocnienia równości szans dla dzieci i młodzieży we wszystkich obszarach edukacji, szkolenia i wejścia na etap życia zawodowego. Powinno to oznaczać wzmocnienie rozwiązań na rzecz równoważenia wszystkich sfer życia w ramach polityki rodzinnej poprzez:

- *rozwój społecznej infrastruktury na rzecz rodzin*, zwiększenie dostępności do usług w zakresie opieki nad dziećmi i innymi osobami, wzmocnienie poradnictwa, rodzinnej edukacji i szkolenia dla opiekunów oraz urzędzeń opieki dziennej i spędzania wolnego czasu dla młodzieży;
- *lepszą rekompensatę kosztów wychowania dzieci*, obejmujących okres bezpośrednio po ich urodzeniu, uwzględnienie specyficznych potrzeb rodzin samotnych rodziców i rodzin wielodzietnych i pomoc w zapewnieniu opieki nad innymi osobami niesamodzielnymi;
- *lepsze warunki zarządzania organizacją pracy i czasu pracy* lepsze równoważenie między bezpieczeństwem zatrudnienia a elastycznością (*flexicurity*) w cyklu życia, przynoszące korzyści dla rodziny, uwzględniające rozwiązania takie jak urlop rodzicielski i opiekuńczy dla obojga rodziców, lepszy dostęp do kształcenia ustawicznego i zabezpieczenia równości płci w zatrudnieniu, zwalczanie stereotypów w tym zakresie.

W celu realizacji wymienionych zadań wezwano kraje członkowskie do:

- wymiany opinii i doświadczeń oferowanych przez *Alliance*, szczególnie, uczynienia możliwym udziału w pracy *High Level Group of Demography*;
- nawiązanie stałej współpracy z partnerami społecznymi, zwłaszcza NGO na rzecz przygotowywania lokalnych, regionalnych i narodowych forów ds. demografii i polityki rodzinnej. Fora takie powinny być wykorzystane do tworzenia trwałych i aktywnych porozumień przyjaznych rodzinie i wykorzystania wszystkich zasobów dla poprawy jakości życia rodziny;
- wykorzystania możliwości oferowanych przez Europejskie Fundusze Strukturalne lub inne europejskie instrumenty finansowe dla wsparcia lokalnych przedsięwzięć, podejmowanych w ramach re-

- gionalnych forów i partnerstw szukających promocji zatrudnienia poprzez lepsze godzenie pracy, rodziny i życia prywatnego, większy dostęp do opieki nad dziećmi i innymi osobami zależnymi i do dostosowania organizacji pracy do potrzeb rodzin;
- podjęcie odpowiednich rozwiązań na rzecz promocji równego podziału odpowiedzialności między kobietami i mężczyznami.

1.4. Zalecenia Instytutu ds. Polityk Rodzinnych – głos ekspertów

Problemy rodzin i polityki rodzinnej były i są przedmiotem badań i analiz środowisk naukowych i eksperckich, których działalność ma na celu nie tylko diagnozowanie sytuacji, ale również polega na przedstawianiu wniosków i rekomendacji w zakresie potrzebnych działań.

Po przeprowadzeniu wnikliwej analizy sytuacji demograficznej i sytuacji rodzin w Europie Instytut ds. Polityk Rodzinnych (*Institute for Family Policies*) przedstawił rekomendacje dotyczące kierunków działań w ramach polityk rodzinnych poszczególnych krajów.

Zwrócono uwagę na potrzebę nowego kontraktu międzygeneracyjnego, rozumianego jako nadanie priorytetowego znaczenia działaniom na rzecz inwestowania w młode pokolenie. Oznacza to dążenie do zapewnienia równowagi w systemie zabezpieczenia społecznego pomiędzy wydatkami na wspieranie młodszych generacji a systemami zabezpieczenia osób starszych. Jest to zadanie trudne w obliczu wzrastającej liczby i wzrastającego udziału osób starszych w strukturze ludności wszystkich krajów UE.

Dla realizacji tego postulatu proponuje się dalsze, szczegółowe działania. Powinien zatem nastąpić wzrost świadczeń rodzinnych, pozwalających na pokrycie wydatków związanych z wychowaniem młodego pokolenia oraz zwiększenie dostępności usług społecznych dla dzieci (opiekuńczych, edukacyjnych, w zakresie ochrony zdrowia) np. poprzez stosowanie elastycznych zasad odpłatności lub przyznawania zasiłków na ich pokrycie. Towarzyszyć temu powinno podnoszenie jakości tych usług, szczególnie usług opieki zdrowotnej, nastawionych w większym stopniu na działania profilaktyczne. Dążąc do podnoszenia jakości młodego pokolenia nie można zapominać o ważnym zadaniu jakim jest zapobieganie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu rodzin i dzieci. Wymaga to wzmocnienia prewencyjnej funkcji polityki rodzinnej, a zwłaszcza uwzględniania w zasadach dostępu do transferów pieniężnych i do

świadczeń w naturze trudnej sytuacji rodzin, tworzenia specjalnych programów adresowanych do rodzin i dzieci narażonych na ubóstwo i wykluczenie, w tym – programów na szczeblu lokalnym, mających charakter partycypacyjny (z udziałem rodzin zagrożonych). Pozwoli to na wyrównywanie deficytów rozwojowych dzieci z zagrożonych środowisk i aktywizację rodzin.

Kolejnym proponowanym kierunkiem działania powinno być tworzenie warunków sprzyjających decyzjom prokreacyjnym. W tym zakresie zwraca się uwagę na politykę typu *implicite* (pośrednia), a więc na tworzenie warunków sprzyjających wejściu i stabilizacji na rynku pracy młodych ludzi i zwiększenie dostępu do mieszkań. Propozycje dotyczące bezpośredniej polityki rodzinnej (*explicite*) wyrażają się wzmocnieniem finansowych zasobów rodziny i ograniczeniem wydatków (m.in. przez transfery pieniężne i dostęp do świadczeń w naturze), wreszcie – tworzeniem prorodzinnego klimatu w społeczeństwie. W działaniach szczegółowych, należałoby skupić się na łagodzeniu konfliktu strukturalnego na linii praca zawodowa – życie rodzinne. Wymaga to odpowiednich rozwiązań prawnych w zakresie uprawnień do urlopów macierzyńskich i rodzicielskich, rozwoju usług opieki nad dziećmi, a także działań o charakterze programowym, stosowanych przez pracodawców mających na celu ułatwienie godzenia tych dwóch sfer życia (*programy work/life balance, family friendly employment*). Równoległym kierunkiem działań powinno być łagodzenie konfliktu kulturowego polegającego na podwójnym obciążeniu kobiet obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi. Wśród możliwych rozwiązań wymienia się te o charakterze prawnym (zrównanie uprawnień pracowniczych kobiet i mężczyzn) jak i organizacyjnym (uelastycznienie czasu i miejsca pracy).

Zwiększeniu dostępności do mieszkań, zwłaszcza dla rodzin mniej zamożnych mogą służyć specjalne zasiłki mieszkaniowe i zwiększenie liczby mieszkań subsydiowanych. Prorodzinny klimat społeczny oznacza tworzenie środowiska przyjaznego dziecku i rodzinie, np. poprzez zapewnienie odpowiednich usług medycznych jak i ulgowego transportu publicznego.

Zwiększenie transferów pieniężnych dla młodego pokolenia nie może osłabić zasady pierwszeństwa pracy nad świadczeniami społecznymi i zachowania równowagi między rynkiem pracy a transferami pieniężnymi. Przeniesienie korzystających ze świadczeń do sfery pracy poprzez tworzenie możliwości zarobkowania, to sposób wychodzenia, a przede wszystkim zapobiegania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu rodzin z dziećmi. Wymaga to m.in. działań na rzecz stymulowania postaw

prozatrudnieniowych, w tym – poprzez rozwój rozwiązań sprzyjających godzeniu obowiązków zawodowych z rodzinnymi, respektujących zasadę równości szans na rynku pracy kobiet i mężczyzn, ale również osób z różnych grup wieku i o zróżnicowanych zasobach kwalifikacyjnych. Skuteczność takich działań zależy nie tylko od instrumentów bezpośredniej polityki rodzinnej, ale w jeszcze większym stopniu do działań o charakterze *implicite*, a więc od warunków sprzyjających powstawaniu nowych miejsc pracy, oferowania odpowiednich programów szkolenia zawodowego, zwiększających szanse na zatrudnienie kobiet oraz osób z innych grup defaworyzowanych, o słabszych możliwościach uzyskania pracy. To również działania mające na celu odpowiednie ukształtowanie płacy minimalnej i systemów dodatków do płac.

Institut for Family Policies sformułował cele działań zarówno dla krajów członkowskich jak i Unii Europejskiej, jako Wspólnoty.

Za główny cel uznano pobudzanie rozwoju rządowych polityk rodzinnych w Europie i wprowadzanie efektywnych, szeroko zakrojonych i uniwersalnych polityk rodzinnych. Dla osiągnięcia tego celu potrzebne jest zjednoczenie Wspólnoty wokół:

- uznania rodziny za priorytet polityki społecznej państwa;
- uznania spraw rodzinnych za integralne części we wszystkich wymiarach działań w ramach UE;
- uznania i promocji praw rodziny w różnych obszarach, a szczególnie zwrócenie uwagi na priorytet, jakim powinno być zapewnienie opieki i edukacji dzieciom;
- zbliżania się narodowych polityk rodzinnych w celu niwelowania różnic między krajami;
- wspierania równości szans dla wszystkich rodzin w Europie w celu eliminacji dyskryminacji ze względu na liczbę dzieci, poziomu dochodu itp.

Wymaga to działań podporządkowanych pewnym celom szczegółowym.

W celu wspierania rodziny jako instytucji i uznania jej za podstawę każdego społeczeństwa, respektowania jej praw i roli w ustawodawstwie i praktyce krajów UE, proponuje się utworzenie komisji ds. Rodziny przy Komisji Europejskiej, która promowałaby rodzinę jako priorytet polityk krajów UE oraz opracowanie „Zielonej Księgi Rodziny w Europie”, zawierającej analizy problemów rodzin, ich przyczyn i konsekwencji.

Na szczeblu unijnym wiązałoby się to z promocją Europejskiego Porozumienia na Rzecz Rodziny, zawartego między partiami politycznymi,

instytucjami i organizacjami rodzin oraz reaktywowaniem Europejskiego Obserwatorium Polityki Rodzinnej, prowadzącego analizy w zakresie sytuacji rodzin i rozwoju polityki rodzinnej. Temu celowi służyłoby również włączenie spraw związanych z promocją rodziny do dyrektyw UE dotyczących mediów oraz utworzenie Niezależnej Rady Audiowizualnej, której celem byłaby promocja rodziny.

Zaleca się również krajom członkowskim tworzenie ministerstw do spraw rodziny.

Za kolejny cel uznano pomoc rodzinom w codziennej egzystencji. Wyrażać się to powinno zaleceniem stopniowego zbliżania narodowych polityk rodzinnych w zakresie rozwiązań obejmujących transfery pieniężne na rzecz rodzin. Proponuje się, aby w ciągu 5 lat wszystkie kraje przeznaczały minimum 5% PKB na społeczne wydatki na rzecz rodziny. Na świadczenia dla dzieci powinno przeznaczać się 30% wydatków społecznych, a jako docelowe byłoby dojście do świadczeń w wysokości 125 euro miesięcznie na dziecko i zapewnienie ich rocznej indeksacji (powiązanej z roczną stopą inflacji).

Zaleca się oparcie pomocy rodzinom na zasadzie uniwersalizmu (cel do osiągnięcia także w okresie 5 lat). Pierwszym krokiem byłoby określenie takich kryteriów dostępu, aby świadczeniami zostało objętych 90% rodzin.

Pomoc dla rodziców, którzy chcą mieć dzieci powinna się wyrażać w przyjęciu rozwiązań wspierających kobiety w ciąży i ich macierzyństwo. Wymienia się tu redukcję o 50% VAT od produktów przeznaczonych dla niemowląt, związanych z higieną, karmieniem, wyposażeniem w odpowiedni sprzęt itp. Kobiety w ciąży powinny być objęte opieką specjalnie tworzonych centrów specjalistycznych.

W celu godzenia obowiązków rodzinnych z zawodowymi powinno nastąpić wydłużenie urlopów macierzyńskich do 23 tygodni przy pełnej rekompensacie zarobków oraz zapewnienie przynajmniej 6-tygodniowego urlopu rodzicielskiego na zasadach urlopu macierzyńskiego. Rodzice powinni mieć możliwość dokonania wyboru form opieki nad dzieckiem: sprawowanej osobiście (zapewnienie świadczeń dla matek i ojców, którzy chcą osobiście zająć się dzieckiem) bądź poprzez opiekę instytucjonalną (rozszerzenie sieci żłobków dla dzieci w wieku 0-3 lat). Towarzyszyć temu powinno wprowadzanie przez pracodawców organizacji czasu pracy ułatwiającej godzenie życia zawodowego z rodzinnym.

Edukacja dzieci powinna być traktowana jako fundamentalne prawo rodziców, a nie jako świadczenie usług publicznych. Oznacza to uznanie kosztów edukacji ponoszonych przez rodziny jako podstawy

do odpisów (ulg) podatkowych, wspieranie prawa rodziców do decydowania o formach edukacji dla dzieci i zwiększenie udziału państwa w kosztach edukacji do 25%.

Z kolei pomoc rodzinom znajdującym się w sytuacjach kryzysowych powinna następować poprzez działania o charakterze prewencyjnym.

Na szczęblu UE ten kontekst powinien być uwzględniany w aktualizacji i zmianach w rekomendacjach UE, zalecających krajom UE wprowadzenie rozwiązań legislacyjnych wzmacniających działania prewencyjne i mediacje rodzinne. Niezbędne jest też prowadzenie badań, studiów i analiz nad przyczynami i skutkami rozpadu rodziny oraz skutecznością rozwiązań na rzecz redukcji negatywnych konsekwencji.

Konkluzje

Polityki rodzinne poszczególnych krajów UE kształtowały się pod wpływem uwarunkowań demograficznych, ekonomicznych, społecznych oraz kulturowych danego kraju i wpisywały się w dominujący w danych kraju model *welfare state*. Obecnie kraje Europy stają w obliczu wyzwań, które są w zbliżonym stopniu udziałem ich wszystkich. Rodzi to wzrost zainteresowania wprowadzaniem takich rozwiązań w ramach polityk rodzinnych, aby mogły wpływać na procesy demograficzne niekorzystne dla ilościowego i jakościowego rozwoju ludności Europy i ich społeczne i ekonomiczne konsekwencje. Coraz mocniej brzmi głos europejskich ekspertów, a także polityków o potrzebie zmian w narodowych politykach rodzinnych. Wysuwane są obecnie szczegółowe, niekiedy daleko idące propozycje, które wcześniej miały charakter autorskich opinii eksperckich, przedstawianych przez różne gremia, także w Polsce², a które nie znalazły jednak przełożenia na praktykę.

Mimo iż polityki rodzinne wywodzą się z różnych korzeni (rozumianych jako odmienne modele *welfare state*) proces ich przybliżania się w ramach UE można uznać za rozpoczęty. Stosowane są zbliżone rozwiązania, jakkolwiek różni je jeszcze zakres podmiotowy, zasady dostępu, różnorodność stosowanych instrumentów, wysokość świadczeń w wymiarze indywidualnym i wysokość środków przeznaczanych na całokształt polityki rodzinnej (bliżej na ten temat: rozdz.III nt. polityk rodzinnych wybranych krajów).

² Zob. Założenia polityki ludnościowej w Polsce, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2004; Umowa społeczna – gospodarka – praca – rodzina – dialog, Ekspertyza IPiSS, Warszawa 2006.

Ważne w tym procesie jest zbliżenie się głosów polityków i ekspertów co do potrzeby aktywnych działań w ramach polityk rodzinnych, traktowanych jako polityki *explicite* (bezpośrednie) i *implicit* (pośrednie) jak i co do zasad na których powinny się opierać: aktywizacji, równości szans, partnerstwa, partycypacji, wielości podmiotów. Porozumienie na rzecz rodzin na szczeblu unijnym powinno mieć swoje przełożenie na wymiar krajowy i lokalny. Potrzebne jest zatem spojrzenie systemowe na politykę rodzinną oraz uzyskanie konsensusu reprezentantów najważniejszych sił politycznych i społecznych co do jej celów, metod i sposobów działania, hierarchii rozwiązań, okresów ich wprowadzania, skutków i możliwości finansowych. Od tego zależy powodzenie wszystkich działań prowadzonych w ramach takiej polityki, rozumianych jak działania prorodzinowe i inwestycja w przyszłość.

Literatura

- Anioł W. (2003) *Europejska polityka społeczna. Implikacje dla Polski*, Instytut Polityki Społecznej UW, Warszawa
- Balcerzak-Paradowska B. (1999) *Polityka rodzinna. Między dwoma modelami*, Opracowania PBZ, IPiSS, Warszawa
- Balcerzak-Paradowska B. (2003) *Polityka rodzinna w perspektywie integracji europejskiej*, w: Balcerzak-Paradowska B. (red) *Praca i polityka społeczna wobec wyzwań integracji*. Studia i Monografie IPiSS, Warszawa
- Balcerzak-Paradowska B. (2004) *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*, Studia i Monografie IPiSS, Warszawa
- Balcerzak-Paradowska B. (2006), *Założenia umowy społecznej w zakresie polityki rodzinnej*, w: Wrątny J. (red). *Umowa społeczna – gospodarka – praca – rodzina – dialog*, Ekspertyza IPiSS, Warszawa
- Golinowska S. (2007), *Polityka rodzinna a przemiany rodziny, gospodarki i państwa*, Polityka Społeczna nr 8
- Gauthier A.H. (2005) *Trends in policies for family-friendly societies*, w: Macura M. MacDonald A.L. Haug W. (eds.) *The new demographic regime. Population changes and policy responses*, New York and Geneva, United Nations
- Hantrais L. (2005) *Living as a family in Europe*, w; Hantrais L. Philipov P. Billari F.C. *Policy Implications of Changing Family Formation*, Population Studies no 49, Council of Europe Publishing

- Księżopolski M. (1999) *Modele polityki społecznej*. Opracowania PBZ, IPiSS. Warszawa
- Leira A.(2002) *Working Parents and the Welfare State. Family Change and Policy Reform in Scandinavia*. University Press, Cambridge
- Rządowa Rada Ludnościowa (2006) *Założenia polityki ludnościowej w Polsce*. W; Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2004. Warszawa
- Saraceno Ch.(2007) *Family Policies in Europe; A comparative perspective*, Polityka Społeczna, Special Issue of Polish Monthly Journal on Social Policy
- Institute for Family Policies (2008) Report on the Evolution of the Family in Europe 2009. [www: Report_Evolution_of_Family_Europe_2008-eng.pdf](http://www.Report_Evolution_of_Family_Europe_2008-eng.pdf)

Bożena Kołaczek

Zakład Problemów Rodziny

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

ROZDZIAŁ II

Uwarunkowania demograficzne, społeczno-gospodarcze i kulturowe polityki rodzinnej w krajach Unii Europejskiej

Analiza uwarunkowań polityki rodzinnej dotyczy wybranych celowo krajów Unii Europejskiej reprezentujących różne modele **państwa opiekuńczego** (*welfare state*). Reprezentantami modelu liberalnego są Wielka Brytania i Irlandia, konserwatywnego – Francja i Niemcy, socjaldemokratycznego – Szwecja i Finlandia, południowoeuropejskiego – Włochy i Grecja, zaś przedstawicielami nowych krajów członkowskich: Czechy, Estonia i Polska. Procesy demograficzne, sytuacja społeczno-gospodarcza oraz podobieństwa i różnice kulturowe, warunkujące cele i instrumenty polityki rodzinnej ukazano w kontekście porównawczym: Europa – Unia Europejska – wybrane kraje i Polska (dane w tabelach)³.

2.1. Procesy demograficzne

W większości spośród analizowanych krajów UE (10 państw + Polska) w roku 2006 miał miejsce dodatni **przyrost naturalny**. Zdecydowanie najwyższym dodatnim przyrostem naturalnym w krajach UE wyróżnia się Irlandia. Wysokim przyrostem naturalnym, zapewniającym prostą zastępowalność pokoleń, charakteryzują się Francja i Wielka Brytania. Natomiast ujemny przyrost dotyczy Estonii oraz Niemiec. W Europie najniższy ujemny przyrost naturalny cechuje kraje byłego Związku Radzieckiego (Rosja, Ukraina), a spośród krajów Unii Europejskiej nowe kraje członkowskie czyli Bułgaria, Litwa, Łotwa, a także Węgry.

³ Bazę danych dla opisu sytuacji demograficznej, społecznej i gospodarczej stanowiły wskaźniki przyjęte w statystyce europejskiej EUROSTAT-u. Źródło: (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>). Odczyt z kwietnia/maja 2008 r.

Tab.1. Przyrost naturalny w analizowanych 10. krajach UE i w Polsce w latach 1995 i 2006

Kraj	Przyrost naturalny		Liczba ludności 2006
	1995	2006	
I. Czechy	-2,1	0,1	10 287
Estonia	-5,1	-1,8	1 344
II. Finlandia	2,7	2,0	5 266
Szwecja	1,1	1,6	9 081
III. Wielka Brytania	1,5	2,9	60 587
Irlandia	4,6	8,7	4 109 (2005 r.)
IV. Francja	...	4,5	61 167
Niemcy	-1,5	-1,8	82 366
V. Włochy	-0,5	0,0	58 941
Grecja	0,1	0,6	11 149
VI. Polska	1,2	0,1	38 132

Źródło: *Rocznik Demograficzny 2008*, GUS Warszawa, 2008, ss. 493-4, 510-11

Z punktu widzenia kształtowania się obecnej i przyszłej sytuacji demograficznej poszczególnych krajów istotnym wskaźnikiem demograficznym pozostaje **współczynnik dzietności ogólnej**. W Finlandii i w Szwecji współczynnik ten, rzutujący na „odtworzenie pokoleń”, jest jednym z najwyższych w Europie i wśród krajów Unii Europejskiej (po Islandii, Francji i Norwegii), zaś w Estonii jest najwyższy wśród nowoprzyjętych krajów Unii Europejskiej, choć jego wartość nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń. Na tle krajów unijnych Polska zajmuje przedostatnią pozycję (przed Słowacją) z najmniejszym współczynnikiem dzietności kobiet.

Tab.2. Współczynnik dzietności ogólnej w analizowanej grupie krajów Unii Europejskiej

Kraj	1995	2000	2005	2006
I. Czechy	1,28	1,14	1,28	1,33
Estonia	1,38	1,39	1,50	1,55
II. Finlandia	1,81	1,73	1,80	1,84
Szwecja	1,73	1,54	1,77	1,85
III. Wielka Brytania	1,71	1,64	1,78	1,84
Irlandia	1,84	1,89	1,86	1,93
IV. Francja	...	1,89	1,94	2,00
Niemcy	1,25	1,38	1,34	1,32
V. Włochy	1,19	1,26	1,32	...
Grecja	1,31	1,26	1,33	1,39
VI. Polska	1,62	1,35	1,24	1,27

Źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Współczynnik zawierania małżeństw w omawianej grupie krajów jest nieznacznie wyższy niż przeciętnie w grupie krajów Unii Europejskiej, z wyjątkiem Francji, Niemiec i Włoch. Polska wyróżnia się wyższą liczbą zawieranych małżeństw na 1000 ludności niż kraje nadbałtyckie czyli Estonia, Litwa i Łotwa, a także kraje skandynawskie takie jak Finlandia czy Szwecja.

Tab.3. Małżeństwa na 1000 ludności

Kraj	1995	2000	2005	2006
I. Czechy	5,32	5,39	5,06	5,15
Estonia	4,88	4,01	4,55	5,18
II. Finlandia	4,65	5,05	5,58	5,36
Szwecja	3,81	4,50	4,92	5,02
III. Wielka Brytania	5,55	5,19	5,23	...
Irlandia	4,32	5,04	5,13	...
IV. Francja	9,10	5,03	4,51	4,34
Niemcy	5,27	5,09	4,71	4,54
V. Włochy	5,10	4,99	4,23	4,13
Grecja	6,02	4,48	5,50	5,18
VI. Polska	5,37	5,49	5,42	5,93

Źródło: jak w tab.1.

Cechą charakterystyczną dla wszystkich krajów Unii Europejskiej jest to, że w 2002 roku kobiety decydowały się na zawarcie małżeństwa dłużej niż w latach 90. minionego stulecia. **Przeciętny wiek w momencie zawierania pierwszego małżeństwa** w nowych krajach Unii Europejskiej mimo bardzo dynamicznych zmian pozostaje nadal niższy niż w starych krajach Unii.

Tab.4. Średni wiek w momencie zawierania pierwszego małżeństwa, kobiety

Kraj	1990	2002	2005
I. Czechy	21,6	25,2	...
Estonia	22,5	25,5	
II. Finlandia	26,0	28,5	...
Szwecja	...	...	...
III. Wielka Brytania	...	...	...
Irlandia	...	...	...
IV. Francja	...	...	...
Niemcy	25,2	27,2	...
V. Włochy	26,6	27,4	...
Grecja	...	...	...
VI. Polska	22,7	24,2	25,2

Źródło: „Sytuacja demograficzna Polski i założenia polityki ludnościowej w Polsce”, Raport 2004, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2006, s.52, „Rocznik Demograficzny 1993”, s.57 oraz „Rocznik Demograficzny 2003”, s.168.

Natomiast Polska należy do grupy krajów o jednym z najniższych w Europie **współczynników rozwodów**, zbliżonym do Holandii i Bułgarii. W Polsce jest to jednak poziom wyższy niż w Słowacji czy w Słowenii jako nowych członków UE, ale i wyższy niż w dawnych krajach UE takich jak Irlandia i Włochy. W ostatnich latach współczynnik rozwodów w Polsce gwałtownie wzrasta. Estonia, Finlandia i Szwecja wyróżniają się liczbą rozwodów na 1000 ludności wyższą od przeciętnej w Unii. Takie zaś nowe kraje Unii jak Czechy, Litwa i Łotwa należą w latach 90. XX wieku i w pierwszych latach XXI wieku do grupy krajów o najwyższej liczbie rozwodów.

Tab.5. Rozwody na 1000 ludności

Kraj	1995	2000	2005	2006
I. Czechy	3,0	2,9	3,1	3,1
Estonia	5,2	3,1	3,0	2,8
II. Finlandia	2,7	2,7	2,6	2,5
Szwecja	2,6	2,4	2,2	2,2
III. Wielka Brytania	2,9	2,7	2,6	...
Irlandia	...	0,7	0,8	...
IV. Francja	2,1	1,9	2,5	2,2
Niemcy	2,1	2,4	2,4	2,3
V. Włochy	0,5	0,7	0,8	...
Grecja	1,0	1,0	1,2	...
VI. Polska	1,0	1,1	1,8	1,9

Źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Tab.6. Średni wiek rodzenia pierwszego dziecka

Kraj	1995	2000	2005	2006
I. Czechy	25,76	27,17	28,59	28,91
Estonia	25,54	26,31	28,18	28,36
II. Finlandia	29,29	29,54	29,90	29,96
Szwecja	29,22	29,72	30,46	30,53
III. Wielka Brytania	28,28 (1997 r.)	28,51	29,07	29,17
Irlandia	30,24	30,45	31,00 (2004 r.)	30,66
IV. Francja	...	29,32	29,65	29,72
Niemcy	28,30	28,74	29,45	29,56
V. Włochy	29,74	30,32	30,87	...
Grecja	28,16	29,57	29,86	29,87
VI. Polska	26,88	27,38	28,21	28,34

Źródło: jak w tab.3..

Powszechnym zjawiskiem jest przesunięcie **wieku rodzenia pierwszego dziecka**: o ile w latach 1995-2006 w minimalnym stopniu dotyczyło to Szwecji czy Finlandii, gdzie „starzenie się” kobiet rodzących pierwsze dziecko nastąpiło znacznie wcześniej, to w krajach nowych

Unii Europejskiej, w tym w Polsce, na Węgrzech czy w Estonii, jest to zjawisko systematycznie postępujące w latach transformacji. W Europie najniższy wiek kobiet rodzących pierwsze dziecko dotyczy Belgii (24,5 roku), a z krajów „nowych w UE” – Litwy (27,7) i Łotwy (27,7).

W Europie najwyższy **wskaźnik urodzeń pozamałżeńskich** dotyczy Islandii (ponad 65%), zaś nieznacznie ponad połowę urodzeń stanowią urodzenia pozamałżeńskie w Estonii, Szwecji, Norwegii, Belgii i Francji. Najniższy odsetek urodzeń pozamałżeńskich występuje w Grecji. Polska należy do grupy krajów o jednym z niższych wskaźników. Generalnie w dłuższej perspektywie czasu, we wszystkich krajach europejskich udział urodzeń pozamałżeńskich w liczbie urodzeń ogółem systematycznie wzrasta.

Tab.7. Urodzenia pozamałżeńskie w liczbie urodzeń ogółem (w %)

Kraj	1995	2000	2005	2006
I. Czechy	15,55	21,77	31,71	33,32
Estonia	44,18	54,45	58,51	58,24
II. Finlandia	33,12	39,21	40,38	40,55
Szwecja	52,96	55,33	55,45	55,47
III. Wielka Brytania	33,54	39,48	42,94	43,66
Irlandia	22,26	31,51	31,99	33,15
IV. Francja	...	43,58	48,41	50,49
Niemcy	16,06	23,41	29,18	29,96
V. Włochy	8,11	9,66	15,41	...
Grecja	3,04	4,02	5,10	5,28
VI. Polska	9,47	12,13	18,45	18,89

Źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Umieralność niemowląt stanowi ważny wskaźnik obrazujący poziom ochrony zdrowia społeczeństwa oraz opieki nad ciężarną i noworodkiem. W krajach Unii Europejskiej ulega on dynamicznym zmianom w kierunku gwałtownego spadku. W krajach „Starej UE-15” wskaźnik umieralności niemowląt jest przeciętnie o około dwie trzecie mniejszy niż w nowych krajach UE z Europy Środkowo-Wschodniej. Spośród analizowanych tutaj krajów – przyjętych do oceny polityki rodzinnej – najwyższy poziom umieralności niemowląt pozostaje w Polsce.

Generalnie we wszystkich krajach Unii Europejskiej **dalsze trwanie życia** dla kobiet jest dłuższe niż dla mężczyzn. Charakterystycznym natomiast zjawiskiem jest fakt, że dalsze trwanie życia jest krótsze dla obu grup według płci w nowych krajach członkowskich Europy Środkowo-Wschodniej. Najdłuższe trwanie życia mężczyzn występuje w Islandii (79,5 lat) i w Szwajcarii oraz w Szwecji, zaś w odniesieniu do kobiet – w Hiszpanii i we Francji (84,4 lata) oraz w Szwajcarii. Litwa i Estonia to kraje o najniż-

szym w Europie dalszym trwaniu życia zarówno dla mężczyzn jak i dla kobiet. Natomiast w analizowanej celowo grupie krajów (10 + Polska) kobiety żyją najdłużej w Finlandii i Szwecji. Inaczej w odniesieniu do mężczyzn – prawdopodobieństwo dalszego przeżycia jest największe dla Włoch i Szwecji. Polska sytuuje się na jednym z ostatnich miejsc w Europie, jeśli chodzi o przeżycie mężczyzn (przed Litwą i Łotwą oraz Węgrami i Rumunią).

Tab.8. Umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych

Kraj	1995	2000	2005	2006
I. Czechy	7,7	4,1	3,4	3,3
Estonia	14,9	8,4	5,4	4,4
II. Finlandia	3,9	3,8	3,0	2,8
Szwecja	4,1	3,4	2,4	2,8
III. Wielka Brytania	6,2	5,6	5,1	...
Irlandia	6,4	6,2	4,0	3,7
IV. Francja	5,0 (1996 r.)	4,5	3,8	3,8
Niemcy	5,3	4,4	3,9	3,8
V. Włochy	6,2	4,5	3,9 (2004 r.)	...
Grecja	8,1	5,9	3,8	3,7
VI. Polska	13,6	8,1	6,4	6,0

Źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Tab.9. Dalsze trwanie życia w latach

Kraj	2006	
	Mężczyźni	Kobiety
I. Czechy	73,5	79,9
Estonia	67,4	78,6
II. Finlandia	75,9	83,1
Szwecja	78,8	83,1
III. Wielka Brytania	77,1 (2005 r.)	81,1 (2005 r.)
Irlandia	77,3	82,1
IV. Francja	77,3	84,4
Niemcy	77,2	82,4
V. Włochy	77,9 (2004 r.)	83,8 (2004 r.)
Grecja	77,2	81,9
VI. Polska	70,9	79,7

Źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

W Europie postępuje wydłużanie się życia ludzkiego, proces starzenia się społeczeństwa i wzrostu liczby gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby samotne: „singli” w wieku młodym i osoby w starszym wieku (zwykle wdów, rzadziej wdowców). Starzenie się społeczeństw stwarza określone wyzwania wobec polityki rodzinnej, w tym w obszarze usług opiekuńczych. Polska należy do grupy krajów europejskich o jednym

z niższych wskaźników udziału gospodarstw domowych 1-osobowych oraz o jednym z wyższych wskaźników udziału gospodarstw bardziej licznych czyli składających się z sześciu osób lub więcej. Spośród krajów europejskich największy odsetek gospodarstw osób samotnych dotyczy Norwegii (37,7%), Finlandii, Danii i Szwajcarii, zaś najmniejszy – Cypru (16%), Portugalii (17,3%), Irlandii, Rumunii (18,9%) i Słowacji (19,4%) oraz Polski. Jednocześnie w tej ostatniej grupie krajów występują najliczniej gospodarstwa wieloosobowe: w Słowacji – 9,1%, na Cyprze i w Rumunii po 6%, w Polsce – prawie 6% ogółu gospodarstw domowych.

Tab.10. Struktura gospodarstw domowych według wielkości gospodarstwa około 2001 r. (spisy narodowe) w %

Kraj	Gospodarstwa domowe o liczbie osób					
	1	2	3	4	5	6 i więcej
I. Czechy	30,3	28,2	18,9	17,5	4,0	1,2
Estonia	33,5	28,4	18,8	13,3	4,2	1,8
II. Finlandia	37,3	31,5	13,6	11,1	4,5	2,0
Szwecja	...	...	...	...	...	...
III. Wielka Brytania	30,2	33,9	15,5	13,4	5,0	2,0
Irlandia	19,7	28,1	21,1	20,5	6,8	3,8
IV. Francja	31,0	31,1	16,2	13,8	5,6	2,4
Niemcy	25,0	27,7	20,9	15,6	6,4	4,3
V. Włochy	...	...	...	...	...	...
Grecja	35,8	33,8	14,5	11,5	3,3	1,1
VI. Polska	24,8	23,2	19,9	18,0	8,1	5,9

Źródło: „Rocznik Demograficzny 2008” GUS, s.505.

We wszystkich krajach europejskich, poza Słowacją (3,27) i Cyprzem (3,06), przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym jest mniejsza od trzech, ale najmniejsza – w Niemczech, w Finlandii i Norwegii (2,29) oraz na Węgrzech (2,24).

Istotnym czynnikiem określającym sytuację demograficzną ludności jest struktura gospodarstw domowych i rodzin według typu biologicznego oraz posiadania dzieci. Zauważa się tendencje do narastania liczby i odsetka gospodarstw jednorodzinnych tworzonych przez pary bezdzietne. Relatywnie największa ich liczba występuje w Niemczech (prawie 29%), w Danii (27,8%), Szwajcarii (27,3%) oraz Wielkiej Brytanii, zaś najmniejsza w krajach nowych UE czyli na Litwie, Estonii, w Polsce i Czechach. We wszystkich krajach większość gospodarstw z dziećmi stanowią pary małżeńskie i związki kohabitacyjne. Można więc uznać, że większość rodzin z dziećmi to rodziny pełne. Pewna grupa krajów wyróżnia się spośród innych znaczącym udziałem rodzin niepełnych –

samotnych rodziców, najczęściej samotnych matek i znacznie rzadziej samotnych ojców z dzieckiem czy z dziećmi. Do grupy krajów z najliczniejszą relatywnie populacją rodzin niepełnych należy Łotwa (20,3%), a także Estonia, Czechy i Polska.

Tab.11. Struktura ludności w gospodarstwach domowych według wielkości gospodarstwa (liczby osób) około 2001 r. (spisy narodowe) w %

Kraj	Ludność w gospodarstwach domowych o liczbie osób						Przeciętna liczba osób w gospodarstwie
	1	2	3	4	5	6 i więcej	
I. Czechy	12,6	23,4	23,5	29,0	8,3	3,2	2,41
Estonia	14,4	24,4	24,3	22,9	9,1	5,0	2,33
II. Finlandia	16,9	28,4	18,5	20,1	10,2	6,1	2,21
Szwecja	...	...	...	...	...	...	...
III. Wielka Brytania	12,8	28,8	19,8	22,7	10,5	5,5	2,36
Irlandia	7,3	17,6	18,0	23,6	17,8	15,7	2,94
IV. Francja	12,9	25,9	20,2	22,9	11,6	6,5	2,40
Niemcy	16,6	31,3	20,1	21,2	7,6	3,2	2,16
V. Włochy	...	...	...	...	...	...	...
Grecja	7,0	20,0	22,6	29,3	12,1	9,0	2,80
VI. Polska	8,7	16,4	21,1	25,4	14,4	14,0	2,84

Zródło: „Rocznik Demograficzny 2008” GUS, ss.506-507

Tab.12. Struktura gospodarstw domowych według typu gospodarstwa około 2001 r. (spisy narodowe) w %

Kraj	Gospodarstwa domowe nierodzinne razem	Gospodarstwa domowe dwu i więcej rodzinne	Gospodarstwa jednorodzinne					
			Razem	Para bez dzieci	Para z dziećmi	Rodzic z dziećmi razem	Matka z dziećmi	Ojciec z dziećmi
I. Czechy	32,2	1,3	66,5	19,4	<u>34,3</u>	12,9	10,8	2,1
Estonia	36,7	1,8	61,5	18,4	<u>28,4</u>	14,7	13,3	1,4
II. Finlandia	39,8	0,8	59,4	25,2	<u>26,3</u>	7,9	6,7	1,2
Szwecja	...	...	...	...	...	...	...	...
III. Wielka Brytania	33,2	3,6	63,2	26,2	<u>27,2</u>	9,8	8,5	1,3
Irlandia	28,7	0,4	70,9	17,7	<u>41,4</u>	11,7	9,9	1,8
IV. Francja	33,0	0,6	66,3	25,8	<u>32,6</u>	8,0	6,8	1,2
Niemcy	36,9	1,9	61,3	28,9	<u>26,5</u>	5,9	5,0	0,9
V. Włochy	...	...	...	...	...	...	...	...
Grecja	23,6	2,8	73,6	22,7	<u>42,2</u>	8,7	7,3	1,4
VI. Polska	26,4	4,6	69,0	15,6	<u>40,8</u>	12,6	11,1	1,5

Zródło: „Rocznik Demograficzny 2008” GUS, ss.506-507.

Kraje nadbałtyckie, takie jak Estonia i Finlandia, stanowią grupę krajów z największym udziałem rodzin pełnych z dziećmi opartych na związkach kohabitacyjnych.

Tab. 13. Struktura rodzin z uwzględnieniem związków nieformalnych w roku 2000

Kraje	Średnia wielkość rodziny	Podstawowe formy rodziny							Odsetek ludności żyjącej w 1-osobowych gospodarstwach domowych
		Małżonkowie bezdzietni	Małżonkowie z dziećmi	Konkubenci bezdzietni	Konkubenci z dziećmi	Samotne matki	Samotni ojcowie	ogółem	
Czechy	3,0	27	49	2,1	2,2	<u>16,8</u>	3,0	100	12,5
Estonia	2,8	24	35	6,7	9,5	<u>22,5</u>	2,4	100	14,2
Finlandia	2,9	31	37	11,4	7,3	11,4	2,1	100	16,7
Szwecja*	2,9	58**	36***	X	X	4,9	0,8	100	18,5
Wielka Brytania	2,9	43	28	8,3	4,9	14,2	2,2	100	12,6
Irlandia	3,4	2,0	55	5,2	3,2	14,1	2,5	100	7,2
Francja	3,0	39**	49***	X	X	10,5	1,8	100	12,6
Niemcy	2,8	41	40	6,3	2,7	8,3	1,6	100	16,6
Włochy*	3,3	27**	62***	X	X	9,0	2,8	100	X
Grecja	3,0	30	55	1,8	0,8	10,1	2,0	100	6,8
Polska	3,2	23	56	0,8	1,1	17,2	2,2	100	8,6

Uwaga: suma udziału wszystkich form rodziny wynosi 100

* 1990 r.

** małżonkowie i konkubenci bezdzietni razem

*** małżonkowie i konkubenci z dziećmi razem

Xxx – dane mikroskopisu nie dają całkowitej liczby rodzin

Źródło: D. Philipov, Zmieniająca się struktura rodziny w Europie. Portret rodziny w Europie, w: „Biuletyn” nr 50/2006 Rządowa Rada Ludnościowa, ss. 63-64.

Generalnie w analizowanym tutaj okresie 1990-2001 obserwuje się spadek udziału rodzin pełnych i jednocześnie wzrost udziału rodzin niepełnych z dziećmi, co obrazuje tab. 14.

Ze względu na niepełne dane statystyczne odnośnie do niektórych krajów, w opisie struktury rodzin według liczby dzieci ograniczymy się do stwierdzeń dotyczących wybranej grupy krajów. Irlandia to kraj (lub jeden z krajów) o najwyższym udziale rodzin wielodzietnych z trojgiem i więcej dzieci, natomiast relatywnie najwięcej rodzin z jednym dzieckiem mieszka w Estonii.

Tab. 14. Odsetek rodzin pełnych (małżonkowie oraz konkubenci) oraz niepełnych z dziećmi w latach 1990 i 2001 w liczbie rodzin ogółem

Kraje	1990		2001	
	pełne	niepełne	pełne	niepełne
I. Czechy	X	X	51,2	19,8
Estonia	x	X	44,5	24,9
II. Finlandia	52	12,4	44,3	13,5
Szwecja	36	5,7	X	X
III. Wielka Brytania	47	13,6	32,9	16,4
Irlandia	66	14,9	58,2	16,6
IV. Francja	54	10,4	49	12,3
Niemcy	50	11,5	42,7	9,9
V. Włochy	62	11,8	X	X
Grecja	62	7,6	55,8	12,1
VI. Polska	61,8	15,4	57,1	19,4

Źródło: D.Philipov, Zmieniająca się struktura rodziny w Europie. Portret rodziny w Europie, w: „Biuletyn” nr 50/2006 Rządowa Rada Ludnościowa, ss. 63-64 oraz obliczenia własne (na podstawie <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>); dla Polski – na podstawie „Rocznika Demograficznego 2008”, GUS, s.193, tab.47.

Zróźnicowanie między krajami w strukturze rodzin według typu biologicznego (pełne-niepełne, przyczyny niepełności: samotne macierzyństwo, rozwód, śmierć współmałżonka) i liczby dzieci (jedno lub dwoje dzieci – rodziny małodziętne, troje i więcej dzieci – rodziny wielodziętne) może wpływać na cele i instrumenty polityki rodzinnej w tych krajach, ale i stanowić skutek dotychczasowego oddziaływania tejże polityki w obszarze tworzenia i rozwoju rodzin.

Tab.15.Struktura rodzin z dziećmi według liczby dzieci

Kraj	1990				2000			
	jedno	dwoje	troje i więcej	ogółem	jedno	dwoje	troje i więcej	ogółem
I. Czechy	x	x	x	X	49	42	9	100
Estonia	x	x	x	x	58	32	10	100
II. Finlandia	46	38	16	100	47	36	18	100
Szwecja	X	X	X	X	X	X	x	X
III. Wielka Brytania	43	39	17	100	43	40	18	100
Irlandia	28	30	42	100	35	34	31	100
IV. Francja	44	36	20	100	45	36	19	100
Niemcy	51	37	12	100	50	37	13	100
V. Włochy	46	39	15	100	x	x	x	X
Grecja	40	46	14	100	47	42	11	100
VI. Polska	40,5	40,7	18,8	100	48	35	17	100

Źródło: D.Philipov, Zmieniająca się struktura rodziny w Europie. Portret rodziny w Europie, w: „Biuletyn” nr 50/2006 Rządowa Rada Ludnościowa, s.67, oraz „Rocznik Statystyczny 1992”, tab.11(73) – Polska 1988.

Odzwierciedleniem wielkości przeciętnego gospodarstwa domowego oraz struktury gospodarstw domowych według wielkości jest struktura ludności w gospodarstwach domowych. Większość ludności mieszka w rodzinach (gospodarstwa jednorodzinne oraz dwu i więcej rodzinne): około 80-90% ludności każdego kraju.

Tab.16. Struktura ludności w gospodarstwach domowych według typu gospodarstwa domowego około 2001 r. (spisy narodowe) w %

Kraj	Ludność w gospodar- stwach domowych nierodzinnych			Ludność w gospodarstwach domowych jednorodzinnych						Ludność w gospodarstwach domo- wych dwu- i więcej rodzinnych
	razem	jednoosobo- wych	wielooosobo- wych	razem	para bez dzieci	para z dziećmi	Rodzic z dziećmi			
							razem	matka	ojciec	
I. Czechy	14,3	12,6	1,7	83,0	16,4	53,3	13,2	11,2	2,1	2,7
Estonia	17,4	14,4	3,0	78,7	16,6	46,0	16,1	14,5	1,6	4,0
II. Finlandia	19,3	16,9	2,4	75,1	22,0	44,6	8,5	7,3	1,2	5,6
Szwecja	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
III. Wielka Brytania	16,0	12,8	3,2	77,4	22,3	44,4	10,8	9,4	1,3	6,6
Irlandia	13,8	7,3	6,5	85,3	12,7	60,9	11,7	10,0	1,8	0,9
IV. Francja	14,8	12,9	1,9	83,8	21,9	53,1	8,7	7,4	1,3	1,5
Niemcy	17,6	16,6	1,0	78,8	26,8	45,5	6,6	5,6	1,0	3,6
V. Włochy	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Grecja	10,5	7,0	3,5	83,7	17,4	58,3	8,0	6,7	1,3	5,7
VI. Polska	10,0	8,7	1,2	80,6	11,4	57,6	11,6	10,3	1,4	9,5

Źródło: „Rocznik Demograficzny 2008” GUS, ss. 508-509.

Formalny stan cywilny wskazuje pośrednio na istnienie (zameżna i żonaty) i rozpad par funkcjonujących dotąd w związkach formalnych (rozwódzeni, separowani, wdowy i wdowcy). Największy udział osób pozostających w związkach małżeńskich dotyczy krajów południowych takich jak Portugalia i Włochy, zaś najmniejszy krajów skandynawskich takich jak: Szwecja, Finlandia, Estonia, Norwegia.

W analizowanej grupie krajów (i nie tylko, także w Europie) Estonia wyróżnia się relatywnie dużym udziałem osób rozwiedzionych i sepa-

rowanych, a także wdów i wdowców. Przyczyny tak znaczącego udziału rodzin niepełnych z dziećmi w tym kraju, większego niż w innych analizowanych krajach to: wyższy wskaźnik urodzeń pozamałżeńskich (por. tab.7), większa relatywnie liczba ludności rozwiedzionej oraz osamotnionej z powodu śmierci współmałżonka (por. tab.17).

Tab. 17. Struktura ludności według stanu cywilnego prawnego około 2001 r. (spisy narodowe) w %

Kraj	Kawaler/ panna	Żonaty/ zameżna	Rozwiedzeni	Wdowiec/ wdowa
I. Czechy	37,5	46,4	7,9	7,7
Estonia	44,0	37,5	9,6	8,9
II. Finlandia	47,1	38,3	8,5	6,1
Szwecja	49,8	35,3	8,8	6,1
III. Wielka Brytania	44,3	42,6	6,4	6,7
Irlandia	54,7	37,3	3,3	4,7
IV. Francja	46,4	41,9	5,1	6,6
Niemcy	38,2	49,1	5,1	7,5
V. Włochy	39,8	49,7	2,7	7,9
Grecja	39,7	50,8	2,5	7,1
VI. Polska	41,5	47,1	3,1	7,6

^a – rozwiedzeni łącznie z separowanymi prawnie.

Źródło: „Rocznik Demograficzny 2008” GUS, s. 503

2.2. Sytuacja społeczno-gospodarcza

W analizowanej grupie krajów największą dynamiką wzrostu PKB na jednego mieszkańca charakteryzuje się w ostatnich latach Estonia, a od roku 2006 również Polska. W Irlandii po okresie szybkiego wzrostu gospodarczego w latach 90., obserwuje się systematyczne spowalnianie gospodarki. Dynamika PKB pokazuje zróżnicowane falowanie przebiegające w odstępach kilkuletnich, przy czym etapy przyspieszenia i spowolnienia wzrostu gospodarczego w każdym kraju mają miejsce w innym okresie.

Generalnie w nowych krajach członkowskich udział wydatków socjalnych w produkcie krajowym brutto jest mniejszy niż w krajach „starych” UE. Największe relatywnie wydatki socjalne ponoszą: Szwecja, Francja, a także Belgia (29,7%) i Szwajcaria oraz Austria (29%), zaś najmniejsze Łotwa (12,4%), Litwa (13,2%), Bułgaria (16%) i Rumunia (14,2%). W takich krajach jak Czechy, Polska, Irlandia i Hiszpania sięgają one około 20% PKB.

Tab.18.Dynamika produktu krajowego brutto na mieszkańca w %

Kraj	1996	2000	2005	2006
I. Czechy	4,9	2,3	6,0	7,5
Estonia	5,0	12,0	10,3	11,6
II. Finlandia	3,1	4,7	2,6	4,8
Szwecja	1,4	4,1	2,2	3,6
III. Wielka Brytania	2,7	3,6	1,6	2,1
Irlandia	7,0	7,6	3,7	3,2
IV. Francja	1,0	3,2	1,3	1,3
Niemcy	0,8	2,8	0,8	3,0
V. Włochy	1,3	3,1	-0,6	1,8
Grecja	1,2	4,3	3,5	4,2
VI. Polska	7,1	2,9	2,4	7,1

Źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Można odnotować, że w krajach o socjaldemokratycznym modelu polityki społecznej takich jak Finlandia, Szwecja czy Norwegia w latach 1994-2005 (ostatnie dostępne w ciągu czasowym dane Eurostat-u) następuje systematyczny spadek udziału wydatków socjalnych państwa. Inaczej w krajach o modelu konserwatywnym (Francja, Niemcy), gdzie wydatki socjalne w zasadzie utrzymują się na tym samym znaczącym poziomie. Grecja i Włochy, choć z mniejszym udziałem wydatków socjalnych niż kraje konserwatywne, należą do tej grupy, w której relatywne wydatki socjalne w % PKB, po okresie niewielkiego spadku, wzrastają.

Tab. 19.Wydatki socjalne ogółem w % PKB

Kraj	1995	2000	2005
I. Czechy	17,5	19,5	19,1
Estonia	...	14,0	12,5
II. Finlandia	31,5	25,1	26,7
Szwecja	34,3	30,7	32,0
III. Wielka Brytania	28,0	26,9	26,8
Irlandia	14,8	14,1	18,2
IV. Francja	30,3	29,5	31,5
Niemcy	28,2	29,3	29,4
V. Włochy	24,2	24,7	26,4
Grecja	19,9	23,5	24,2
VI. Polska	...	19,7	19,6

Źródło: : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Poziom PKB na jednego mieszkańca oraz poziom i udział wydatków socjalnych w produkcie krajowym znajdują odzwierciedlenie w wielkości tych wydatków przypadających na jednego mieszkańca w walucie jednolitej obowiązującej w większości „15” czyli w EURO. Zdecydowa-

nie największe wydatki socjalne w EURO dotyczą mieszkańców Szwajcarii (strefa OECD – prawie 11 tys.) oraz Norwegii (10,3 tys.), a także Szwecji, Francji, Niemiec i Belgii ((7,1 tys.), natomiast zdecydowanie najmniejsze – Rumunii i Bułgarii. Relatywnie niskie wydatki socjalne w EURO przypadają na jednego mieszkańca w pozostałych nowych krajach UE czyli w Polsce, na Węgrzech (752), na Łotwie (400), Litwie (585) i w Estonii. Spośród nowych krajów UE najlepiej pod względem poziomu tak mierzonego poziomu zabezpieczenia socjalnego sytuują się Węgry.

Tab. 20. Wydatki socjalne na 1 mieszkańca w Euro

Kraj	1995	2000	2005
I. Czechy	714,8	866,7	1273,7
Estonia	...	387,7	562,3
II. Finlandia	6158,5	5763,3	6824,1
Szwecja	7442,9	8586,0	8923,3
III. Wielka Brytania	4217,3	6432,3	6523,6
Irlandia	2101,9	3342,8	5223,7
IV. Francja	6132,5	6689,1	7602,8
Niemcy	6660,4	7050,0	7131,3
V. Włochy	3659,9	4529,9	4935,5
Grecja	1884,5	2259,4	2877,1
VI. Polska	...	541,0	632,8

Źródło: : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Tab.21. Udział wydatków socjalnych na rodzinę i dzieci w wydatkach socjalnych ogółem (w %)

Kraj	1995	2000	2005
I. Czechy	11,9	8,4	7,5
Estonia	...	11,9	12,2
II. Finlandia	13,4	12,5	11,6
Szwecja	11,4	9,3	9,8
III. Wielka Brytania	8,9	6,9	6,3
Irlandia	12,0	13,6	14,6
IV. Francja	10,0	9,1	8,5
Niemcy	7,5	10,7	11,2
V. Włochy	3,2	3,8	4,4
Grecja	8,8	7,4	6,4
VI. Polska	...	5,0	4,4

Źródło: : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

We wstępnej ocenie znaczenia polityki rodzinnej w poszczególnych krajach istotny może okazać się udział wydatków socjalnych na rodzinę i dzieci w wydatkach socjalnych ogółem. Największe relatywnie wy-

datki na rodzinę kierowane są w Luksemburgu (strefa OECD – 16,9%), a także w Irlandii, Islandii (ok.14%), Danii (ok.13%) oraz w Estonii i w Norwegii (12%). Znaczne wydatki, wynoszące około 11%, ponoszą również Węgry, Łotwa, Niemcy, Austria, Finlandia, Słowacja. Kraje południowe takie jak Włochy, Hiszpania czy Grecja plasują się na końcu listy państw UE. Generalnie można stwierdzić, że na rodzinę nakierowana jest polityka socjalna państw Europy północnej.

Odzwierciedleniem prowadzonej polityki społeczno-gospodarczej jest rozkład dochodów ludności. Analizując nierówności dochodowe w krajach Unii Europejskiej można stwierdzić, że największe dotyczą krajów południowych takich jak: Portugalia (6,8), Grecja (6,1), Hiszpania (5,3) i Włochy (5,5) oraz nowych członków UE takich jak: Łotwa (7,9), Litwa (6,3), Polska, czy Węgry (5,5). Spośród wszystkich krajów UE największe zróżnicowania dochodowe występują na Łotwie. Znajdują one odzwierciedlenie w zasięgu ubóstwa, mierzonym odsetkiem ludności osiągającej dochody poniżej 60% mediany dochodów w społeczeństwie.

Tab. 22. Nierówności dochodowe – wskaźnik udziału dochodów otrzymywanych przez 20% populacji ludności o najwyższych dochodach w relacji do dochodów otrzymywanych przez 20% ludności o najniższych dochodach

Kraj	1995	2000	2005	2006
I. Czechy	...	3,4 (2001r.)	3,7	3,5
Estonia	...	6,3	5,9	5,5
II. Finlandia	3,0 (1996)	3,3	3,6	3,6
Szwecja	3,0 (1997)	3,4 (2001 r.)	3,3	3,5
III. Wielka Brytania	5,2	5,2	5,8	5,4
Irlandia	5,1	4,7	5,0	4,9
IV. Francja	4,5	4,2	4,0	4,0
Niemcy	4,6	3,5	3,8	4,1
V. Włochy	5,9	4,8	5,6	5,5
Grecja	6,5	5,8	5,8	6,1
VI. Polska	...	4,7	6,6	5,6

Źródło: : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu..>

Tak mierzony zasięg ubóstwa przed otrzymaniem przez określone grupy społeczne transferów socjalnych, jest największy w Norwegii, Wielkiej Brytanii i na Węgrzech (po 30%) oraz w Finlandii i Szwecji (po 29%), a także w Danii oraz w Polsce. Na skuteczność prowadzonej przez państwo polityki społecznej wskazuje znaczenie transferów socjalnych w zwalczaniu ubóstwa, ukształtowanego przez politykę gospodarczą i istniejące struktury zatrudnienia i dochody z pracy.

Tab.23. Zasięg ubóstwa przed transferami socjalnymi – odsetek ludności w osobach osiągających dochód rozporządzalny poniżej 60% mediany dochodów do dyspozycji

Kraj	1995	2000	2005	2006
I. Czechy	...	18 (2001 r.)	21	22
Estonia	...	26	24	25
II. Finlandia	23 (1996 r.)	19	28	29
Szwecja	...	17 (2001 r.)	29	29
III. Wielka Brytania	32	29	31	30
Irlandia	34	31	32	33
IV. Francja	26	24	26	25
Niemcy	22	20	23	26
V. Włochy	23	21	23	24
Grecja	23	22	23	23
VI. Polska	...	30	30	29

Źródło: : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.**Tab.24. Zasięg ubóstwa po transferach socjalnych – odsetek ludności w osobach osiągających dochód rozporządzalny poniżej 60% mediany dochodów do dyspozycji**

Kraj	1995	2000	2005	2006
I. Czechy	...	10 (2001 r.)	10	10
Estonia	...	18	18	18
II. Finlandia	8 (1996 r.)	11	12	13
Szwecja	9 (1997 r.)	9 (2001 r.)	9	12
III. Wielka Brytania	20	19	19	19
Irlandia	19	20	20	18
IV. Francja	15	16	13	13
Niemcy	15	10	12	13
V. Włochy	20	18	19	20
Grecja	22	20	20	21
VI. Polska	...	16	21	19

Źródło: : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Okazuje się, że najmniejszy zasięg ubóstwa po uzyskaniu świadczeń socjalnych, występuje w Holandii, w Czechach i w Islandii, gdzie ubóstwo występuje najrzadziej również przed wsparciem socjalnym ludności. Relatywnie duże zmniejszenie zasięgu ubóstwa dzięki transferom socjalnym uzyskuje Norwegia, gdzie stopa ubóstwa spada z 30% do 11%, a także Szwecja i Finlandia, a więc kraje o opiekuńczym modelu polityki socjalnej. Natomiast w krajach południowych takich jak Włochy czy Grecja zasięg ubóstwa jedynie minimalnie spada po skierowaniu transferów socjalnych, co wskazuje na ich małą skuteczność w zwalczaniu ubóstwa.

W krajach rozwiniętych gospodarczo podstawowym źródłem dochodów są dochody z pracy, najczęściej z pracy najemnej. Okazuje się, że w krajach

Unii Europejskiej najbogatsze kraje o największym PKB na mieszkańca i największych wydatkach socjalnych w PKB oraz najmniejszym zasięgu ubóstwa (przed transferami) mają jednocześnie największe stopy zatrudnienia ludności. Zaliczają się do nich Islandia (85%), Szwajcaria (78%), Dania (77%) i Holandia (74%). W krajach UE relatywnie wysoka stopa zatrudnienia dotyczy również krajów o liberalnej polityce społecznej takich jak Wielka Brytania czy Irlandia oraz o modelu socjaldemokratycznym, występującym w krajach skandynawskich, takich jak Dania, Norwegia, Szwecja i Finlandia. Najmniejsza stopa zatrudnienia występuje w Polsce i na Malcie, a także w nowych krajach członkowskich, takich jak: Węgry (57,3%), Bułgaria i Rumunia (ponad 58%) oraz we Włoszech (ponad 58%).

Tab. 25. Wskaźnik zatrudnienia w %

Kraj	1995	2000	2005	2006
I. Czechy	...	65,0	64,8	65,3
Estonia	...	60,4	64,4	68,1
II. Finlandia	61,6	67,2	68,4	69,3
Szwecja	70,9	73,0	72,5	73,1
III. Wielka Brytania	68,5	71,2	71,7	71,5
Irlandia	54,4	65,2	67,6	68,6
IV. Francja	59,5	62,1	63,9	63,8
Niemcy	64,6	65,6	66,0	67,5
V. Włochy	51,0	53,7	57,6	58,4
Grecja	54,7	56,5	60,1	61,0
VI. Polska	58,9 (1997 r.)	55,0	52,8	54,5

Źródło: : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Tab.26. Wskaźnik zatrudnienia kobiet i mężczyzn (w %)

Kraj	1995 K	M	2000 K	M	2005 K	M	2006 K	M
I. Czechy	58,7*	76,0*	56,9	73,2	56,3	73,3	56,8	73,7
Estonia	60,3*	69,6*	56,9	64,3	62,1	67,0	65,3	71,0
II. Finlandia	59,0	64,2	64,2	70,1	66,5	70,3	67,3	71,4
Szwecja	68,8	73,1	70,9	75,1	70,4	74,4	70,7	75,5
III. Wielka Brytania	61,7	75,1	64,7	77,8	65,9	77,6	65,8	77,3
Irlandia	41,6	67,1	53,9	76,3	58,3	76,9	59,3	77,7
IV. Francja	52,1	67,2	55,2	69,2	58,5	69,3	58,8	69,0
Niemcy	55,3	73,7	58,1	72,9	60,6	71,3	62,2	72,8
V. Włochy	35,4	66,9	39,6	68,0	45,3	69,9	46,3	70,5
Grecja	38,1	72,5	41,7	71,5	46,1	74,2	47,4	74,6
VI. Polska	51,3 (1997)	66,8 (1997)	48,9	61,2	46,8	58,9	48,2	60,9

Uwaga: * rok 1998

Źródło: : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

We wszystkich krajach stopa zatrudnienia kobiet jest mniejsza niż stopa zatrudnienia mężczyzn, jednak różnica w wielkości wskaźnika dla obu płci jest najmniejsza w krajach skandynawskich, zaś największa w takich krajach Europy Środkowo-wschodniej jak Polska i Czechy oraz w krajach południowych (Włochy, Grecja) i liberalnych, takich jak Wielka Brytania czy Irlandia.

Za istotny czynnik godzenia pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi uznaje się w strategiach unijnych oraz w programach „work-life-balance” i „family friendly employment” pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy. Relatywnie najwięcej pracujących wykonuje pracę w tym wymiarze w Holandii (46,2%), Szwajcarii (33,3%) oraz w Norwegii (28,7%), Wielkiej Brytanii (25,5%), Szwecji (25,1%) i w Niemczech (25,8%). Ponadprzeciętne dla krajów UE starej i nowej (przeciętna to około 19,5 do 20,8%) wskaźniki zatrudnienia w niepełnym wymiarze występują także w Belgii (22,2%) i w Danii (23,6%). Polska ze wskaźnikiem 9,8% sytuuje się obok takich krajów jak Litwa (9,9%), Rumunia (9,7%), Słowenia (9,2%) czy Chorwacja. Najmniejszy odsetek pracujących w niepełnym wymiarze czasu pracy obejmuje pracujących w takich krajach Europy Środkowej jak: Bułgaria (2%), Słowacja (2,8%), Węgry (4%), Czechy (5%), Estonia (7,8%). Spośród krajów starej UE niski odsetek „półetatowców” występuje w krajach południowych, takich jak: Grecja (5,7%), Portugalia (11,3%), Hiszpania (12%), Włochy (13,3%).

Tab.27. Odsetek kobiet pracujących w niepełnym wymiarze czasu pracy

Kraj	1995	2000	2005	2006
I. Czechy	9,9*	9,3	8,6	8,7
Estonia	11,4*	10,9	10,6	11,3
II. Finlandia	15,4	17,0	18,6	19,2
Szwecja	35,8	32,3	39,6	40,2
III. Wielka Brytania	44,4	44,3	42,7	42,6
Irlandia	22,4	30,3	31,5 (2004)	...
IV. Francja	29,1	30,8	30,7	30,6
Niemcy	33,7	37,9	43,5	45,6
V. Włochy	12,7	16,5	25,6	26,5
Grecja	8,4	7,8	9,3	10,2
VI. Polska	13,6 (1997 r.)	13,4	14,3	13,0

* 1998 r.

Źródło: : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Praca w niepełnym wymiarze w zdecydowanej mierze obejmuje kobiety. Jedynie w Holandii wskaźnik pracujących w niepełnym wymiarze mężczyzn sięga 23%, w Norwegii prawie 14%, w Szwecji prawie

12% i w Wielkiej Brytanii 10,6%, zaś w pozostałych krajach o wysokim wskaźniku pracujących w niepełnym wymiarze ogółem, w odniesieniu do mężczyzn sięga kilku procent.

Relacja liczby kobiet pracujących w niepełnym wymiarze czasu pracy do liczby kobiet pracujących ogółem osiąga największe wartości w Holandii, gdzie sięga 74,7% oraz w Szwajcarii (58,4%), a więc przekracza połowę pracujących kobiet. Wysoki odsetek kobiet pracuje w niepełnym wymiarze również w Niemczech, Norwegii, w Szwecji, a także w Wielkiej Brytanii (42,6%), Belgii (41,1%) i w Austrii (40,2%).

Wysokiej stopie zatrudnienia towarzyszy niska stopa bezrobocia, zaś niska stopa zatrudnienia koreluje z wysoką stopą bezrobocia. W zdecydowanej większości krajów UE stopa bezrobocia kobiet jest większa niż stopa bezrobocia mężczyzn, tak więc kobiety przeważają wśród bezrobotnych. Wyjątek stanowi Estonia, Łotwa oraz Irlandia i Wielka Brytania, w których stopa bezrobocia kobiet jest niższa, a także Niemcy, gdzie stopy te w zasadzie są równe, bądź minimalnie mniejsze dla kobiet. Należy jednak podkreślić, że również we wszystkich tych krajach, do początku XXI wieku częściej bezrobotne były kobiety.

Polska należy do grupy krajów o najwyższej stopie bezrobocia, w tym bezrobocia kobiet, za Słowacją (12,8%), Hiszpanią (10,9%) i Chorwacją (10,5%). Najniższe bezrobocie kobiet występuje w Norwegii (2,5%), Holandii (3,6%), Estonii (4%) i Irlandii oraz Danii (po 4,1%). Relatywnie niską stopą bezrobocia wyróżnia się również Litwa (4,4%), Łotwa (5,4%) i Słowenia (5,8%) czyli nowe kraje UE oraz Wielka Brytania (4,9%).

Tab.28. Stopa bezrobocia kobiet i mężczyzn

Kraj	1996		2000		2005		2007	
	K	M	K	M	K	M	K	M
I. Czechy	8,1*	5,0*	10,3	7,3	9,8	6,5	6,7	4,3
Estonia	8,9**	10,3**	11,8	13,8	7,1	8,8	4,0	5,8
II. Finlandia	14,9	14,3	10,6	9,1	8,6	8,2	7,2	6,5
Szwecja	9,0	10,1	7,4	5,9	7,4	7,5	6,4	5,8
III. Wielka Brytania	6,3	9,2	4,8	5,8	4,3	5,1	4,9	5,5
Irlandia	11,8	11,5	4,2	4,3	4,0	4,6	4,1	4,7
IV. Francja	13,3	10,0	10,8	7,5	10,2	8,4	8,8	7,9
Niemcy	9,2	8,2	7,5	7,5	10,1	11,2	8,3	8,4
V. Włochy	15,2	8,7	13,6	7,8	10,1	6,2	8,8 (2006)	5,4 (2006)
Grecja	15,2	6,1	17,1	7,4	15,3	6,1	13,6 (2006)	5,6 (2006)
VI. Polska	13,0**	9,1**	18,1	14,4	19,1	16,6	10,4	9,0

K – kobiety, M – Mężczyźni

* 1998 r., ** 1997

Źródło: : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Drugim istotnym czynnikiem godzenia obowiązków zawodowych i rodzinnych jest dostęp do opieki instytucjonalnej nad małymi dziećmi w wieku przedszkolnym. Usługi placówek opieki nad dziećmi są przykładem instrumentu polityki rodzinnej, za pomocą którego można realizować różne cele tej polityki: nie tylko godzenie życia rodzinnego i zawodowego, a przez to ograniczanie barier dla decyzji prokreacyjnych, ale także wspomaganie rodziny w działaniach na rzecz inwestowania w młode pokolenie i zapewnienie rozwoju kapitału ludzkiego. Dostępność do opieki instytucjonalnej mierzona odsetkiem małych dzieci korzystających z placówek opieki dziennej jest bardzo zróżnicowana między krajami UE, jednak generalnie jest znacznie większa w krajach starej UE niż w krajach nowych. Z opieki w żłobkach korzysta największy odsetek małych dzieci w wieku do ukończenia drugiego roku życia – w takich krajach skandynawskich z modelem socjaldemokracji jak Dania (64%) czy Szwecja oraz Norwegia (40%) oraz w takich krajach liberalnych jak Wielka Brytania i Irlandia.

Tab.29. Odsetek dzieci małych, które korzystają z placówek opieki dziennej do osiągnięcia wieku obowiązku szkolnego według grupy wieku (lata 1998-2000)

Kraje	W wieku 0-3 lata	W wieku od 3. lat do wieku obowiązku szkolnego
I. Czechy	1	85
Estonia	X	74
II. Finlandia	22	66
Szwecja	48	80
III. Wielka Brytania	34	60
Irlandia	38	56
IV. Francja	29	99
Niemcy	10	78
V. Włochy	6	95
Grecja	3	46
VI. Polska	23*	50 **

*1995 i 2006r.

**58 w roku szkolnym 2006/2007

Źródło: OECD 2001, za: „Biuletyn” Rządowej Rady Ludnościowej nr 50 /2006, s.117 oraz UNICEF 2001, za B.Kołaczek, Dostęp do edukacji, Uwarunkowania, różnicowania. Zasady wyrównywania szans”, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, seria: „*Studia i Materiały*”, Warszawa, 2004,s.105, „*Mały Rocznik Statystyczny 2007*”, GUS, s.251 i 266; <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Natomiast opieką w przedszkolach są objęte prawie wszystkie dzieci w wieku od 3. lat do wieku rozpoczęcia obowiązkowej nauki w szkole – we Francji, Holandii, we Włoszech i w Belgii. Większość dzieci w tej grupie wieku korzysta z przedszkoli w Danii (91%), w Słowacji (90%), na Węgrzech (87%), w Czechach (85%), w Niemczech, w Hiszpanii (84%),

Portugalii (75%), Szwecji i Norwegii (po 80%), w Austrii (68%) i Finlandii (66%). Spośród nowych krajów UE z Europy Środkowej największy odsetek dzieci uczęszcza do przedszkoli na Słowacji, Węgrzech i w Czechach. Większość dzieci korzysta z opieki instytucjonalnej w Estonii, na Łotwie, Litwie, w Bułgarii. Ostatnio również Polska dołączyła do tej grupy krajów.

Tab.30. Wiek rozpoczynania i kończenia obowiązku szkolnego oraz przeciętny okres nauki szkolnej w latach

Kraj	Wiek rozpoczynania	Wiek kończenia	Przeciętny okres nauki	
			1998 lub 1999	2005
I. Czechy		...	15,1	17,1
Estonia		...	15,4	18,5
II. Finlandia	7. rok życia	16 lat	17,8	20,2
Szwecja	7. rok życia	16 lat	19,1	20,0
III. Wielka Brytania	Ukończenie 5.lat	16 lat	17,1	20,5
Irlandia	6. rok życia	15 lat	16,0	17,4
IV. Francja	6. rok życia	16 lat	16,7	16,7
Niemcy	6. rok życia	18 lat	16,8	17,4
V. Włochy	6. rok życia	14 lat	15,9	17,0
Grecja	6. rok życia	15 lat	14,6	17,7
VI. Polska	6. rok życia	ukończenie 18. roku życia	15,6	17,8

Źródło: EUROSTAT 1998 oraz <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

W analizie uprawnień do świadczeń rodzinnych przysługujących na dzieci i udogodnień w opiece nad małymi dziećmi, udogodnień w postaci wsparcia socjalnego różnych form opieki, istotne znaczenie może mieć znajomość wieku rozpoczynania i kończenia obowiązku szkolnego. W krajach UE wiek rozpoczynania nauki szkolnej to najczęściej szósty rok życia dziecka, zaś kończenia – 16 lub 18 lat. Generalnie jednak obserwuje się wydłużanie rzeczywistego okresu pobieranej nauki (tab.30), co zwykle może skutkować wydłużaniem okresu (zwiększaniem wieku) uprawnień do świadczeń rodzinnych czy ulg podatkowych z tytułu pobierania nauki czy utrzymywania uczącego się dziecka.

Jednym z powszechnie stosowanych kryteriów, uprawniających do korzystania z ulg od podatku osobistego, jest korzystanie z internetu w domu. Dostęp do internetu stanowi ponadto istotny wyznacznik poziomu życia ludności. Największy odsetek gospodarstw domowych ma taki dostęp zapewniony w Islandii (84%) i w Holandii (83%), a także

w Norwegii i Danii (po 78%) oraz w Szwecji (79%). Natomiast najmniej gospodarstw dysponuje dostępem do internetu w Bułgarii (19%), Rumunii (22%) i w Grecji (25%). Rzadziej niż co drugie gospodarstwo domowe korzysta z internetu w Polsce, na Słowacji (46%), Węgrzech (38%), na Litwie (44%), w Czechach, a także w takich dawnych krajach UE jak Portugalia (40%), Hiszpania (45%), Francja (49%) i Włochy.

Tab.31. Odsetek gospodarstw domowych posiadających dostęp do Internetu w domu.

Kraj	2007
I. Czechy	35
Estonia	53
II. Finlandia	69
Szwecja	79
III. Wielka Brytania	67
Irlandia	57
IV. Francja	49
Niemcy	71
V. Włochy	43
Grecja	25
VI. Polska	41

Źródło: : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

2.3. Różnice kulturowe

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że różnice kulturowe w przejściu do rodzicielstwa mogą wiązać się z długoterminowymi, zakorzenionymi różnicami historycznymi w krajach europejskich. Przywołując *Hajnala* można podzielić Europę według linii Triest-St.Petersburg, gdzie na wschód od tak wyznaczonej linii proces formowania się rodziny jest procesem wczesnym i powszechnym, a na zachód od tej linii – proces formowania się rodziny nie jest procesem powszechnym i jest odkładany w czasie. Z kolei *Reher* pokazuje różnice kulturowe między północą Europy, charakteryzującą się „słabymi więzami rodzinnymi”, a południem, charakteryzującym się „silnymi więzami rodzinnymi”. Kwestie kulturowe i kultura nie są jednak stabilne, o czym świadczą procesy demograficzne określane jako *drugie przejście demograficzne* (za: F.C. Billari, Zmieniające się wzorce formowania rodziny w Europie. Przejście do rodzicielstwa w społeczeństwach europejskich, w: *Biuletyn*, Rządowa Rada Ludnościowa, nr 50/ 2006r., ss.113-115).

2.4. Polska a badane kraje

Na tle krajów wybranych do analizy uwarunkowań polityki rodzinnej, Polska charakteryzuje się następującymi wartościami przyjętych mierników sytuacji demograficznej i społeczno-ekonomicznej:

- 1/ najniższą dzietnością,
- 2/ wysokim współczynnikiem zawierania małżeństw,
- 3/ zbliżonym przeciętnym wiekiem rodzenia pierwszego dziecka,
- 4/ raczej niskim współczynnikiem rozwodów, ale najwyższą dynamiką rozwodów na przełomie XX i XXI wieku,
- 5/ niewielkim relatywnie wskaźnikiem urodzeń pozamałżeńskich,
- 6/ najwyższą umieralnością niemowląt,
- 7/ najwyższym udziałem wieloosobowych gospodarstw domowych,
- 8/ relatywnie dużą przeciętną wielkością rodziny,
- 9/ niskim udziałem małżeństw bez dzieci,
- 10/ przeciętnym rozkładem rodzin według liczby dzieci czyli podobną jak w większości analizowanych krajów strukturą rodzin według liczby dzieci,
- 11/ niskim udziałem wydatków socjalnych w PKB,
- 12/ najniższym udziałem wydatków na dzieci i rodzinę w wydatkach socjalnych PKB,
- 13/ jedną z wyższych nierówności dochodowych w rozkładzie kwintalowym,
- 14/ przeciętnym zasięgiem ubóstwa przed transferami,
- 15/ relatywnie dużą trafnością transferów socjalnych w ograniczaniu ubóstwa,
- 16/ niskim wskaźnikiem zatrudnienia kobiet,
- 17/ najniższym wskaźnikiem zatrudnienia mężczyzn,
- 18/ niskim udziałem kobiet pracujących w niepełnym wymiarze czasu pracy,
- 19/ przeciętnym wiekiem rozpoczynania obowiązku szkolnego przez dzieci,
- 20/ wysokim wiekiem obowiązku kończenia nauki szkolnej,
- 21/ niskim odsetkiem małych dzieci w placówkach opieki przedszkolnej.

Z punktu widzenia funkcjonujących wzorców kulturowych dotyczących zakładania rodzin i utrzymywania więzi międzypokoleniowych, Polskę cechuje utrzymująca się powszechność zawierania małżeństw oraz mocne, choć słabnące więzi rodzinne, co skutkuje coraz większą powszechnością rodzin nuklearnych.

2.5. Wnioski kierunkowe dla Polski

Z powyższej analizy porównawczej przyjętych wektorów uwarunkowań polityki rodzinnej w wybranych krajach nasuwają się wnioski kierunkowe dla Polski w obszarze szeroko pojętej polityki demograficznej oraz społecznej. Działania te powinny być ukierunkowane na:

- 1/ zwiększanie dzietności
- 2/ dalsze ograniczanie umieralności niemowląt
- 3/ wsparcie rodzin niepełnych, powstających z powodu wzrostu liczby rozwodów oraz urodzeń pozamałżeńskich
- 4/ zwiększanie wydatków socjalnych na rzecz rodzin i dzieci
- 5/ wzrostu stopy zatrudnienia ludności, zwłaszcza mężczyzn
- 6/ dalszego obniżania stopy bezrobocia
- 7/ zwiększania dostępności opieki instytucjonalnej nad małym dzieckiem, zwłaszcza w przedszkolach.

Literatura

- GUS(1992), „*Rocznik Statystyczny 1992*”, GUS Warszawa
- GUS (2007), „*Mały Rocznik Statystyczny Polski 2007*”, Warszawa
- GUS, „*Rocznik Demograficzny*”, roczniki z lat: 1993, 2003, 2008, GUS, Warszawa
- Kołaczek B.(2004), „*Dostęp do edukacji. Uwarunkowania. Zróżnicowania. Zasady wyrównywania szans*”, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, seria: „*Studia i Materiały*”, Warszawa, 2004
- Philipov D. (2006), Zmieniająca się struktura rodziny w Europie. Portret rodziny w Europie, w: „*Biuletyn*” nr 50/ 2006 Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2006
- Rządowa Rada Ludnościowa (2004), „*Sytuacja demograficzna Polski i założenia polityki ludnościowej w Polsce*”, Raport 2004, Warszawa 2006
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Bożenna Balcerzak-Paradowska
Bożena Kołaczek
Dorota Głogosz

ROZDZIAŁ III

Polityka rodzinna w krajach Unii Europejskiej

W niniejszym rozdziale zostały przedstawione rozwiązania w zakresie polityk rodzinnych w różnych krajach, reprezentujących poszczególne modele polityki społecznej. Reprezentantami modelu liberalnego są Wielka Brytania i Irlandia, konserwatywnego – Francja i Niemcy, socjaldemokratycznego – Szwecja i Finlandia, południowoeuropejskiego – Włochy i Grecja, zaś przedstawicielami nowych krajów członkowskich: Estonia i Republika Czeska. Przy wyborze wymienionych krajów kierowano się takimi kryteriami jak: przebieg procesów demograficznych i społeczno-gospodarczych (w oparciu o porównywalne dane) oraz funkcjonowanie rozwiązań, które mogą być wykorzystane w polskiej polityce rodzinnej.

3.1. Model liberalny

– IRLANDIA, WIELKA BRYTANIA

IRLANDIA

1. Rozwiązania sprzyjające decyzjom prokreacyjnym oraz godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi

1.1. Świadczenia pieniężne i rzeczowe związane z urodzeniem dziecka

Opieka nad kobietą w ciąży – zasiłek i urlop zdrowotny

Urlop dla zdrowia i bezpieczeństwa udzielany z uwagi na szkodliwe warunki pracy przysługuje kobietom w ciąży i matkom karmiącym w sytuacji niemożności zapewnienia im przez pracodawcę odpowiednich warunków zatrudnienia. W okresie urlopu przysługuje specjalny zasiłek. Za pierwsze 21 dni tego urlopu płaci pracodawca, następnie przysługuje zasiłek ubezpieczeniowy z tytułu szkodliwych warunków pracy, wypłacany do rozpoczęcia urlopu macierzyńskiego.

Pracownica przez cały urlop zachowuje status (uprawnienia) pracowniczy. Przy umowie na czas określony uprawnienia przysługują do daty wygaśnięcia umowy.

Z powyższego uprawnienia mogą korzystać kobiety zatrudnione w warunkach zagrożenia zdrowia (warunkach szczególnych) lub przy pracy nocnej (tj. spędzające nie mniej niż 3 godziny – czyli 50% czasu – pracując między północą a 7 rano.)

Okres karmienia dziecka piersią, w którym pracownica korzysta ze szczególnej ochrony pod względem bezpiecznych warunków pracy określa się jako do 26 tyg. po urodzeniu dziecka, natomiast okres ciąży i porodu: od pierwszego dnia ciąży do 16 tygodni po porodzie.

W 2008 r. zasiłek przysługujący w trakcie opisanego wyżej urlopu wynosił (w Euro):

zarobki (tygodniowo)	zasiłek dla uprawnionej pracownicy	zasiłek dla osoby dorosłej na utrzymaniu
do 79.99	88.90	85.90
80–124.99	127.80	85.90
125–149.99	155	85.90
150 i więcej	197.80	131.30

Na każde dziecko na utrzymaniu do ww kwoty zasiłku przysługuje dodatek w wysokości 24 €⁴.

Kobiety, które nie spełniają warunków ubezpieczenia (brak odpowiedniego okresu opłacania składek) mogą otrzymać inne, dalej opisane, świadczenie opiekuńcze, tzw. *half-rate Child Dependant Allowance*, jednak pod warunkiem, że tygodniowe dochody współmałżonka nie przekraczają 400 €.

1.1.1. Karta opieki lekarza rodzinnego – GP Visit Card (ustawa o zdrowiu z 1970 r. nowelizowana w 2005 r.)

Posiadanie karty medycznej pozwala na korzystanie m.in. z nieodpłatnych usług świadczonych przez lekarza rodzinnego; otrzymywania recept na leki (z pewnymi wyjątkami); korzystania z usług szpitali publicznych; usług ambulatoryjnych; usług dentystycznych, okulistycznych i otolaryngologicznych; sprzętu medycznego; usług położniczych i usług opieki nad niemowlęciem oraz na otrzymywanie

⁴ Generalnie, do każdego świadczenia o charakterze ubezpieczeniowym przysługuje dodatek na dziecko pozostające na utrzymaniu w wys. 24 € tygodniowo (tzw. Qualified Child Increase – QCI)

jednorazowych świadczeń pieniężnych wypłacanych po urodzeniu dziecka w wysokości 10,16 Euro na każde dziecko (tzw. *Maternity Cash Grant*).

Osoby, które z uwagi na zbyt niskie dochody nie kwalifikują się do otrzymania karty medycznej⁵, a dla których koszty wizyty u lekarza rodzinnego są zbyt wysokie, mogą ubiegać się o kartę opieki lekarza rodzinnego (*GP Visit Card*). Wydawana jest na podstawie kryteriów dochodowych i uprawnia do nieodpłatnej opieki lekarza rodzinnego. Zasady kwalifikowania do otrzymania karty opieki lekarza rodzinnego są w większości takie same, jak w przypadku podstawowych kart medycznych, z tym że limity dochodów są o 50% niższe.

Otrzymanie *GP Visit Card* jest możliwe jeśli łączny dochód małżonków/partnerów jest niższy niż określone kwoty dochodów, albo też organ nadzoru medycznego stwierdzi, że w rodzinie mogą wystąpić trudności finansowe z powodu wydatków na leczenie lub innych wyjątkowych okoliczności, nawet gdy łączny dochód jest wyższy niż kwoty dochodów określone poniżej.

Limity dochodów do celów wydania karty opieki lekarza rodzinnego (w Euro):

Kategoria	Poniżej 66 lat	66–69 lat
Osoba stanu wolnego mieszkająca sama	276	302
Osoba stanu wolnego mieszkająca z rodziną	246	260
Małżeństwo/samotny rodzic z dziećmi na utrzymaniu	400	447
Zasiłek na pierwsze 2 dzieci poniżej 16 roku życia	57	57
Zasiłek na 3. i kolejne dziecko poniżej 16 roku życia	61,50	61,50
Zasiłek na pierwsze 2 dzieci powyżej 16 roku życia (bez dochodu)	58,50	58,50
Zasiłek na 3. i kolejne dziecko powyżej 16 roku życia (bez dochodu)	64	64
Osoba pozostająca na utrzymaniu powyżej 16 roku życia na trzecim poziomie edukacji dziennej bez stypendium	117	117

⁵ Karta medyczna wydana przez irlandzki zarząd służby zdrowia *Health Service Executive* (HSE) upoważnia posiadacza do bezpłatnego korzystania z wybranych usług medycznych. Obejmuje ona osobę uprawnioną oraz małżonka i dzieci pozostające na utrzymaniu. Każdej osobie, która ukończyła 70 lat i zwykle mieszka w Irlandii przysługuje prawo do posiadania karty medycznej bez względu na stan majątkowy. Dla osób nieposiadających karty medycznej wizyty u lekarzy rodzinnych w Irlandii są odpłatne.

W przypadku małżeństwa, w którym jeden z małżonków ma 70 lub więcej lat, a drugi nie ma ukończonych 70 lat, kwoty dochodów mają zastosowanie do małżonka młodszego. Dla małżeństw w wieku 70–79 lat limit wynosi 895 EUR. Dla małżeństw w wieku 80 lub więcej lat limit wynosi 940,50 EUR.

Posiadacze kart opieki lekarza rodzinnego mają ograniczone prawo do korzystania z podstawowych usług medycznych. Nie są uprawnieni do bezpłatnych leków na receptę oraz nieodpłatnego korzystania z urzędzeń medycznych, usług dentystycznych i okulistycznych oraz muszą opłacać zabiegi szpitalne i ambulatoryjne, jak też zabiegi świadczone krótkoterminowo, jeśli nie zaliczają się do jednej z wyłączonych grup.

Całkowicie bezpłatne są usługi szpitali publicznych i usługi ambulatoryjne w szpitalach publicznych obejmuje:

- dzieci w wieku do sześciu tygodni, dzieci cierpiące na określone choroby i niepełnosprawności oraz dzieci skierowane na leczenie z poradni pediatrycznych i w następstwie szkolnych badań lekarskich;
- osoby uprawnione do usług szpitalnych na podstawie rozporządzeń UE
- kobiety korzystające z usług położniczych.
- kobietą w ciąży.

Natomiast pozostali pacjenci ponoszą ryczałtowaną opłatę szpitalną w wysokości 66 Euro dziennie.

W okresie ciąży kobiety zobowiązane są do systematycznych badań lekarskich. Pierwsze powinno być wykonane między 12 a 20 tygodniem ciąży, do końca 7 miesiąca co miesiąc, w 8 miesiącu 4-krotnie, a w 9 miesiącu ciąży – co tydzień. Badania, obejmujące podstawowe badania laboratoryjne i wizytę lekarską, są bezpłatne.

Badania lekarskie

Po stwierdzeniu ciąży pracownica ma prawo do zwolnień z wykonywania pracy w uzasadnionym wymiarze, w celu przeprowadzenia badań lekarskich. Maksymalny ani minimalny wymiar czasu przeznaczonego na takie badania nie jest określony. Pracownicy przysługuje zwolnienie na czas niezbędny do przeprowadzenia każdego badania. Wlicza się do niego zarówno czas podróży do i z miejsca przeprowadzenia badań, jak i czas samej wizyty u lekarza. Pracownica ma jednak obowiązek przedstawienia pracodawcy świadectwa lekarskiego stwierdzającego ciążę oraz poinformowania go o terminie badań lekarskich z wyprzedzeniem 2 tygodni. Na wniosek pracodawcy po pierwszym badaniu powinna przedstawić mu zestawienie wyznaczonych terminów badań lekarskich.

Po porodzie pracownicy przysługuje prawo do zwolnienia na badania lekarskie do 14 tygodni od daty porodu, z wliczeniem wykorzystanego po porodzie okresu urlopu macierzyńskiego.

Zarówno przed, jak i po porodzie pracownica ma prawo do wynagrodzenia za czas niezbędny do wykonania wspomnianych wyżej badań.

Szkola rodzenia

Pracownicy przysługuje również prawo do zwolnienia z pracy w celu uczestniczenia w wybranych zajęciach w szkole rodzenia. Uprawnienie to obejmuje jeden z kilku zestawów tworzących cykl zajęć, z wyjątkiem 3 ostatnich zajęć w ramach zestawu.

Ojciec dziecka także ma prawo do zwolnienia z pracy w celu wzięcia udziału w dwóch ostatnich zajęciach w ramach całego cyklu szkolenia.

Opieka nad noworodkiem

Medyczna opieka przed i poporodowa w szpitalu oraz opieka szpitalna nad noworodkiem do 6. tygodnia życia jest bezpłatna dla wszystkich mieszkańców kraju.

Zasiłki porodowe, wyprawki

W przypadku urodzenia się w trakcie jednego porodu więcej niż jednego dziecka rodzice mają możliwość uzyskania specjalnej pomocy finansowej zaraz po porodzie, a także kiedy dzieci osiągną wiek 4 i 12 lat. Pomoc finansowa wypłacana jest od 2008 r. w wysokości podstawowej 635 Euro. Zasiłek z tytułu urodzenia się bliźniąt jest wypłacany w postaci 1,5 miesięcznej stawki, natomiast z tytułu trojaczków i innych mnogich porodów w postaci podwójnej stawki.

Urlop i zasiłek macierzyński

Urlop macierzyński

Od 2006 r. w ramach realizacji rządowej *Strategii Opieki nad Dzieckiem* następuje wydłużanie okresu urlopu macierzyńskiego, pozwalającego rodzicom na osobistą opiekę nad małym dzieckiem. Wymiar tego urlopu wynosił:

	Do marca 2006 r.	Marzec 2006 – marzec 2007 r.	Od 1 marca 2007 r.
Płatny urlop macierzyński	18 tyg.	22 tyg.	26 tyg.
Bezpłatny urlop macierzyński	8 tyg.	12 tyg.	16 tyg.
Urlop rodzicielski	14 tyg.	14 tyg.	14 tyg.
Okres opieki łącznie	40 tyg.	48 tyg.	56 tyg.

Urlop macierzyński przysługuje wszystkim zatrudnionym kobietom, bez względu na staż pracy. Wymiar podstawowy urlopu to **26 tygodni**⁶. Urlop należy rozpocząć co najmniej 2 tygodnie przed urodzeniem dziecka i zakończyć nie wcześniej niż 4 tygodnie po porodzie. Kobiety uprawnione do otrzymywania zasiłku macierzyńskiego (informacje na ten temat podano poniżej) są zobowiązane do wykorzystania co najmniej dwóch tygodni, ale nie więcej niż 16 tygodni urlopu macierzyńskiego przed końcem tygodnia, w którym wypada planowany termin porodu.

Jeśli dziecko urodzi się po terminie, a kobiecie przysługuje mniej niż 4 tygodnie urlopu macierzyńskiego, może ona wydłużyć urlop macierzyński do okresu 4 tygodni po porodzie. W takich okolicznościach zasiłek macierzyński będzie wypłacany do momentu, kiedy dziecko będzie miało 4 tygodnie. Natomiast, jeśli dziecko urodziło się martwe lub doszło do poronienia po upływie 24 tygodni ciąży, matka ma prawo do 26 tygodni urlopu macierzyńskiego i do zasiłku macierzyńskiego pod warunkiem, że opłacono odpowiednią ilość składek ubezpieczeniowych.

W sytuacji gdy matka dziecka umrze przed upływem 24 tygodni urlopu macierzyńskiego, to uprawnienie do urlopu przejmuje ojciec.

Od 1 marca 2007 r. pracownica ma również prawo do **dodatkowego urlopu macierzyńskiego** w wymiarze 16 tygodni, ale za ten okres nie przysługuje jej zasiłek macierzyński ani świadczenia wypłacane przez pracodawcę, chyba że umowa o pracę stanowi inaczej. W przypadku choroby w trakcie dodatkowego urlopu macierzyńskiego pracownica ma prawo wystąpić do pracodawcy z wnioskiem o zakończenie dodatkowego urlopu macierzyńskiego. Jeżeli pracodawca wyrazi na to zgodę, pracownica traci prawo do wykorzystania pozostałej części urlopu macierzyńskiego, ale uznaje się, że przebywa na zwolnieniu lekarskim i jest uprawniona do zasiłku chorobowego.

Okres urlopu macierzyńskiego (włącznie z dodatkowym urlopem macierzyńskim) traktuje się jako równorzędny z okresem zatrudnienia i uwzględnia przy ustalaniu przysługującego wymiaru urlopu wypoczynkowego i uprawnień dotyczących dni świątecznych.

Jeżeli w okresie wykorzystywania urlopu macierzyńskiego wynagrodzenie lub inne warunki pracy uległy poprawie, po powrocie do pracy pracownica również jest do nich uprawniona.

W przypadku hospitalizacji dziecka istnieje możliwość – za zgodą pracodawcy – przesunięcia terminu wykorzystania urlopu macierzyńskiego.

⁶ Obejmuje także dni świąteczne wypadające podczas jego trwania.

Prawo to dotyczy zarówno kobiet przebywających na urlopie macierzyńskim, jak i na dodatkowym bezpłatnym urlopie macierzyńskim.

Zasilek macierzyński

Zasilek macierzyński jest świadczeniem wypłacanym w Irlandii kobietom, które są na urlopie macierzyńskim i legitymują się odpowiednio długim opłacania składek ubezpieczeniowych (PRSI) tzn. min. 39 tyg. w ciągu 12 mies. przed przejściem na urlop, a kobiety samozatrudnione 52 tyg.). Osoby, które wcześniej opłacały składki na ubezpieczenie społeczne w innym kraju UE mogą dodać poprzednie składki do składek płaconych w Irlandii, pod warunkiem że taka osoba opłacała przynajmniej jedną pełną składkę PRSI od powrotu do Irlandii.

Aby uzyskać to świadczenie należy wystąpić o nie na 6 tygodni przed przejściem na urlop macierzyński (12 tygodni w przypadku osób prowadzących własną działalność gospodarczą).

Kwota świadczenia, wypłacanego co tydzień, jest wolna od podatku dochodowego i zależy od wysokości zarobków. Stanowi 80% kwoty rocznego dochodu z poprzedzającego urlop roku podatkowego podzielony przez liczbę przepracowanych tygodni (u samozatrudnionych przez 52 tygodnie). Jeżeli świadczeniobiorca nie pracował zawodowo z powodu choroby, to zasilek odpowiada kwocie zasiłku chorobowego łącznie z przysługującymi mu dodatkami z tytułu opieki nad zależnymi osobami dorosłymi i dziećmi.

Kwoty zasiłku macierzyńskiego w 2008 roku (w Euro):

Minimalna wysokość świadczenia	221.80
Maksymalna wysokość świadczenia	280

Osoby, które otrzymują inne świadczenia socjalne otrzymują połowę kwoty zasiłku macierzyńskiego.

Niektórzy pracodawcy płacą pełną stawkę wynagrodzenia podczas urlopu macierzyńskiego. Ta kwestia jest regulowana w umowie o pracę.

Osoby o niskich dochodach mają prawo do dodatku do zasiłku macierzyński (tzw. *Maternity grant* – zob. w części dotyczącej pomocy dla rodzin o niskich dochodach).

Jeśli dziecko przebywa w szpitalu, a matka pobierała już zasilek macierzyński przez okres przynajmniej 14 tygodni, istnieje możliwość przesunięcia terminu wypłat za pozostałych 12 tygodni świadczenia nawet o 6 miesięcy (od 1 marca 2007r.).

Pobieranie zasiłku macierzyńskiego wyklucza wykonywanie jakiegokolwiek pracy poza własnym gospodarstwem domowym.

Zakładowe świadczenia macierzyńskie

Uprawnienia do otrzymywania świadczeń pieniężnych podczas urlopu macierzyńskiego zależą od postanowień zawartych w umowie o pracę. Pracodawcy nie mają obowiązku wypłacania świadczeń kobietom przebywającym na urlopie macierzyńskim, ale umowa o pracę może uprawniać ją do dodatkowych świadczeń wypłacanych podczas urlopu macierzyńskiego – przykładowo pracownica może otrzymywać pensję w pełnej wysokości, pomniejszoną o kwotę otrzymywanego zasiłku macierzyńskiego.

Urlop i zasiłek adopcyjny

Pracownikom adoptującym dziecko/dzieci przysługuje analogiczny do urlopu macierzyńskiego urlop adopcyjny. W latach 1995-2005 do takiego urlopu uprawniona była tylko adoptująca dzieci kobieta; chyba, że wyłącznym adoptującym był mężczyzna.

Urlop może trwać do 24 tygodni (dla osób, które dokonały adopcji po 1 marca 2007r.), a rodzic adopcyjny ma też prawo – za zgodą pracodawcy – do dodatkowego 16-tygodniowego urlopu bezpłatnego; chyba, że w umowie o pracę zapisano inaczej.

Za okres urlopu adopcyjnego nie przysługuje wynagrodzenia, ale osoby o odpowiednim okresie opłacania składek mogą otrzymać zasiłek adopcyjny (*adoptive benefit*), chyba że tygodniowy dochód małżonka jest wyższy niż 400 Euro. Kwota i zasady ograniczania wysokości świadczenia kwoty zasiłku są takie, jak przy zasiłku macierzyńskim.

Przed adopcją przyszli rodzice adopcyjni mogą korzystać z płatnych zwolnień od pracy przeznaczanych na czas obowiązkowych szkoleń przygotowujących do adopcji, prowadzonych przez pracownika socjalnego.

Urlopy i zasiłki ojcowskie

Status opiekuna osoby zależnej (dziecka) mają automatycznie w Irlandii wszystkie matki – bez względu na swój stan cywilny. Ojciec dziecka uzyskuje taki status tylko wtedy, jeżeli jest mężem jego matki. Bycie opiekunem pozwala na podejmowanie ważnych decyzji dotyczących wychowania dziecka, np. decyzji o wyznaniu religijnym, kształceniu, leczeniu czy miejscu zamieszkania.

Praw opiekunczych nie ma ojciec, który nie jest mężem matki swojego dziecka. Jeśli matka zgadza się, aby ojciec był prawnym opiekunem, musi wspólnie z ojcem dziecka podpisać odpowiednią deklarację – odrębną w odniesieniu do każdego dziecka⁷. W dokumencie tym można

⁷ W 2004r. 70% z 1237 nieżonatych ojców uzyskało prawa opiekuńcze

ograniczyć czas sprawowania opieki przez ojca, który nie jest mężem matki dziecka, w przypadku ojców-mężów są oni opiekunami na całe życie dziecka.

Urlop ojcowski (paternity leave)

Ojciec ma prawo do urlopu na prawach urlopy macierzyńskiego jedynie w przypadku, gdy matka umiera w okresie 24 tygodni od daty porodu. W takich okolicznościach wymiar przysługującego urlopu zależy od daty śmierci matki. Jeżeli na tej zasadzie ojciec ma prawo do urlopu macierzyńskiego w wymiarze podstawowym, ma również prawo do dobrowolnego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego (ojcowskiego) tj. 16 tygodni.

Od 2000 roku pracownicy zatrudnieni w służbie cywilnej są uprawnieni do 3 dni płatnego urlopu po urodzeniu się lub adoptowaniu dziecka. Jednak pozostali pracodawcy w Irlandii nie są prawnie zobligowani do udzielania urlopu ojcom – czy to płatnego czy bezpłatnego – po urodzeniu się im dziecka (*paternity leave*). Decyzje takie podejmowane są na podstawie prawa cywilnego i umów wewnątrzzakładowych. Najczęściej urlop udzielany jest na zasadach indywidualnych. Nierzadko przysługuje w tym czasie także wynagrodzenie.

1.2. Opieka rodzicielska nad małym dzieckiem

W terminie do 26 tygodni po porodzie pracownica karmiąca piersią ma prawo do skróconego wymiaru czasu pracy, przy zachowaniu pełnego wynagrodzenia.

Urlopy i zasiłki wychowawcze/rodzicielskie; możliwość łączenia opieki z pracą zawodową

Urlop wychowawczy przysługuje obecnie na mocy ustawy z 2006 r. Można go wykorzystać w odniesieniu do dziecka, które nie ukończyło 8 lat (wcześniej – 5 lat).

W przypadku adoptowania dziecka w wieku 6-8 lat urlop można wykorzystać w okresie 2 lat od chwili adopcji.

Jeżeli dziecko jest niepełnosprawne, urlop przysługuje rodzicom do ukończenia przez nie 16. roku życia. Podobnie jest w przypadku ciężkiej lub przewlekłej choroby dziecka, uniemożliwiającej rodzicom podjęcie pracy.

Urlop – w wymiarze 14 tygodni – przysługuje na każde dziecko. Jeśli pracownik ma więcej niż 1 dziecko w wieku uprawniającym do urlo-

pu wychowawczego, to może wykorzystać 14 tygodni urlopu w okresie każdych 12 miesięcy. Dłuższy okres urlopu w ciągu roku możliwy jest za zgodą pracodawcy. (Tego ograniczenia nie stosuje się w przypadku bliźniąt, trojczków itp.) W czasie urlopu przysługuje ochrona stosunku pracy.

Okres urlopu może być podzielona na 2 części, które rozdziela nie mniej niż 10 tygodni pracy, trwające nie krócej niż 6 tygodni. Jednak za zgodą pracodawcy można urlop podzielić inaczej – na dni, a nawet na godziny.

Oboje rodzice mają odrębne uprawnienia do urlopu wychowawczego. Jeśli oboje rodzice pracują w tej samej firmie, urlop nie może trwać dłużej niż 14 tygodni w przypadku każdego dziecka. Za zgodą pracodawcy w takich przypadkach można też przenieść uprawnienia do urlopu na drugiego z rodziców.

Jeżeli w czasie urlopu rodzic zachoruje i nie jest w stanie opiekować się dzieckiem, to czas choroby traktuje się jako okres zwolnienia chorobowego i nie wlicza się go do okresu urlopu wychowawczego.

Za czas urlopu wychowawczego nie przysługuje wynagrodzenie ani zasiłek. Pracownik zachowuje jednak uprawnienia pracownicze, uprawnienia płacowe, a czas urlopu jest zaliczany do uprawnień do urlopu wypoczynkowego i innych uprawnień pracowniczych. Szczegółowe uprawnienia określa wewnętrzny regulamin zakładu pracy.

Aby skorzystać z urlopu wychowawczego trzeba do rozpoczęcia urlopu mieć min. roczny staż pracy u aktualnego pracodawcy. Jednak gdy dziecko zbliża się do wieku progowego, jaki uprawnia rodziców do urlopu, a staż u pracodawcy wynosi min. 3 miesiące (a nie dłużej niż rok) można skorzystać z proporcjonalnie krótszego urlopu. Za każdy miesiąc pracy przysługuje tydzień urlopu.

Po zmianie pracodawcy niewykorzystaną część urlopu można wykorzystać u kolejnego, jeśli dziecko nie przekroczyło wieku 8 lat.

Urlop przysługuje na sprawowanie bezpośredniej opieki. Jeśli stwierdzi się, że przeznaczony jest on na inny cel, wtedy pracodawca może go przerwać (anulować).

Zwolnienie opiekuńcze

Pracownik w nagłej sytuacji może korzystać ze zwolnienia od pracy (bezpłatnego) na opiekę nad chorym, niepełnosprawnym lub znajdującym się w szczególnej sytuacji członkiem rodziny w wymiarze do 3 dni w ciągu każdych 12 miesięcy lub do 5 dni w ciągu każdych 36 miesięcy.

W sytuacji choroby pracownika do zasiłku chorobowego (185,8 € tygodniowo) przysługuje mu na osoby zależne pozostające na utrzymaniu dodatek:

- na osobę dorosłą – 123,3€,
- na każde dziecko – 24 €.

Urlop opiekuńczy (*carer's leave*)

Osobom, które z powodu konieczności opieki nad osobą chorą lub niepełnosprawną muszą zrezygnować z pracy na okres od 13 tygodni do 2 lat (104 tygodnie) przysługuje urlop i zasiłek opiekuńczy (z ubezpieczenia chorobowego). Jeżeli stałej opieki wymagają 2 osoby zamieszkujące wspólnie z pracownikiem urlop przysługuje w podwójnym wymiarze: 208 tygodni.

Osoba potrzebująca opieki nie musi być członkiem rodziny lub współmałżonkiem, ale musi być spokrewniona z pracownikiem.

Urlop opiekuńczy (*carer's leave*) można wykorzystać w jednym ciągu lub w kilku częściach, ale okres między poszczególnymi częściami nie może być krótszy niż 6 tygodni. Z ważnych przyczyn pracodawca może odmówić udzielenia urlopu, jeśli jego część trwa krócej niż 13 tygodni. Termin urlopu – określony w umowie z pracodawcą – jest elastyczny i za porozumieniem stron można go zmieniać. Po wykorzystaniu urlopu opiekuńczego w przypadku potrzeby kolejnego urlopu można wziąć dopiero po upływie 6 miesięcy po zakończeniu pierwszego z nich.

Pracownicy są prawnie chronieni przed wymuszaniem decyzji o skorzystaniu lub nieskorzystaniu z urlopu opiekuńczego.

W czasie urlopu opiekuńczego nie przysługuje wynagrodzenie za pracę, ale gwarantowany jest powrót do poprzedniej pracy i opłacana składka ubezpieczeniowa.

Świadczenie opiekuńcze (*carer's benefit*) przysługuje pracownikom, którzy spełniają kryterium stażu ubezpieczeniowego.

Od 1 stycznia 2008r. świadczenie opiekuńcze przysługuje w wysokości:

	kwota tygodniowa:
opieka nad jedną osobą	€ 214.70
opieka nad więcej niż 1 osobą	€ 322.10

Do świadczenia przysługuje dodatek w wys. 24 Euro na każde z dzieci pozostających na utrzymaniu.

W okresie korzystania z urlopu opiekuńczego można pracować w wymiarze do 15 godzin tygodniowo, pod warunkiem, że uzyskiwany dochód jest niższy od ustalonego ustawowo limitu. Można też uczyć się i uczestniczyć w szkoleniach oraz działać jako wolontariusz – także nie dłużej niż przez 15 godzin tygodniowo.

Można korzystać z urlopu opiekuńczego także wówczas, gdy nie ma się uprawnień ubezpieczeniowych do świadczenia opiekuńczego; warunkiem jest zatrudnienie u aktualnego pracodawcy przez min. 12 miesięcy.

Jeśli staż ubezpieczeniowy jest zbyt krótki, to wówczas przysługuje zasiłek opiekuńczy z pomocy społecznej (*carer's allowance*), którego wysokość zależy od wysokości dochodów rodziny. Od 27 września 2007r. osoby spełniające kryteria otrzymywania tego zasiłku i jednocześnie uprawnione do innych świadczeń z pomocy społecznej otrzymują zasiłek w wysokości 50% kwoty podstawowej.

Wysokość zasiłku opiekuńczego w 2008 r.

	w wieku do 66 lat (kwota max.)	w wieku 66 lat i więcej (kwota max.)
opieka nad jedną osobą	€107	€116
opieka nad więcej niż 1 osobą	€160.50	€174

Osoby uprawnione do zasiłku opiekuńczego mogą też ubiegać się o dodatek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną (zob. w dalszej części tekstu). W przypadku śmierci osoby, nad którą sprawowana jest opieka dodatek ten wypłacany jest jeszcze przez 6 tygodni.

Opieka pozarodzicielska nad małym dzieckiem

Opcje opieki pozarodzicielskiej

Rosnąca liczba pracujących zawodowo rodziców to główny powód rozwijania instytucji pozarodzicielskiej opieki nad dziećmi w Irlandii.

Różne formy opieki uwzględniają:

- wiek dziecka,
- czas opieki pozarodzicielskiej,
- godziny świadczenia usług, ich regularność, dni itp.,
- zasoby finansowe rodziców,
- dostępność alternatywnych rozwiązań w środowisku zamieszkania.

Różne typy placówek oferują:

1. Opiekę całodzienną (*fullday care*): przez więcej niż 3,5 godziny dziennie dla dzieci od 3 mies. życia do 6 lat (żłobki i przedszkola). Zapewniają wyżywienie i sen zgodnie ze standardami zdrowotnymi.

2. Ogniska (*Sessional services*), które świadczą usługi wg zaplanowanego grafiku do 3,5 godziny dziennie; rano i/lub wieczorem. Oferują opiekę dla dzieci 2-6 lat. Są też tego typu placówki dla młodszych. Od personelu nie wymaga się kwalifikacji wychowawcy przedszkolnego. Placówki te oferują:

- zajęcia grupowe edukacyjne i rozwojowe przeznaczone głównie dla dzieci do 6 lat
- aktywne działania rodziców i opiekunów: osoby te razem nadzorują zabawę i naukę oraz towarzyszą w niej dzieciom;
- zajęcia językowe: nauka irlandzkiego

3. Grupy zabawowe: dające możliwość wspólnej zabawy rówieśników, wspólnej pracy zespołowej, nauki zasad postępowania w zespole.

4. Opiekunki dla dzieci (*Childminders*), opiekujące się dzieckiem w swoim domu. Sprawują opiekę max nad 5 dzieci w wieku do 6 lat. Zwykle jest to opieka całodzienna, na podstawie umowy zawartej z rodzicem dziecka.

W Irlandii działa ogólnokrajowa organizacja zrzeszająca opiekunów, określająca ramy tak sprawowanej opieki (normy i standardy). Osoby zarejestrowane w tej organizacji i sprawujące taką opiekę mogą skorzystać z ulgi podatkowej (*childminder's tax relief*) jeśli opiekują się min. 3 dziećmi we własnym domu. Od 2006 r. do 2008 kwota wolna od podatku wynosiła 10 tys. euro, a obecnie – 15 tys. euro.

5. Centra opieki (*Drop-in centres*) oferują opiekę w krótkich godzinach w czasie dnia. Często zlokalizowane są w centrach handlowych, hotelach, placówkach rekreacyjnych itp.

6. Opieka nad dziećmi w wieku szkolnym: usługi dotyczące dzieci w wieku 4 – 15 lat. W formie klubów opieki porannej (*breakfast clubs*), opieki poszkolnej, klubów wakacyjnych, wakacyjnych klubów i centrów dla młodzieży, obozów letnich itp. Opieka może dotyczyć odrabiania prac domowych, zajęć sportowych, kulturalnych, rekreacyjnych lub żywienia.

7. Środowiskowe placówki opieki (*community childcare not-for-profit*) dostępne z myślą o osobach o niskich dochodach powracających do pracy. Finansowane z *National Childcare Investment Programme* (NCIP), który zgodnie z Narodową strategią opieki nad dziećmi 2006-2010 ma na celu rozwój sieci i jakości placówek opieki nad dziećmi oraz koordynowanie działań w tym zakresie na poziomie lokalnym.

W 2003 r. ok. 46% dzieci w wieku do ukończenia szkoły podstawowej pozostawało pod bezpłatną opieką członków rodziny i krewnych, a pod ich płatną opieką 14%. Jednocześnie 32% dzieci z omawianej grupy wiekowej pozostawało pod opieką płatnych opiekunek, około 6% korzystało ze żłobków, a 3% z innych rozwiązań.

Działania pracodawców na rzecz łączenia przez pracowników ról rodzinnych z zawodowymi

Pracodawcy mają duży wpływ na korzystanie przez pracowników z rozwiązań ułatwiających łączenie pracy z opieką nad członkami rodziny. Na uzyskanie możliwości korzystania z większości takich rozwiązań pracownik musi mieć zgodę pracodawcy. Niektóre rozwiązania można wykorzystywać w rozszerzonym zakresie (np. urlopy opiekuńcze i ojcowskie), gdyż część firm oferuje je jako element własnej polityki personalnej.

Jako przykładowe – wymienione już wcześniej przykłady działań wspierających można wymienić przepisy w ramach, których w terminie do 26 tygodni po porodzie pracownica karmiąca piersią ma prawo do skróconego wymiaru czasu pracy przy zachowaniu pełnego wynagrodzenia.

Jak wcześniej wspomniano, niektórzy pracodawcy płacą pełną stawkę wynagrodzenia podczas urlopu macierzyńskiego. Ta kwestia jest regulowana w umowie o pracę.

Pracodawcy w Irlandii nie są prawnie zobligowani do udzielania ojców urlopu – czy to płatnego czy bezpłatnego – po urodzeniu się im dziecka (paternity leave), jednakże niektórzy pracodawcy, na podstawie prawa cywilnego, udzielają takich urlopów. Najczęściej jest to udzielany na zasadach indywidualnych uznaniowy urlop udzielany ojcu po urodzeniu się dziecka. Nierzadko przysługuje w tym czasie wynagrodzenie.

2. Tworzenie warunków rozwoju młodego pokolenia (wspieranie rodzin w inwestowaniu w młode pokolenie)

2.1. Świadczenia pieniężne wg rodzajów świadczeń

Zasiłek rodzinny (na dziecko) (Child benefit)

Dziecko na utrzymaniu – dziecko w wieku do 18 lat mieszkające i utrzymujące się wspólnie, lub jeżeli uczy się w systemie dziennym to do 22 roku życia i bez wymogu wspólnego zamieszkiwania.

Wsparcie w postaci zasiłków na dziecko ukierunkowane jest na większą pomoc dla rodzin niepełnych (samotnych i owdowiałych rodziców oraz rodziców rozwiedzionych).

W Irlandii zasiłek na dziecko (child benefit) (wcześniej znany pod nazwą dodatek na dziecko) jest wypłacany rodzicom lub opiekunom dzieci do lat 16, lub do lat 19 jeśli dziecko uczy się w pełnym wymiarze

godzin, jest zarejestrowane w urzędzie ds. szkoleń i zatrudnienia (FÁS), bierze udział w szkoleniach *Youthreach* lub jest niepełnosprawne.

Na dzieci powyżej 16. roku życia, które uczą się w pełnym wymiarze godzin, przysługuje zasiłek na dziecko do czerwca. Wypłata kolejnych świadczeń zostaje wstrzymana do momentu, kiedy dziecko ponownie będzie się uczyć w pełnym wymiarze godzin.

Od kwietnia 2008r. roku stawki miesięczne wynosiły:

Jedno dziecko	166 €
Dwoje dzieci	332 €
Troje dzieci	535 €
Czworo dzieci	738 €
Pięcioro dzieci	941 €
Sześcioro dzieci	1,144 €
Siedmioro dzieci	1,347 €
Ośmioro dzieci	1,550 €

Zasiłek na dziecko wypłacany dla bliźniąt stanowi 1,5 stawki miesięcznej na każde dziecko. W przypadku trojaczków lub większej liczby dzieci, pod warunkiem, że przynajmniej troje dzieci jest uprawnione do otrzymywania zasiłku, stawka wynosi 2-krotność zasiłku podstawowego.

Od 2006 r. w ramach realizacji krajowej strategii opieki nad dzieckiem osoby, które otrzymują zasiłek dla dziecka poniżej 6 lat, otrzymują także dodatek na opiekę nad małymi dziećmi (*Early childcare supplement*). Jest wypłacany z budżetu państwa w celu pomocy rodzinom w ponoszeniu kosztów wychowania dzieci i zapewnienia im opieki. Otrzymują go osoby uprawnione do pobierania zasiłku rodzinnego na dziecko (*child benefit*). Od 2008 r. kwota tego dodatku wynosi 1100€ rocznie (tj. 275€ kwartalnie) na każde uprawnione dziecko. Świadczenie wypłacane jest raz na kwartał i jest nieopodatkowane.

2.2. Ulgi podatkowe

Prawie wszystkie dochody podlegają opodatkowaniu. Jest jednak wiele ulg, z których mogą korzystać rodziny w różnych sytuacjach.

Przy podstawowej stopie opodatkowania 20% w określonych typach rodzin przyjmuje się tzw. inną kwotę dochodu opodatkowanego w tej

skali (*standard rate of tax*). Powyżej tej kwoty opodatkowanie wynosi 41% (*higher rate of tax*).

Opodatkowanie w 2008 r.		
	20%	41%
Osoba samotna	35,400€	pozostałość
Małżeństwo z 1 dochodem	44,400€	„
Małżeństwo z 2 dochodami	Do 70,800 €	„
Samotny rodzic z dzieckiem/dziećmi	39,400€	„

Odliczenia (ulgi) podatkowe od dochodu

Generalnie nie ograniczają się one w żadnym przypadku tylko do rodzin. Odliczenia wydatków medycznych (na leki, środki i sprzęt medyczny) przysługują jednak także, gdy są one ponoszone przy leczeniu i niepełnosprawności dzieci (por. cz. III pkt. 3) oraz współmałżonka. Ponadto można też odliczyć od dochodu koszt zatrudnienia opiekuna do niepełnosprawnego (niesamodzielnego) członka rodziny.

Odliczenia od podatku

Można korzystać z wielu różnych rodzajów odliczeń od dochodu i podatku w zależności od sytuacji życiowej. Więcej na ten temat w części V.

Opodatkowanie małżonków

Osoby, których związek małżeński trwa co najmniej 1 rok mają trzy możliwości rozliczenia podatku:

Jako osoba samotna (bez prawa do określonych ulg dla małżonków czy rodzin – np. odliczenia kosztów opieki nad małżonkiem – i prawa do transferu uprawnień)

Rozdzielne rozliczenie małżonków, gdy określone odliczenia czy ulgi można dzielić między małżonków, ale nie można dokonywać transferu części swoich dochodów do małżonka

Łączne, wspólne rozliczenie małżonków. Gdy oboje małżonkowie rozliczają się wspólnie i oboje mają dochód podstawowa kwota przychodu opodatkowana w wys. 20% wzrasta do 26,4 tys. € lub do kwoty małżonka osiągającego niższy dochód.

Związki partnerskie opodatkowane są jak osoby samotne.

Opodatkowanie rodzin niepełnych (One Parent Family Tax Credit)

Dla osób separowanych, rozwiedzionych, owdowiałych i porzucenych przez współmałżonka, a mających na utrzymaniu dzieci przy-

sługuje kwota odliczenia od podatku w wys. €1,830 w 2008 r. (€1,760 w 2007r.). Samotni rodzice mają też podwyższoną kwotę dochodu do podstawowego opodatkowania – w 2008 r. €39,400 (€38,000 w 2007). Osoby niezamężne/nie żonate otrzymujące alimenty na dzieci nie doliczają tych pieniędzy do swojego dochodu, a osoby płacące alimenty nie mogą kwoty tej odliczyć od swojego dochodu.

Podatek rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym (Incapacitated child tax credit)

Bez względu na wiek dziecka, jeżeli mieszka ono z rodzicem/rodzicami można odliczyć od podatku kwotę 3660 € w 2008 r. (3000 w 2007 r.) Dotyczy to także dzieci przysposobionych i adoptowanych.

Odliczenie z tytułu sprawowania opieki nad członkiem rodziny (Home Carer's Tax Credit)

Przysługuje w małżeństwach rozliczających się wspólnie, gdy jeden z małżonków zatrudniony jest jako opiekun domowy innej niesamodzielnej osoby spokrewnionej niesamodzielnej żyjącej wspólnie z opiekunem (lub nie dalej niż 2 km gdy jest zapewniona bezpośrednia komunikacja między nią i opiekunem, np. alarm telefoniczny). Wysokość odliczenia jest określona procentowo w relacji do osiągniętych dochodów, który nie może być niższy niż 5080 €, a wyższy niż 6 880€ rocznie.

W 2008 r. Odliczenie z tego tytułu wyniosło 900€.(w 2007 – 770 €).

2.3. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży

The National Childcare Investment Programme 2006-2010 to główny program inwestycyjny dotyczący infrastruktury opieki nad dziećmi, w którym na okres 5 lat przewidziano wydatkowanie €575 milionów, w tym €358 milionów na inwestycje kapitałowe dla sektora prywatnego i społecznego. Warunek uzyskania wsparcia to 25% wkład własny. Program ma służyć utworzeniu do 50 000 nowych miejsc odpowiedniej jakości opieki nad dziećmi, dostosowanych do potrzeb i oczekiwań rodziców. Cele szczegółowe programu to:

- utworzenie 5,000 miejsc edukacji polekcyjnej i 10000 miejsc edukacji przedszkolnej.
- wsparcie instytucji opieki nad dziećmi dla rodzin z grupy defaworyzowanych;
- wsparcie jakości pracy opiekunów i opiekunek domowych i grup opieki;

- realizację działań edukacyjnych dla dzieci i dorosłych w środowiskach defaworyzowanych.

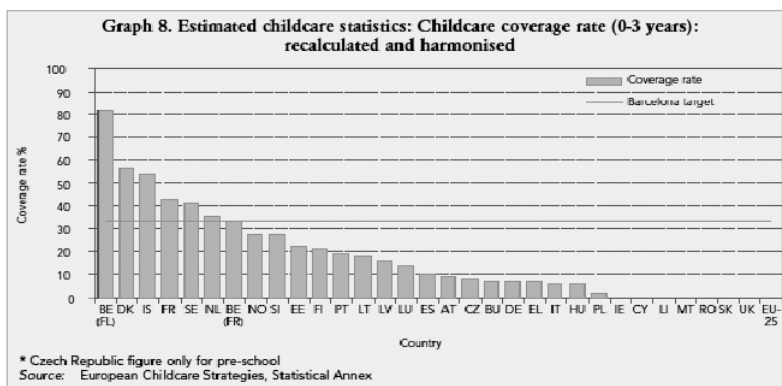
O granty mogą aplikować opiekunki/opiekunowie, rodzice i grupy wychowawców.

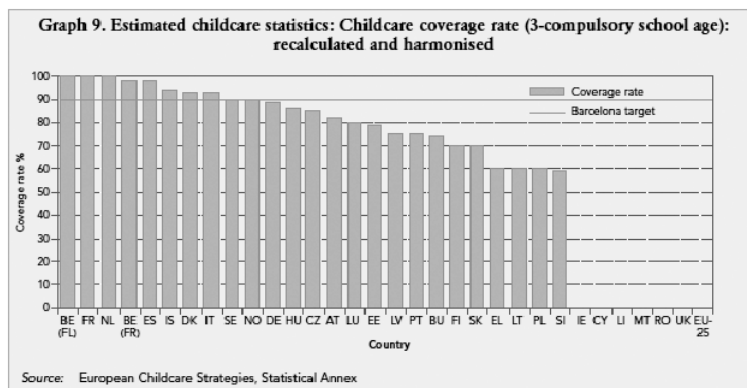
W ramach Programu NCIP działa system subwencjonowania społecznych ośrodków opieki nad dziećmi (*Community Childcare Subvention Scheme*), którego zadaniem jest wspieranie usług opieki bazujących na inicjatywach społecznych i jakości ich oferty pozwalającej na wyrównywanie dostępu dla grup defaworyzowanych. System ten działa od 1 stycznia 2008 r. i jest efektem realizacji wcześniejszego programu wyrównywania szans dzieci – *Equal Opportunities Childcare Programme*. W ramach tego programu powstały i działają nadal Miejskie/Regionalne Komitety opieki nad dziećmi (CCCs – *City/County Childcare Committees*). Ich zadaniem z kolei jest pomoc władzom lokalnym w identyfikowaniu luk w usługach opieki nad dziećmi i rozwijaniu sieci takich usług stosownie do lokalnych potrzeb. CCCs prowadzą też akcje informacyjne i pośredniczą w pozyskiwaniu środków z różnych źródeł na rozwój form pozarodzicielskiej opieki nad dziećmi oraz koordynują szkolenia dotyczące tego obszaru na poziomie lokalnym.

Koszty opieki pozarodzicielskiej są dość wysokie (przeciętnie ok. 600 €) i zależą od rodzaju placówki i standardu usług.

Problemem pozostaje od lat zapewnienie dzieciom opieki w dni świąteczne i w czasie wakacji szkolnych, gdy rodzice pracują.

Dane na poniższych zestawieniach dotyczą 2003 r.





Przedszkola

Wczesna edukacja dotyczy dzieci bezpośrednio przed osiągnięciem wieku obowiązkowej nauki w szkole i dotyczy okresu od urodzenia do 6 roku życia. Prawnie wymagane jest, aby w szkole (lub w trybie nauki indywidualnej) były dzieci od 6 roku życia. W praktyce większość 5-latków i ok. 1/2 4-latków uczęszcza do szkoły podstawowej.

W klasach szkół podstawowych istnieją oddziały dla małych dzieci (*infant classes*) świadczące usługi opieki przedszkolnej. Publiczne usługi w tym zakresie są bardzo ograniczone. Zaangażowanie Departamentu Edukacji w tym zakresie dotyczy zasadniczo działań interwencyjnych dla dzieci ze środowisk defaworyzowanych i dzieci ze specjalnymi potrzebami.

Szkoły publiczne otrzymują też dofinansowanie na zakup wyposażenia dla oddziałów dla dzieci najmłodszych (*infant classes*).

Early Start

The Early Start Programme ma na celu pomoc w wyrównywaniu szans edukacyjnych dzieciom ze środowisk zagrożonych i obejmuje poprzez programy interwencji socjalnej i pracy pedagogicznej w placówkach opieki przedszkolnej dzieci w wieku 3-4 lata zamieszkające w określonych regionach kraju o dużym stopniu zagrożeń wykluczeniem społecznym.

Szkoła podstawowa

Dla dzieci od ok. 4-5 roku życia do 12-13 roku życia (cykl 8-letni, w tym 2 lata *infant classes* dla najmłodszych i klasy 1-6. Wiek obowiązku szkolnego – 6 lat.

Rodzice mogą też uczyć swoje dzieci w domu (nie jest to częsta praktyka). Są w tym nadzorowani i wspierani przez odpowiednią instytucję państwową (*Home Education Network*).

Wszystkie dzieci są uprawnione do bezpłatnej nauki w szkole podstawowej (*primary*) i ponadpodstawowej (*post-primary*) Większość tych szkół w Irlandii to szkoły publiczne (bezpłatne).

Pomoc w ponoszeniu kosztów edukacji

- Zasiłek na ubranie i obuwanie szkolne (*Back to School Clothing and Footwear Allowance*) Świadczenie wypłacane jest rodzinom o niskich dochodach od 1 czerwca do 30 września. Przysługuje na dzieci w wieku 2-22 lata uczące się w trybie stacjonarnym
- Pomoc na zakup podręczników (*School Books Grant Scheme*). Pomoc na zakup podręczników przez uczniów państwowych szkół podstawowych i ponadpodstawowych, także dla studentów. Kierowana głównie do rodzin w trudnej sytuacji w tym korzystających z pomocy społecznej, w trudnej sytuacji życiowej itd.) Jest to świadczenie z budżetu państwa, o które wnioskuje i którym w społecznościach lokalnych administruje dyrektor szkoły.
- Uczniowie wychowujący się w rodzinach zastępczych są uprawnieni do pomocy na zakup podręczników zarówno w nauczaniu początkowym, jak i w późniejszym okresie nauki.
- Zwolnienie zopłat egzaminacyjnych i za dojazdu do szkoły. Uczniowie i studenci, których rodzice są posiadaczami karty medycznej są zwolnieni z opłat za obowiązkowe egzaminy Junior i Leaving Certificate
- Z tego samego tytułu przysługuje też zwolnienie z opłaty za transport do szkoły. Dotyczy dzieci w wieku 4-12 lat mieszkających w odległości min. 3,2 km od najbliższej szkoły krajowej (publicznej – uwzględnia się przy tym przynależność do wyznania protestanckiego i posługiwanie się językiem irlandzkim).
- Dofinansowanie transportu dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi opisano w cz.III.
- Dodatek edukacyjny dla dzieci z obszarów peryferyjnych. Przysługuje na dofinansowanie kosztów uczęszczania do szkoły ponadpodstawowej (*secondary*) uczniom zamieszkałych na terenach oddalonych od tych szkół zapewniających bezpłatną naukę. Odległość musi wynosić co najmniej 3 mile od szkoły i co najmniej 2 mile od punktu, z którego organizowany jest publiczny transport uczniów do szkoły. Uczeń może uzyskać dofinansowanie na dojazd do 15 mil do takiej szkoły.

Wyrównywanie szans na poziomie szkoły podstawowej

Ministerstwo Edukacji i Nauki realizuje program *“Delivering Equality of Opportunity in Schools (DEIS)”*. Jest to program ogólnokrajowy realizujący następujące przedsięwzięcia:

Pomoc kierowana na obszary defaworyzowane

W Irlandii 311 szkół ma specjalny status placówki działającej na obszarze o szczególnych problemach i z tego tytułu ich uczniowie (i nauczyciele) mają prawo do specjalnego wsparcia. Klasy są tam mniej liczne: 15-20 uczniów w zależności od wieku dzieci. Szkoły dostają dofinansowanie wyposażenia i np. środki na sfinansowanie dostępu do Internetu (sprzęt, połączenie, opłaty) dla dzieci w domach.

Zajęcia wyrównawcze

Dzieci ze środowisk zagrożonych (defaworyzowanych) od 2001 r. mogą być objęte dodatkowymi zajęciami wyrównawczymi finansowanymi ze środków rządowych. Ze środków tych może też być zakupione dodatkowe wyposażenie ucznia niezbędne dla przełamania jego problemów w nauce.

Kwota dofinansowania przekazywana na 1 ucznia wynosi do €63.49 w zależności od skali problemów szkoły. Dofinansowanie placówki wynosi minimum €952.30 rocznie, także szkoły w miastach o liczbie ludności ponad 1,5 tys. O dużej skali nasilenia problemów społecznych mogą otrzymać jeszcze dodatkowe środki na nauczanie.

Program na rzecz ukończenia edukacji (School Completion Programme),

W odniesieniu do dzieci 4-18 lat ze środowisk zagrożonych wprowadzono w 2002 r. program socjalno-pedagogiczny, którego celem jest opieka nad młodymi ludźmi zagrożonymi „wypadnięciem” z systemu edukacji.

Dożywianie w szkole (School Meals Programme)

To odrębny program Ministerstwa Spraw Socjalnych i Rodziny oraz władz lokalnych. Celem jest wspieranie dożywiania dzieci ze środowisk zagrożonych. Składa się z dwóch elementów. Pierwszy dotyczy dzieci w miastach i obejmuje dofinansowanie posiłków w szkole (kanapka i mleko). W 2005 r. objął 60 tys. uczniów, ale nie ma on na celu zastępowania, a tylko wspomaganie domowego żywienia dzieci. Drugi element programu to działania kierowane do środowisk lokalnych, które otrzymują środki finansowe na organizację dożywiania w szkołach

(mogą to być zarówno gorące, jak i tylko zimne posiłki). W 2004 r. zadania objęły także placówki opieki nad dziećmi poza domem i catering dla korzystających z ich usług dzieci ze środowisk zagrożonych. Także finansowano posiłki dla dzieci ze specjalnymi potrzebami. W 2005 r., z programu skorzystało 41 tys. dzieci w 450 szkołach i placówkach przedszkolnych.

Akcja mleczna w szkole (School Milk Scheme)

Dzięki temu programowi dzieci w wieku szkolnym mają w każdym dniu nauki możliwość wypicia $\frac{1}{4}$ litra mleka. Dotyczy to przedszkoli, szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Środki finansowe pochodzą z funduszy UE i z budżetu państwa. W latach 2006/7 ofertę poszerzono – alternatywnie – o inne produkty mleczne, i zakupiono dla szkół objętych programem lodówki do przechowywania tych produktów.

Polityka edukacyjna Irlandii zawarta została w stwierdzeniu: *„wspieramy rozwój i osiągnięcia edukacyjne dzieci przez wysoki poziom wczesnej edukacji, ze szczególnym uwzględnieniem grup defaworyzowanych i dzieci o specjalnych potrzebach”*

Ochrona zdrowia dzieci i młodzieży

Dzieci w szkołach publicznych obligatoryjnie włączone są do szkolnego programu badań przesiewowych i programu szczepień profilaktycznych (badania i szczepienia bezpłatne).

Nawet gdy rodzice nie mają karty medycznej, to w pewnych przypadkach dzieciom przysługuje bezpłatna podstawowa opieka medyczna, szpitalna i szczepienia profilaktyczne.

Dzieci z rodzin zastępczych i niepełnosprawne w wieku 16 lat i więcej otrzymują – bez kryterium dochodowego – własną kartę medyczną.

3. Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach

3.1. Pomoc rodzinom wielodzietnym

Rodziny wielodzietne nie są – generalnie – kategorią objętą szczególną ochroną socjalną. Niemniej wszystkie świadczenia z pomocy społecznej uwzględniają kryterium dochodu na osobę w rodzinie, co pośrednio czyni rodziny liczne zwykle uprawnionymi do bardzo szerokiego wachlarza świadczeń socjalnych.

Kryterium liczby dzieci uwzględnianie jest też przy zasiłku rodzinnym.

Ponadto do wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych i socjalnych wypłacany jest dodatek w wys. po 24 € na każde uprawnione (z uwagi na wiek) dziecko.

3.2. Pomoc rodzinom niepełnym

Zasilek dla rodzin niepełnych

Zasilek ten (*One-Parent Family Payment* OFP) to świadczenie z pomocy społecznej zależne od dochodu, mające na celu uzupełnienie brakującego dochodu w rodzinie. Otrzymują go osoby stanu wolnego, owdowiałe, małżonkowie więźniów, osoby w separacji i rozwiedzione.

OFP przysługuje, gdy rodzic sprawuje opiekę nad co najmniej 1 dzieckiem do lat 18. lub 18-22 lata studiujące na studiach dziennych, a utrzymujące się wspólnie z rodzicem i mieszkając z nim. Ponadto dochód z pracy osoby uprawnionej nie może być wyższy niż 425€ (2008r.) tygodniowo. Wysokość tygodniowa świadczenia wynosi 197,8 € i przysługuje do niego dodatek rodzinny w wysokości 24 € na każde uprawnione dziecko.

Każdy samotny rodzic o zarobkach poniżej 145,6 € tygodniowo netto jest uprawniony do OFP. Przy dochodzie do 145,6 € do 425€ tygodniowo zasilek wypłacany jest w zmniejszonej wysokości, a powyżej tej kwoty nie przysługuje. Jeśli osoba otrzymująca OFP od co najmniej roku zarobi więcej, wówczas ma prawo do tzw. zasiłku przejściowego w wysokości połowy kwoty OFP i może pobierać go przez 6 miesięcy. Osoby rozwiedzione lub w separacji aby otrzymać OFP muszą mieć ten status od min. 3 mies. i podjąć starania o przyznanie alimentów od współmałżonka. Natomiast osoby niezamężne muszą być rodzicem co najmniej 1 dziecka w wieku do 18 lat (lub 18-22) i podjąć starania o przyznanie alimentów od drugiego rodzica dziecka.

Świadczenie mogą też otrzymać małżonkowie więźniów, którzy odsiadują wyrok lub są w areszcie co najmniej 6 miesięcy.

Od 2007 r. osoby rezygnujące z pracy po urodzeniu dziecka i uprawnione do OFP mają opłacane składki na ubezpieczenie społeczne chorobowe, zdrowotne i emerytalne.

Świadczenie i zasilek dla opuszczonych żon

(Deserted Wife's Benefit and Deserted Wife's Allowance)

To dwa świadczenia dla kobiet opuszczonych przez mężów, wprowadzone od 1997 r. równoległe z zasiłkiem dla rodzin niepełnych OFP. Podstawą do wypłacania świadczenia *Deserted Wife's Benefit* jest opła-

canie składek ubezpieczeniowych przez kobietę lub jej męża przez odpowiedni okres. Jest to świadczenie, którego wysokość jest korzystniejsza niż zasiłek dla samotnych rodziców OFP i przy uprawnieniu do obydwu można wybrać to korzystniejsze. Od stycznia 2008 roku świadczenie to wypłacane jest wg następujących zasad:

Liczba składek miesięcznych	kwota tygodniowa świadczenia dla kobiet do 66 lat	kwota tygodniowa świadczenia dla kobiet powyżej 66 lat
48 i więcej	€203.30	€223.30
36-47	€200.40	€218.90
24-35	€197.80	€213.70

I w tym przypadku do kwoty świadczenia przysługuje dodatek w wys. 24 €.na każde dziecko na utrzymaniu.

Wysokości te przysługują, jeżeli dochody własne kobiety nie przekraczają 20 tys. € rocznie. Przy dochodach wyższych przysługuje 50% świadczenia i jest ono wypłacane tylko przez 6 miesięcy, chyba, że kobieta ograniczy swoje zarobki.

Deserted Wife's Allowance jest z kolei zasiłkiem socjalnym zależnym od dochodu i przysługuje kobietom opuszczonym przez męża, będącym w wieku do 66 roku życia, które mają na utrzymaniu dzieci i nie mają uprawnień do ww opisanego świadczenia ubezpieczeniowego. Od stycznia 2008 r. maksymalna wysokość świadczenia wynosi 197,8 € tygodniowo.

Osoby po 66 r. życia, jeżeli nie mają dzieci na utrzymaniu otrzymują rentę wdowią z systemu nieskładkowego (socjalna), a jeśli mają dzieci na utrzymaniu – zasiłek dla rodzin niepełnych OFP.

Renta wdowia z systemu nieskładkowego (Widow's/Widower's (Non-Contributory) Pension)

Przysługuje tylko osobom, które nie pozostają w nowym związku małżeńskim i nie mają dzieci na utrzymaniu. Jej wysokość jest taka sama jak zasiłku dla opuszczonych żon (197,8€ tygodniowo).

Renta wdowia z system ubezpieczeniowego

Świadczenie przysługuje w sytuacji, gdy zmarły współmałżonek legitymował się odpowiednim stażem ubezpieczeniowym i jej wypłacanie nie jest zależne od innych dochodów. Jest ona należna automatycznie, jeżeli zmarły małżonek pobierał emeryturę składkową z dodatkiem dla pozostającego na utrzymaniu współmałżonka. Świadczenie wypłacane

jest do czasu, do kiedy małżonek uprawniony do renty pozostaje niezamężny/nieżonaty. Razem z rentą może być – gdy istnieją uprawnienia – pobierany zasiłek/zasiłki na dzieci na utrzymaniu do 18/22 roku życia.

3.3. Pomoc rodzinom z niepełnosprawnym dzieckiem

Osoby niepełnosprawne, w tym dzieci oraz rodziny z osobą niepełnosprawną są szczególną kategorią rodzin w Irlandii, do których kierowanych jest wiele świadczeń zarówno ubezpieczeniowych, jak i społecznych.

Należy podkreślić, że okres do 20 lat spędzony na opiece nad dzieckiem w wieku do lat 12 lub nad innym członkiem rodziny niezależnie od jego wieku jest okresem uprawniającym do doliczenia go do uprawnień do emerytury państwowej.

Transport

Dzieci ze specjalnymi potrzebami są uprawnione do bezpłatnego transportu do/ze szkoły odpowiedniej do ich stanu zdrowia. Tam, gdzie nie działa transport szkolny rodzice mogą otrzymać specjalny dodatek na sfinansowanie dowozu dziecka, pokrywający 95% kosztów. Dodatek mogą też otrzymać dzieci, które nie mogą oczekiwać na transport szkolny na wyznaczonych przystankach, potrzebują opieki w czasie transportu, uczęszczają do szkół z internatem i raz w tygodniu korzystają z transportu do domu i do szkoły.

Wysokość dodatku zależy od odległości szkoła-dom.

Rodzice, którzy nie mogą zorganizować transportu specjalnego dla niepełnosprawnego dziecka (z przyczyn finansowych lub innych) mogą korzystać z bezpłatnych (finansowanych z budżetu państwa) specjalistycznych usług transportowych finansujących przewozy na odległość do 63 mil. Zapewnia się tym dzieciom zarówno odpowiednie warunki przewozu, jak i odpowiednią opiekę w trakcie przejazdu. Instytucją właściwą do ubiegania się o te usługi jest dyrektor szkoły, do której uczęszcza dziecko.

Opieka medyczna

Osoby o orzeczonej niepełnosprawności (uprawnione do świadczenia z tytułu niepełnosprawności (*Disability Allowance*)) otrzymują karty medyczne bez względu na dochody. Młodzi ludzie mają do nich prawo po ukończeniu 16 lat – wcześniej korzystają z kart rodziców.

Zasilek na opiekę domową (The Domiciliary Care Allowance)

To świadczenie wypłacane w zależności od dochodu dziecka (nie opiekuna czy opiekunów) – w kwotach miesięcznych opiekunom dzieci w związku ze znaczną niepełnosprawnością, gdy opieka nad nimi sprawowana jest w domu. Zasilek jest wypłacany jeżeli dochód dziecka jest niższy niż ten zasilek, przy czym do dochodu dziecka nie wlicza się zasiłku rodzinnego.

Przysługuje, gdy dziecko ma nie więcej niż 16 lat (starszym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny – (*Disability Allowance*), mieszka w domu – nie w placówce – i wymaga większej opieki i pomocy niż sprawni rówieśnicy.

Przyznanie świadczenia w większym stopniu zależy od stopnia niepełnosprawności (ograniczenia sprawności) i potrzeby opieki niż od typu niepełnosprawności czy rodzaju choroby. Nie ma jednak szczegółowych wytycznych i kryteriów oceny tu stosowanych. Decyduje lekarz –specjalista orzekający.

Częściowe świadczenie przysługuje dzieciom, które przebywają w placówkach opieki, ale weekendy i święta spędzają w domu. Wylicza się je proporcjonalnie (*pro rata payment*) wg liczby dni. Świadczenie przysługuje też, gdy dziecko, które stale przebywa w domu opuszcza go np. na czas wyjazdu rehabilitacyjnego itp., ale na nie dłużej niż 8 kolejnych tygodni.

Od 1.01.2008 r. *Domiciliary Care Allowance* wypłacany jest w wys. €299.60 miesięcznie na każde niepełnosprawne dziecko, nad którym sprawowana jest opieka.

Dodatek wypoczynkowy

Osoby uprawnione do *Domiciliary Care Allowance* mają jednocześnie prawo do dodatku wypoczynkowego, *Respite Care Grant*, wypłacanego automatycznie raz w roku w czerwcu. Wynosi on €1700 jeśli opiekun zajmuje się jednym dzieckiem i €3400 jeśli większą ich liczbą. Ma służyć zapewnieniu alternatywnej opieki tym dzieciom w okresie niezbędnego dla stałego opiekuna wypoczynku. Można z tych środków finansować zarówno doraźną opiekę np. „*babysitter*” na wieczory, jak i dłuższą opiekę np. instytucjonalną na czas wyjazdu urlopowego opiekuna. Czasem świadczenie to przybiera nazwę ‘*Breakaway*’ lub ‘*Friendship*’. Forma opieki “zastępczej” jest do swobodnego wyboru.

Świadczenie otrzymują osoby zajmujące się stale (*full-time*) od co najmniej 6 miesięcy opieką nad niepełnosprawnym dzieckiem do lat 16. Inna praca nie może zajmować opiekunowi ponad 15 godzin tygodniowo.

Dzieci do lat 4. ze specjalnymi potrzebami.

- Dzieci od 2. roku życia z upośledzeniem wzroku i/lub słuchu objęte są opieką wizytującego nauczyciela – specjalnie przygotowanego do pracy z dziećmi niepełnosprawnymi i rodzicami.
- Lokalne ośrodki zdrowia i organizacje społeczne są organizatorami lokalnych usług dla dzieci niepełnosprawnych. Usługi są świadczone w centrach rozwoju i edukacji dla dzieci (*Child Education and Development Centres*) i zapewniają opiekę medyczno-pielęgniarską oraz naukę. Podstawową metodą pracy jest nauka poprzez zabawę.
- Dzieci w wieku przedszkolnym nie mają specjalnych, odrębnych uprawnień w zakresie edukacji. Mają jednak prawo do określonych usług zdrowotnych (pakietu medycznego) powiązanych z edukacją (opieka psychologa, logopedy, terapeuty dziecięcego), przysługujących od 5 roku życia.

Odliczenia podatkowe

Można dokonywać odliczeń od podatku wydatków medycznych własnych i osoby pozostającej na utrzymaniu.

- Odliczenie z tytułu wychowywania dziecka niepełnosprawnego. Przysługuje rodzicom/opiekunom dzieci z trwałą niepełnosprawnością, jeżeli powstała ona przed ukończeniem przez dziecko 21 lat, albo też po 21 roku życia, ale w okresie nauki dziennej lub uczestniczenia w szkoleniach zawodowych trwających min. 2 lata. Przysługuje na dzieci własne, przysposobione, adoptowane, natomiast nie przysługuje, gdy dziecko pozostaje na utrzymaniu instytucji opiekuńczych.

W 2008 r. odliczyć można było kwotę €3660 (€3000 w 2007r.).

- Odliczenie z tytułu utrzymywania osoby niesamodzielnej (*Dependent Relative Tax Credit*) – przysługuje rodzicom i opiekunom takich osób. Dotyczy także rodziców dzieci niezdolnych do samodzielnej egzystencji z powodu stanu zdrowia.
- Do 2007 r. można było odliczyć tylko wydatki na leki. Obecnie dotyczy to także kosztów wizyt lekarskich, zabiegów i terapii szpitalnej, zakupu przepisanych leków i środków medycznych. Można też odliczyć część opłaty za pobyt chorego lub niepełnosprawnego dziecka (każdej spokrewnionej osoby zależnej) w domu opieki.

Odliczenie w wys. 80€ przysługuje tylko wtedy, gdy dochód osoby zależnej nie przekracza 13 473 € (2008 r.)

- Dochody funduszy powierniczych dla osób trwale niepełnosprawnych – zyski z lokat przekazanych funduszom powierniczym w celu zapewnienia świadczeń osobom trwale niepełnosprawnym są zwol-

nione z podatku dochodowego, gdyż mają służyć zapewnieniu finansowania określonych potrzeb życiowych tych osób.

- Odliczenie podatku VAT od niektórych zakupionych sprzętów pomocniczych. Przysługuje w przypadku np. zakupu książek pisanych w języku Braille'a, teletextu, podnośników i pionizatorów itp.
- Ulga podatkowa dla niepełnosprawnych kierowców i pasażerów. Odnosi się do wydatków na zakup i użytkowanie samochodu i obejmuje koszt opłaty rejestracyjnej i podatku VAT. Kwota ulgi może wynieść maksymalnie 9,525 Euro przy odliczeniu przez niepełnosprawnego kierowcę i 15,875 Euro dla niepełnosprawnego pasażera.
- Odliczenie kosztów usług pielęgniarских w domu
- Odliczenie kosztów zatrudnienia opiekuna (*Employing a Carer – Tax Credit*) – osoby (rodzice osób/dzieci), którymi opiekuje się zatrudniony w tym celu opiekun mogą odliczyć od dochodu do 50 tys. €
- Odliczenie od podatku kosztów opieki domowej (*Home Carer's Tax Credit*) – przysługuje ono jeżeli jeden z małżonków pracuje, a drugi zajmuje się w domu opieką nad wymagającym opieki niepełnosprawnym/chorym członkiem rodziny.

W 2008 r. można było odliczyć kwotę €900, ale tylko wtedy gdy dochody własne opiekuna były w granicach €5,080 – €6,880.

Dzieci trwale niepełnosprawne i chore na nowotwory

Ta grupa dzieci upoważnia rodziców/opiekunów do odliczeń podatkowych wydatków na:

1. telefon – stała kwota odliczenia kosztów zakupu/wypożyczenia telefonu, jeżeli korzystanie z niego jest niezbędnym elementem terapii dziecka.

2. noclegi – odliczenie kosztów noclegu w pobliżu szpitala, gdy niezbędna jest stała obecność blisko dziecka w trakcie terapii w szpitalu

3. koszty podróży do i ze szpitala, ponoszone na przejazdy dziecka i rodzica lub opiekuna, który mu towarzyszy (także w przypadku korzystania z prywatnego samochodu).

4. artykuły higieniczne i odzież specjalna – możliwość odliczenia do 500€ co rok.

Świadczenie pielęgnacyjne z tytułu niepełnosprawności (Disability Allowance)

Jest to cotygodniowe świadczenie wypłacane w Irlandii osobom niepełnosprawnym w wieku od 16 do 66 lat. Muszą istnieć podstawy domniemania, że dana osoba będzie niepełnosprawna przez okres

przynajmniej roku. Dodatek przyznawany jest na podstawie oceny medycznej i oceny środków utrzymania.

Osoba uprawniona do otrzymywania świadczenia z tytułu niepełnosprawności może wystąpić o dodatkowe świadczenie na każde dziecko, które ma na utrzymaniu, w wieku poniżej 18 lat i które zwykle z nią mieszka oraz jest przez nią utrzymywane. Dodatek może być także wypłacany na dziecko w wieku od 18 do 22 lat, jeżeli pobiera naukę w trybie dziennym w pełnym wymiarze godzin w urzędowo uznanej szkole lub uczelni.

Od stycznia 2008 r., maksymalna tygodniowa stawka dodatku z tytułu niepełnosprawności wynosi:

Stawka osobowa dla osób poniżej 66 roku życia	Dodatek na kwalifikowaną osobę dorosłą	Dodatek na każde dziecko pozostające na utrzymaniu danej osoby
€197.80	€131.30	€24 (pełna stawka) €12 (stawka zredukowana)

Dodatek w wysokości €24 na każde dziecko pozostające na utrzymaniu przysługuje, jeśli otrzymuje się dodatek na kwalifikowaną osobę dorosłą. Osoby, które nie są uprawnione do otrzymywania dodatku na kwalifikowaną osobę dorosłą, mogą otrzymać połowę dodatku na pozostające na ich utrzymaniu dzieci.

Urlop wychowawczy

Jeżeli dziecko jest niepełnosprawne to jego rodzicom urlop przysługuje do ukończenia przez nie 16 roku życia. Podobnie w przypadku ciężkiej lub przewlekłej choroby dziecka, uniemożliwiającej rodzicom podjęcie pracy.

3.4. Pomoc dla rodzin dysfunkcyjnych, w szczególności dla dzieci i młodzieży w tych rodzinach (sierot, młodzieży zagrożonej)⁸

Od 2003 r. obowiązują w Irlandii Krajowe Standardy Opieki Zastępczej (*National Standards for Foster Care, 2003*) odgrywające istotne znaczenie w zapewnianiu dzieciom pozbawionym z różnych przyczyn opieki rodzicielskiej właściwych warunków rozwoju i edukacji.

Opieka zastępcza w 2007 r. dotyczyła w tym kraju ok. 4500 dzieci. Do każdego dziecka jest wyznaczony stały pracownik socjalny, monitorujący jego sytuację i odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie

⁸ Porównaj także w rozdziale II pkt. 2.3. w części dotyczącej funkcji socjalnych szkoły

opieki i rozwój dziecka. Ważnym zadaniem pracownika jest też utrzymywanie kontaktu dziecka z rodziną pochodzenia.

W określonych sytuacjach życiowych sąd może przyznać opiekunom zastępczym takie same prawa odnośnie do dziecka, jakie mają rodzice biologiczni, chociaż dziecko w placówce opieki pozarodzinnej zawsze pozostaje członkiem własnej rodziny.

Decyzję o rodzaju opieki zastępczej podejmuje lokalny ośrodek HSE (*Health Services Executive*)

Rodzaje opieki zastępczej:

- dzienna opieka zastępcza oznacza pobyt dziecka w ciągu dnia w domu rodziny zastępczej i powrót na noc do własnej rodziny. Daje to rodzinie dziecka szanse uporządkowania swoich problemów bez angażowania w nie dziecka;
- krótkookresowa opieka zastępcza opieka w rodzinie zastępczej przez okres od 1 tygodnia do kilku miesięcy, a celem jest powrót dziecka do własnej rodziny. W większości przypadków dziecko pozostaje w rodzinie zastępczej;
- długookresowa opieka zastępcza oznacza pobyt dziecka w rodzinie zastępczej do uzyskania pełnoletności;
- rodziny zastępcze spokrewnione

Na każde dziecko w rodzinie zastępczej przysługują środki na jego utrzymanie:

wiek dziecka	wysokość świadczenia tygodniowo
do 12 roku życia	€319 na każde dziecko
12 lat i więcej	€346 na każde dziecko

Po upływie 6 miesięcy opieki w rodzinie zastępczej do ww kwot przysługuje też zasiłek rodzinny.

Opieka nad sierotami

Świadczenie dla sierot (guardian's payment)

Przysługuje ono osobie, która jest prawnie uznanym opiekunem dziecka, które z nim zamieszkuje i nad którym sprawuje pieczę.

Świadczenie powinno być wykorzystane na potrzeby dziecka – nie opiekuna.

Jeśli dziecko osierocone jest w wieku 18-22 lata, uczy się w systemie dziennym i w związku z tym mieszka poza domem opiekuna, wtedy świadczenie może być przekazane bezpośrednio do dziecka.

Pobieranie świadczenia dla sierot wyklucza pobieranie innego świadczenia z powodu sieroctwa (np. renty sieroczej)

Opisane wyżej świadczenie dla sierot może być świadczeniem z systemu składkowego, jeżeli rodzice lub osoby przysposabiające dziecko podlegały systemowi ubezpieczeniowemu i opłacały składki przez min. 26 tygodni lub nieskładkowego (socjalne, zależne od dochodu).

Kwota świadczenia składkowego wynosi 170€ tygodniowo i jest to też kwota maksymalna świadczenia nieskładkowego, zależnego od dochodu.

Renta sieroca z systemu pracowniczego ubezpieczenia społecznego

Świadczenie przysługuje, jeżeli śmierć rodzica, osoby przysposabiającej lub prawnego opiekuna dziecka nastąpiła w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, lub gdy pobierał on rentę pracowniczą.

Świadczenie nie jest zależne od dochodu i wynosi €173.80 tygodniowo.

3.5. Pomoc dla rodzin ubogich

W Irlandii zarówno systemy podatkowe, jak i świadczenia z pomocy społecznej mają jako cel pomaganie pracownikom o niskich zarobkach, ale dużą uwagę przykładają się do zapobiegania uzależnieniu od świadczeń pomocowych i wspieraniu aktywności zawodowej świadczeniobiorców.

Zasilek na odzież i obuwie

Wśród różnych zasiłków z pomocy społecznej, jakie mogą uzyskać rodziny ubogie z dziećmi jest m.in. zasiłek na odzież i obuwie niezbędne w związku z nauką dziecka w szkole (uczęszczaniem do szkoły) lub w innej placówce edukacyjnej. Kwota zasiłku to:

- 180€ na dziecko w wieku 2-11 lat
- 285€ na dziecko w wieku 12-22 lata.

Dodatek rodzinny

Dodatek rodzinny dla rodzin o niskich dochodach (*FIS*) jest tygodniową kwotą wolną od podatku, przeznaczoną dla osób zamężnych (żonatych) i pracowników stanu wolnego z dziećmi. Wprowadzono go w celu pomocy osobom o niskich dochodach.

Warunkiem jest posiadanie przynajmniej jednego dziecka, które mieszka z osobą ubiegającą się o świadczenia lub jest na jej utrzyma-

niu. Wiek dziecka nie może przekraczać 18 lat lub 18 do 22 lat, jeśli jest osobą uczącą się w pełnym wymiarze godzin. Każdej rodzinie przysługuje tylko jeden tego rodzaju dodatek.

Dodatek rodzinny *FIS* jest kwotą wypłacaną co tydzień i przysługującą pracownikom:

- pracującym 19 lub więcej godzin w tygodniu (bądź 38 lub więcej godzin w ciągu dwóch tygodni)
- których zatrudnienie będzie trwało przynajmniej 3 miesiące
- opiekującym się jednym dzieckiem lub dziećmi
- których zarobki wynoszą mniej niż ustalona kwota, różniąca się w zależności od wielkości rodziny.

Dodatek zwykle wypłacany jest przez rok, a na jego wysokość nie ma wpływu np. wzrost zarobków lub innych dochodów w rodzinie. Nie można jednak otrzymywać dodatku rodzinnego *FIS*, jeżeli dana osoba pobiera już ze środków pomocy społecznej zasiłek dla bezrobotnych lub pomoc dla bezrobotnych, emeryturę socjalną lub zasiłek przedemerytalny.

W przypadku rodziców żyjących w separacji prawo do dodatku rodzinnego *FIS* ma osoba łącząca na utrzymanie dziecka przynajmniej €24 tygodniowo. Jeżeli dana osoba płaci alimenty na rzecz drugiej rodziny z mocy nakazu sądowego lub prawnie wiążącej umowy, koszty alimentów można odpisać od dochodu przy rozpatrywaniu wniosku o dodatek rodzinny *FIS*. W przypadku rodzica otrzymującego alimenty, nie będą one uwzględniane przy rozpatrywaniu wniosku o omawiany dodatek. Aby mieć prawo do dodatku rodzinnego *FIS*, średnie dochody netto rodziny nie mogą przekraczać pewnej kwoty, w zależności od wielkości rodziny. Dodatek rodzinny *FIS* stanowi 60% różnicy między dochodem netto rodziny a limitem dochodu, jaki przysługuje rodzinie.

Aby mieć prawo do dodatku *FIS*, średni dochód rodzinny nie może przekraczać pewnej kwoty zależnej od liczby dzieci (490 Euro przy jednym dziecku, do 1170 Euro przy ośmiorgu dzieci).

Dodatek macierzyński

Dodatek macierzyński przysługuje do zasiłku macierzyńskiego i mają do niego prawo osoby z gospodarstw domowych o niskich dochodach:

- osoby samotne o dochodach poniżej 164 € tygodniowo
- małżeństwa o dochodach od 226,5€ do 627 €, zależnie od wieku dziecka;

Dodatek wypłacany jest na każde dziecko w wieku do 16 lat w wysokości 38 € (na pierwszych dwoje dzieci) i 41€ na trzecie i każde na-

stępne dziecko na utrzymaniu, a na dziecko na utrzymaniu powyżej 16 lat – odpowiednio 39€ i 42,5€. Natomiast na dzieci w wieku powyżej 16 lat, które studiuja przysługuje podniesienie progu dochodowego rodziny o 78 €.

Pomoc społeczna a wynagrodzenie za pracę

W określonych okolicznościach można otrzymywać świadczenia socjalne (lub przynajmniej ich części) po rozpoczęciu pracy zarobkowej. Można wrócić do pracy lub prowadzić własną działalność gospodarczą przy jednoczesnym zachowaniu prawa do świadczeń socjalnych. Wartość tych świadczeń ulega stopniowej redukcji i wynoszą one w stosunku do wartości podstawowej:

- 75% przez pierwszy rok
- 50% w ciągu drugiego roku
- 25% w ciągu trzeciego roku.

I tak, praca w niepełnym wymiarze godzin do trzech dni tygodniowo może (przy odpowiednich dochodach) uprawniać do zachowania części zasiłku dla osób poszukujących pracy lub np. zapomogi dla osób poszukujących pracy.

Dodatek dla rodzin niepełnych (*OFP*) można otrzymywać uzyskując z pracy zarobkowej do 146,50 euro brutto tygodniowo (7,618.43 euro brutto rocznie). Przy kwocie dodatku dla rodzin niepełnych wynoszącej od 146.50 do 400 euro można zachować świadczenie, ale będzie ono proporcjonalnie niższe.

Limity zwolnienia z podatku i „ulga przedziałowa”

W Irlandii osoby o dochodach niższych od ustalonej kwoty są zwolnione z płacenia podatków. Kwoty te zależą od wieku i stanu cywilnego. W 2006 r. wartości progów dochodowych wynosiły:

Status	Poniżej 65 roku życia	Powyżej 65 roku życia
stan cywilny: wolny	5210 euro	19000 euro
stan cywilny: żonaty/zamężna	10420 euro	38000 euro

Dla osób, które mają dzieci na utrzymaniu, powyższe limity są zwiększane o 575 Euro na każde z pierwszych dwojga dzieci, a dla kolejnych dzieci o 830 Euro. Ponadto dla osób, których dochody nieznacznie przewyższają aktualny limit, przewidziana jest specjalna stawka podatkowa nosząca nazwę „ulgi przedziałowej”.

System podstawowy uzupełniających świadczeń socjalnych

System ten zapewnia cotygodniowe świadczenia dla osób o niskich dochodach lub osób pozbawionych dochodów. Przykładami takich świadczeń są dodatek mieszkaniowy na czynsz lub spłatę odsetek od kredytu hipotecznego czy też na zaspokojenie innych potrzeb życiowych w nagłych przypadkach.

Osoby pozbawione dochodów mogą otrzymać taką pomoc, jeśli ich dochody nie przekraczają ustalonego dochodu progowego dostępu do świadczeń socjalnych.

Osoby, które złożyły wniosek o przyznanie zasiłku socjalnego lub renty, ale jeszcze ich nie otrzymały, a nie posiadają innego źródła dochodów, mogą ubiegać się o przyznanie do czasu otrzymania zasiłku świadczenia w ramach systemu dodatkowych świadczeń socjalnych.

Jednym z wymogów ubiegania się o taką pomoc jest – w przypadku osób w wieku produkcyjnym – zarejestrowanie się w urzędzie pracy.

Nie jest brany pod uwagę dochód z pracy do kwoty €120 wykonywanej przez osoby, u których stwierdzono pełną niepełnosprawność, mającej na celu powrót danej osoby do normalnego życia.

W przypadku małżeństwa lub partnerów życiowych pod uwagę bierze się ich łączny dochód.

Świadczenie to stawka podstawowa dla świadczeniobiorcy głównego oraz dodatkowe sumy przypadające na każdą pozostającą na utrzymaniu osobę; zarówno dorosłą, jak i niepełnoletnią⁹. Dla osób, które otrzymują ww. świadczenia socjalne od przynajmniej 27 tygodni, limit wieku dziecka pozostającego na ich utrzymaniu wynosi 22 lata dla dziecka uczącego się w trybie dziennym.

Stawki tygodniowe świadczenia uzupełniającego (2008r.):

Osoba ubiegająca się o świadczenie	€197.80
Kwalifikowana osoba dorosła	€131.30
Każde kwalifikowane dziecko	€24

Inne wypłaty w ramach systemu dodatkowych świadczeń socjalnych

Jeżeli dochód danej osoby, czy to w postaci podstawowego uzupełniającego świadczenia socjalnego, czy też uzyskiwany z innych źródeł jest niewystarczający na pokrycie określonych szczególnych potrzeb,

⁹ Dziecko pozostające na utrzymaniu oznacza osobę poniżej 18 roku życia, która mieszka z osobą ubiegającą się o świadczenie i pozostaje na jej utrzymaniu.

może zostać przyznany tygodniowy dodatek. Wspomniane szczególne potrzeby obejmują:

- dodatek mieszkaniowy na czynsz lub dodatek mieszkaniowy na spłatę odsetek od kredytu hipotecznego
- dodatkowe koszty ogrzewania związane ze słabym zdrowiem; przed złożeniem wniosku o przyznanie dodatku na ogrzewanie należy uzyskać pisemne zaświadczenie lekarskie
- specjalna dieta związana ze stanem zdrowia, między innymi dla diabetyków lub chorych na celiakię. Wysokość świadczenia jest określana przez urzędnika regionalnej służby zdrowia, który przy podejmowaniu decyzji uwzględnia sytuację finansową i zdrowotną danej osoby.

Podsumowanie

Rozwiązania irlandzkiej polityki rodzinnej tworzą niezwykle szeroki wachlarz działań i form pomocy, gdzie w każdym przypadku uwzględnia się konieczność zapewnienia materialnych środków utrzymania rodzinom z dziećmi. Na uwagę zasługuje też różnorodność sytuacji życiowych uwzględnianych przez ustawodawcę. Zauważalna jest też szczególna troska o grupy w trudnej sytuacji, a podstawową zasadą działania w tym obszarze jest wyrównywanie szans dzieci z różnych środowisk; w tym docenianie znaczenia edukacji.

Warto też podkreślić – jak się wydaje – szczególne podejście do problemu łączenia obowiązków zawodowych z opieką nad niesamodzielnymi członkami rodziny i szczególną rolę pracodawców w tym obszarze.

WIELKA BRYTANIA

1. Rozwiązania sprzyjające decyzjom prokreacyjnym oraz godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi

1.1. Świadczenia pieniężne i rzeczowe związane z urodzeniem dziecka

Świadczenia z tytułu urodzenia dziecka mają charakter bezpłatnych usług zdrowotnych, przysługujących na zasadzie rezydencji (miejsca zamieszkania na terenie Wielkiej Brytanii).

Rodziny o niskim dochodzie mają możliwość korzystania z pomocy w wysokości 742 euro na pokrycie kosztów związanych z urodzeniem się dziecka (*Sure Start Maternity Grant*). Dla uzyskania tego świadcze-

nia potrzebne jest zaświadczenie o odbyciu badań lekarskich w okresie ciąży.

Urlop macierzyński

Pracownice są uprawnione do 26 tygodni urlopu macierzyńskiego. Dodatkowo, pracownice mające staż pracy w tej samej firmie nie mniej niż 26 tygodni (licząc od 15 tygodnia przed spodziewanym terminem urodzenia dziecka) oraz spełniające warunek uzyskiwania co najmniej płacy w wysokości 125 euro tygodniowo są uprawnione do dalszych 26 tygodni urlopu macierzyńskiego na zasadzie bezpłatności. Osoby adoptujące dziecko mają prawo do urlopu w wymiarze 52 tygodni liczonego od 14 dni przed przyjęciem dziecka. Warunkiem nabycia prawa jest zatrudnienie przez co najmniej 26 tygodni.

Ojciec dziecka i partner matki dziecka mają prawo do 1 lub 2 tygodni urlopu przed urodzeniem dziecka. Warunkiem jest posiadanie co najmniej 26 tygodni stażu pracy w okresie przed 15 tygodniem spodziewanego przyjścia na świat dziecka. To samo prawo przysługuje w przypadku adopcji.

Zasiłek macierzyński (*Statutory Maternity Pay*) przysługuje pracownikom, które spełniają warunki stażu pracy, minimalnych zarobków (125 euro tygodniowo) i uczestnictwa w systemie ubezpieczeniowym. Okres wypłaty zasiłku jest zróżnicowany zależnie od daty przyjścia dziecka na świat. W przypadku urodzeń przed 1 marca 2007 wynosi on maksymalnie do 26 tygodnie, w przypadku urodzeń po tej dacie – 39 tygodni. Podczas pierwszych 6 tygodni zasiłek wynosi 90% zarobków, a następnie 162 euro tygodniowo lub 90% zarobków, jeżeli wypłata kwotowa byłaby mniejsza.

Zasiłek dla ojców/partnerów korzystających z urlopu rodzicielskiego (*Statutory Paternity Pay*) wypłacany jest przez 2 tygodnie w wysokości 90% zarobków, nie mniej niż 162 euro.

Osoby adoptujące dziecko mają prawo do świadczenia (*Statutory Adoption Pay*) w wysokości 162 euro lub 90% płacy (nie mniej niż wymieniona wyżej kwota).

Kobiety zatrudnione i samozatrudnione oraz te, które nie mają uprawnień do powyższych świadczeń mogą korzystać z dodatku macierzyńskiego (*Maternity Allowance*) wypłacanego przez biura zatrudnienia (*Jobcenter Plus*) w wysokości 162 euro tygodniowo.

Kobiety, które nie mają uprawnień także do tego systemu mogą korzystać ze świadczenia (*Incapacity Benefits*) wypłacanego przez 6 tygodnie przed urodzeniem dziecka i 14 dni po.

1.2. Opieka rodzicielska nad małym dzieckiem

Urlop wychowawczy (rodzicielski)

Urlop rodzicielski przysługuje obojgu rodzicom w wymiarze sześciu miesięcy do czasu ukończenia przez dziecko pięciu lat, ale jest bezpłatny. Niekiedy urlop może być wykorzystany w częściach – maksymalnie przez cztery tygodnie w roku.

1.3. Opieka pozarodzicielska nad małym dzieckiem

Bliżej na ten temat –w punkcie 2.3.

1.4. Działania pracodawców na rzecz łączenia przez pracowników ról rodzinnych z zawodowymi

Od 2003 roku rodzicom mającym małe dzieci przysługuje prawo do zwrócenia się do pracodawcy o redukcję czasu pracy bądź skorzystanie z elastycznych form czasu pracy.

Ponadto, w Wielkiej Brytanii upowszechnia się udział pracodawców we wprowadzaniu w firmach rozwiązań ułatwiających godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi. Przykładem tego jest rządowy, ogólnokrajowy program „Firma przyjazna rodzinie”. Nacisk położony jest na uelastycznienie organizacji pracy, w tym – skracania tygodniowego czasu pracy dla osób mających obowiązki rodzinne. Różne formy elastycznej organizacji pracy stosuje 47% pracodawców, 40% wypłaca zasiłki macierzyński wyższe niż obowiązujące z mocy prawa, 44% stosuje różne formy przejścia między pełnym i niepełnym wymiarem czasu pracy. Są też przykłady większego zaangażowania firm w pomoc pracownikom w zapewnieniu dzieciom opieki np. poprzez partycypację w kosztach takiej opieki, a nawet prowadzenie zakładowych placówek opieki nad dzieckiem.

2. Tworzenie warunków rozwoju młodego pokolenia (wspieranie rodzin w inwestowaniu w młode pokolenie)

2.1. Świadczenia pieniężne

Świadczenia rodzinne (zasiłki rodzinne)

Brytyjski system wspierania rodzin w ponoszeniu kosztów wychowania dzieci obejmuje dwa rodzaje pomocy.

Świadczenia na dziecko (*Child Benefit*) przysługują wszystkim rodzicom na dzieci w wieku do lat 16 (jeżeli kontynuuje naukę do lat 20). *Child Tax Credit* (CTC) jest formą pomocy przysługującą na dzieci spełniające wyżej określone warunki wieku, jednak jest to system zależny od dochodu rodziny.

Child Benefit jest wypłacany w wysokości 112 euro miesięcznie na najstarsze dziecko i po 75 euro na każde kolejne.

System *Child Tax Credit* oparty jest kryterium dochodowym, przy czym następuje zmiana zasady means-tested w kierunku większej uniwersalności. Te rodziny, których dochód jest niższy od 50.000 funtów rocznie otrzymują pełny CTC. Ponadto miesięczne wypłaty za zróżnicowane i uwzględniają różne elementy sytuacji rodziny (dodatek na nowo urodzone dziecko, na dzieci niepełnosprawne, zależne od stopnia niepełnosprawności). Sytuacje takie są zdefiniowane i przypisane są im określone kwoty świadczeń. Rodziny te są także uprawnione do świadczenia rodzinnego (*Child Benefit*).

Dodatkowe świadczenie – jako dodatek do *Child Benefit* przysługuje sierotom (w określonych sytuacjach – pół-sierotom). Dodatek ten wynosi 19 euro tygodniowo. Ponadto, został wprowadzony zasiłek dla osób i rodzin pracujących (*Working Tax Credit*) osiągających niskie zarobki. Świadczenie przysługuje osobom pracującym więcej niż 30 godzin tygodniowo, niepełnosprawnym, osobom w wieku 50 lat i więcej oraz tym, którzy opłacają opiekę nad dziećmi. Świadczenie to jest kalkulowane w powiązaniu z kwotą bazową oraz z określoną sytuacją. Np. posiadanie jednego dziecka podnosi świadczenie o 175 euro, dwojga i więcej o 445 euro i jest to traktowane jako pokrycie 70% kosztów opieki.

Innowacyjnym programem jest *Child Trust Fund*. Oferuje on rachunek bankowy dla wszystkich dzieci. Otwierany jest z chwilą urodzenia dziecka i z początkową wpłatą 250-500 funtów dla najbiedniejszych dzieci. Każdy może wpłacać na ten rachunek, ale nie ma do niego dostępu do czasu ukończenia przez dziecko 18 lat. Fundusz ten został wprowadzony w 2005 r. i uprawnione do niego są dzieci urodzone od września 2002.

Świadczenia na wypadek śmierci żywiciela rodziny

Osobami uprawnionymi są małżonkowie oraz partnerzy z zarejestrowanych związków cywilnych oraz dzieci, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny (*Child Benefit*).

Świadczenia z tego tytułu obejmują:

- jednorazowe odszkodowanie, które przysługuje małżonkowi/partnerowi w wieku między 45 a ustawowym wiekiem uprawniającym do emerytury;
- zasiłek (*Widowed Parent's Allowance*) – osobom, którym jednocześnie przysługuje zasiłek rodzinny na dziecko (*Child Benefit*) lub które oczekują dziecka po zmarłym mężu.

Osobom, które owdowiały przed kwietniem 2001 r. przysługuje (w okresie przejściowym do czasu ukończenia 65 lat):

- *Widowed Mother's Allowance* – gdy wychowują dzieci na które przysługuje świadczenie rodzinne;
- renta wdowia (*Widow's Pension*) o ile ukończyły 45 lat lub jeżeli pobierają *Widowed Mother Allowance*.

Jednorazowe odszkodowanie wynosi 2870 euro. Dla małżonków/partnerów nie mających dzieci wypłacany jest przez 52 tygodnie zasiłek. Jego wysokość jest zróżnicowana zależnie od wieku uprawnionego: 125 euro tygodniowo dla osób w wieku 55 lat i więcej, dla osób w wieku 45-54 lata świadczenie jest zredukowane o 7% za każdy rok poniżej 55 lat.

Widowed Parent's Allowance jest wypłacane osobie opiekującej się dzieckiem do czasu ukończenia przez nie 16 lat (19 – jeżeli się uczy). Wysokość tego świadczenia wynosi 125 euro i wzrasta na każde dziecko na utrzymaniu.

Widow's Pension jest płacone osobom owdowiałym nie mającym dzieci od 45 do 65 roku życia w wysokości 125 euro tygodniowo. Jeżeli osoba uprawniona jest w wieku 45-54 lata wysokość jest zredukowana o 7% za każdy rok poniżej 55 lat.

Do wypłat dla małżonków/partnerów (*Widowed Parent's/Mother's Allowance*) przysługuje dodatek w wysokości 17 euro tygodniowo na każde dziecko, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny. Dotyczy to dzieci, które utraciły jedno z rodziców. Osoba, która przyjmuje dziecko/dzieci do swojej rodziny (dziecko/dzieci, które utraciło/y oboje rodziców) dostaje dodatek w wysokości 19 euro.

2.2. Rozwój usług społecznych na rzecz dzieci i młodzieży

Usługi opiekuńcze

Brytyjski rząd odpowiada za inwestowanie w rozwój publicznych usług społecznych, podniesienie ich standardu i stworzenie możliwo-

ści ich wyboru. Punktem wyjścia jest traktowanie usług opiekuńczo-wychowawczych, jako elementu systemu edukacji. Jednocześnie ich rozwój umożliwi pracującym rodzicom, zwłaszcza matkom, godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi. Wczesna edukacja i opieka nad dziećmi są obecnie możliwe dla wszystkich dzieci czteroletnich i większości trzyletnich. Program jest częściowo bezpłatny. Opieka dzienna i programy dla młodszych dzieci są mniej powszechne i bardziej kosztowne.

Kolejnym uzasadnieniem rozwoju tych usług jest traktowanie ich jako instrumentu walki ze skutkami ubóstwa dzieci. Wydatki ze środków publicznych na wczesną edukację i opiekę są kierowane do obszarów miejskich i wiejskich, na których występują trudne sytuacje w ramach programu *Sure Start* i programów lokalnych. Dane *Sure Start* wskazują, że około 30% dzieci w wieku do lat czterech żyjących w ubóstwie jest poddanych ewaluacji. Od 2003 do 2006 r. powstały nowe centra dla dzieci w 20% najbardziej zagrożonych społecznościach, świadczące usługi dobrej jakości w zakresie opieki nad dzieckiem i wczesnej edukacji zdrowotnej.

Usługi zdrowotne

Dostęp do usług zdrowotnych jest uniwersalny, niezależny od dochodu, w ramach Narodowej Służby Zdrowia.

Obecnie wyzwaniem dla rozwoju tych usług nie jest brak dostępu do służby zdrowia, lecz jakość usług.

3. Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach

Minimalny dochód gwarantowany

Jest elementem systemu pomocy społecznej. Ma na celu wsparcie wydatków niezbędnych dla zaspokojenia potrzeb żywnościowych, mieszkaniowych, związanych z odzieżą i utrzymaniem higieny osobistej, wyposażeniem mieszkania i innych potrzeb niezbędnych dnia codziennego. W wymiarze kwotowym ustalony został standard niezbędny na poziomie 345 euro na osobę (od 1 stycznia 2007).

Pomoc w zakresie ponoszenia wydatków na zaspokojenie potrzeb życiowych przybiera różne formy np. systematycznej wypłaty świadczeń w różnej wysokości dla samotnych rodziców, zasiłków mieszkaniowych. Uwzględnia się też zasadę zabezpieczania zindywidualizowanych potrzeb wynikających ze specyficznej sytuacji np. choroby, niepełnosprawności, konieczności korzystania z opieki przez osoby

starsze, niewidome itp. Mogą być również przyznane dodatki dla specjalnych grup beneficjentów: samotnych rodziców, kobiet w ciąży, osób wymagających specjalnej diety itp. Istnieją także zasiłki jednorazowe przyznawane w różnych sytuacjach.

Programy na rzecz ograniczania ubóstwa

Mimo, że w modelu liberalnym, którego przykładem jest Wielka Brytania, tradycyjnie zwraca się uwagę na odpowiedzialność jednostki za własne życie i życie rodziny, w ostatnich latach wzrosło zainteresowanie rządu działaniami na rzecz wspierania rodzin. Chodzi głównie o działania mające na celu walkę z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, a szczególnie w odniesieniu do dzieci.

Rząd Tony Blaire'a stojąc w obliczu narastającego ubóstwa dzieci uznał to za uzasadnienie dla podjęcia reform systemu *welfare state*. W 1999 r. został opublikowany raport pt. „Szansa dla wszystkich”, w którym zaprezentowano podstawowe założenia strategii walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Poprawa warunków życia i rozwój świadczeń dla wszystkich dzieci zagrożonych ubóstwem stały się centralnymi celami tej strategii. Wielka Brytania jest jednym z niewielu państw UE, które jasno określiły cele w zakresie ograniczenia ubóstwa dzieci: zmniejszenie skali ubóstwa o 25% do 2004 r. (przyjmując za punkt wyjścia rok 1997), o połowę do 2010 r. i całkowite wyeliminowanie do 2020.

Programem na rzecz ograniczania ubóstwa dzieci jest rządowy program *Sure Start* zmierzający do zapewnienia każdemu dziecku najlepszego startu życiowego. Uznaje się w nim, że w tym celu potrzebne jest połączenie wczesnej edukacji, opieki nad dziećmi, ochrony zdrowia i świadczeń rodzinnych. Za niezbędne uważa się zwiększenie dostępności opieki nad dzieckiem dla wszystkich dzieci, poprawę zdrowia i rozwoju emocjonalnego dzieci, a także wspieranie funkcji rodzicielskich i ich aspiracji związanych zatrudnieniem. Program adresowany jest do szerokiego grona odbiorców i uczestników i realizatorów: rodzin, dzieci, nauczycieli, pracowników służby społecznych, władz lokalnych, organizacji pozarządowych i biznesu w celu ich mobilizacji do działań zapewniających realizację zasady równych szans dla wszystkich dzieci.

Punktem wyjścia do walki i ubóstwem dzieci jest ograniczenie sfery ubóstwa dotyczącego ich rodziny poprzez przeniesienie jak największej liczby osób do sfery pracy i stworzenie przyzwoitych warunków życia wszystkim, którzy nie mogą sobie poradzić we własnym zakresie. Oznacza to, że instrumenty polityki społecznej to nie tylko świadczenia

pieniężne, ale zwiększenie dostępu do rynku pracy i ułatwienie godzenia życia zawodowego z rodzinnym. Oznacza to przejście od systemu pasywnych świadczeń na rzecz aktywnego *welfare state*. Bodźce finansowe oraz specjalne programy mają pomóc w podjęciu pracy przy jednoczesnym uwzględnieniu potrzeb potencjalnych pracodawców. Działania te są intensyfikowane na rzecz specjalnych grup m.in. rodziców samotnie wychowujących dzieci.

Program dla samotnych rodziców (*New Deal for Lone Parents*) zakłada zwiększenie wskaźnika ich zatrudnienia do 70% (przy obecnym – 53%). Przede wszystkim dąży się do umożliwienia podjęcia pracy poprzez rozwiązania mające na celu godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi i zapewnienie opieki nad dziećmi. Ponadto korzystać można z usług doradcy zawodowego, konsultingu, kursów szkoleniowych stosownie do wymogów pracy lub rozwoju indywidualnego, a także ze wsparcia finansowego na pokrycie kosztów związanych z rozpoczęciem pracy np. zakup odpowiedniej odzieży lub na pokrycie kosztów związanych z mieszkaniem.

Program *Action Teams for Job* skierowany jest do osób żyjących na obszarach zagrożonych, na których występuje cały zespół barier utrudniających zatrudnienie. W jego ramach podjęta jest współpraca z lokalnymi pracodawcami i poszukiwanie form pomocy dostosowanej do potrzeb poszukujących pracy.

Dla osób pracujących mniej niż 16 godzin lub pozostających bez pracy istnieją dwa rodzaje pomocy społecznej zależnie od tego, czy są one zdolne do pracy czy nie. Dla tych, którzy nie mogą podjąć pracy ze względu na samotne rodzicielstwo, obowiązki opiekuńcze, chorobę lub niepełnosprawność istnieje specjalna pomoc (*Income Support*). Wysokość świadczeń jest zależna od sytuacji rodzinnej i posiadania dzieci na utrzymaniu.

Dla dzieci z ubogich rodzin, w wieku 16-19 lat, które uczestniczą w procesach edukacji lub specjalnych szkoleń, wypłacany jest zasiłek (*Educational Maintenance Allowance*) w wysokości do 45 euro tygodniowo, zależnie od dochodu rodziny.

W 1999 r. rząd przygotował długoterminowy program przeciw nierównościom z zakresie dostępu do usług zdrowotnych, ukierunkowany na poprawę ochrony zdrowia najbiedniejszych, zwiększenie dostępu do usług wyższej jakości, działania profilaktyczne, zarówno dla osób jak i społeczności żyjących w zagrożeniu ubóstwem.

Istnieje szeroki zakres usług dla dzieci zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Przez ostatnich kilka lat usługi dla dzieci były

rezultatem działań w ramach Zielonej Księgi *Every Child Matters*'. Objęła ona zmiany w zakresie planowania i dostarczania usług i zintegrowanych działań na rzecz rozwoju dzieci. Głównym problemem jest rozwój lokalnych partnerstw i koordynacja w zakresie usług, udział dzieci i ich rodzin, jakość usług i ich dostępność.

Działania prewencyjne mają szeroki zakres, o charakterze uniwersalnym, ale ukierunkowane są również na określone grupy zagrożone.

Celem programu *Listening to Learn* jest umożliwienie dzieciom i młodzieży rozwoju osobowościowego i społecznego, uzyskanie zasobów potrzebnych w życiu społecznym. Podstawową zasadą jest umożliwienie wszystkim dzieciom uczestnictwa w różnych formach życia społecznego na zasadach równości i tworzenie proaktywnych form pokonywania barier tego uczestnictwa.

Program Connexion jest nową, uniwersalną usługą dla młodzieży, oferującą poradę i dostęp do rozwoju personalnego. Usługi dotyczą poradnictwa zawodowego, wyboru kierunków edukacji, pokonywania problemów z narkotykami, bezdomnością.

Children's Fund jest przeznaczony dla dzieci w wieku 5-13 lat doświadczających ubóstwa i wykluczenia społecznego. Oparty jest na uczestnictwie wielu podmiotów, partnerstwie, wolontariacie i udziale sektora samorządowego.

Istnieje jeszcze wiele innych programów mających na celu poprawę sytuacji dzieci i młodzieży ze środowisk zagrożonych. Obejmują one dzieci żyjące w biedzie (*New Deal of Excellence in Cities*), grupy mniejszości etnicznych (*Race Relations Amendment Act*), dzieci niepełnosprawne. Mają na celu zwiększenie dostępu do edukacji, podniesienie jakości usług edukacyjnych, a także zapobieganie zjawisku przedwczesnego macierzyństwa wśród nieletnich dziewcząt.

3.2. Model konserwatywny – FRANCJA, NIEMCY

FRANCJA

Polityka rodzinna Francji jest uznawana za jeden z najlepszych przykładów polityki rodzinnej.

Tradycyjnie, cele francuskiej polityki rodzinnej mają charakter pronatalistyczny oraz są ukierunkowane w większym stopniu na zapewnienie integracji społecznej niż na zwalczanie ubóstwa, stąd przewaga

świadczeń o charakterze uniwersalnym. Oznacza to dominację zasady redystrybucji horyzontalnej (od rodzin bezdzietnych do posiadających dzieci). Tym niemniej, w coraz większym stopniu uwzględniana jest zasada redystrybucji wertykalnej, wyrażająca się dążeniem do redukcji różnic w poziomie życia między rodzinami o takim samym składzie, lecz o zróżnicowanych dochodach.

1. Rozwiązania sprzyjające decyzjom prokreacyjnym oraz godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi

1.1. Świadczenia związane z urodzeniem dziecka

Świadczenia rzeczowe

W okresie ciąży i po porodzie istnieje obowiązek dokonywania przez kobietę kontroli stanu zdrowia. W przypadku udziału kobiety w kosztach opieki, opłaty z tego tytułu podlegają zmniejszeniu, zwłaszcza w przypadkach wymagających poważnej interwencji medycznej. Kobiecie przysługuje zwolnienie z opłat za hospitalizację związaną z ciążą.

Urlop i zasiłek macierzyński

Wymiar urlopu macierzyńskiego zależy od kolejności urodzenia dziecka: 16 tygodni – wymiar podstawowy, 26 tygodni w przypadku urodzenia trzeciego dziecka i następnych; 34 tygodnie w przypadku urodzenia bliźniąt i 48 – przy porodzie wielorakim (więcej niż dwoje dzieci przy jednym porodzie). Ponadto przysługują dodatkowo 2 tygodnie przed urodzeniem dziecka, gdy ciąża jest zagrożona.

Urlop „macierzyński” (11 dni, a w przypadku porodu wielorakiego 18 dni) przysługuje także ojcu dziecka w okresie czterech miesięcy po urodzeniu się dziecka. W przypadku adopcji urlop mogą wykorzystać oboje rodzice. Zasiłek macierzyński wynosi 100% zarobków netto, przy czym istnieje górna (71, 80 euro dziennie) i dolna granica (8, 39 euro dziennie) zasiłku.

1.2. Opieka rodzicielska nad małym dzieckiem

Urlop rodzicielski

Urlop rodzicielski przysługuje rodzicom do czasu ukończenia przez dziecko trzeciego roku życia, przy czym może być wykorzystany w całości lub w częściach. Przysługuje on jednak dopiero na drugie dziecko

i dzieci dalszej kolejności. Kryterium uprawniającym do urlopu jest odpowiedni okres aktywności zawodowej, którego wymiar zależy od kolejności urodzeń: 8 kwartałów w okresie 2 lat przed urodzeniem pierwszego dziecka, 4 lat przed urodzeniem drugiego i 5 lat przed urodzeniem trzeciego dziecka.

Wysokość zasiłku zależy od tego, czy opiekun całkowicie, czy częściowo rezygnuje z pracy zawodowej. W przypadku całkowitej rezygnacji z pracy w okresie urlopu wychowawczego (rodzicielskiego) zasiłek jest podwyższony do 758,95 euro miesięcznie, w przypadku zatrudnienia w wymiarze nie większym niż $\frac{1}{2}$ etatu – 403,56 euro, 305,17 euro – jeżeli wymiar czasu pracy mieści się w granicach 50-80% pełnego czasu pracy.

W przypadku urodzenia trzeciego dziecka po 1 lipca 2006 istnieje możliwość wyboru wyższego zasiłku pobieranego przez krótszy okres (12 miesięcy), ale bez możliwości pracy w niepełnym wymiarze czasu.

Nowym rozwiązaniem jest zmiana zasiłku rodzicielskiego APP. Może on mieć charakter „rachunku kredytowego” pozwalającego na wykorzystanie w ciągu kolejnych 3 lat 310 dni wolnych od pracy. Każdy tydzień nieobecności w pracy któregoś z rodziców powoduje odliczenie od tego rachunku nieprzepracowanego dnia. Za każdy dzień nieobecności w pracy odpowiednia instytucja wypłaca zasiłek w wysokości 38, 44 euro, a dla samotnego rodzica w wysokości podwyższonej (45,65 euro). Do zasiłku przewiduje się dodatek przeznaczony na zwrot kosztów związanych z pobytem dziecka w szpitalu (np. dojazdy). Jest to dodatek zryczałtowany (100 euro) niezależnie od okresu pobytu dziecka w szpitalu. W tych przypadkach brane są pod uwagę tylko ciężkie choroby wymagające obecności rodzica przy dziecku. Rozwiązanie to weszło w życie w 2006 roku.

Zasiłek na opiekę nad dzieckiem

Pomoc rodzicom w zatrudnianiu wykwalifikowanej opieki nad dziećmi do lat 6. lub dzieci starszych (do lat 20.) o poważnej chorobie lub niepełnosprawności, wymagającej stałej opieki polega na przyznaniu odpowiedniego zasiłku (AJPP). Pozwala on na opłacenie składki na ubezpieczenie społeczne za taką osobę, a także części innych kosztów jej zatrudnienia. Wysokość uzależniona jest od dochodu rodziny i wieku dziecka: zasiłek na dziecko do lat 3 przysługuje w pełnej wysokości, na dziecko w wieku 3-6 lat – w 50%.

Ponadto, dla osób które chcą zatrudnić osobę sprawującą opiekę nad dzieckiem stosuje się odpowiednie „bilety” (*cheque emploi servi-*

ce universal). Ich celem jest umożliwienie pracodawcom uczestnictwa w ponoszeniu kosztów opieki nad dziećmi swoich pracowników, aby umożliwić im szybszy powrót do pracy. W takich przypadkach część poniesionych kosztów wpisywana jest w koszty funkcjonowania firmy, co pomniejsza jej obciążenia podatkowe.

2. Tworzenie warunków rozwoju młodego pokolenia (wspieranie rodzin w inwestowaniu w młode pokolenie)

2.1. Świadczenia pieniężne

Bezpośrednia polityka rodzinna we Francji charakteryzuje się szerokim zakresem pieniężnych świadczeń rodzinnych o charakterze uniwersalnym, uzupełnianych świadczeniami opartymi na kryterium dochodowym. Mają one na celu rekompensatę kosztów wychowania dzieci i zapewnienie wsparcia dzieciom. Ograniczenie środków o charakterze uznaniowym zapewnia przejrzystość tej polityki.

Zasiłki rodzinne

Wiodącym instrumentem wspierania rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania dzieci są zasiłki rodzinne. Jest to świadczenie uniwersalne. Warunkiem jest posiadanie przez rodzinę co najmniej dwojga dzieci, zamieszkałych na terenie Francji, w wieku do lat 20, o ile dochód uzyskiwany przez dziecko nie przekracza 55% płacy minimalnej.

Wysokość zasiłków jest zróżnicowana zależnie do liczby i wieku dzieci. Rodziny z dwojgiem dzieci otrzymują 119,13 euro miesięcznie, z trojgiem – 271,75, z czworgiem – 424, 37, pięciorgiem – 577,00; sześciorgiem – 729,63, a na każde następne dziecko – po 152,63 euro. Dodatkowa wypłata przysługuje na dziecko między 11 a 16 rokiem życia (33, 51 euro) i w wieku ponad 16 lat (59, 57 euro).

Nowym świadczeniem (od 2003 roku) jest ryczałtowy zasiłek (75, 33 euro) wypłacany rodzinie posiadającej co najmniej troje dzieci.

Rodziny wielodzietne (mające troje i więcej dzieci) oraz spełniające kryterium dochodowe (wynosi on 25400 euro rocznie dla rodzin z jednym żywicielem, 31000 dla rodzin z dwojgiem żywicieli oraz samotnych rodziców) są uprawnione do dodatku rodzinnego w wysokości 155, 82 euro.

Jednorazowy zasiłek w związku z rozpoczęciem roku szkolnego

Rodzinom przysługuje jednorazowy zasiłek z tego tytułu, na dzieci w wieku 6-18 lat w wysokości 268, 01 euro. Jego wypłata związana

jest z kryterium dochodowym – 16400 euro rocznie i jest podnoszone o 3800 euro na każde dziecko.

Zasilek dla samotnych rodziców

Samotni rodzice otrzymują zasiłek dla samotnych rodziców, gwarantujący dochód minimalny. Wyplacany jest w przypadku posiadania co najmniej jednego dziecka lub w okresie ciąży. Jego wysokość wynosi 561,18 euro plus 187,06 euro na dziecko, ale rzeczywista wypłata stanowi różnicę między tak obliczonym zasiłkiem a dochodem świadczeniobiorcy.

Świadczenia alimentacyjne

Świadczenie alimentacyjne przysługuje sierotom, dzieciom nieznanym rodziców lub których ojciec lub matka nie wywiązują się z obowiązku ich utrzymania. Pełna wysokość świadczenia wynosi 111,68 euro, częściowa – 83,76, zależnie od dochodu beneficjenta. Zróżnicowana wysokość świadczenia wypłacana jest także w przypadku sieroctwa: w wysokości 111, 68 euro miesięcznie na dziecko, które utraciło oboje rodziców i 83, 76 euro, jeżeli dziecko nie ma jednego z rodziców.

Nowy system świadczeń rodzinnych

Dla rodzin, których dzieci urodziły się po 1 stycznia 2004 roku został stworzony system świadczeń pieniężnych obejmujący: zasiłek z tytułu urodzenia dziecka (lub adopcji) oraz zasiłek zależny od dochodu, wypłacany od 7 miesiąca ciąży na każde urodzone dziecko w wysokości 855, 25 euro lub 1710, 49 na dziecko zaadoptowane w wieku do lat 20. Ponadto przysługuje zasiłek (PAJE) w wysokości 171,06 euro miesięcznie na dziecko do czasu ukończenia przez nie 3 lat lub gdy dziecko zostanie zaadoptowane. Zasiłek ten jest wypłacany przez 3 lata (dziecko nie może przekroczyć 20 lat życia).

Rodzinom z dzieckiem niepełnosprawnym przysługuje specjalny zasiłek edukacyjny na osobę mającą 50% i więcej ubytku zdrowia w wysokości 119,72 euro miesięcznie niezależnie od kryterium dochodowego. Istnieje też sześć dodatków do zasiłku rodzinnego w zróżnicowanej wysokości, zależnie od sytuacji rodziny z niepełnosprawnym dzieckiem, a ponadto specjalny dodatek dla osób samotnie wychowujących dziecko niepełnosprawne.

Świadczenia na wypadek śmierci żywiciela

Podstawą uzyskania świadczeń na wypadek śmierci żywiciela jest uczestnictwo w systemie ubezpieczeniowym, obejmującym aktywną

zawodowo populację (pracowników, samozatrudnionych, personel zarządzający i in.)

Podstawowy system ubezpieczeń dla pracowników obejmuje świadczenia na wypadek śmierci żywiciela: wdowców po zmarłym (także osoby rozwiedzione, w wieku powyżej 52 lat lub które nie spełniają kryterium wieku, ale są inwalidami). Nie ma renty sieroczej, którą zastępują świadczenia alimentacyjne. Natomiast w systemie dodatkowych ubezpieczeń obok świadczenia dla wdowców przysługują też świadczenia dla sierot, w wieku do lat 21 (w określonych sytuacjach do lat 25) oraz dla dzieci niepełnosprawnych bez limitu wieku. Renta sieroca wynosi 50 lub 30% emerytury, która przysługiwałaby zmarłemu, zależnie od liczby dzieci uprawnionych.

Renta wdowia wynosi 54% rzeczywistej lub hipotetycznej emerytury zmarłego. Dla osób rozwiedzionych wysokość renty ustala się proporcjonalnie dla lat trwania związku małżeńskiego. Jeżeli zmarły zostawił przynajmniej jedno dziecko, które nie ukończyło 16 lat przysługuje dodatek do renty w wysokości 87, 76 euro na każde dziecko miesięcznie. Jeżeli uprawniony wychowuje co najmniej troje dzieci w wieku do 16 lat renta wzrasta o 10%. W dodatkowym systemie wysokość renty wynosi 60% emerytury, którą otrzymywał lub która przysługiwałaby zmarłemu.

Osobie owdowiałej przysługuje zasiłek wdowi wypłacany przez okres 2 lat od śmierci żywiciela (pod warunkiem posiadania odpowiedniego stażu ubezpieczeniowego). Wysokość maksymalna zasiłku wynosi 649, 07 euro miesięcznie. Świadczenie to jest wypłacane przez okres przejściowy przed uzyskaniem wieku uprawniającego do renty wdowiej.

Zasiłek jednorazowy wypłacany jest w wysokości 90-krotności dziennego zarobku żywiciela.

2.2. Ulgi podatkowe

Instrumentem polityki rodzinnej we Francji jest system podatkowy, w którym zastosowano tzw. „**iloraz rodzinny**”. Zależy on od wielkości i składu rodziny, od którego oblicza się tzw. części fiskalne (jest to odpowiedni wskaźnik powiązany ze statusem członka rodziny, jego stanem cywilnym, liczbą dzieci). Posiadanie dziecka niepełnosprawnego podwyższa kwotę ilorazu o 0,5 części fiskalnej. Całkowity dochód rodziny jest dzielony przez odpowiednią liczbę części fiskalnych. Tak otrzymany wynik stanowi dochód do opodatkowania. Rozwiązanie to pozwala na zapłacenie znacznie niższego podatku w przypadku posiadania licznej rodziny.

Ponadto stosowane są **ulgi o charakterze przedmiotowym**, np. możliwość odliczenia od dochodu wydatków związanych z wychowaniem i wykształceniem dziecka (np. opłaty za przedszkole, naukę w szkole). Istnieje też ulga podatkowa dla osób wykonujących pracę zawodową w domu, co jednocześnie umożliwia im sprawowanie opieki nad dziećmi.

2.3. Rozwój usług opiekuńczych dla dzieci i młodzieży

Usługi opiekuńcze

Innym obszarem wyróżniającym politykę rodzinną Francji jest opieka instytucjonalna nad dziećmi. Jest to uniwersalny, finansowany ze środków publicznych system edukacji przedszkolnej dla dzieci w wieku 2-6 lat (*ecole maternelle*). Korzystanie jest bezpłatne i obejmuje „godziny szkolne” (8.30-16.30). Dodatkowo są świadczone usługi przed i po tych godzinach oraz w okresie wakacji szkolnych. Opłaty za nie są uzależnione od wysokości dochodów rodziny. *Ecole maternelle* jest elementem systemu edukacji i ma przygotować dzieci do szkoły.

Opieka nad dziećmi młodszymi (od 3 miesiąca do 2 lat) jest świadczona w sposób zbiorowy jak i indywidualny. Do pierwszej grupy należą:

- żłobki zespołowe – zrejonizowane, otwarte 8-12 godzin dziennie z wyjątkiem niedziel i świąt,
- żłobki pobytowe – funkcjonujące w oparciu o zasadę elastyczności, bez określenia godzin, w których dziecko musi regularnie być przyprowadzane i odbierane; rodzic może mieć czas wolny na inne zajęcia stosownie do potrzeb w danym dniu,
- żłobki rodzinne – świadczone przez asystentów wychowawczych w ich miejscu zamieszkania;
- żłobki rodzicielskie – zarządzane przez samych rodziców, pełniących dyżury opiekuńcze
- ogródki dziecięce – przeznaczone dla dzieci starszych w wieku 3-6 lat.

Jest określona maksymalna liczba dzieci w placówkach (na ogół jest to 60 dzieci, w żłobkach rodzicielskich i miniżłobkach – 20, ogródkach – 80).

Usługi żłobków są częściowo finansowane ze środków publicznych, częściowo z zasiłków na opiekę nad dziećmi, częściowo z opłat rodziców zależnych od wysokości dochodu rodziny.

Istnieje sieć asystentów wychowawczych, z których usług mogą korzystać zarówno samorządy (przy formach opieki zorganizowanej

– por. przedszkola rodzinne) jak i osoby prywatne pragnące zapewnić opiekę swym dzieciom. To głównie na tych osobach opiera się opieka indywidualna nad dzieckiem, jakkolwiek rodzice mogą również korzystać z opieki sprawowanej przez inne osoby (nie posiadające kwalifikacji asystentów wychowawczych). Jest to działalność zarejestrowana w oparciu o zezwolenia wydawane po sprawdzeniu warunków wykonywania opieki nad dzieckiem (bytowych i wychowawczych) a osoby zajmujące się opieką są zobowiązane do podwyższania kwalifikacji.

Opieka sprawowana przez asystentów wychowawczy może mieć charakter:

- opieki czasowej – nad dzieckiem w ciągu dnia
- permanentnej nad dzieckiem przeniesionym z domu rodzinnego, nie zapewniającego należytej pieczy.

Usługi edukacyjne

Szczególna uwaga jest przywiązywana do wyrównywania szans dzieci zagrożonych trudnościami w nauce.

Nauczyciele szkół podstawowych są zobowiązani do uzyskania informacji o trudnościach uczniów i do rozwoju różnego rodzaju działań, także na rzecz rodziców wymagających wsparcia. Prowadzone są kursy wyrównujące umiejętności uczniów, szczególnie w zakresie technologii informatycznych, pozwalające im w przyszłości na kontynuację edukacji na wyższych szczeblach.

W ramach programu „otwarta szkoła” prowadzone są zajęcia podczas wakacji, szczególnie na terenach zagrożonych wykluczeniem społecznym. Oferują one zajęcia edukacyjne, kulturalne, sportowe. Służą nie tylko zapewnieniu opieki nad dziećmi i młodzieżą nie korzystających z wyjazdów wakacyjnych, ale także wzmocnieniu integracji społeczności lokalnej.

3. Pomoc rodzinom znajdującym się w trudnych sytuacjach

Ubóstwo rodzin i dzieci staje się obecnie jedną z ważnych kwestii społecznych, co znalazło swój wyraz w narodowym raporcie dotyczącym tego problemu (z 2004 r.). Zakłada się wzmocnienie redystrybucji wertykalnej – od bogatych do biednych.

Głównym zadaniem jest przeniesienie jak największej liczby osób w sferę pracy, zapewnienie dostępu do praw socjalnych i usług społecznych dla wszystkich, tak aby zapobiegać wykluczeniu społecznemu. Między innymi temu mają służyć rozwiązania w zakresie ułatwie-

nia godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi, które jednocześnie (jeśli chodzi o rozwiązania instytucjonalne) spełniają dodatkowo cel przeciwdziałania skutkom ubóstwa i wykluczenie społecznego dzieci poprzez ich uczestnictwo w systemie wczesnej edukacji.

Francuska polityka rodzinna ukierunkowana jest w większym stopniu na ograniczenie wykluczenia społecznego niż na bezpośrednią walkę z ubóstwem. Uniwersalne i dobrze adresowane usługi społeczne dla rodziców i dzieci są tak szerokie, że spełniają także cel, jakim jest wspieranie rodzin znajdujących się w trudnych sytuacjach i tworzą możliwość wyrównywania szans.

Istnieje system pomocy społecznej, ukierunkowany głównie na osoby i rodziny, które nie mogą zapewnić sobie odpowiednich dochodów lub znajdujących się w trudnej sytuacji. Korzystanie z pomocy jest prawem indywidualnym, ale sytuacja rodzinna jest brana pod uwagę.

Cechą systemu jest zasada aktywnego uczestnictwa beneficjenta w działaniach na rzecz integracji społecznej, poprzez szkolenia, podjęcie pracy, inne formy aktywności zawarte w kontrakcie integracyjnym.

3.1. Rodziny niepełne. Pomoc kobietom w ciąży i samotnie wychowującym dzieci

Jedną z form pomocy dla kobiet w ciąży i samotnie wychowujących dzieci jest zapewnienie im schronienia w specjalnych ośrodkach (*Centre maternel*). Zatrudnienie w tych ośrodkach personelu, w skład którego wchodzi specjaliści: psycholodzy, doradcy rodzinni, pedagodzy, doradcy ekonomiczni pozwala na wsparcie socjalne i psychologiczne zamieszkujących tam kobiet.

W/w grupie kobiet, spełniających kryterium dochodowe uprawniające do pomocy społecznej przysługuje zasiłek dla samotnych rodziców, w wysokości 561, 18 euro dla kobiet w ciąży i zwiększony następnie o 187, 06 euro na każde dziecko na utrzymaniu.

3.2. Pomoc rodzinom wielodzietnym

Dla rodzin wielodzietnych przewidziane są preferencje w systemach świadczeń społecznych:

- dodatek do zasiłku rodzinnego dla rodzin mających troje i więcej dzieci
- większy wymiar urlopu wychowawczego przy urodzeniu co najmniej trzeciego dziecka

- podwyższenie o 10% świadczenia przysługującego po śmierci żywiciela; ta część jest zwolniona od podatku
- podwyższenie emerytury ze względu na wychowanie dużej liczby dzieci.

Planuje się wprowadzenie dla rodzin wielodzietnych karty rabatowej uprawniającej rodziny posiadające co najmniej troje dzieci do zakupu niektórych dóbr i usług ze zniżką (są to dobra i usługi dostarczane przez firmy państwowe, które w ten sposób uczestniczą we wsparciu rodzin wielodzietnych). Zakres przedmiotowy zakupów obejmuje wyposażenie mieszkań w sprzęt AGD, dobra kultury, wypoczynku, rekreacji, a nawet samochód.

Zasilek mieszkaniowy zależy od kilku czynników: wydatków na czynsz (z określonym górnym limitem), sytuacji rodzinnej (liczby dzieci) i zasobów beneficjenta. Zasilek wynosi: 48 euro, jeżeli rodzina ma jedno dziecko, 95 przy dwojgu i 118 – przy większej liczbie dzieci. Może być podwyższony dla rodzin o niskich dochodach.

NIEMCY

1. Rozwiązania sprzyjające decyzjom prokreacyjnym oraz godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi

1.1. Świadczenia pieniężne i rzeczowe związane z urodzeniem dziecka

Świadczenia rzeczowe (usługi medyczne, opieka domowa, hospitalizacja) związane z urodzeniem dziecka przysługują kobietom ubezpieczonym oraz żonom i córkom ubezpieczonych.

Urlop macierzyński i zasiłki macierzyńskie

System opiera się na zasadzie ubezpieczeniowej. Obejmuje kobiety ubezpieczone oraz małżonki i córki ubezpieczonych.

Głównym źródłem finansowania jest fundusz ubezpieczeniowy, jednak osoby spoza systemu mają również uprawnienia w zakresie świadczeń macierzyńskich, dla których źródłem finansowania jest budżet federalny.

Urlop macierzyński może być wykorzystany przez 6 tygodni przed i 8 tygodni po urodzeniu dziecka. Okres ten jest wydłużony do 12 tygodni w przypadku urodzeń wielorakich lub przedwczesnych.

Zasilek macierzyński przysługuje w wysokości przeciętnego wynagrodzenia netto osoby ubezpieczonej (pomniejszonego o obowiązkową składkę ubezpieczeniową w wysokości maksimum 13 euro dziennie).

Zasiłek jest wypłacany w wysokości przysługującej z tytułu ubezpieczenia chorobowego. Jeżeli istnieje różnica między wysokością tak obliczonego świadczenia a zarobkami netto – różnicę wypłaca pracodawca.

Kobiety zatrudnione, które nie są objęte ubezpieczeniem otrzymują zasiłek w wysokości do 210 euro.

1.2. Opieka rodzicielska nad małym dzieckiem

Urlop i zasiłek rodzicielski

Zarówno matka jak i ojciec pracujący są uprawnieni do urlopu rodzicielskiego na każde dziecko do lat 3 i mogą wziąć urlop w całości lub w częściach. Jeden rok urlopu może być wykorzystany w okresie między trzecim a ósmym rokiem życia dziecka. Przebywający na urlopie wychowawczym mogą pracować w wymiarze do 30 godzin tygodniowo. Mają prawo do niepełnego czasu pracy, jeżeli nie pozostaje to w sprzeczności z interesem firmy.

Zmiany w systemie sprzyjającym opiece rodzicielskiej nad małym dzieckiem spowodowały zróżnicowanie w rodzajach świadczeń. Na dzieci urodzone przed 31 grudnia 2006 przysługuje zasiłek wychowawczy, na dzieci urodzone po tej dacie – zasiłek rodzicielski.

Pierwszy z nich przysługuje matce lub ojcu, którzy opiekują się osobie dzieckiem w wieku do 2 lat i nie pracują więcej niż 30 godzin tygodniowo. Zasiłek przysługuje po spełnieniu kryterium dochodowego: 30 tys. euro przez pierwsze 6 miesięcy – w przypadku pary małżeńskiej i 23 tys. euro w przypadku samotnego rodzica; od siódmego miesiąca wysokość dochodu uprawniającego obniża się do 16, 5 tys. euro dla par i 13, 5 tys. euro dla samotnych rodziców. Maksymalna wysokość zasiłku wynosi 300 euro miesięcznie. Rodzice mogą wybrać między zasiłkiem do 300 euro miesięcznie na dziecko do ukończenia przez nie 2 lat lub świadczeniem w wysokości 450 euro miesięcznie do czasu ukończenia przez dziecko 1 roku życia.

Drugi z zasiłków (rodzicielski) przysługuje także rodzicom, którzy z uwagi na opiekę nad dzieckiem nie pracują lub pracują nie dłużej niż 30 godzin tygodniowo przez okres pierwszych 14 miesięcy życia dziecka. Każde z rodziców może otrzymywać zasiłek nie dłużej niż przez 12 miesięcy, pozostałe 2 miesiące zarezerwowane są dla drugiego rodzica. Wysokość zasiłku zależy od dochodu netto rodziców i nie może być niższa niż 300 euro i wyższa niż 1800 euro miesięcznie. W przypadku niskich dochodów (poniżej 1000 euro) zasiłek wzrasta o 0, 1% od każdych 2 euro poniżej tej granicy. Rodziny wielodzietne uzyskują

dodatkowo 10% w relacji do wysokości zasiłku, (co najmniej 75 euro miesięcznie).

Zwolnienia opiekuńcze

Pracujący rodzice objęci ubezpieczeniem zdrowotnym mają prawo do okresowego urlopu (zwolnienia) na opiekę nad chorym dzieckiem do lat 12 lub dzieckiem niepełnosprawnym. Ze zwolnienia mogą korzystać przez 10 dni na każde dziecko, ale maksymalnie do 25 dni w roku. Samotni rodzice mają prawo do 25 dni na każde dziecko i 50 dni łącznie na opiekę nad chorym dzieckiem. Jeżeli rodzice nie są uprawnieni do płatnego zwolnienia zasiłek jest wypłacany z ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli dziecko jest ubezpieczone, a także wtedy, gdy nie ma innej osoby, która może opiekować się dzieckiem.

1.3. Opieka pozarodzicielska nad małym dzieckiem

Blżej na ten temat – w punkcie 2.3.

1.4. Działania pracodawców na rzecz łączenia przez pracowników ról rodzinnych z zawodowymi

Również w Niemczech zaczyna rozszerzać się udział pracodawców w tworzeniu programów lub podejmowaniu działań mających na celu ułatwienie pracownikom godzenia ról zawodowych z rodzinnymi. Najczęściej wykorzystywane są w tym celu elastyczne formy organizacji i czasu pracy: redukcja czasu pracy, indywidualne rozkłady czasu pracy, konta czasu pracy, zatrudnienie niepełnoetatowe z przyczyn rodzinnych. W celu promowania takich praktyk Minister do Spraw Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży organizuje – w ramach programu rządowego – konkurs na firmę przyjazną rodzinie.

2. Tworzenie warunków rozwoju młodego pokolenia (wspieranie rodzin w inwestowaniu w młode pokolenie)

2.1. Świadczenia pieniężne

Zasiłki rodzinne

Uniwersalny zasiłek rodzinny przysługuje na wszystkie dzieci do lat 18, gdy nie uczą się zawodu i nie są zatrudnione – do 21 lat, dla uczących się i studiujących – do 27 lat, a dla niepełnosprawnych – bez

ograniczenia wieku, o ile niepełnosprawność powstała przed 25 rokiem życia.

Zasilek wynosi 154 euro na pierwsze, drugie i trzecie dziecko i 179 euro na każde następne. Rodzicom o niskich dochodach przysługuje dodatek w wysokości 140 euro.

Świadczenia alimentacyjne

Rodzice nie otrzymujący alimentów korzystają z pomocy lokalnych władz w okresie maksymalnie do 72 miesięcy, jeżeli dziecko nie ukończyło 12 lat. Wysokość pomocy na dziecko do 6 lat wynosi 97 euro miesięcznie w landach wschodnich i 111 euro w zachodnich, a na dzieci w wieku 6-12 lat odpowiednio 134 i 151 euro.

Świadczenia na wypadek śmierci żywiciela

Świadczenia z tytułu śmierci żywiciela przysługują po osobie ubezpieczonej (minimum 5 lat, z możliwością uwzględnienia krótszego okresu np. w przypadku, gdy śmierć była następstwem wypadku przy pracy) małżonkom lub partnerom (w przypadku, gdy związek był zarejestrowany jako związek cywilny), małżonkom rozwiedzionym, sierotom. Współmałżonkowie muszą spełniać określone warunki związane z wiekiem (45 lat i więcej), stanem zdrowia (niemożność podjęcia pracy) lub wychowywaniem dzieci do lat 18 (niepełnosprawnych bez ograniczenia wieku). Takie same kryteria musi spełniać partner, jeżeli związek podlegał cywilnej rejestracji. Otrzymują wówczas tzw. „*major widow's pension*”. Pozostali otrzymują świadczenie określane jako „*minor widow's pension*”.

Osoby rozwiedzione korzystają ze świadczeń z tytułu wieku lub niepełnosprawności w oparciu o ubezpieczenia w okresie trwania związku małżeńskiego.

Uprawnienia dzieci do lat 18 nie podlegają dodatkowym ograniczeniom. Natomiast świadczenia mogą otrzymywać dzieci do lat 27, jeżeli się uczą lub są niepełnosprawne.

Świadczenia są zróżnicowane zależnie od daty zawarcia związku małżeńskiego i roku urodzenia małżonka. Dla małżeństw sprzed 1 stycznia 2002 r. renta rodzinna typu „major” wynosi 60% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu, świadczenie „minor” – 25%. Dla małżeństw zawartych po tej dacie świadczenie „major” wynosi 55%, a świadczenie „minor” – 25% emerytury, która przysługiwałaby zmarłemu. Jeżeli osoba ubezpieczona zmarła przed osiągnięciem 63 lat, renta wdowia jest obniżana o 10,8%.

Osoby wychowujące dzieci otrzymują specjalne dodatki.

Renta sieroca dla dziecka, które utraciło jednego rodzica jest podwyższona o 10% renty przysługującej osobie owdowiałej. W przypadku utraty obojga rodziców renta wypłacana uprawnionym dzieciom podwyższana jest o 20%. Natomiast wysokość renty dla sierot ulega obniżeniu, jeżeli osoba ubezpieczona zmarła przed 63 rokiem życia.

2.2. Ulgi podatkowe

Niezależnie od innych świadczeń rodzinnych istnieją ulgi podatkowe na dzieci w wysokości 3648 euro, a także ulgi związane z edukacją, szkoleniem i opieką w wysokości 2160 euro rocznie. Na dzieci do 14 roku życia przysługuje ulga podatkowa do 1500 euro, jeżeli dziecko wymaga zatrudnienia opiekuna.

2.3. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży

Usługi opiekuńcze

Publiczna opieka nad dziećmi podlega regulacji i administrowaniu przez państwo i lokalne władze. Powoduje to zróżnicowanie pod względem koncepcyjnym i organizacyjnym w skali kraju, a zwłaszcza zróżnicowanie odbioru społecznego, co do tej formy opieki między landami wschodnimi i zachodnimi. W landach zachodnich w dalszym ciągu opieka nad dziećmi jest postrzegana jako obowiązek matek. Dominującym wzorcem zachowań jest korzystanie przez matki z urlopów rodzicielskich i późniejszy powrót na rynek pracy (często do pracy w niepełnym wymiarze czasu), kiedy dzieci idą do przedszkola lub do szkoły podstawowej. Według opinii publicznej nadal najlepszym miejscem dla dziecka jest pozostawanie w domu przez pierwsze lata życia. W landach wschodnich można obserwować, że następuje przejmowanie zachowań kobiet ze „starych”, zachodnich landów.

Niezależnie od tego, istnieje szeroki zakres publicznych placówek opieki nad dziećmi w wieku 3-5 lat (ok.90% dzieci jest objętych opieką przedszkolną). Każde dziecko w wieku od 3 lat ma prawo do miejsca w publicznym przedszkolu. Większość przedszkoli świadczy usługi częściowe (w niepełnym wymiarze godzin). Istnieje natomiast poważna luka, jeśli chodzi o placówki opieki nad dziećmi najmłodszymi, co utrudnia łączenie pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi. Pomimo tradycyjnego obrazu rodziny z ojcem żywicielem coraz częściej oczekuje się zwiększenia liczby placówek świadczących usługi opie-

kuńcze dla najmłodszych dzieci. W tym celu rząd wspomaga władze lokalne w działaniach na rzecz opieki nad dziećmi poprzez specjalne dotacje.

Na rzecz rozwoju systemu usług opiekuńczo-wychowawczych przemawia dostrzeganie ich roli w edukacji młodego pokolenia. Badania OECD – PISA wskazały na występowanie problemów w niemieckim systemie edukacyjnym. Poziom uczniów jest poniżej przeciętnej, a system szkolny wymaga zaoferowania równych szans każdemu dziecku. Jednocześnie kobiety domagają się rozwoju systemu opieki nad dzieckiem, w tym przedszkoli, aby mogły podjąć zatrudnienie.

Usługi zdrowotne

System opieki zdrowotnej ma charakter ubezpieczeniowy. Większość ludności jest ubezpieczona w agencjach podstawowej opieki zdrowotnej, a osoby o wyższych dochodach, pracujący na własny rachunek lub pracujący w służbie cywilnej mają możliwość dodatkowego, prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ubezpieczenie zdrowotne jest ubezpieczeniem rodzinnym, co oznacza, że objęci są nim niepracujący małżonkowie i dzieci.

Rodzinny system ubezpieczeń zdrowotnych chroni przed wykluczeniem społecznym dzieci zapewniając im dostęp do prewencji, opieki zdrowotnej i leczenia medycznego. Dzieci i młodzież do lat 18 są ponadto zwolnione z opłat za badania profilaktyczne i szczepienia

3. Pomoc rodzinom w trudnej sytuacji

Pomoc społeczna ma na celu zapewnienie podstawowego standardu życia, a zwłaszcza potrzeb: żywnościowych, ubraniowych, mieszkaniowych i innych, bardziej zindywidualizowanych. Zasiłek jest zróżnicowany zależnie od pozycji osoby w gospodarstwie domowym (głowa rodziny, inna osoba dorosła) i wieku dzieci. Mogą być wypłacane dodatkowe świadczenia dla rodzin w szczególnie trudnej sytuacji np. dla samotnych rodziców, ale nie mają one charakteru świadczeń regularnych, a związane są z zaspokojeniem określonej potrzeby np. zakup pralki, opłata za wycieczkę szkolną. Pomoc społeczna jest udzielana w szczególnych warunkach np. związanych z ciążą kobiety, chorobą, niepełnosprawnością, potrzebą opieki. Oparta jest na kryterium *means tested* i świadczona przez lokalną władzę.

Działania na rzecz zapobiegania ubóstwu i poprawy warunków życia dzieci reguluje stosowny akt prawny. Usługi społeczne dla dzieci

i młodzieży oraz ich rodzin są organizowane i koordynowane przez odpowiednie służby samorządów lokalnych wspierane przez organizacje dobroczynne. Obowiązuje zasada pomocy dzieciom w ramach ich środowiska rodzinnego tak długo, jak jest to możliwe i aktywizowania rodziców do zapewnienia dzieciom opieki i należytych warunków życia.

Zwalczanie ubóstwa, szczególnie ubóstwa dzieci stało się celem działań rządu, który przygotował odpowiedni dokument w tym zakresie (*National Report on Poverty and Welth*). Główną kwestią jest walka z bezrobociem poprzez politykę aktywizacji osób poszukujących pracy, uelastycznienie rynku pracy oraz reformy systemu podatkowego. Polega ona m.in. na obniżeniu podatku z 19, 9% do 16% przy najniższym progu dochodowym i z 48% do 45% przy najwyższym.

Działania na rzecz podniesienia finansowych zasobów rodziny i walki z ubóstwem idą w kierunku przeniesienia w sferę pracy dorosłych członków rodziny. Współczesne credo niemieckiego *welfare state* brzmi: społeczne jest to, co przynosi pracę.

Wprowadzenie rozwiązań na rzecz godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi osób, które chcą podjąć pracę zawodową polega na refundacji kosztów opieki nad dzieckiem w czasie uczestnictwa rodziców w szkoleniu zawodowym i zwiększeniu kwoty tej refundacji (z 62 do 130 euro).

W procedurę pomocy dzieciom i ich rodzinom włączane są różne podmioty; pracownicy socjalni, nauczyciele, krewni, przyjaciele, inne osoby, które mogą być ważne dla tego procesu, a przede wszystkim same rodziny i dzieci.

Podejmowane są różne programy i inicjatywy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym dzieci i ich rodzin. Przykładem może być Platforma programowa „*Rozwój i szanse dla młodych osób ze środowisk zagrożonych*”. Ma ona na celu rozwój lokalnych działań w zakresie usług społecznych na rzecz dzieci i młodzieży poprzez dostosowanie specjalnych rozwiązań do specyfiki danego terenu i występujących tam problemów. Platforma programowa obejmuje różne programy szczegółowe. Dotyczą one m.in. tworzenia sieci polegającej na współpracy różnych instytucji i wzmacnianiu uczestnictwa dzieci, młodzieży i ich rodzin, integracji społecznej dzieci i młodzieży poprzez sport, kulturę, udział w życiu społecznym, promocję wolontariatu na terenach wiejskich poprzez włącznie młodych ludzi podnoszenie dzięki temu znaczenia pracy w ich życiu.

3.3. Model socjaldemokratyczny – FINLANDIA, SZWECJA

FINLANDIA

Finlandia liczy 5 237 tys. mieszkańców. Charakteryzuje się dodatnim przyrostem naturalnym i jednym z najwyższych w Europie współczynników dzietności, rzutującym na odtwarzanie pokoleń. Jednocześnie wyróżnia się jednym z najwyższych wskaźników udziału gospodarstw domowych osób samotnych i udziałem rodzin pełnych z dziećmi opartych na związkach kohabitacyjnych. Odsetek dzieci w wieku 0-3 lata wychowywanych w rodzinach opartych na związkach kohabitacyjnych wynosi 22%, zaś odsetek dzieci w wieku 10-14 lat wychowywanych w takich związkach sięga 10%; i są to jedne z wyższych wskaźników w Europie.

1. Rozwiązania sprzyjające decyzjom prokreacyjnym oraz godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi

1.1. Świadczenia pieniężne i rzeczowe związane z urodzeniem dziecka

Świadczenia macierzyńskie i wychowawcze przysługują osobom ubezpieczonym pracującym i opłacającym składki na ubezpieczenie chorobowe w relacji do pobieranego wynagrodzenia. Jednak rodzice, którzy nie pracują, są również uprawnieni do zasiłków, ale podstawowych. Świadczenia przysługują również osobom nie posiadającym obywatelstwa fińskiego, ale zatrudnionym lub pracującym na własny rachunek w Finlandii przez przynajmniej 4 miesiące.

Urlop i zasiłek macierzyński przysługuje wyłącznie osobom zamieszkującym w Finlandii przez okres co najmniej 180 dni bezpośrednio przed datą porodu. W przypadku adopcji taki sam warunek odnosi się do adopcyjnych rodziców odnośnie do czasu bezpośrednio przed przejęciem opieki nad dzieckiem.

Matka po urodzeniu dziecka ma do wyboru formę świadczenia **jednorazowego w formie wyprawki dla dziecka lub zasiłku pieniężnego w kwocie 140 EURO**. Medyczna opieka dla ciężarnej oraz po porodzie dla matki i noworodka jest bezpłatna.

Specjalny zasiłek macierzyński (wyrównawczy) wypłacany jest podczas ciąży, jeżeli pracująca kobieta jest narażona w pracy na kontakt

z substancjami chemicznymi, promieniotwórczymi lub chorobami zakaźnymi.

Urlop i zasiłek macierzyński przysługuje przez okres kolejnych 105 dni kalendarzowych (15 tygodni), z tego 30 dni przed spodziewaną datą rozwiązania. **Ojciec może wykorzystać część urlopu macierzyńskiego**, wynoszącą maksimum 18 dni. Przy czym, jeżeli ojciec wykorzysta przynajmniej 12 dni urlopu macierzyńskiego, to jest uprawniony do dodatkowych 12 dni tegoż urlopu i zasiłku wypłacanego w tym okresie.

Przez pierwszych 56 dni zasiłek macierzyński wynosi 90% zarobków dla dochodu rocznego nie przekraczającego kwoty 45.221 EURO, a 35% zarobków, jeśli dochody rocznie przekraczają wymienioną kwotę. Przez pozostałe 49 dni urlopu zasiłek macierzyński wynosi 70% zarobków, jeśli dochody nie przekraczają kwoty 29.392 EURO rocznie i 25% zarobków w przypadku, kiedy dochody przekraczają wymienioną kwotę.

1.2. Opieka rodzicielska nad małym dzieckiem

Bezpośrednio po okresie urlopu macierzyńskiego jako jego przedłużenie przysługuje zarówno **matce jak i ojcu prawo do urlopu i zasiłku wychowawczego** przez okres 158 dni (22,5 tygodni nie licząc niedziel). W przypadku porodu wielorakiego do wymiaru podstawowego urlopu (przysługującego przy urodzeniu jednego dziecka) przysługuje urlop dodatkowy w wymiarze 60 dni na każde kolejne dziecko. Natomiast w przypadku adopcji dziecka poniżej 7. roku życia urlop i zasiłek rodzicielski jest wypłacany przez minimum 200 dni (28,6 tygodni). Obowiązuje minimalna stawka dzienna zasiłku macierzyńskiego i wychowawczego (rodzicielskiego) przyjęta na poziomie 15,20 EURO.

Przez pierwszych 30 dni urlopu zasiłek wychowawczy wynosi 75% zarobku, jeśli dochody nie przekraczają kwoty 45 221 EURO rocznie, zaś 32,5% zarobków dla dochodów powyżej tego poziomu. Za pozostały okres urlopu wychowawczego przysługuje zasiłek w wysokości 70% zarobków dla dochodu rocznego nie przekraczającego 29.392 EURO, a 40% zarobków dla dochodu rocznego mieszczącego się między kwotami 29.392 i 45.221 EURO, zaś 25% zarobków, jeśli dochód roczny przekracza kwotę 45.221 EURO.

Świadczenia powyższe podlegają opodatkowaniu na zasadach ogólnych, bez preferencji i ulg.

2. Tworzenie warunków rozwoju młodego pokolenia

2.1. Świadczenia pieniężne

Zasiłki rodzinne przysługują na dzieci zamieszkujące w Finlandii dla rodzica lub opiekuna dziecka, przy czym nie obowiązują inne kryteria ich uzyskiwania, poza wiekiem dziecka, a mianowicie zasiłek przysługuje na dziecko do 17 urodzin.

Prawo do zasiłku rodzinnego nie zależy od dochodu rodziny. Natomiast **wysokość** zasiłków rodzinnych jest zróżnicowana **zależnie od liczby dzieci** i wynosi:

- na pierwsze dziecko – 100 EURO
- na drugie dziecko – 110,50 EURO
- na trzecie – 131 EURO
- na czwarte – 151,50 EURO
- na piąte i każde kolejne dziecko – 172 EURO.
- W przypadku rodziców samotnie wychowujących dzieci uzupełniając przysługuje dodatek do zasiłku rodzinnego na każde dziecko w wysokości 36,60 EURO.

Tak więc w systemie zasiłków rodzinnych przyjęto **preferencje dla rodzin wielodzietnych** w postaci rosnącej kwoty zasiłku na każde kolejne dziecko oraz dla **rodzin niepełnych** w postaci dodatku do zasiłku podstawowego.

Zasiłki rodzinne nie są zróżnicowane zależnie od wieku dziecka i nie uwzględniają etapów pobierania nauki. Poziom zasiłków rodzinnych jest ustalany przez rząd.

2.2. Ulgi podatkowe

Generalnie w systemie podatkowym istnieje możliwość wspólnego rozliczenia dochodów, natomiast nie ma ulg na dzieci. Tym samym w systemie podatkowym nie przyjęto preferencji w formie ulg czy zwolnień podatkowych na rodziny niepełne czy wielodzietne. **System podatkowy jest neutralny wobec sytuacji rodzinnej podatnika.** Wyjątkiem jest stosowanie ulg podatkowych dla małżeństw: od 1993 r. dochody dzieli się na dwie osoby.

Zasiłki rodzinne, jednorazowy zasiłek dla matek z tytułu urodzenia dziecka, świadczenie adopcyjne, specjalne zasiłki na opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym nie podlegają **opodatkowaniu**. Podob-

nie zwolnione z podatku są zasiłki gwarantujące minimalny dochód z pomocy społecznej. Nie ustalono limitu dochodu dla zwolnień czy ulg podatkowych.

Natomiast zasiłek z tytułu opieki nad dzieckiem w domu i częściowy zasiłek z tytułu jednoczesnego wykonywania pracy w zmniejszonym wymiarze i sprawowania opieki podlegają opodatkowaniu.

2.3. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży

Usługi opieki nad dziećmi: usługami opieki dziennej objętych jest 22% dzieci w wieku 0-3 lata, 66% dzieci w wieku 3 do 6 lat. Rodzice ponoszą relatywnie niskie koszty instytucjonalnej opieki – około 15% (reszta finansowana jest przez państwo i władze lokalne). Rodziny z niskimi dochodami są zwolnione z opłat. Przy tym opieka nad dziećmi w wieku 6 lat jest dla rodziców całkowicie bezpłatna. Żłobki i przedszkola są czynne 10-12 godzin dziennie, co służy zwiększeniu dostępności tych placówek dla dzieci rodziców pracujących.

Zasiłki z tytułu opieki nad dzieckiem w domu przysługują rodzinom, które opiekują się dziećmi do lat trzech w domu lub w **systemie opieki dziennej w placówkach** prowadzonych przez gminy. Na kwotę zasiłku składa się kilka elementów, a mianowicie:

a/ **kwota bazowa** 294,28 EURO

b/ **kwota dodatkowa** zależna od wieku dziecka, wynosząca 84,09 EURO na dziecko do lat trzech i 50,46 EURO na dziecko w wieku 3-6 lat

c/ **dodatek zależny od dochodu**, wynoszący maksymalnie 168,19 EURO miesięcznie.

Poziom zasiłków z tytułu opieki nad dzieckiem w domu jest ustalany przez rząd.

Natomiast w przypadku oddania dziecka pod opiekę osobom czy instytucjom prywatnym przysługuje specjalny dodatek z tego tytułu wypłacany bezpośrednio prowadzącym taką opiekę. Jego kwota podstawowa wynosi 137,33 EURO miesięcznie, a dodatkowa – zależna od dochodu, wynosi maksymalnie 134,55 EURO. Tym samym rodzina oddająca pod opiekę dziecko osobie/ instytucji prywatnej znacznie mniej płaci za taką opiekę, bo jest ona dofinansowywana przez gminy.

Ponadto, przewidziano w rozwiązaniach wspierających rodziny wychowujące dzieci powyżej trzech lat oraz pobierające naukę w pierwszych dwóch klasach, udogodnienie dla jednego z rodziców w postaci częściowego zasiłku na opiekę nad takim dzieckiem, jeśli rodzic ten

pracuje w zmniejszonym wymiarze czasu pracy, skróconym maksymalnie do 30 godzin tygodniowo. Taki **częściowy zasiłek** wynosi 70 EURO miesięcznie.

3. Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach

3.1. Pomoc rodzinom wielodzietnym

W podstawowym systemie zasiłków rodzinnych przyjęto **preferencje dla rodzin wielodzietnych** w postaci rosnącej kwoty zasiłku na każde kolejne dziecko (por.pkt.2.1.). Natomiast nie przewidziano ulg w podatku od dochodów osobistych dla tego typu rodzin.

3.2. Pomoc rodzinom niepełnym

W systemie podstawowym zasiłków rodzinnych przyjęto **preferencje dla rodzin niepełnych** w postaci dodatku do zasiłku podstawowego.

- W przypadku rodziców samotnie wychowujących dzieci uzupełniająco przysługuje dodatek do zasiłku rodzinnego na każde dziecko w wysokości 36,60 EURO, co stanowi 36% poziomu zasiłku rodzinnego na pierwsze dziecko.
- W Finlandii, podobnie jak w Estonii i w Szwecji, obowiązuje dualny system rent rodzinnych.

Uprawnieni do renty rodzinnej są:

- współmałżonek
- wdowa, jeśli była uprawniona do alimentów przed śmiercią małżonka
- dzieci na utrzymaniu poniżej 18 lat (20 lat, jeśli uczą się).
- **Renta rodzinna** składa się z dwóch części:

1/ **Z części państwowej /obywatelskiej**, finansowanej z podatków, wypłacanej przez 6 miesięcy. Wpłata jest kontynuowana, jeśli dziecko pozostaje nadal na utrzymaniu i uczy się. Przez pierwsze 6 miesięcy wysokość renty wynosi od 230,86 do 275,85 euro miesięcznie zależnie od wieku dziecka/dzieci, a w kolejnych miesiącach w jednolitej wysokości wynoszącej 88,02 euro miesięcznie. Jeżeli do renty uprawniona jest tylko wdowa po zmarłym (małżeństwo bez dzieci) to wysokość świadczenia zależy od osiąganego przez wdowę dochodu oraz posiadanej własności.

2/ **Renta z ubezpieczenia społecznego** zależna od liczby uprawnionych do niej i wynosząca od 33 do 83% antycypowanej emerytury zmarłego rodzica/rodziców.

Warunkiem do nabycia renty jest spełnienie wymogu minimalnego okresu ubezpieczenia.

3.3. Pomoc rodzinom z niepełnosprawnym dzieckiem

Specjalny zasiłek na opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym i przewlekle chorym przysługuje na dziecko do 16. roku życia. Przewidziano gradację jego wysokości zależnie od poziomu zaangażowania rodziny w opiekę (można przypuszczać, że zaangażowanie to zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności dziecka) i wynosi on:

79,83 EURO

lub 186,28 EURO

bądź 361,21 EURO miesięcznie.

Zasiłek ten podlega waloryzacji corocznie zależnie od wzrostu kosztów utrzymania.

Dzieci niepełnosprawne mają ***pierwszeństwo w przyjęciach do opieki przedszkolnej.***

3.4. Pomoc dla rodzin dysfunkcyjnych, w szczególności dla dzieci i młodzieży w tych rodzinach (sierot)

Świadczenie adopcyjne przysługuje rodzicom adoptującym dziecko z zagranicy. Wysokość świadczenia wynosi od 1900 do 4500 EURO zależnie od kraju pochodzenia dziecka, a więc 19-krotność do 45-krotności zasiłku rodzinnego na pierwsze dziecko.

Renta sieroca składa się z części gwarantowanej przez państwo oraz z części wynikającej z opłacania składek ubezpieczeniowych przez pracującego zmarłego rodzica/rodziców (por. pkt. 3.2.).

3.5. Pomoc dla rodzin ubogich

Ostateczną formą pomocy dla **osób i rodzin okresowo pozbawionych środków** do życia są zasiłki z pomocy społecznej, regulowane Ustawą o pomocy społecznej z 1997 roku. Przy określaniu prawa do pomocy bierze się pod uwagę dochody osoby/ rodziny.

Wyróżnia się pięć podstawowych kategorii gospodarstw/osób, różnicujących poziom zasiłków podstawowych, a mianowicie:

1/ osoby samotne

2/ małżeństwa/ pary

3/ dzieci powyżej 17 lat mieszkające z rodzicami

4/ dzieci w wieku 10-17 lat mieszkające z rodzicami

5/ dzieci w wieku 0-9 lat mieszkające z rodzicami.

Okres pobierania zasiłku jest nieograniczony.

Wysokość świadczenia podstawowego z pomocy społecznej wynosi:

1/ dla osoby samotnej i samotnego rodzica – 389,37 EURO lub 372,62 EURO (zróżnicowanie na dwa regiony)

2/ dla małżeństwa/pary – 661,92 EURO lub 733,46 EURO

3/ dla dziecka w wieku powyżej 17 lat (mieszkające z rodzicami) – 284,24 lub 272,01 EURO

4/ dla dziecka w wieku 10 – 17 lat – 272,56 lub 260,83 EURO

5/ dla dziecka w wieku poniżej 10 lat – 245,30 lub 234,75 EURO.

Tak więc, jeśli zasiłek dla osoby samotnej przyjąć jako 100% (A) to relacje między świadczeniami wynoszą:

- dla małżonka – 85% A
- dla dziecka powyżej 17 lat – 73%A
- dla dziecka w wieku 10-17 lat – 70%A
- dla dziecka poniżej 10 lat – 63% A.

Całkowita wartość wsparcia dla przykładowo wybranych typów rodzin (kategorii gospodarstw) wynosi:

- osoba samotna – 389,37 lub 372,62 EURO
- małżeństwo bez dzieci – 661,92 lub 633,46 EURO
- małżeństwo z 1 dzieckiem w wieku 10 lat – 934,48 lub 894,29 EURO
- małżeństwo z 2 dzieci (8, 12 lat) – 1179,78 lub 1129,04 EURO
- małżeństwo z 3 dzieci (8,10, 12 lat) – 1452,34 lub 1389,87 EURO
- samotny rodzic z 1 dzieckiem (10 lat) – 661,93 lub 633,45 EURO
- samotny rodzic z 2 dzieci (8, 10 lat) – 907,23 lub 868,20 EURO.

Poza zasiłkami podstawowymi przysługuje dodatkowa pomoc ukierunkowana na pokrycie 93% wielkości uzasadnionych kosztów utrzymania mieszkania, wydatków na leki, opiekę dzienną nad dziećmi i ewentualnie na pokrycie innych niezbędnych wydatków (zasiłek celowy). **Zasiłek podstawowy i dodatkowy (celowy) z pomocy społecznej nie są opodatkowane.**

Dla rodzin z dziećmi z niskimi dochodami przewidziano również zasiłki mieszkaniowe zależne od dochodu osiąganego przez rodzinę.

Inne minimalne świadczenia ukierunkowane są na osoby i rodziny imigrantów.

Dla dzieci z rodzin ubogich funkcjonuje zasada szerokiego dostępu i **bezpłatnego korzystania** z usług opieki instytucjonalnej nad małymi dziećmi.

SZWECJA

Szwecja liczy 9 mln mieszkańców i osiąga dodatni, choć niewielki, przyrost naturalny. Współczynnik dzietności jest tu jednym z wyższych w Europie, przy czym przeciętny wiek rodzenia pierwszego dziecka przez kobiety przekroczył 30 lat. Szwecja ma jeden z najwyższych wskaźników udziału urodzeń pozamałżeńskich w liczbie urodzeń ogółem. Z jednej strony osiąga dodatni przyrost naturalny i wysoki współczynnik dzietności, zaś z drugiej ma najwyższy w Europie udział małżeństw bezdzietnych. Wyróżnia się także wysoką skutecznością w zwalczaniu ubóstwa poprzez trafność transferów socjalnych. Udział transferów socjalnych w PKB jest jednym z najwyższych w Europie.

1. Rozwiązania sprzyjające decyzjom prokreacyjnym oraz godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi

1.1. Świadczenia pieniężne i rzeczowe związane z urodzeniem dziecka

Podstawę prawną świadczeń macierzyńskich i rodzicielskich stanowi Ustawa o ubezpieczeniu państwowym z 1962 roku oraz Ustawa o ubezpieczeniu rodzicielskim z 1974 roku. **Opieka zdrowotna** jest finansowana z podatków i zapewniana wszystkim mieszkańcom. System opieki zdrowotnej dla matek jest bezpłatny.

Funkcjonuje obowiązkowy system ubezpieczenia rodzicielskiego dla ludności pracującej osiągającej wynagrodzenia oraz pobierającej świadczenia.

Podstawowym warunkiem uprawniającym do uzyskania prawa do świadczenia macierzyńskiego i rodzicielskiego oraz okresowego zasiłku rodzicielskiego jest posiadanie statusu pracownika lub pracującego na własny rachunek.

Pracującej kobiecie w ciąży jest wypłacane **świadczenie wyrównawcze** (pregnancy cash benefit), jeżeli nie może ona kontynuować swojej pracy (na zajmowanym dotychczas stanowisku) przez okres 60 dni przed planowanym rozwiązaniem bądź w okresie, kiedy zostanie przeniesiona na inne stanowisko pracy w związku z wykonywaniem pracy zakazanej prawnie, niebezpiecznej dla zdrowia.

Nie istnieje specjalne jednorazowe świadczenie z tytułu urodzenia dziecka.

Urlop i zasiłek macierzyński razem z rodzicielskim (w Polsce – wychowawczy) jest wypłacany przez okres 480 dni na dziecko (około 1,3 lat). Przy czym okres 390 dni jest płatny tak jak zwolnienie chorobowe (ubezpieczenia chorobowe), minimalnie 20 EURO dziennie (minimalne gwarantowane świadczenie). Natomiast pozostałe 90 dni są płatne stosownie do kwoty minimalnej ubezpieczenia.

Urlop może być wykorzystany najwcześniej 60 dni przed planowanym porodem i w całości wykorzystany aż do osiągnięcia przez dziecko ośmiu lat życia.

Ojcowie są uprawnieni do 10 dni urlopu płatnego w związku z urodzeniem się dziecka. Dni te w szczególnych sytuacjach mogą być wykorzystane przez inną osobę niż ojciec.

Jeżeli rodzice dzielą się opieką nad dzieckiem (każde z nich wykorzystuje część przysługującego urlopu) to każde z nich jest uprawnione do połowy całkowitej liczby dni urlopu. To prawo do potencjalnego wykorzystania części urlopu – podzielenia się urlopem – może zostać przeniesione na drugiego z rodziców, ale 60 dni z całości urlopu jest zarezerwowane do wykorzystania przez matkę.

Aby otrzymać rodzicielski (macierzyński) zasiłek powyżej 20 EURO dziennie, rodzic musiał wcześniej opłacać ubezpieczenie chorobowe powyżej 20EURO przez przynajmniej 240 ostatnich dni przed porodem (wg stanu prawnego 2007 rok). Ten warunek musi być spełniony dla uzyskania prawa do zasiłku, ale nie do otrzymania urlopu (dni wolnych).

1.2. Opieka rodzicielska nad małym dzieckiem

Urlop rodzicielski funkcjonuje jako przedłużenie urlopu macierzyńskiego (por. pkt.1.1).

Okresowy urlop i zasiłek opiekuńczy jest wypłacany, jeżeli dziecko jest chore i rodzic musi wziąć zwolnienie z pracy na opiekę nad dzieckiem (zwolnienie opiekuńcze). Urlop i zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres maksymalnie do 120 dni rocznie. Przysługuje na dziecko do 12. roku życia. W określonych przypadkach zwolnienie może być dłuższe. Zasiłek macierzyński i rodzicielski (oraz opiekuńczy) wynosi tak jak przy zwolnieniu chorobowym 80% osiąganego wynagrodzenia.

Omówione świadczenia: zasiłek wyrównawczy, zasiłek macierzyński, rodzicielski i opiekuńczy są przedmiotem opodatkowania na zasadach ogólnych bez zwolnień i ulg.

Nie istnieją specjalne zasiłki z tytułu opieki nad dzieckiem w domu lub w instytucji, tak jak ma to miejsce w Finlandii.

2. Tworzenie warunków rozwoju młodego pokolenia

2.1. Świadczenia pieniężne

System świadczeń rodzinnych na dzieci jest obowiązkowy i powszechny; obejmuje wszystkie dzieci mieszkające w Szwecji. Jest finansowany z podatków i obejmuje:

- zasiłki dla dzieci
- dodatki dla rodzin wielodzietnych.

Prawo do zasiłku rodzinnego nie zależy od dochodu rodziny.

Zasiłki rodzinne na dzieci są zwykle wypłacane matce lub po złożeniu specjalnego wniosku bądź zmianie opieki (praw do opieki) – ojcu.

Zasiłek przysługuje na dziecko do 16. roku życia niezależnie od dochodu rodziny. Taki sam zasiłek jest wypłacany na dzieci w szkołach średnich i ponadśrednich, kiedy dziecko przekroczyło 16 lat.

Wysokość zasiłku nie zależy od wieku i liczby dzieci i wynosi 116 EURO miesięcznie (2007 r.).

Zasiłki rodzinne nie są przedmiotem opodatkowania.

Rodziny osób bezrobotnych oraz emerytów i rencistów są uprawnione do wszystkich zasiłków rodzinnych.

2.2. Ulgi podatkowe

System podatkowy jest neutralny wobec sytuacji rodzinnej podatnika – brak ulg na dzieci. Tym samym nie funkcjonują preferencje dla rodzin wielodzietnych czy niepełnych. Zasiłki rodzinne oraz zasiłki gwarantujące minimalny dochód z pomocy społecznej są nieopodatkowane.

2.3. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży

Usługi opieki nad dziećmi: od 2002 r. wprowadzono ograniczenia w zakresie bezpłatnej opieki instytucjonalnej dla dzieci, określając koszt minimalny i maksymalny ponoszony przez rodziców. Przy tym matki wychowujące więcej niż jedno dziecko mają zapewnione codzienne 3 godziny bezpłatnej opieki w placówce. Tak więc usługi publicznych placówek opieki nad dziećmi (żłobki, przedszkola, zajęcia pozalekcyjne

w centrach opiekuńczych) są odpłatne częściowo. Wysokość indywidualnej opłaty zależy od zarobków rodziców, liczby dzieci w rodzinie oraz zakresu opieki, tzn. liczby godzin spędzanych przez dziecko w placówce opiekuńczej. Zależnie od regionu i wielkości gospodarstwa domowego opłaty za usługi opiekuńcze wynoszą od 16 do 25% dochodu rozporządzalnego gospodarstw. Rodziny niepełne biologicznie o niskim dochodzie (stanowiącym kryterium pomocy społecznej) mogą korzystać ze środków lokalnej pomocy społecznej na pokrycie kosztów opieki nad dzieckiem. Prawa do uczęszczania do placówek nie mają dzieci obojga bezrobotnych rodziców. Opieką w placówkach opieki dziennej objętych jest połowa z liczby dzieci w wieku 0-3 lata i zdecydowana większość dzieci w wieku od 3. lat do wieku obowiązku szkolnego (80%). Przy tym opieka nad dziećmi w wieku 6-7 lat jest dla rodziców całkowicie bezpłatna.

Żłobki dla dzieci do dwóch lat są czynne w ciągu dnia przez około 4-5 godzin, zaś placówki przedszkolne 8-10 godzin.

3. Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach

3.1. Pomoc rodzinom wielodzietnym

Dodatki do zasiłku rodzinnego na dzieci w rodzinach wielodzietnych są wypłacane na drugie i kolejne dziecko i wynoszą:

- na drugie dziecko – 11 EURO
- na trzecie dziecko – 39 EURO
- na czwarte dziecko – 95 EURO
- na piąte i kolejne dziecko – 116 EURO.

W systemie podatku od dochodów osobistych nie ma preferencji ani zwolnień dla rodzin wielodzietnych.

W systemie opieki instytucjonalnej nad małymi dziećmi z rodzin wychowujących dwoje i więcej dzieci, ustanowiona jest bezpłatność opieki przez 3 godziny dziennie. Ponadto, przyjęto ulgi w opłatach zależnie od liczby dzieci.

3.2. Pomoc rodzinom niepełnym

W Szwecji funkcjonuje odrębny system świadczeń dla rodzin niepełnych. **Samotni rodzice** mają gwarantowany dodatkowy dochód na utrzymanie w wysokości 141 EURO niezależnie od alimentów płaconych przez drugiego z rodziców oraz niezależnie od zasiłku na utrzy-

manie (pomoc społeczna) otrzymywanego od państwa. Świadczenie to jest nieopodatkowane.

Do kolejnego świadczenia – **renty rodzinnej** uprawnieni są: wdowy, partnerzy, dzieci.

Renty rodzinne na osoby pozostające na utrzymaniu zmarłego mają charakter dualny.

Renta składa się z dwóch części, mianowicie:

1/ części państwowej/obywatelskiej, wynoszącej 30% kwoty podstawowej

2/ z części ubezpieczeniowej, wynoszącej 30% antycypowanej emerytury rodzica/rodziców. Generalnie renta rodzinna ogółem (część państwowa i ubezpieczeniowa) nie może wynosić więcej niż 100% emerytury rodzica/rodziców.

Do renty wdowiej/sierocej przysługuje dodatek mieszkaniowy, po spełnieniu kryterium dochodowego. Dodatek wynosi 93% kosztów utrzymania mieszkania, ale nie więcej niż określona kwota (2007 r.–554 Euro).

Renty rodzinne są przedmiotem opodatkowania, natomiast dodatek mieszkaniowy jest zwolniony z podatku od dochodów osobistych.

Przyjęto preferencje w korzystaniu dzieci pochodzących z rodzin niepełnych o niskich dochodach z opieki instytucjonalnej nad małymi dziećmi. Koszty opieki pokrywane są przez pomoc społeczną.

3.3. Pomoc rodzinom z niepełnosprawnym dzieckiem

Nie istnieje system zasiłków czy dodatków na dzieci niepełnosprawne.

Natomiast w systemie świadczeń inwalidzkich funkcjonuje świadczenie pielęgnacyjne na dzieci niepełnosprawne, przysługujące rodzicowi/opiekunowi rezygnującemu z pracy i podejmującemu opiekę nad takim dzieckiem. Maksymalna kwota świadczenia sięga 880 EURO czyli 7,5-krotność zasiłku rodzinnego.

3.4. Pomoc dla rodzin dysfunkcyjnych

Sieroty korzystają ze wszystkich zasiłków rodzinnych.

Renta sieroca składa się z części gwarantowanej przez państwo oraz z części ubezpieczeniowej, jeśli rodzic/rodzice pracowali i opłacali składki na ubezpieczenie społeczne (por.pkt.3.2.).

Funkcjonuje zasiłek w przypadku adopcji dziecka z zagranicy w wysokości 4432 EURO (co stanowi w przeliczeniu 38-krotność zasiłku rodzinnego-obliczenia własne).

3.5. Pomoc dla rodzin ubogich

Ostateczną formą pomocy, komplementarną do innych zasiłków na przeżycie, dla osób i rodzin pozostających okresowo bez wystarczających środków do życia, pozostają **świadczenia z pomocy społecznej**. Podobnie jak w Finlandii prawo do tej pomocy mają wszyscy mieszkańcy pozbawieni dochodu lub osiągający niskie dochody, a okres wypłaty jest bez ograniczeń. Podstawowe kategorie gospodarstw, różnicujące poziom zasiłku to :

- kwota bazowa dla osób samotnych
- kwota bazowa dla par/małżeństw
- kwota bazowa dla dzieci w różnym wieku.

Kwota bazowa zasiłku pokrywa wydatki na żywność, odzież i obuwie, czas wolny i rozrywkę, ochronę zdrowia i artykuły higieniczne, środki piśmienne, codzienną gazetę, opłatę za telefon i telewizję.

Kwota zasiłku wynosi:

1/ dla osoby samotnej – 293 EURO

2/ dla pary – 529 EURO

3/ dla dzieci w wieku:

- 0 – 1 lat – 173 EURO
- 1 – 2 lata – 196 EURO
- 3 lata – 161 EURO
- 4 – 6 lat – 196 EURO
- 7 – 10 lat – 219 EURO
- 11 – 14 lat – 252 EURO
- 15 – 18 lat – 283 EURO.

Do powyższych zasiłków na ogólne wydatki w gospodarstwie domowym, specjalna kwota jest dodawana zależnie od liczby osób w gospodarstwie domowym. Dodatek ten wynosi:

- 1 osoba – 92 EURO
- 2 osoby – 103 EURO
- 3 osoby – 129 EURO
- 4 osoby – 148 EURO
- 5 osób – 170 EURO
- 6 osób – 193 EURO
- 7 osób – 212 EURO.

Tak więc łączne kwoty zasiłków przysługujących wybranym **przykładowo typom rodzin** (kategoriom gospodarstw domowych) wynoszą:

- osoba samotna = 385 (293 + 92) EURO
- para bez dzieci = 632 (529 + 103) EURO
- para z 1 dzieckiem (10 lat) = 877 (529 + 219 + 129)
- para z 2 dziećmi (8, 12 lat) = 1148 (529 + 219 + 252 + 148)
- para z 3 dziećmi (8, 10, 12 lat) = 1388 (529 + 219 + 219 + 252 + 170)
- samotny rodzic z 1 dzieckiem (10 lat) = 615 (293 + 219 + 103)
- samotny rodzic z 2 dziećmi (8, 10 lat) = 860 (293 + 219 + 219 + 129) EURO.

Zasiłki z pomocy społecznej nie są opodatkowane, nie ma między nimi wyznaczonych celowo relacji, zależą od potrzeb różnych kategorii gospodarstw i kosztów utrzymania.

Ponadto, może być przyznawana pomoc na niezbędne wydatki mieszkaniowe, transport do i z pracy, ubezpieczenie mieszkania, opiekę lekarską i dentystyczną, okulary, składki członkowskie w związkach zawodowych i w funduszu ubezpieczenia od bezrobocia.

Osoby i rodziny, osiągające niskie dochody, mają prawo do zasiłku mieszkaniowego. Warunkiem jego uzyskania obok niskiego dochodu są potrzeby mieszkaniowe w zakresie wielkości czy standardu mieszkania. Zasiłek jest ukierunkowany przede wszystkim na rodziny. Wielkość pomocy (zasiłku) zależy od:

- dochodu rodziny
- składu gospodarstwa domowego
- kosztów utrzymania mieszkania
- wielkości mieszkania.

Nie funkcjonują inne specjalne minimalne świadczenia.

Dla dzieci z rodzin ubogich przyjęto **szeroki dostęp i niską odpłatność lub zwolnienia z opłaty za korzystanie z opieki instytucjonalnej** nad małymi dziećmi.

3.4. Model południowoeuropejski – GRECJA, WŁOCHY

GRECJA

Grecki system opiera się na tradycyjnych formach rodzinnej solidarności. Jednak w sytuacji erozji tradycyjnych struktur rodzinnych państwo zmuszone jest do budowy bardziej wszechstronnego systemu zabezpieczenia społecznego.

System państwa opiekuńczego jest w stadium ewolucji. Podobnie do systemu konserwatywnego ochrona socjalna bazuje na ubezpieczeniu społecznym, zróżnicowanych, selektywnych i fragmentarycznych świadczeniach, w większym stopniu zwróconych na ochronę ludzi starszych. Poziom świadczeń jest bardzo niski i zależny od zróżnicowanych kryteriów, głównie dochodowych. W ostatnim czasie polityka społeczna przechodzi do bardziej aktywnych instrumentów.

1. Rozwiązania sprzyjające decyzjom prokreacyjnym oraz godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi

1.1. Świadczenia pieniężne i rzeczowe związane z urodzeniem dziecka

Urlopy i zasiłki macierzyńskie

Wymiar urlopu macierzyńskiego wynosi 17 tygodni (56 dni przed i 63 po porodzie). Matki ubezpieczone otrzymują od 45, 44 euro do 60, 82 euro dziennie (zależnie od liczby osób pozostających na utrzymaniu). Mają również prawo do specjalnego dodatku związanego z macierzyństwem wypłacanego w oparciu o zasadę *means tested*. Matki nieubezpieczone otrzymują zasiłek w kwocie 440 euro.

1.2. Opieka rodzicielska nad małym dzieckiem

Urlop wychowawczy (rodzicielski)

Urlop rodzicielski przysługuje obojgu rodzicom przez 3, 5 miesięcy każdemu z nich, a w przypadku samotnego rodzica wynosi on 7 miesięcy. Może być wykorzystany do czasu ukończenia przez dziecko 3, 5 roku życia. Ojcowie pracujący w sektorze prywatnym mają prawo do 1 dnia urlopu ojcowskiego. Urlop ten jest bezpłatny.

Ponadto każdy z rodziców ma prawo do ograniczenia dziennego wymiaru czasu pracy.

Zwolnienie opiekuńcze

Zwolnienie opiekuńcze przysługuje rodzicom na opiekę nad chorym dzieckiem do lat 16. Długość zwolnienia zależy od liczby dzieci. I tak na jedno dziecko przysługuje 6 dni, na dwoje – 8 dni, a na troje i więcej – 10 dni w roku. Dodatkowe 4 dni wolne od pracy przysługują rodzicom na kontakty ze szkołą dzieci.

1.3. Opieka pozarodzicielska nad małym dzieckiem

Blżej na ten temat – w punkcie 2.3.

2. Tworzenie warunków rozwoju młodego pokolenia (wspieranie rodzin w inwestowaniu w młode pokolenie).

2.1. Świadczenia pieniężne

Zasiłki rodzinne

Grecja ma bardzo fragmentaryczny, selektywny i skomplikowany system świadczeń oparty na udziale uprawnionych w systemie ubezpieczeniowym. Świadczenia kierowane są do biednych i znajdujących się w trudnych sytuacjach, ale są na niskim poziomie. Nie istnieje uniwersalne wsparcie minimum dochodów dla tych, którzy nie są ubezpieczeni.

Zasiłki rodzinne przysługują osobom pracującym, ubezpieczonym co najmniej przez 50 dni w danym roku. Przysługują na dzieci w wieku do 18 lat, a do 22 – jeżeli kontynuują naukę, są niepełnosprawne, o ile niepełnosprawność powstała przed 18 rokiem życia. Wysokość zasiłków jest zróżnicowana zależnie od liczby dzieci: od 8, 22 euro na pierwsze do 67, 38 euro na czwarte dziecko. Na każde następne dziecko zasiłek wzrasta o 11, 30 euro, a w przypadku sierot – o 3, 67 euro. W takiej samej wysokości wzrasta zasiłek wypłacany samotnym rodzicom, (przez których rozumie się owdowiałych inwalidów, korzystających przez długi czas z renty rodzinnej) oraz zasiłek na dziecko niepełnosprawne.

Zasiłki rodzinne przysługują też osobom bezrobotnym, pod warunkiem, że są one ubezpieczone przez okres co najmniej 50 dni.

Matki mające troje dzieci do lat 6 są uprawnione do specjalnego zasiłku w wysokości 145 euro miesięcznie. Matki z czworgiem i większą liczbą dzieci otrzymują ponadto świadczenie w wysokości 83 euro.

Samotne matki lub opiekunowie są uprawnieni do finansowego wsparcia wówczas, jeżeli ich miesięczny dochód jest niższy od 235 euro dla trzyosobowej rodziny (plus 21 euro na każdego dodatkowego członka). Otrzymują one świadczenie w wysokości 44 euro miesięcznie. Zasiłki rodzinne są wypłacane pracownikom ubezpieczonym i zależnie od liczby dzieci, wzrastają w przypadku wdowieństwa rodzica, niepełnosprawności małżonka i pozostawania ojca w służbie wojskowej. Zasiłek wynosi na 1 dziecko – 6 euro, na dwoje – 18, na troje 40, na czworo – 48 i po 8 euro na każde kolejne dziecko.

Jednorazowy zasiłek związany z edukacją

Rodziny z dziećmi do lat 16 mają prawo do świadczenia związanego z edukacją przedszkolną i szkolną; raz w roku w wysokości 300 euro, jeżeli roczny dochód nie przekracza 3000 euro.

Świadczenia z tytułu śmierci żywiciela

Osobami uprawnionymi do świadczeń z tytułu śmierci żywiciela są osoby owdowiałe, rozwiedzione oraz dzieci. W przypadku osób ubezpieczonych przed 1 stycznia 1993 roku uprawnieniem są objęci także rodzice i wnuki. Warunkiem przyznania świadczenia jest pozostawanie osoby zmarłej w ubezpieczeniu przez określony okres czasu.

Zasady wypłaty są zależne od czasu, w którym osoba zmarła była ubezpieczona. Dla osób ubezpieczonych po styczniu 1999 r. świadczenie jest zmniejszane, o 50% jeżeli pracują, a w całkowitej wysokości przysługuje osobom niepełnosprawnym. Zmniejszone świadczenie jest przywracane do pełnej wysokości, jeżeli uprawniony skończy 65 lat, (ale nadal jest zredukowane, o 55% jeżeli kontynuuje pracę). Warunkiem uzyskania świadczenia dla osób rozwiedzionych jest wiek (65 lat) i pozostanie w stanie wolnym. Świadczenie przysługuje dzieciom: do lat 18, jeżeli się uczą – do 24 lat, a niepełnosprawnym – bez ograniczenia wieku.

Wysokość świadczenia po zmarłym ubezpieczonym przed 1993 rokiem wynosi 70% emerytury, do której byłby uprawniony zmarły. Dzieciom po jednym zmarłym rodzicu przysługuje świadczenie w wysokości 20% emerytury, jeżeli straciły oboje rodziców – 60% emerytury. Świadczenia dla rodziców i wnuków wynoszą 25% w relacji do emerytury, która przysługiwałaby zmarłemu. Istnieją minimalne i maksymalne granice wysokości świadczeń; wynoszą one odpowiednio 400, 82 euro i 1529, 58 euro.

Jeżeli ubezpieczenie było w okresie po 1993 roku – wysokość świadczenia dla małżonka wynosi 50% emerytury, która przysługiwałaby zmarłemu. Dla sierot odpowiednio – 25% na każde dziecko w przypadku utraty jednego z rodziców, a w przypadku utraty obojga 50%. Minimalne świadczenie wynosi 362, 96 euro a maksymalne 1269, 14 euro miesięcznie.

2.2. Ulgi podatkowe

Pracujący rodzice mogą korzystać z ulgi podatkowej zróżnicowanej zależnie od liczby dzieci: do 88 euro na jedno dziecko, 205 euro na dwoje, 616 euro na troje, 939 euro na czworo i więcej dzieci. Inną formą ulg

podatkowych są odliczenia kosztów opieki zdrowotnej, kosztów związanych z mieszkaniem, kosztów opieki nad dzieckiem (do 10%).

2.3. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży

Usługi opiekuńcze

Udział kobiet na rynku pracy przy niskim poziomie opieki nad dziećmi powoduje trudności z godzeniem obowiązków zawodowych z rodzinnymi. Pojawiają się nowe możliwości podejmowania pracy w niepełnym wymiarze czasu pracy i zwiększa się zakres placówek opieki nad dziećmi, ale nadal jest zbyt mały w stosunku do potrzeb. Rodziny pozostają głównymi opiekunami dzieci. Z jednej strony istnieje nadal silna solidarność między dużymi rodzinami, sąsiadami itp. Usługi społeczne stanowią tylko dodatkowe zabezpieczenie. Problem narasta dla tych osób, które nie mają takiej sieci nieformalnego wsparcia i dotyczy wzrastającej grupy rodzin nieopartych o tradycyjne struktury i sieci powiązań rodzinnych.

Publiczne placówki opieki nad dziećmi są administrowane przez władzę lokalne lub przez Ministerstwo Zdrowia i Pomocy Społecznej. Oferują one programy dla dzieci poniżej 2, 5 lat oraz dla dzieci w wieku 2, 5-6 lat. Rodzice wnoszą opłaty zależne od dochodu.

Usługi zdrowotne

Ochrona zdrowia opiera się na systemie ubezpieczeń zdrowotnych, którymi są objęci pracujący, emeryci, bezrobotni oraz członkowie ich rodzin pozostający na utrzymaniu. Pacjenci nie płacą za porady udzielane przez lekarzy systemu ubezpieczeniowego i za hospitalizację. Udział w kosztach zakupu leków wynosi 25%, a w przypadku niektórych poważnych chorób – 10%. Nie płaci się w przypadkach bezrobocia, ciąży i chorób chronicznych lub niepełnosprawności. Emerycie mają opłaty obniżone do 10%. Osoby nieubezpieczone mają także dostęp do ochrony zdrowia.

3. Pomoc rodzinom znajdującym się w trudnych sytuacjach

Działania na rzecz walki z ubóstwem poprzez podniesienie finansowych zasobów rodziny polega – tak jak w innych krajach – głównie na przeniesieniu do sfery pracy. Łączy się z tym strategia zwiększenia miejsc pracy w ogóle, w tym pracy w niepełnym wymiarze czasu. Wpro-

wadzano nowe regulacje prawne dotyczące elastycznego czasu pracy oraz praw pracowników i pracodawców. Rząd wspiera również nisko wynagradzanych, którzy otrzymują płacę minimalną poprzez subsydiowanie ich składek ubezpieczeniowych.

Sieć Usług Wsparcia Społecznego ukierunkowana jest na grupy zagrożone wysokim stopniem wykluczenia społecznego, które nie mają dostępu do usług społecznych. Lokalne agencje rozpoznają potrzeby w tym zakresie i planują odpowiednie strategie we współpracy z zainteresowanymi. Strategie te obejmują edukację, rozwój kwalifikacji zawodowych, naukę skutecznego poszukiwania pracy, informację prawną i wsparcie psychospołeczne.

Gospodarstwa domowe, które permanentnie żyją na terenach zagrożonych i mają niski dochód roczny (poniżej 2200 euro) są uprawnione do pomocy w wysokości 600 euro jeżeli dochód jest niższy od 1500 euro i 300 euro w przypadku dochodu 1500-2200.

Istnieją też specjalne zasiłki mające na celu pomoc osobom z różnymi rodzajami niepełnosprawności lub chronicznie chorym.

Grecja dostrzega potrzebę prewencji w zakresie ubóstwa dzieci, jako społeczną inwestycję w podtrzymanie międzygeneracyjnej transmisji społecznych i ekonomicznych problemów. Ze względu na wyższą stopę ubóstwa dzieci w porównaniu do innych grup rząd kładzie nacisk na wzmocnienie rodzinnej solidarności. Oznacza to brak narodowej polityki i skierowanie tych spraw na poziom lokalny, na którym ma następować wzmacnianie rodzin i budowanie rodzinnej spójności. Przykładem są Centra Doradztwa Rodzinnego, Centra Rodziny i działania w zakresie edukacji rodziców. Ponadto istnieje Narodowe Centrum Pomocy Społecznej, lecz koncentruje się ono na wspieraniu instytucji prewencji w zakresie usług i społecznej ekskluzji.

Istnieją też rozwiązania mające na celu zagwarantowanie dzieciom dostępu do edukacji, zdrowia i kultury. Obejmują one organizację letnich obozów, bezpłatny dostęp do usług kulturalnych i aktywności sportowej, bibliotek i urządzeń internetowych.

Grecki system opiera się na tradycyjnych formach rodzinnej solidarności. Jednak w sytuacji erozji tradycyjnych struktur rodzinnych państwo zmuszone jest do budowy bardziej wszechstronnego systemu zabezpieczenia społecznego.

Grecki system państwa opiekuńczego jest w stadium ewolucji. Podobnie do systemu konserwatywnego ochrona socjalna bazuje na ubezpieczeniu społecznym, zróżnicowanych, selektywnych i frag-

mentarycznych świadczeniach, w większym stopniu zwróconych na ochronę ludzi starszych. Poziom świadczeń jest bardzo niski i zależny od zróżnicowanych kryteriów, głównie dochodowych. W ostatnim czasie polityka społeczna przechodzi do bardziej aktywnych instrumentów.

WŁOCHY

1. Rozwiązania sprzyjające decyzjom prokreacyjnym oraz godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi

1.1. Świadczenia pieniężne i rzeczowe związane z urodzeniem dziecka

Opieka medyczna nad kobietą w ciąży

W okresie ciąży i porodu opłata usługi medyczne są częściowo odpłatne. Stosowana jest zmniejszona stawka opłat podstawowych.

Zasiłek na małe dziecko/adopcyjny

Rodziny, w których urodziło się trzecie dziecko i rodziny adoptujące dziecko otrzymują w pierwszych 13 miesiącach od jego urodzenia zasiłek w kwocie 122,80 €, finansowany przez samorządy lokalne.

Uprawnienia macierzyńskie w niżej opisanym zakresie odnoszą się do pracowników sektora prywatnego. W stosunku do pozostałych istnieją szczególne, odrębne unormowania. W każdym przypadku są to rozwiązania wynikające z podlegania ubezpieczeniu społecznemu.

Urlop macierzyński

Przysługuje pracującej matce dziecka opcjonalnie na miesiąc lub na dwa miesiące przed przewidywaną datą porodu i – odpowiednio – przez 3 lub 4 miesiące po porodzie; łącznie 5 miesięcy. Szósty, dodatkowy miesiąc urlopu, udzielany na wniosek pracownika, może wykorzystać ojciec dziecka, jeżeli nie korzysta z niego matka.

Zasiłek macierzyński

Przysługuje w wysokości 80% wynagrodzenia w podstawowym, 5-miesięcznym okresie urlopu i w wys. 30% wynagrodzenia w dodatkowym, szóstym miesiącu urlopu.

Rezydentom danego obszaru przysługuje z budżetu lokalnego zasiłek po urodzeniu lub adoptowaniu dziecka, w wys. do 294.52 € miesięcznie, wypłacany przez 5 miesięcy. Wysokość zależy od dochodu

rodziny. Jest to świadczenie alternatywne do pracowniczego zasiłku macierzyńskiego i osoba uprawniona do obydwu świadczeń może wybrać korzystniejsze.

Ponadto mieszkańcom UE rezydującym na terenie Włoch przysługuje też budżetowy dodatek na małe dziecko (także adoptowane) w wys. € 1813,08 rocznie, który nie jest zależny od dochodów rodziny.

1.2. Opieka rodzicielska nad małym dzieckiem

Urlop wychowawczy

Ustawodawstwo włoskie stwierdza, że wszystkie matki z dziećmi do lat 8 są uprawnione do urlopu wychowawczego (do 2000 r. – matki dzieci do 3. roku życia)

Długość urlopu wynosi 10 miesięcy, jednak pracodawca może – na mocy porozumienia – wydłużyć ten okres, ale nie ma możliwości korzystania z urlopu i jednocześnie pracy w niepełnym wymiarze czasu.

W okresie pierwszych 6 miesięcy urlopu, ale nie później niż do ukończenia przez dziecko 3 lat (poprzednio do ukończenia 1. roku życia dziecka) przysługuje zasiłek w wysokości 30% wynagrodzenia.

Jest możliwość korzystania jeszcze przez jeden dodatkowy, jedenasty miesiąc, z bezpłatnego urlopu opiekuńczego

Ojcowie mogą korzystać z co najmniej 3 miesięcy urlopu wychowawczego i wtedy urlop w całości może trwać 11 miesięcy

W przypadku adopcji urlop przysługuje w okresie pierwszych 3 lat od przyjęcia dziecka, a wiek dziecka uprawniający do pobierania 30% zasiłku wynosi 6 lat.

Osoby samozatrudnione mają prawo do 3-miesięcznego urlopu z zasiłkiem 30-procentowym do ukończenia przez dziecko 1. roku życia.

Urlop wychowawczy (rodzicielski) wykorzystuje około 40% uprawnionych kobiet i około 5% mężczyzn. (dane Istituto nazionale di statistica, ISTAT).

Mimo wzrastającego wskaźnika aktywności zawodowej Włosek, udział mężczyzn w pracach domowych nie zmienia się, co oznacza, że kobiety coraz częściej wchodzi w obszar podwójnego obciążenia.

Liczba mężczyzn korzystających z urlopu wychowawczego nieznacznie się zmniejsza.

Z badań włoskiego urzędu statystycznego wynika, że głównym powodem ograniczonego zainteresowania urlopem wychowawczym są niekorzystne warunki finansowe (jak wspomniano – tylko 30% wynagrodzenia do chwili ukończenia przez dziecko 3 lat). O bezpłatny urlop

wychowawczy – po ukończeniu przez dziecko 3 lat – aplikuje jedynie 10% uprawnionych kobiet.

Blisko 70% mężczyzn, którzy występowali o urlop wychowawczy nie otrzymało zgody pracodawcy. Problemem jest też brak pełnej informacji o warunkach korzystania z tego urlopu.

Postawy negatywne wobec korzystania z urlopu wychowawczego wyrażają się m.in. w fakcie, że 2% kobiet zostało zwolnionych z pracy w chwili, gdy były w ciąży lub bezpośrednio po urodzeniu dziecka (w grupie 35-44 lat było to 5%), a kolejne 7,6% było zmuszonych do złożenia wypowiedzenia umowy o pracę (16.2% w grupie 35-44 lata).

Zwolnienie na czas choroby dziecka

Zarówno matka, jak i ojciec (ale wymiennie) dziecka w przypadku jego choroby mają prawo do zwolnienia z wykonywania pracy:

- na dziecko w wieku do lat 3 – na cały okres jego choroby;
- na dziecko w wieku 3-8 lat – na maksimum 5 dni na każde dziecko.

Tylko w niektórych branżach wynegocjowano 30% zasiłek, jaki przysługuje w czasie tego zwolnienia. Poza tym, za okres zwolnienia nie przysługuje wynagrodzenie, ale rodzice podlegają ochronie przed zwolnieniem i mają prawo do zachowania warunków zatrudnienia.

1.3. Opieka pozarodzicielska nad małym dzieckiem

Spośród dzieci 0-3 lata opieką pozarodzicielską objętych jest około 25% dzieci (według innych źródeł – niespełna 10%), a wśród 4-6-latków – 91%.

Ogromne jest zróżnicowanie dostępu i jakości opieki przedszkolnej między regionami kraju. W niektórych regionach brak chętnych do korzystania ze żłobków.

Wydatków poniesionych na opiekę pozarodzicielską nie można odpiścić od podatku.

Opieka świadczona w szkołach jest dla rodziców bezpłatna.

Udział dzieci w placówkach opieki pozarodzicielskiej (żłobki, przedszkola, świetlice) w porównaniu z rokiem 1998 wzrósł o 9,6% (2003 r.) natomiast zmniejszył się udział kobiet pracujących w niepełnym wymiarze czasu (jeden z najniższych w UE).

1.4. Działania pracodawców na rzecz łączenia przez pracowników ról rodzinnych z zawodowymi

Do zasiłku chorobowego, (który przysługuje także osobom wykonującym nieodpłatnie prace w gospodarstwie domowym,) przysługuje pracownikowi 5-procentowy dodatek na małżonka i na każde z dzieci pozostających na utrzymaniu.

Jak wspomniano wyżej zwolnienie opiekuńcze w przypadku choroby członka rodziny jest – generalnie – bezpłatnym i tylko w niektórych firmach porozumienia branżowe lub zakładowe gwarantują zasiłek w wys. 30% wynagrodzenia. Pracodawcy nie są jednak chętni do akceptowania okresowo zwiększonego zaangażowania pracowników w obowiązki rodzinne.

2. Tworzenie warunków rozwoju młodego pokolenia (wspieranie rodzin w inwestowaniu w młode pokolenie)

2.1. Świadczenia pieniężne wg rodzajów świadczeń

Zasiłki rodzinne

Zasiłki rodzinne przysługują w ramach pracowniczego ubezpieczenia społecznego, a ich wysokość uzależniona jest od wysokości dochodu w rodzinie i liczby dzieci. Warunkiem otrzymania zasiłku jest uzyskiwanie minimum 70% dochodów rodziny z pracy najemnej.

Zasiłek rodzinny przysługuje na małżonka – jeśli pozostaje w związku małżeńskim i nie pozostaje w separacji – oraz na dzieci pozostające na utrzymaniu do lat 18, a jeśli dziecko jest niepełnosprawne – także powyżej 18 lat.

Jak wspomniano, wysokość zasiłku zależy od dochodu rodziny i jest do niego odwrotnie proporcjonalna. Różnicowanie wysokości zasiłku następuje przy każdych kolejnych 100 € dochodu.

Przykład: zasiłek w rodzinie 4-osobowej (tj. na 2 dzieci, bez dzieci niepełnosprawnych) wynosi:

- 258,33€ miesięcznie jeżeli roczny dochód na 1 osobę wynosi do 12,5 tys. €
- 121,83 € jeśli dochód wynosi 25 tys. do 25,1 tys. €

Przy dochodzie powyżej 67 tys. € zasiłek nie przysługuje.

2.2. Rozwiązania podatkowe

Ulgi podatkowe

Do ulgi prorodzinnej we Włoszech uprawnieni są w danym miesiącu podatnicy, których małżonkowie oraz dzieci nie uzyskały w roku podatkowym dochodu brutto przekraczającego łącznie 2840,51 euro. I tak, jeżeli przykładowo podatnik zarabia miesięcznie 500 euro brutto, w okresie od stycznia do maja, będzie miał prawo do zastosowania ulgi prorodzinnej. Skoro w czerwcu skumulowany dochód wyniesie 3 tys. Euro, utraci on prawo do ulgi już w tym miesiącu.

Zobowiązanie podatkowe jest pomniejszone o kwotę stanowiącą iloczyn wysokości ulgi przypadającej na dzieci podatnika (od 750 euro do 1120 euro na jedno dziecko) oraz współczynnika, którego wartość zależy od wysokości dochodu brutto podatnika.

Od należnego podatku może zostać odliczona także kwota stanowiąca 19% wydatków poniesionych przez danego podatnika w trakcie danego roku podatkowego na rzecz swoich dzieci. Katalog wydatków, które uprawniają do zastosowania wskazanego odpisu jest zamknięty. Na przykład, jeżeli podatnik poniósł wydatki na kształcenie swoich dzieci w publicznej szkole średniej i/lub szkole wyższej, ma prawo obniżyć wysokość zobowiązania podatkowego o kwotę stanowiącą 19 proc. poniesionych na ten cel opłat. Również w przypadku, gdy dzieci podatnika uczęszczają na zajęcia organizowane przez organizacje sportowe, równowartość 19 proc. opłat za uczestnictwo dzieci w takich zajęciach może zostać odliczona od zobowiązania podatkowego podatnika (do 210 euro). Przy takich wydatkach nie ma znaczenia, jak wysoki dochód w roku podatkowym osiągnął podatnik – do zastosowania odliczenia mają prawo osoby zarówno o niskich dochodach, jak i relatywnie wysokich.

Odpis od dochodu

Przysługują na małżonka i dzieci – wyższe na dziecko do lat 3, niższe na dziecko powyżej lat 3 – oraz na krewnych wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe.

Do wyższego odpisu podatkowego uprawnione są rodziny z więcej niż 3 dzieci i z dzieckiem niepełnosprawnym.

2.3. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży

Jest to obszar, za który odpowiedzialne jest państwo (rząd centralny) gdyż placówki te związane są z instytucjami edukacyjnymi.

Dane z Eurostat (zob. wykresy w opisie polityki rodzinnej w Irlandii) wskazują, że opieka w żłobkach i przedszkolach jest rzadką formą opieki stosowana we Włoszech. Wynika to w dużym stopniu z tradycyjnych postaw wobec rodziny i kobiet we włoskim społeczeństwie.

2.4. Ochrona zdrowia dzieci i młodzieży

Opieka zdrowotna (medyczna) nad dziećmi do ukończenia 6 roku życia jest całkowicie bezpłatna. Za usługi medyczne dotyczące pozostałych dzieci rodzice wnoszą stałą opłatę zryczałtowaną.

3. Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach

3.1. Pomoc rodzinom wielodzietnych

Rodziny wielodzietne są kategorią, która może otrzymać szczególne wsparcie w postaci świadczeń rodzinnych – zwiększonych lub alternatywnych do zasiłków przysługujących rodzinom z jednym lub 2 dziećmi.

I tak np. władze regionalne wypłacają na trzecie i kolejne dzieci zasiłek, którego wysokość jest uzależniona od poziomu dochodu rodziny. Zasiłek ten jest wypłacany alternatywnie do zasiłku macierzyńskiego.

Rodzice z więcej niż 3 dzieci są uprawnione do zwiększonej refundacji podatkowej (*tax credit*) w wys. 1200 €.

3.2. Pomoc rodzinom niepełnym

Samotnym rodzicom przysługują także dodatkowe uprawnienia. Jest nim np. zwiększony zasiłek na małe dziecko.

Jednak już urlop wychowawczy przysługuje w wymiarze podstawowym (10 miesięcy) i nie ma możliwości wykorzystania kolejnego miesiąca, który w rodzinach pełnych przysługuje ojcu dziecka.

3.3. Pomoc rodzinom z niepełnosprawnym dzieckiem

Zasiłek z tytułu niepełnosprawności

Przysługuje każdemu dziecku do lat 18, jeżeli ma ono orzeczoną niepełnosprawność. Jest wypłacany w kwotach miesięcznych i jest niezależny od dochodu. W 2008 r. zasiłek ten wynosił 4171,44 €.

Zasilek dla opiekuna

W przypadku sprawowania opieki nad ciężko niepełnosprawnym członkiem rodziny wymagającym stałej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych opiekunowi przysługuje zasiłek w wys. 422,19 € miesięcznie.

Zasiłek rodzinny

Na dziecko niepełnosprawne zasiłek rodzinny wypłacany jest w wydłużonym okresie, także po ukończeniu przez nie 18. roku życia.

Renta sieroca

Renta ta przysługuje dziecku niepełnosprawnemu w wymiarze wyższym o 10% (tj. 50% świadczenia rentowego) niż dzieciom zdrowym; ale tylko wówczas, gdy traci ono oboje rodziców.

Urlop wychowawczy

Po ukończeniu przez dziecko 3 lat, gdy przysługuje już tylko urlop bezpłatny, jedno z rodziców ma prawo do 3 dni płatnego zwolnienia z wykonywania pracy w każdym miesiącu. Urlop można kumulować i wykorzystać np. w przypadku choroby dziecka, zamiast zwolnienia na chore dziecko, które jest bezpłatne.

Ponadto w przypadku ciężkiej niepełnosprawności urlop wychowawczy można kontynuować przez kolejne 2 lata. W okresie tym przysługuje zasiłek w wysokości 100% wynagrodzenia, ale nie wyższej niż 36 151,98 € rocznie. Urlop wydłużony przysługuje też pracownikom, którzy adoptowali lub sprawują opiekę zastępczą nad niepełnosprawnym dzieckiem.

Odpis podatkowy

Odpis podatkowy na każde niepełnosprawne dziecko wzrasta o 200 €.

3.4. Pomoc dla rodzin dysfunkcyjnych, w szczególności dla dzieci i młodzieży w tych rodzinach (sierot, młodzieży zagrożonej)***Renta rodzinna (sieroca)***

Renat z systemu ubezpieczeniowego po zmarłym rodzicu przysługuje generalnie do 18. roku życia osieroconego dziecka, a jeśli studiuje – do 26 roku życia. Kwota świadczenia dzielona jest między małżonka i dzieci.

Jeżeli dziecko traci jednego z rodziców ma prawo do 20% całego świadczenia rentowego, a jeżeli zdarzenie dotyczy trojga lub większej liczby dzieci, to otrzymują one do podziału 40% takiej renty.

Jeśli zmarły rodzic nie pobierał renty lub emerytury, to wówczas każde z uprawnionych dzieci otrzymuje 40% świadczenia, jakie by przysługiwało zmarłemu z tytułu emerytalnego ubezpieczenia pracowniczego. Jeśli uprawnionych jest troje lub więcej dzieci wówczas otrzymują one do podziału 100% takiego świadczenia. Sytuacja jest analogiczna jeśli dziecko traci oboje rodziców.

Od 1995 r. jeśli jedynym świadczeniobiorcą renty po zmarłym pracowniku jest dziecko; wówczas otrzymuje ono 70% świadczenia.

Dzieci uczące się i dzieci niepełnosprawne przebywające w domu mogą razem z rentą rodzinną otrzymywać inne dochody bez ograniczeń kwotowych.

3.5. Pomoc dla rodzin ubogich

Osoby o bardzo niskich dochodach z pracy lub pozbawione takich dochodów mają prawo do otrzymywania dochodu minimalnego (minimum życiowego) – świadczenia z pomocy społecznej. Jego wysokość ustalają władze regionalne. Czas otrzymywania świadczenia jest ograniczony, ale można je uzyskać po raz kolejny, jeśli zaistnieją określone warunki.

Wyznacznikami poziomu dochodu minimalnego jest poziom minimalnej emerytury i wynagrodzenia netto. Przy wyznaczaniu świadczenia brana jest pod uwagę liczba osób w rodzinie. Ponadto dochód minimalny dla sierot przysługuje w podwyższonej kwocie.

Dla rodzin o dochodzie poniżej 35 tys. € rocznie opieka medyczna, w tym opieka nad matką i dzieckiem do lat 6, jest całkowicie bezpłatna.

Rozwiązania włoskiej polityki rodzinnej są typowe dla modelu południowoeuropejskiego. Mimo promocji partnerskich relacji w rodzinie napotykają one na małą akceptację w społeczeństwie i nie cieszą się popularnością wśród pracodawców.

Wartym zauważenia rozwiązaniem w tym kraju jest urlop wychowawczy dla matek prowadzących własną działalność gospodarczą. Ponadto, kategorią objętą szczególną ochroną w systemie polityki rodzinnej są rodziny z niepełnosprawnym dzieckiem, które mogą uzyskać dodatkowe lub zwiększone świadczenia pieniężne z tytułu opieki nad takim dzieckiem.

3.5. Nowe kraje członkowskie Unii Europejskiej – ESTONIA, REPUBLIKA CZESKA

ESTONIA

Estonia liczy 1351 tys. mieszkańców. W grupie analizowanych krajów jest najmniejszym krajem pod względem liczby ludności. Wyróżnia się również najniższym ujemnym przyrostem naturalnym, choć jednocześnie charakteryzuje się najwyższym współczynnikiem dzietności wśród nowoprzyjętych do Unii Europejskiej krajów. Należy do krajów o jednym z najwyższych wskaźników udziału urodzeń pozamałżeńskich w liczbie urodzeń ogółem, z bardzo wysokim udziałem rodzin niepełnych z dziećmi w liczbie rodzin ogółem (24,9%) i jednym z najniższych wskaźników udziału rodzin wielodzietnych z trojgiem i więcej dzieci.

Rodziny wielodzietne stanowią jedynie 10% rodzin ogółem w porównaniu np. do 31% tego typu rodzin w Irlandii. W strukturze rodzin z dziećmi Estonia wyróżnia się relatywnie wysokim udziałem rodzin z jednym dzieckiem i rodzin pełnych z dziećmi opartych na związkach kohabitacyjnych. Spośród ogółu dzieci w wieku do czterech lat, 30% wychowuje się w rodzinach, w których rodzice pozostają w związkach kohabitacyjnych. Spośród ogółu dzieci w wieku 10-14 lat, 26% żyje w rodzinach niepełnych, a 13% w rodzinach rodziców żyjących w związkach kohabitacyjnych. Odsetek dzieci wychowywanych w takich formach i typach rodzin jest najwyższy w Europie, obok Norwegii.

Struktura rodzin w Estonii wskazywałaby, że rozwiązania na rzecz ochrony rodziny powinny być nakierowane w szczególności na rodziny niepełne, w tym zwłaszcza matki samotnie wychowujące dzieci. Wydatki socjalne na rodzinę i dzieci osiągają tutaj relatywnie wysoki poziom, najwyższy wśród nowoprzyjętych krajów UE.

Rozwiązania na rzecz rodzin z dziećmi przedstawiono według stanu prawnego z 2007 r.

1. Rozwiązania sprzyjające decyzjom prokreacyjnym oraz godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi

1.1. Świadczenia pieniężne i rzeczowe związane z urodzeniem dziecka

Zasilek i urlop macierzyński związany z urodzeniem dziecka przysługuje wszystkim kobietom pracującym czyli pracownicom i pracują-

cym na własny rachunek, płacącym podatek od dochodów osobistych. Urlop przysługuje od 12 tygodnia ciąży.

Podstawowy wymiar urlopu macierzyńskiego wynosi 140 dni kalendarzowych (**20 tygodni**), zaś w przypadku porodu wielorakiego – 154 dni (22 tygodnie), jeżeli urlop rozpoczyna się przynajmniej 30 dni przed planowanym terminem porodu.

Zasiłek macierzyński w wysokości **100% osiąganego wynagrodzenia** jest wypłacany przez cały okres urlopu. W przypadku adopcji dziecka małego w wieku do jednego roku przysługuje urlop i zasiłek macierzyński przez okres do 70 dni.

W sytuacji przeniesienia pracującej kobiety w ciąży do innej pracy przysługuje **świadczenie wyrównawcze**, stanowiące różnicę pomiędzy nowym wynagrodzeniem a poprzednio pobieranym.

Zasiłek macierzyński oraz świadczenie wyrównawcze podlegają opodatkowaniu na ogólnych zasadach tak jak inne dochody z pracy.

Kobietom w ciąży oraz połogu przysługują **bezpłatne usługi zdrowotne i opieka szpitalna**.

Wypłaca się **jednorazowy zasiłek z tytułu urodzenia** dziecka w wysokości 320 EURO (5000 EEK) na każde urodzone dziecko.

1.2. Opieka rodzicielska nad małym dzieckiem

Urlop wychowawczy przysługuje przez okres 455 dni włączając w ten okres czas urlopu macierzyńskiego. Podstawowy wymiar urlopu wynosi więc 315 dni (**45 tygodni**). Urlop wychowawczy jest płatny w okresie do osiągnięcia przez dziecko trzeciego roku życia. A w sytuacji sprawowania opieki nad dwójką dzieci może być wydłużony ponad trzeci rok życia do ósmego roku życia dziecka, jeżeli drugie dziecko przekroczyło trzeci rok życia bądź w sytuacji, kiedy opieka dotyczy trójki lub więcej dzieci, a każde z dzieci jest w wieku od trzech do ośmiu lat.

Zasiłek wychowawczy wynosi **100% osiąganego wynagrodzenia** przez okres jednego roku (365 dni włączając w to okres wypłaty zasiłku macierzyńskiego; bez okresu urlopu macierzyńskiego = 225 dni czyli **32 tygodnie**). W rozwiązaniach odnośnie do wymiaru zasiłku wychowawczego przyjęte zostały limity: dolny i górny. Minimalna wysokość zasiłku została określona jako kwota 2690 EEK czyli 172 EURO, zaś maksymalna kwota jako 21 624 EEK czyli 1382 EURO.

Zasiłek opiekuńczy (child care allowance) wynosi:

- ½ stawki zasiłku opiekuńczego na każde dziecko do trzeciego roku życia.

- ¼ stawki zasiłku opiekuńczego na każde dziecko od trzeciego do ósmego roku życia.
- Stawka zasiłku opiekuńczego wynosi (1200 EEK) 77 EURO miesięcznie.

Istnieją rozwiązania w postaci dodatkowego świadczenia wspierającego opiekę nad małym dzieckiem w postaci dodatku opiekuńczego na dzieci do pierwszego roku życia w wysokości 6,39 EURO miesięcznie (100 EEK).

2. Tworzenie warunków rozwoju młodego pokolenia (wspieranie rodzin w inwestowaniu w młode pokolenie)

2.1. Świadczenia pieniężne

Zasiłki rodzinne przysługują rodzicom na dzieci zamieszkałe w Estonii w wieku do ukończenia 16. roku życia, a w przypadku dziecka studiującego – do ukończenia 19. roku życia.

Prawo do zasiłku rodzinnego nie zależy od dochodu rodziny. Do zasiłków rodzinnych uprawnione są osoby pracujące, osoby bezrobotne oraz emeryci i renciści.

Do zasiłku rodzinnego na dziecko/dzieci uprawnione są wszystkie rodziny ze względu na fakt posiadania dziecka.

Wysokość zasiłku jest jednakowa na każde dziecko, niezależnie od ich liczby i wieku, i wynosi 9,59 EURO miesięcznie.

2.2. Ulgi podatkowe

System podatkowy prorodzinny. Kwota wolna od podatku w 2007 r. to 24.000 EEK czyli 2503 x zasiłek rodzinny podstawowy (dla prowadzących działalność gospodarczą 27 000 EEK). Zwolnienia obejmują między innymi:

- przychody rodziców/ opiekunów na każde 2. i następne dziecko do ukończenia 17 roku życia w wysokości 24 000 EEK na każde dziecko rocznie; od 2008 r. zwolnienia od pierwszego dziecka
- świadczenia alimentacyjne.

Z liczby świadczeń rodzinnych (zasiłek wychowawczy, zasiłki rodzinne oraz dodatki do zasiłków rodzinnych i zasiłki specjalne) opodatkowaniu na zasadach ogólnych podlega zasiłek wychowawczy.

2.3. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży

Usługi opieki nad dziećmi: Instytucje opieki przedszkolnej (żłobki dla dzieci do 3. lat, przedszkola dla dzieci w wieku 3-6 lat, dzienne centra opieki dla dzieci w wieku 1-6 lat, szkoły wychowania przedszkolnego) są w większości prowadzone przez władze lokalne i finansowane ze środków gminnych (uzupełniając od roku 2003 ze środków budżetu państwa).

Rodzice mogą wносить niewielkie opłaty, ale także pokrywać koszty wyżywienia. Z tym, że władze lokalne mogą pokrywać koszty wyżywienia od 50 do 100% dziennego kosztu wyżywienia. Koszty kierowania instytucją, wynagrodzeń personelu, opieki mogą być częściowo pokrywane przez rodziców. Ustalono jednak, że udział wydatków rodziców w wydatkach na dziecko nie może przekroczyć 20% płacy minimalnej ustalonej przez rząd.

Władze lokalne są również odpowiedzialne za dostarczanie usług opieki pozaszkolnej dla wszystkich dzieci potrzebujących takiej opieki. Występuje tendencja do obligatoryjnego zapewniania opieki w żłobkach dla wszystkich dzieci poniżej dwóch lat, dzieci obojga pracujących rodziców. Jeśli brak miejsc w placówkach lokalnych, władze lokalne opłacają miejsca opieki w żłobkach prywatnych, łącznie z usługami baby-sitting.

Przeciętne opłaty rodziców za przedszkola wynoszą od 100 do 400 EEK na miesiąc (6,39 do 25,57 EURO) czyli są niewielkie w porównaniu np. do wysokości zasiłku rodzinnego na dziecko. Opieką w przedszkolach objętych jest 86% dzieci w wieku 3-6 lat (2007 r.), zaś 10% dzieci w 1. roku życia (2007r. spadek o 3 punkty w stosunku do 2003 r.). Generalnie opieka instytucji dotyczy 67% ogółu dzieci w wieku 1-6 lat.

3. Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach

3.1. Pomoc rodzinom wielodzietnym

Obowiązuje jednolita stawka zasiłku rodzinnego na każde dziecko. Istnieje natomiast system uzupełniający w postaci dodatków do zasiłku rodzinnego na dzieci w rodzinach wielodzietnych.

Dodatki do zasiłku rodzinnego dla rodzin wielodzietnych:

a/ uzupełniając wypłacany dodatek do zasiłku rodzinnego dla rodzin wielodzietnych z 3.dzieci: przysługuje na każde dziecko, na które pobierany jest zasiłek rodzinny – jest wypłacany raz na kwartał jako dodatek do zasiłku rodzinnego w wysokości 2-krotności zasiłku rodzinnego;

b/ dodatek w rodzinach z 4.i więcej dzieci – wypłacany raz na kwartał w wysokości 3-krotności zasiłku rodzinnego na każde dziecko

c/ dodatek w rodzinach z 7.i więcej dzieci – wypłacany raz na kwartał na każde kolejne dziecko w wysokości 3-krotności zasiłku rodzinnego.

Ponadto, dla **rodzin wielodzietnych** wychowujących siedmioro lub więcej dzieci ustanowiono specjalny dodatek w wysokości 169 EURO na miesiąc.

Przewidziano wydłużony urlop wychowawczy dla rodzin z trójką lub więcej dzieci.

W systemie podatków od dochodów osobistych **rodziny wielodzietne** (z trojgiem i więcej dzieci) są traktowane preferencyjne, bowiem zostały **zwolnione z podatku dochodowego**.

3.2. Pomoc rodzinom niepełnym

Istnieje też uzupełniająco do jednolitego zasiłku rodzinnego na dziecko dodatek na dziecko dla **rodziców samotnie wychowujących dzieci**. Dodatek ten nie przysługuje, jeżeli dziecko pobiera rentę rodzinną. Dodatek wynosi 2-krotność zasiłku rodzinnego. Ponadto, rodzinie tego typu przysługuje świadczenie alimentacyjne, które jest zwolnione z podatku od dochodów osobistych.

Podstawowym odrębnym świadczeniem, przysługującym rodzinom niepełnym są **renty rodzinne**. W Estonii renta rodzinna przysługuje osobie owdowiałej, rozwiedzionej, wszystkim dzieciom, również w rodzinach zastępczych, a także innym osobom, takim jak: brat, siostra, dziadkowie, rodzice zastępczy, opiekunowie.

W Estonii obowiązuje system dualny finansowania świadczeń, a mianowicie renta składa się z gwarantowanej państwowej renty minimalnej (finansowanej z podatków) oraz z renty pochodzącej z ubezpieczenia społecznego zmarłego pracującego (wcześniej opłacającego składki) małżonka/rodzica. Warunkiem podstawowym nabycia uprawnień jest pozostawanie na utrzymaniu zmarłego współmałżonka i rodzica oraz wiek dziecka – maksymalnie do czasu ukończenia nauki.

Wysokość renty rodzinnej z ubezpieczenia społecznego zależy od liczby uprawnionych do niej członków rodziny. Jeśli jest do niej uprawniona jedna osoba to renta wynosi 50% antycypowanej emerytury, jeśli dwie osoby – 80%, a jeśli trzy i więcej osób – to 100% emerytury.

Państwo wyznacza ustawowo i gwarantuje minimalne świadczenie rentowe z powodu śmierci żywiciela w postaci renty rodzinnej, przy-

slugujaca na jednego czlonka rodziny w wysokosci 50% NPR, na dwie osoby – w wysokosci 80% NPR, na trzy osoby i wiecej – w wysokosci 100% NPR. Podstawowa emerytura państwowa (NPR) w 2007 roku wynosiła 81 EURO.

Renty rodzinne ponizej określonej kwoty miesiecznie (192 Euro + dodatek na dziecko 128 Euro) nie sa przedmiotem opodatkowania.

3.3. Pomoc rodzinom z niepełnosprawnym dzieckiem

Specjalne zasiłki dla dzieci niepełnosprawnych sa wypłacane jako dodatek do zasiłku na dzieci. Wypłacane sa co miesiac w wysokosci zróznicowanej zaleźnie od stopnia niepełnosprawności dziecka. I tak:

a/ w odniesieniu do dziecka ze średnim stopniem niepełnosprawności w wysokosci 270% zasiłku socjalnego

b/ dla dziecka z głęboką i całkowitą niepełnosprawnością w wysokosci 315% zasiłku socjalnego. Zasiłek socjalny wynosi przy tym 26 EURO (400 EEK), a jego wysokość jest ustalana przez parlament na każdy rok budżetowy.

Natomiast dla niepracujacych niepełnosprawnych uczniow uczacych sie na poziomie 10 do 12 klasy szkoły średniej i dla studentow zawodowych i akademickich szkół wyższych przysluguje specjalny zasiłek w wysokosci od 25 do 100% zasiłku socjalnego, zaleźnie od dodatkowych wydatkow zwiazanych z nauką, wypłacany w ciagu roku szkolnego.

Dodatek z tytułu rozpoczynania roku szkolnego – wypłacany na rozpoczecie roku szkolnego jednorazowo w wysokosci 3-krotności zasiłku rodzinnego na dziecko (28,77 EURO).

3.4. Pomoc dla rodzin dysfunkcyjnych, w szczególności dla dzieci i młodzieży w tych rodzinach (sierot)

Zasiłek dla rodzin zastępczych w związku ze sprawowaniem opieki: wypłacany w wysokosci 10-krotności zasiłku rodzinnego na dziecko. Przysluguje na dzieci w wieku do 16. roku życia wychowywane w rodzinach zastępczych (95,9 EURO).

Jednorazowe świadczenie dla osoby adoptujacej dziecko: w wysokosci 20-krotności zasiłku rodzinnego na dziecko (191,8 EURO).

Sierotom mieszkającym w domach dziecka przysługuje jednorazowe świadczenie na usamodzielnienie się i start w samodzielne życie w wysokości 383 EURO (EEK 6000).

Renta sieroca dla dziecka, bez jednego rodzica wynosi 50% antycypowanej emerytury zmarłego rodzica, dla dwójki dzieci odpowiednio 80%, a dla trójki i więcej – 100%. W przypadku sieroty pełnej renta sieroca sięga 50% antycypowanej emerytury obojga rodziców. Kiedy do renty uprawnionych jest dwoje dzieci (sierot pełnych) świadczenie wynosi odpowiednio 80% emerytury obojga rodziców, a kiedy uprawnionych jest troje i więcej dzieci – 100% emerytury obojga zmarłych rodziców.

3.5. Pomoc dla rodzin ubogich

Osobom pozbawionym dochodów lub osiągającym niskie dochody przysługuje **dochód gwarantowany z pomocy społecznej**. Jest on zapewniany wszystkim mieszkańcom na mocy Ustawy o pomocy społecznej z 1995 r. Osoby w wieku produkcyjnym pozostające bez pracy muszą być zarejestrowane jako bezrobotne w biurze pracy, żeby mieć prawo do zasiłku z pomocy społecznej. Władze lokalne mogą odrzucić przyznanie pomocy osobom zdolnym do pracy w wieku od 18 lat do wieku emerytalnego, jeśli nie pracują, nie uczą się i ciągle odrzucają bez powodu oferty pracy, rehabilitacji czy szkoleń organizowanych w ramach programów władz lokalnych. Przy określaniu prawa do pomocy bierze się pod uwagę gospodarstwo domowe osoby zgłaszającej się oraz jej współmałżonka, dzieci, rodziców czy dziadków oraz inne osoby utrzymujące się z tych samych wspólnych dochodów czy biorące udział w utrzymaniu gospodarstwa domowego. Uwzględnia się wszystkie dochody opodatkowane, emerytury i renty oraz zasiłki państwowe, ale bez wydatków mieszkaniowych, świadczeń socjalnych dla osób niepełnosprawnych, zasiłków dla rodzin z 3. i więcej dzieci, pożyczek studenckich i stypendiów uczniowskich i studenckich, a także bez zasiłków transportowych i mieszkaniowych dla bezrobotnych.

Kwoty gwarantowane wynoszą:

1/ dla gospodarstwa domowego osoby samotnej – 58 EURO miesięcznie

2/ w pozostałych gospodarstwach domowych: na każdą kolejną osobę – 46 EURO

3/ dodatkowo 13 EURO na dziecko do 18. roku życia i na każdą osobę pozostającą na utrzymaniu.

Tak więc relacje między świadczeniem gwarantowanym wynoszą: osoba samotna = 100%, kolejny członek gospodarstwa domowego = 80%.

Przykładowo zasiłek z pomocy społecznej dla wybranych kategorii gospodarstw pozbawionych dochodów (kwoty maksymalne pomocy) wynosi:

- osoba samotna – 58 EURO
- małżeństwo bez dzieci – 104 EURO (58 + 46)
- małżeństwo z 1 dzieckiem – 162 EURO
- małżeństwo z 2 dzieci – 221 EURO
- małżeństwo z 3 dzieci – 280 EURO
- samotny rodzic z 1 dzieckiem – 116 EURO
- samotny rodzic z 2 dzieci – 175 EURO.

Oprócz dochodu minimalnego z pomocy społecznej, obowiązują inne minimalne dochody, w tym :

1/ na starość – w wysokości 100% podstawowej emerytury państwowej (NPR) czyli 81 EURO w 2007 r.

2/ z powodu inwalidztwa – w relacji do podstawowej emerytury państwowej (NPR= 81 EURO), liczonej jako odsetek utraty zdolności/ zdrowia

3/ z powodu śmierci żywiciela – renta rodzinna, przysługująca na jednego członka rodziny w wysokości 50% NPR, na dwie osoby – w wysokości 80% NPR, na trzy osoby i więcej – w wysokości 100% NPR.

Zasiłki rodzinne oraz dodatki do zasiłków rodzinnych, a także świadczenia gwarantowane z pomocy społecznej są zwolnione z opodatkowania.

Dzieci z rodzin ubogich mają szeroki dostęp do usług opieki instytucjonalnej nad małymi dziećmi. Rodzice ponoszą przy tym niskie opłaty.

REPUBLIKA CZESKA

Od 1 stycznia 2008 r. Republika Czeska realizuje swoją politykę rodziną wg nowych zasad, uwzględniając m.in. zmiany w modelu rodziny (kohabitacji, rodziny niepełne, rodziny z dwojgiem pracujących rodziców) i zmiany w warunkach życia ludności, koncentrując wiele działań na udzielaniu wsparcia najuboższym. Istotnym priorytetem w nowych zasadach jest zwiększanie zaangażowania mężczyzn w życie rodzinne i promowanie równych szans osób obciążonych obowiązkami rodzinnymi na rynku pracy. Czechom nie są też obce problemy demograficzne (por tekst B. Kołaczek, opisujący trendy demograficzne

w krajach UE), rzutujące silnie na politykę zatrudnienia i wskazujące na konieczność łącznego analizowania warunków życia i warunków zatrudnienia.

Poniżej przedstawiono podstawowe czeskiej polityki rodzinnej wg stanu prawnego, który obowiązuje od 1 stycznia 2008 r. Prezentowane informacje – jeśli nie zaznaczono inaczej – pochodzą ze strony internetowej Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych Republiki Czeskiej¹⁰.

1. Rozwiązania sprzyjające decyzjom prokreacyjnym oraz godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi.

1. 1. Świadczenia pieniężne i rzeczowe związane z urodzeniem dziecka

Opieka nad kobietą w ciąży

Podobnie jak i w Polsce, tak i w Republice Czeskiej stosunek pracy kobiet w ciąży i w okresie urlopu macierzyńskiego – ich zatrudnienie i warunki świadczenia pracy – podlegają szczególnej ochronie prawnej: pracodawca nie może rozwiązać umowy o pracę z pracownicą będącą w ciąży i zatrudniać jej w warunkach szkodliwych. Kobiet w ciąży nie wolno też bez ich zgody zatrudniać w godzinach nadliczbowych, a zmiana systemu wykonywania pracy oraz zatrudnienie w porze nocnej wymaga zgody pracownicy. Ponadto podróże służbowe i delegowanie do innej pracy możliwe jest tylko za zgodą pracownicy.

Ministerstwo Zdrowia opracowało wykaz prac wzbronionych kobietom, w tym kobietom w ciąży, z powodu szkodliwego wpływu na ich zdrowie i funkcje macierzyńskie.

Z tytułu braku możliwości wykonywania wcześniejszej pracy z powodu niewłaściwych warunków pracy zagrażających zdrowiu kobiety i dziecka, pracownicy przysługuje świadczenie wyrównawcze w okresie ciąży, uzupełniające poziom wynagrodzenia w sytuacji przeniesienia do pracy niżej wynagradzanej. Świadczenie wypłacane jest w ramach systemu zabezpieczenia społecznego z tytułu pracowniczego ubezpieczenia chorobowego, a jego wysokość to różnica między stawką dziennego wynagrodzenia pracownicy przed zmianą stanowiska i po tej zmianie. Wypłaca się je maksymalnie do końca 9. miesiąca po porodzie.

¹⁰ Dane dostępne na stronie internetowej www.mpsv.cz/en/1607

Ciąża jest podstawą zastosowania wydłużonego okresu ochrony ubezpieczeniowej dla pracowników, z którymi rozwiązana została umowa o pracę. Okres ochrony ubezpieczeniowej kobiet, których zatrudnienie ustało w okresie w ciąży wynosi 6 miesięcy (to samo dotyczy kobiet samozatrudnionych), podczas gdy w odniesieniu do pozostałych pracowników 42 dni kalendarzowe, a przy krótkim stażu pracy jest to tylko okres zatrudnienia.

Zasiłki porodowe, wyprawki

Zasiłek porodowy jest świadczeniem jednorazowym, wypłacanym kobiecie z tytułu urodzenia dziecka. Prawo czeskie przewiduje, ojciec dziecka ma prawo do tego zasiłku, jeśli matka zmarła przed pobraniem świadczenia.

Zasiłek porodowy mogą otrzymać też osoby, które podjęły się sprawowania stałej opieki zastępczej nad dzieckiem w wieku do 1. roku życia.

Kwota świadczenia określana jest w relacji do poziomu minimum życiowego i wynosi 11,1-krotność tego minimum (jego wartość jest przytoczona w przypisie niżej)¹¹, a w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka – 16,6-krotność.

Urlopy i zasiłki macierzyńskie

Zarówno kobiety zatrudnione, jak i samozatrudnione mają prawo do urlopu i zasiłku macierzyńskiego. Świadczenie finansowane jest ze składek ubezpieczeniowych wnoszonych przez pracodawcę i pracownika, a w przypadku kobiet samozatrudnionych z ich własnych składek ubezpieczenia chorobowego.

Warunki korzystania ze świadczenia, przysługującego z tytułu ubezpieczenia chorobowego, to min. 270-dniowy okres opłacania składek w ostatnich 2 latach (w przypadku samozatrudnionych – 180 dni składkowych w ciągu ostatniego roku i zakaz osobistego prowadzenia działalności zarobkowej w okresie korzystania z urlopu).

Państwo opłaca składkę za m.in. zarejestrowanych bezrobotnych, osoby wychowujące dzieci do lat 4. (lub do lat 18. gdy dziecko jest przewlekłe chore i wymagające stałej opieki) za opiekunów osób ubezwłasnowolnionych i kobiety na urloпах macierzyńskich.

¹¹ Minimum życiowe dla dziecka na utrzymaniu wynosiło w lipcu 2007 r.:

- dla dziecka do 6 roku życia 1,600 koron (€ 56);
- dla dziecka w wieku 6-15 lat – 1,960 koron (€ 68);
- dla dziecka w wieku 15-26 lat – 2,250 (€ 78).

Podstawą ubezpieczenia jest kwota stanowiąca 25% przeciętnej płacy w gospodarce.

Urlop macierzyński zaliczany jest do stażu pracy, a więc decyduje m.in. o uprawnieniach emerytalnych. Jego wymiar zależny jest zarówno od liczby urodzonych lub adoptowanych dzieci, jak i od sytuacji rodzinnej i wynosi:

- 28 tygodni w przypadku porodu pojedynczego
- 37 tygodni przy porodach wielorakich
- 37 tygodni dla samotnych matek (wdów, rozwódek, kobiet niezamężnych – pod warunkiem, że nie zamieszkują one z partnerem)
- 22 tygodnie przy adopcji jednego dziecka
- 31 tygodni przy adopcji więcej niż 1 dziecka.

W przypadku śmierci dziecka urlop przysługuje przez 14 tygodni i jest to jednocześnie minimalny wymiar urlopu.

Z uwagi na zdrowie kobiety i dziecka urlop macierzyński powinien rozpocząć się co najmniej 6 tygodni przed wyznaczoną datą porodu; nie wcześniej jednak niż 8 tygodni przed tą datą. Jednak kobiety, które wykorzystały mniej niż 6 tygodni urlopu przed terminem porodu z powodu wcześniejszego urodzenia dziecka, mają prawo do wykorzystania pełnego wymiaru urlopu po porodzie. Jednak niewykorzystanie 6 tygodni z innych przyczyn powoduje, że po dniu porodu mają one możliwość wykorzystania tylko 22 tygodni (lub 31 tygodni – matki samotne i przy porodach wielorakich).

Okres wypłaty zasiłku macierzyńskiego wynosi odpowiednio 22 lub 31 tygodni. W szczególnych przypadkach (kiedy matka nie może sprawować opieki) zasiłek wypłacany jest do ukończenia przez dziecko 8. miesiąca życia.

Wysokość zasiłku macierzyńskiego określana jest w relacji do indywidualnych dziennych stawek wynagrodzenia pracownicy (lub deklarowanego do celów ubezpieczeniowych dochodu osoby samozatrudnionej) i wynosi odpowiednio:

- przy kwocie do 550 koron (19 €) – 100% wynagrodzenia
- przy kwocie od 550 do 790 koron (27 €) – 60% wynagrodzenia
- kwoty ponad 790 koron nie są brane pod uwagę¹².

Przeciętna wysokość świadczenia macierzyńskiego wynosi 69% przeciętnego wynagrodzenia pracowników najemnych.

W wyjątkowych przypadkach (śmierci matki, jej choroby lub inne ważne sytuacje uniemożliwiające jej osobistą opiekę nad dzieckiem)

¹² Stan obowiązujący w roku 2008

od 7. tygodnia życia dziecka zasiłek macierzyński może być przyznany sprawującemu opiekę ojcu, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 8. miesiąca życia.

Po zakończeniu urlopu macierzyńskiego i powrocie do pracy, w sytuacji braku możliwości kontynuacji zatrudnienia na wcześniej określonych w umowie o pracę warunkach, jeżeli wynagrodzenia na nowym stanowisku jest niższe niż pobierane przed urlopem, pracownicy przysługuje wyrównawczy zasiłek macierzyński, wypłacany na takich samych zasadach, jak opisane wyżej świadczenie wyrównawcze.

Urlopy i zasiłki ojcowskie

Ojciec dziecka nie ma prawa do tzw. urlopu ojcowskiego. Może jednak korzystać z urlopu wychowawczego od chwili urodzenia się dziecka (tj. równolegle z urlopem macierzyńskim matki). Urlop ten może być kontynuowany do ukończenia przez dziecko 4 lat (jeżeli nie korzysta z niego matka dziecka) i może być wykorzystany w kilku częściach.

1.2. Opieka rodzicielska nad małym dzieckiem

Urlopy i zasiłki wychowawcze (rodzicielskie) oraz możliwość łączenia opieki z pracą zawodową

Urlop wychowawczy (zwany też rodzicielskim) przysługuje pracownikom najemnym (matce lub ojcu dziecka) do 4. roku życia dziecka, a w przypadku jego ciężkiej, długotrwałej niepełnosprawności – do 7. roku jego życia.

Korzystający z urlopu korzystają z prawnej ochrony stosunku pracy. Rodzice mogą uczyć się lub pracować bez utraty prawa do zasiłku, jednak pod warunkiem zapewnienia na ten czas dziecku opieki innej osoby dorosłej.

Rodzic jest uprawniony do zasiłku rodzicielskiego (wychowawczego) pod warunkiem, że:

- dziecko do 3 roku życia uczęszcza do żłobka lub innej placówki dla dzieci przez co najwyżej 5 dni kalendarzowych w miesiącu;
- dziecko mające 3 lata i więcej uczęszcza do przedszkola lub podobnej placówki maksimum 5 dni kalendarzowych w miesiącu;
- dziecko uczęszcza do placówki opiekuńczej lub rehabilitacyjnej na nie więcej niż 4 godziny dziennie;
- dziecko niepełnosprawnego rodzica uczęszcza do placówki opiekuńczej na nie dłużej niż 4 godziny dziennie.

Kwota bazowa, będąca podstawą do kalkulowania kwoty zasiłku wychowawczego stanowi 40% przeciętnego wynagrodzenia poza sektorem produkcyjnym – 265 €.

Wysokość świadczenia przysługującego w okresie urlopu wychowawczego zależy od wybranej przez rodziców opcji, w której generalną zasadą jest odwrotna zależność między długością urlopu i wysokością zasiłku. Rodzice mogą wybrać jedną z trzech dostępnych opcji długości urlopu i wysokości zasiłku:

- świadczenia podwyższonego (11,400 koron miesięcznie, jeżeli zadeklarowany okres korzystania z urlopu wychowawczego trwać będzie do ukończenia przez dziecko 24. miesiąca życia). Mogą z niego korzystać tylko osoby wcześniej uprawnione do zasiłku macierzyńskiego i otrzymujący to świadczenie w kwocie minimum 380 koron dziennie;
- świadczenia standardowego, bazowego (7,600 koron, jeżeli zadeklarowany okres urlopu trwać będzie do ukończenia przez dziecko 36. mies. życia). Z tego rozwiązania mogą korzystać tylko osoby wcześniej uprawnione do zasiłku macierzyńskiego, bez względu na jego wysokość;
- świadczenia malejącego, dostępnego także po urodzeniu dziecka dla osób, które nie miały uprawnień do zasiłku macierzyńskiego. Do ukończenia przez dziecko 21 mies. życia rodzic otrzymuje zasiłek w wysokości standardowej (7600 koron), a następnie, do ukończenia przez dziecko 48 mies. życia – w kwocie 3 800 koron.

Gdy decyzja co do okresu pobierania zasiłku i kwoty świadczenia wychowawczego wybranych przez rodziców zostanie zatwierdzona przez organy ubezpieczeniowe, zasady nie mogą być zmienione.

Jeżeli dziecko jest niepełnosprawne, rodzic jest uprawniony do zasiłku bazowego (7,600 koron) i otrzymuje go do ukończenia przez dziecko 7. roku życia, licząc od dnia zdiagnozowania ciężkiej niepełnosprawności lub długotrwałej (przewlekłej) choroby.

Uprawnienia pracownicze związane z opieką nad dzieckiem

Podstawowymi uprawnieniami pracowniczymi związanymi z pełnieniem funkcji rodzicielskich są zwolnienia opiekuńcze, dni wolne od pracy z powodu konieczności zapewnienia opieki, urlopy długookresowe i tzw. przerwy w karierze czyli urlopy długookresowe z przyczyn osobistych.

Zwolnienie opiekuńcze przysługuje z tytułu podlegania pracowniczemu ubezpieczeniu chorobowemu. Mogą z niego korzystać pracow-

nicy opiekujący się osobiście chorym (a w pewnych przypadkach także zdrowym) dzieckiem w wieku do lat 10. lub opiekujące się dorosłym członkiem wspólnego gospodarstwa domowego. Warunkiem korzystania z tego zwolnienia jest brak innych dorosłych osób w gospodarstwie domowym, które mogłyby taką opiekę sprawować i brak możliwości zapewnienia osobie niesamodzielnej opieki szpitalnej.

W okresie korzystania z zasiłku opiekuńczego pracownikom przysługuje zasiłek, który wypłacany jest przez maksimum 9 dni kalendarzowych, a w przypadku samotnych rodziców wychowujące dziecko w wieku uczęszczania do szkoły podstawowej (15 lat) – przez 16 dni w roku. Zasiłek ten stanowi 60% tzw. kwoty bazowej, wykorzystywanej do określenia wysokości zasiłku chorobowego, wyliczanej jako przeciętne dzienne wynagrodzenie brutto z ostatnich 12 miesięcy pracy.

Od 2007 r. weszły w życie dodatkowe rozwiązania dotyczące świadczeń z ubezpieczenia chorobowego o charakterze prorodzinnym. Umożliwiają ona rodzicom wymienienie się przy sprawowaniu opieki nad chorym dzieckiem w ciągu przysługujących 9 dni takiej opieki – bez utraty prawa do zasiłku opiekuńczego.

Wprowadzono także uprawnienie do zasiłku opiekuńczego dla pracowników-mężczyzn, którzy nie mogą wykonywać pracy z powodu opieki nad kobietą – członkiem gospodarstwa domowego w okresie bezpośrednio po urodzeniu dziecka, jeśli wymaga tego jej stan zdrowia oraz z powodu opieki nad dzieckiem do lat 10, w przypadku, gdy osoba, która się nim opiekuje urodziła kolejne dziecko.

Inne zwolnienia od wykonywania pracy z przyczyn rodzinnych

Pracownik ma prawo do zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia za czas niezbędny na przewiezienie żony/partnerki do placówki medycznej i z powrotem. Na takich samych warunkach może też korzystać ze zwolnienia od wykonywania pracy na czas niezbędny do przewiezienia innego, wspólnie zamieszkującego z nim członka rodziny do placówki medycznej w sytuacji jego nagłej choroby lub wypadku, zaplanowanej wizyty lekarskiej. Uprawnienie to przysługuje raz w roku. Jeśli pracownik ma prawo do zasiłku opiekuńczego, wówczas nie ma prawa do kompensacji wynagrodzenia od pracodawcy.

W wielu czeskich firmach pracownicy mogą także korzystać z dodatkowych dni wolnych od pracy z tytułu szczególnych sytuacji rodzinnych, gdy określone w nich sprawy nie mogą być załatwione po godzinach pracy. Zarówno te sytuacje, jak i ilość dni wolnych, które przysługują przy zaistnieniu takich wydarzeń określona jest w poro-

zumieniach zakładowych. Jeżeli za czas tego zwolnienia od wykonywania pracy nie przysługuje – zgodnie ze wspomnianymi porozumieniami – wynagrodzenie, wówczas pracownik ma możliwość odpracowania wykorzystanych dni wolnych.

1.3. Opieka pozarodzielska nad małym dzieckiem

1. Opieka instytucjonalna: dostępność przestrzenna, wsparcie finansowe w ponoszeniu kosztów opieki pozarodzielskiej, preferencje dla określonych kategorii rodzin

Jak i w większości pozostałych krajów Europy Środkowo-Wschodniej opieka pozarodzinna nad dziećmi do lat 3 nie jest rozwinięta w zakresie wystarczającym. Potrzeby zgłaszane w tym zakresie są znacznie wyższe niż możliwości ich zaspokojenia, a sektor prywatny, wciąż jeszcze słabo rozwinięty w tym zakresie, oferuje usługi bardzo kosztowne. Dane Eurostatu wskazują Republikę Czeską jako kraj o najniższym w EU-25 wskaźniku pozarodzinnej opieki nad dziećmi w wieku do lat 3¹³.

Wg szacunków ekspertów rządowych opieką pozarodzielską objętych jest ok. 8% dzieci w wieku 0-3 lata. Brak aktywnych działań poprawiających dostępność wyjaśniana jest ukierunkowaniem polityki rodzinnej państwa w odniesieniu do opieki nad dzieckiem raczej na zapewnianie opieki rodzicielskiej i wydłużanie urlopów wychowawczych niż rozwijanie sieci żłobków czy innych odpowiadających im usług opiekuńczych.

W instytucjonalnym systemie opieki nad małymi dziećmi funkcjonują w Republice Czeskiej :

- żłobki publiczne (samorządowe, zakładowe i spółdzielcze). Od 1991 r. zmalała ich liczba z 1043 do 60 w 2003 r. Opłata miesięczna jest znacznie zróżnicowana i waha się w granicach od 800 do 4 500 koron miesięcznie (różnice regionalne i lokalne – stawki określa podmiot prowadzący placówkę). Rodzice ponoszą ok. 50% kosztów pobytu dziecka w placówce.
- żłobki prywatne – komercyjne
- agencje opieki nad dziećmi – komercyjne, ukierunkowane na opiekę krótkookresową, okazjonalną.

Władze samorządowe bardzo wolno rozwiązują problemy niedostatecznej liczby miejsc pozarodzinnej opieki nad małymi dziećmi. Coraz częściej natomiast współrealizatorem inicjatyw w tym zakresie są czeskie organizacje pozarządowe.

¹³ *Europe's shortage of childcare facilities*, w: "Social Agenda" nr 19 (2008), ss. 18-19.

Opieka przedszkolna jest lepiej rozwinięta, ale wskaźniki korzystania z niej są także niższe od przeciętnych w Unii Europejskiej¹⁴. Placówki opieki nad dziećmi w wieku przedszkolnym obejmują opieką ok. 65% dzieci od 3. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole. Większość spośród tych dzieci (ok.2/3) korzysta z opieki w przedszkolach przez nie mniej niż 30 godzin tygodniowo. Sieć placówek jest generalnie rozbudowana, ale znaczne braki dotyczą terenów wiejskich. Wiele przedszkoli funkcjonuje wspólnie ze szkołą, w tym samym budynku i kierowanych jest przez wspólną dyrekcję. Nerozwianym wciąż problemem pozostaje niedopasowanie organizacji pracy przedszkoli (dni, godzin) do potrzeb pracujących rodziców.

Większość przedszkoli to placówki publiczne (rządowe, samorządowe, związków samorządowych). Funkcjonują też coraz liczniejsze przedszkola niepubliczne, prowadzone głównie przez instytucje wyznaniowe (na zasadach komercyjnych) oraz przez osoby prywatne (zarówno opiekunki indywidualne, jak i agencje opieki krótkookresowej). Opłaty za korzystanie z przedszkoli uzależnione są od dochodu rodziny. W placówkach publicznych rodzice pokrywają 30% kosztów pobytu dziecka, a rodziny o niskich dochodach mogą uzyskać dodatkowe dofinansowanie z pomocy społecznej, wyznaczane w relacji do poziomu wskaźnika minimum życiowego, lub zwolnione są z opłat za te usługi.

Od 1 lutego 2006 r. dzieci powyżej 3. roku życia mogą korzystać z przedszkola lub podobnej placówki do 4. godzin dziennie bez utraty przez rodzica prawa do zasiłku wychowawczego.

W Czechach około 40% uczniów szkół podstawowych z klas młodszych (do 9. roku życia) korzysta z opieki w pozaszkolnych placówkach o charakterze świetlic. Co 10. z uczniów klas starszych szkół podstawowych (do 12-14 roku życia) korzysta z zajęć pozalekcyjnych w szkołach. W jednym i w drugim przypadku zajęcia i opieka są bezpłatne dla uczniów, a finansuje je samorząd lokalny.

1.4. Działania pracodawców na rzecz łączenia przez pracowników ról rodzinnych z zawodowymi

Działania podejmowane przez pracodawców

Zgodnie z ogólnymi zasadami zabezpieczenia społecznego założono, że pracodawcy powinni uwzględniać w organizowaniu pracy w firmie rodzinne zobowiązania pracowników. (Z tego zapisu wynika m.in. za-

¹⁴ Tamże

kaz zatrudniania kobiet w ciąży i rodziców dzieci do lat 15. w porze nocnej).

Konieczność godzenia priorytetów polityki ludnościowej i polityki zatrudnienia (starzenie się ludności, a z drugiej strony, z uwagi także na sytuację ekonomiczną konieczność podnoszenia wskaźników zatrudnienia kobiet) powoduje coraz szersze stosowanie elastycznego czasu pracy i indywidualizacji wymagań stawianych pracownikom. Obecnie (badania z 2007 r.) szacuje się, że elastyczny czas pracy stosuje ok. 70% firm sektora publicznego w tym kraju, w różnym jednak stopniu dając pracownikom możliwość wykorzystania go jako ułatwienia w łączeniu ról rodzinnych z zawodowymi.

Elastyczny czas pracy, w konsultacji ze związkami zawodowymi, może być wprowadzony dla poprawy satysfakcji z pracy i w odpowiedzi na potrzeby pracowników; w tym wynikające z obowiązków rodzinnych. Pracownicy mogą wybrać godzinę rozpoczynania pracy i kończenia jej w ramach określonych przez pracodawcę. Można też jedynie określić czas wymaganej obecności pracownika w firmie pozostawiając mu większą swobodę w decydowaniu o godzinach rozpoczynania pracy.

Za rozwiązanie sprzyjające łączeniu ról rodzinnych z zawodowymi uważa się często możliwość pracy niepełnoetatowej, którą oferuje blisko 2/3 firm. Zwraca się jednak też uwagę na zagrożenia związane z tą formą zatrudnienia (problem *flexicurity*), które tłumaczą niewielkie zainteresowanie pracowników pracą w skróconym wymiarze czasu.

W kontekście prezentacji celów czeskiej polityki rodzinnej warto – wydaje się – zwrócić uwagę także na zmiany w przepisach emerytalnych, wiążące się z obowiązkami rodzinnymi pracowników. Zgodnie z obowiązującymi zapisami staż pracy kobiet wymagany do emerytury zależy m.in. od liczby wychowanych dzieci. Generalnie wiek emerytalny wynosi w przypadku mężczyzn 61 lat i 8 miesięcy, a w przypadku kobiet – 60 lat. Kolejne urodzone dzieci obniżają jednak ten próg w przypadku kobiet i wynosi on:

- dla kobiet z 1 dzieckiem – 59 lat
- z 2 dzieci – 58 lat
- z 3 lub 4 dzieci – 57 lat
- z 5 lub większą liczbą dzieci – 56 lat.

Należy w tym kontekście także zauważyć, że zgodnie z zasadami zreformowanego czeskiego systemu emerytalnego, wiek emerytalny w tym kraju będzie co rok podnoszony o 2 miesiące, aż do osiągnięcia 63 lat dla mężczyzn i 59-62 lat dla kobiet (zależnie od liczby urodzonych dzieci).

2. Tworzenie warunków rozwoju młodego pokolenia. Wspieranie rodzin w inwestowaniu w młode pokolenie

2.1. Świadczenia pieniężne wg rodzajów świadczeń

Świadczenia przysługujące rodzinom w ramach powszechnego systemu świadczeń rodzinnych finansowane są z budżetu państwa i przysługują rodzinom dzieci do ukończenia wieku obowiązkowej edukacji (generalnie do 15 roku życia), albo także do 26. roku życia jeżeli dziecko kontynuuje naukę, uczy się zawodu lub stan zdrowia uniemożliwia mu pracę lub naukę pozwalająca na podjęcie pracy w przyszłości. Przy ich określaniu bierze się pod uwagę przede wszystkim konieczność wspierania dzieci w rodzinach o niskich dochodach.

Podstawowym świadczeniem w tej grupie instrumentów wspierających rodzinę są zasiłki rodzinne. Ich wysokość określana jest na podstawie kryterium minimum życiowego i dochodu rodziny. Przysługują w następującej wysokości:

- 0,36-krotność poziomu minimum życiowego wyliczonego dla dziecka¹⁵, jeżeli dochody rodziny nie przekraczają 1,5-krotnie poziomu minimum życiowego
- 0,31-krotność poziomu minimum życiowego wyliczonego dla dziecka, jeżeli dochody rodziny mieszczą się między 1,5 a 2,4 poziomu minimum życiowego
- 0,16-krotność poziomu minimum życiowego wyliczonego dla dziecka, jeżeli dochody rodziny mieszczą się między 2,4 a 4-krotnością poziomu minimum życiowego

Rodzinom o wyższych dochodach zasiłek rodzinny nie przysługuje.

Dodatkowym rodzajem wsparcia jest zasiłek szkolny. Jest to jednorazowe świadczenie pieniężne na zakup wyposażenia szkolnego. Jego wysokość wynosi 1 000 koron (35 €). Przysługuje wyłącznie dzieciom z rodzin o niskich dochodach, rozpoczynającym obowiązkową edukację szkolną.

2.2. Ulgi podatkowe

W Republice Czech rodziny mogą korzystać z prorodzinnych rozwiązań podatkowych. Są to:

- możliwość wspólnego opodatkowania małżonków.

¹⁵ Por. przypis 1.

Od 2005 r. małżeństwa wychowujące, co najmniej 1 dziecko mogą skorzystać, na mocy ustawy podatkowej, z wyliczenia podatku na podstawie wspólnej bazy dochodów.

- odliczenia podatkowe:

a) na dzieci pozostające na utrzymaniu. Prawo do tego rozwiązania mają osoby aktywne zawodowo, uzyskujące dochód do opodatkowania w wysokości co najmniej 6 płac minimalnych w roku podatkowym. Jeżeli podatek należny od osoby/małżeństwa o niskich dochodach jest niższy niż kwota odliczenia podatkowego, podatnik uzyskuje prawo do otrzymania różnicy (*tax bonus*).

b) na współmałżonka, którego dochód nie przekracza 38 040 koron rocznie. Maksymalna kwota odliczenia to 4 200 koron.

2.3. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży

Czechy – podobnie jak Polska – należą do tych krajów Unii Europejskiej, w których wskaźniki opieki w żłobkach i przedszkolach należą do najniższych i gdzie kierunki działań zmierzają raczej do umacniania możliwości bezpośredniej opieki rodzicielskiej nad małymi dziećmi.

Relatywnie korzystnie natomiast przedstawia się problem opieki nad dziećmi w wieku szkolnym. Około 40% uczniów szkół podstawowych z klas młodszych (do 9. roku życia) korzysta z opieki w pozaszkolnych placówkach o charakterze świetlic. Co 10. z uczniów klas starszych szkół podstawowych (do 12-14 roku życia) korzysta z zajęć pozalekcyjnych w szkołach. W jednym i w drugim przypadku zajęcia i opieka są dla uczniów bezpłatne, a finansuje je w całości samorząd lokalny.

3. Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach

W polityce rodzinnej Czech do kategorii rodzin w trudnych sytuacjach zalicza się: rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym, rodziny z osobami starszymi, rodziny migrantów i rodziny romskie. Natomiast rodziny wielodzietne nie stanowią odrębnej kategorii szczególnej troski tejże polityki, o ile nie są rodziną z jednej z ww. kategorii lub nie znajdują się w sferze ubóstwa.

3.1. Pomoc rodzinom niepełnym

Matki samotne mają prawo do dłuższego okresu urlopu macierzyńskiego – przez 37 tygodni (o 9 tygodni dłużej niż urlop podstawowy) bez względu na liczbę urodzonych dzieci

Samotni rodzice mają także prawo do dłuższego (16-dniowego) okresu pobierania zasiłku opiekuńczego na dziecko uczące się w szkole podstawowej.

Najbardziej znaczącym świadczeniem dla rodzin niepełnych są zasiłki wychowawcze, które stanowią przeciętnie 58% wszystkich świadczeń pobieranych w tego typu rodzinach.

Ponadto, w rodzinach niepełnych kwota dochodu rodziny, uprawniającego do świadczeń socjalnych jest zwiększona (stanowi 1.22 kwoty podstawowej)

Renta wdowia przysługuje z tytułu ubezpieczenia pracowniczego osobom owdowiałym przez okres roku od śmierci pracownika-współmałżonka.

Może być pobierana dłużej, jeżeli współmałżonek osiągnął 55 lat (kobiety) lub 58 lat (mężczyźni), albo też osiągnął wiek emerytalny (jeśli jest on niższy niż wymieniony). Renta przysługuje też w dłuższym okresie jeśli owdowiały współmałżonek jest osobą niepełnosprawną lub opiekuje się (ma na utrzymaniu) dziećmi niepełnoletnimi, dziećmi wymagającymi zwiększonej opieki lub dziećmi niepełnosprawnymi.

Uprawnieni do renty przez okres dłuższy niż rok są też wdowy i wdowcy zajmujący się niesamodzielnymi rodzicami lub teściami (żywymi w tym samym gospodarstwie domowym) lub częściowo niesamodzielnymi, którzy ukończyli 80 lat (w tym samym gospodarstwie domowym).

Renta wdowia może być łączona z pracą zarobkową bez ograniczeń dochodu.

3.2. Pomoc rodzinom z niepełnosprawnym dzieckiem

Do rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym kierowane są określone formy wsparcia: specjalny zasiłek opiekuńczy, wsparcie finansowe i materialne dla rodzin w trudnych sytuacjach z pomocy społecznej oraz usługi społeczne w domu i środowisku zamieszkania. Są to ośrodki wczesnej interwencji, wsparcia, placówki opieki dziennej, prowadzone przez instytucje publiczne i pozarządowe.

Problemem pozostaje jednak zbyt mała liczba takich placówek i ich nierównomierne rozmieszczenie w kraju. Problemem jest też edukacja dzieci niepełnosprawnych i integracja szkolna.

Pozytywnym rozwiązaniem w tym obszarze jest wydłużenie okresu wypłacania zasiłku wychowawczego do ukończenia przez dziecko niepełnosprawne lub przewlekle chore 7. roku życia.

Niepełnosprawność dziecka uniemożliwiająca mu naukę i podjęcie pracy jest podstawą do wydłużenia okresu pobierania świadczeń rodzinnych do ukończenia przez nie 26. roku życia.

Podstawowym rodzajem wsparcia finansowego z tytułu niepełnosprawności jest zasiłek pielęgnacyjny. Wypłacany jest przez władze samorządowe i przysługuje – zależnie od stopnia niepełnosprawności – w czterech różnych wysokościach (od 2 000 do 11 000 koron miesięcznie, tj. od 70 do 383 €).

Rodziny o niskich dochodach (gdy dochód rodziny nie przekracza 2,2-krotnie poziomu minimum życiowego), które mają niepełnosprawne dziecko uprawnione są do finansowanego z budżetu, w ramach pomocy socjalnej, zależnego od poziomu dochodu rodziny zasiłku socjalnego.

Niepełnosprawność dziecka jest też brana pod uwagę przy wyliczaniu poziomu minimum życiowego i stanowi w relacji do jego kwoty podstawowej (por. przypis 1):

- 3.0 – krotność w przypadku długookresowej ciężkiej niepełnosprawności dziecka
- 2.67-krotność w przypadku długookresowej niepełnosprawności dziecka,
- 1.34-krotność w przypadku dziecka przewlekle chorego,

Ponadto stan zdrowia rodziców i samotne rodzicielstwo także ma wpływ na wysokość minimum życiowego rodziny:

- 1,35-krotność w przypadku, gdy oboje rodzice są ciężko, długotrwale niepełnosprawni
- 1,3-krotność w przypadku, gdy samotny rodzic jest ciężko długotrwale niepełnosprawny
- 1,05-krotność w przypadku, gdy jedno z rodziców jest ciężko długotrwale niepełnosprawne

Niepełnosprawność dziecka jest też podstawą do otrzymania zwiększonych świadczeń w przypadku śmierci rodzica/rodziców lub współmałżonka osoby wychowującej niepełnosprawne dziecko.

3.3. Rodziny Romów

Charakterystycznym elementem mozaiki czeskich rodzin są rodziny romskie. To mniejszość etniczna silnie zagrożona wykluczeniem społecznym. Wyróżniają się one m.in. dużą dzietnością, ale i wysoką umieralnością niemowląt i dzieci oraz niskim udziałem osób starszych w rodzinach. Jest to środowisko o wysokich wskaźnikach przestępczości; zwłaszcza wśród młodzieży, niskim poziomie życia i złym stanie zdrowia oraz o niskim poziomie wykształcenia. Często są przypadki zaniedbywania opieki nad dziećmi. Rodziny romskie znacznie częściej niż pozostałe w tym kraju dotknięte są chronicznym bezrobociem, a wiele z nich jest uzależnionych od pomocy społecznej. Są więc środowiskiem specyficznym i wymagającym odrębnych działań. Kierowana do nich pomoc ma charakter zindywidualizowany, uwzględniający specyfikę tradycyjnego życia rodziny w tym kręgu kulturowo-etnicznym.

Polityka rządowa kierowana do Romów to głównie działania antydyskryminacyjne w obszarze edukacji i szkoleń zawodowych. Stąd np. wypracowano specjalne procedury współpracy szkoły i innych instytucji sektora publicznego i usług społecznych z reprezentacjami mniejszości romskiej i rodzin Romów.

3.4. Pomoc dla rodzin dysfunkcyjnych, w szczególności dla dzieci i młodzieży w tych rodzinach

Świadczenia pieniężne dla sierot

Dzieciom osieroconym – maksymalnie do 26 roku życia, pod warunkiem, że dziecko mieszkało wspólnie ze zmarłym rodzicem/rodzicami – przysługuje specjalny zasiłek. Jego kwota wynosi 2,3-krotność kwoty minimum życiowego dla dziecka, a jeśli dziecko ma własne dochody to 1,4-krotność tego minimum. W przypadku dziecka niepełnosprawnego wskaźnik, przez który mnoży się kwotę minimalnego świadczenia dla dziecka wzrasta odpowiednio do stopnia niepełnosprawności i stanowi 2,35 dla dziecka przewlekle chorego, 2.90 dla dziecka z długoterminową niepełnosprawnością, i 3.10 dla dziecka z ciężką niepełnosprawnością.

Oprócz zasiłku sierotom przysługuje renta sieroca. Kwota podstawowa tego świadczenia wynosi 1,570 koron (€ 55) miesięcznie. Sierota, która straciła jedno z rodziców otrzymuje 40% tej kwoty, natomiast sierota, która straciła oboje rodziców ma prawo do 40% należnych im emerytur.

Sierotom przysługuje też zasiłek z tytułu śmierci żywiciela będący jednorazowym świadczeniem w wysokości 240 000 koron (8352 €).

Istotnym świadczeniem rekompensującym dochody rodziny utraczone na skutek śmierci żywiciela jest specjalny zasiłek dla rodzica opiekującego się osieroconym dzieckiem. Uprawniona do świadczenia jest osoba opiekująca się po śmierci współmałżonka co najmniej trojgiem osieroconych dzieci lub co najmniej jednym dzieckiem, które wymaga stałej pomocy i opieki (z II, III lub IV stopniem niesamodzielności). Kwota zasiłku określana jest indywidualnie, jako wielokrotność indywidualnego minimum utrzymania i wskaźnika 5,50. Zasiłek wzrasta o 0,75 na każde dziecko z niepełnosprawnością II, III lub IV grupy.

Ponadto owdowiali rodzice, którzy opiekują się co najmniej czworgiem dzieci mogą otrzymywać tzw. dotację samochodową. Przysługuje on wówczas, gdy samochód jest wykorzystywany na dojazdy do pracy lub w związku z wykonywaną pracą zarobkową. Kwota dotacji zależy od ceny samochodu (do 70% ceny pojazdu, maksymalnie jednak 100,000 CZK). Dofinansowanie można przeznaczyć także na naprawę samochodu.

3.5. Pomoc dla rodzin ubogich

Świadczenia pomocy społecznej

Od 1 stycznia 2008 r. znacząco zmieniły się zasady pomocy udzielanej rodzinom o niskich dochodach; zwłaszcza zasady pomocy socjalnej. Od tej daty system świadczeń dla rodzin ubogich, tj. zależnych od osiągnięcia niskiego dochodu to¹⁶:

- zasiłki socjalne na dzieci
- zasiłki socjalne na zaspokojenie potrzeb materialnych rodziny
- zasiłek szkolny
- zasiłki mieszkaniowe
- zasiłki dla sierot
- zasiłki porodowe
- zasiłki pogrzebowe

Zasiłki socjalne na dzieci

Zasiłki socjalne (wspomniano je jako uprawnienie rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi i osieroconymi) to długookresowe świadczenie z systemu pomocy społecznej dla rodzin z dziećmi na utrzymaniu (czyli

¹⁶ Część tych świadczeń została omówiona w części dotyczącej pomocy dla rodzin dzieci niepełnosprawnych i osieroconych oraz pomocy dla rodzin niepełnych.

do 26 roku życia, wspólnie zamieszkujące i nie osiągające dochodów własnych), gdy dochody są niższe niż 2,4-krotność dochodu minimalnego rodziny uprawniającego do zasiłku.

Wysokość zasiłku zależy od wieku dziecka i wynosi:

Wiek dziecka	Kwota zasiłku socjalnego (od 1 stycznia 2008)
Do 6 lat	500 CzK
6-15 lat	610 CzK
15-26 lat	700 CzK

Jego celem jest pomoc rodzinom o niskich dochodach w ponoszeniu kosztów utrzymania dzieci. Wyższy zasiłek otrzymują rodziny z dziećmi niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi. Ponadto, jeżeli rodzina jest niepełna lub rodzice niepełnosprawni – to także wpływa na wysokość zasiłku. Wyższe zasiłki otrzymują też rodziny wielodzietne z dziećmi do lat 3 i rodziny dzieci uczących się w szkole średniej i studiujących w systemie dziennym.

Zasiłek mieszkaniowy

Zasiłek mieszkaniowy jest świadczeniem socjalnym, które można otrzymać będąc właścicielem lub najemcą lokalu, w którym stale się zamieszkuje. Zasiłek przysługuje w sytuacji, gdy opłaty mieszkaniowe przekraczają 30% (w Pradze 35%) dochodu rodziny (gospodarstwa domowego) i jednocześnie owe 30% (35%) dochodu rodziny jest kwotą mniejszą niż odpowiednie normatywne koszty utrzymania mieszkania (wyliczane dla różnego typu mieszkań i wielkości rodziny). Kwota zasiłku jest wyliczana miesięcznie jako różnica między normatywnym kosztem zamieszkiwania a dochodem rodziny pomnożonym przez 0,3 (0,35).

3.6. Podsumowanie oraz wnioski dla Polski

I. Rozwiązania sprzyjające decyzjom prokreacyjnym oraz godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi

Integracja krajów europejskich w ramach Unii przyczynia się do zanikania różnic w zasadach rozwiązań stosowanych w krajach klasyfikowanych do różnych modeli polityki rodzinnej. Jest to spowodowane m.in. akceptowaniem wspólnie ustalonych standardów (np. określenia minimalnej długości urlopu macierzyńskiego czy przyjęcia zasady równego traktowania pracowników mających obowiązki rodzinne).

Podstawowym instrumentem w działaniach wspierających politykę państw na rzecz wzrostu liczby urodzeń są **zasiłki porodowe**. W większości przypadków mają one na celu wsparcie dla rodzin o niskich dochodach i – co istotne – nie są przyznawane bezwarunkowo. Często – obok kryterium dochodowego – pojawia się wymóg troski o zdrowie kobiety w ciąży i stąd warunkiem uzyskania zasiłku jest regularne korzystanie z opieki przedporodowej.

Urlop macierzyński, zgodnie z polityką UE, w większości krajów ulega stopniowemu wydłużaniu. Decyzje te analizowane są jednak zarówno w kontekście skutków pozytywnych (dla jakości opieki nad dzieckiem), jak też i negatywnych (skutków dla aktywności kobiet na rynku pracy, skłonności pracodawców do ich zatrudniania, równego traktowania obu płci na rynku pracy). W związku z tym pojawia się m.in. podział urlopu na część obligatoryjną i część opcjonalną. Ponadto, coraz częściej w ramach urlopu macierzyńskiego określa się możliwości korzystania z urlopu na takich samych zasadach przez ojca dziecka.

Z jednej strony można zaobserwować, że wydłużanie urlopu macierzyńskiego budzi protesty wśród pracodawców (choć nie ponoszą oni bezpośrednio kosztów świadczeń macierzyńskich, to jednak – w związku z ochroną stosunku pracy osób na tych urloпах – zmuszeni są do dokonywania zmian organizacyjnych w pracy swoich firm), z drugiej jednak coraz częściej oni sami oferują możliwość dodatkowego urlopu na prawach urlopu macierzyńskiego. Wynika to zarówno z odpowiedzialnego podejścia do problemów społecznych i problemów indywidualnych swoich pracowników, a z drugiej strony jest wynikiem racjonalnego rachunku ekonomicznego: korzystanie z wydłużonego urlopu macierzyńskiego organicznie rozwiązuje problemy wynikające z nieprzewidzianej absencji spowodowanej chorobą dziecka, a ponadto jest często powiązane z rezygnacją z urlopu wychowawczego.

O korzystaniu z urlopu nie powinny decydować materialne warunki życia rodzin. Dlatego w części obligatoryjnej zasiłek macierzyński rekompensuje 80-100% wynagrodzenia za pracę. W niektórych krajach zasiłek różnicowany jest wg kryterium dochodu rodziny, z określeniem jednak kwoty minimalnej i maksymalnej. Natomiast wydaje się niekonsekwencją przyznawanie ojcom prawa do części urlopu macierzyńskiego (urlopu ojcowskiego) bez prawa do zasiłku.

Rozwiązania dotyczące **urlopu rodzicielskiego** (wychowawczego) należałoby analizować równolegle z działaniami w zakresie rozwijania innych form opieki nad małym dzieckiem. W pewnych przypadkach widoczne jest wyraźne ukierunkowanie na opiekę rodzicielską (np.

Czechy); w innych (np. Irlandia) preferowana jest raczej opieka pozarodzicielska i w związku z tym rozwijana jest sieć stosownych usług oraz – co ważne – oferowane jest wsparcie umożliwiającego korzystanie z nich. Najkorzystniejsze – jak się wydaje – rozwiązania w tym zakresie oferują kraje skandynawskie, gdzie rozwija się obydwa kierunki, tworząc warunki swobodnego wyboru formy opieki.

Następuje uelastycznienie okresu korzystania z urlopu rodzicielskiego. Można wykorzystać go od razu w całości lub dzielić stosownie do potrzeb rodziny (za zgodą pracodawcy). Coraz częściej też istnieje możliwość swobodnego podziału urlopu między oboje rodziców dziecka i możliwość dzielenia urlopu na części.

Podkreśla się możliwość pracy zarobkowej w niepełnym wymiarze w czasie urlopu – zarówno z uwagi na możliwość pozyskiwania dochodów, jak i kontakt rodzica ze środowiskiem pracy. W trosce o poziom życia rodzin i zapewnianie dzieciom odpowiednich materialnych warunków życia urlop rodzicielski wiąże się w większości krajów UE z możliwością otrzymywania zasiłku i uzależnia się wysokość świadczenia od dochodu rodziny lub zarobków rodzica korzystającego z urlopu. Brak takiego świadczenia w sytuacji wzrostu kosztów utrzymania rodziny spowodowanego potrzebą utrzymania i opieki nad nowym jej członkiem, wyraźnie ogranicza zainteresowanie korzystaniem z urlopu.

Problemy opieki nad chorym członkiem rodziny rozwiązywane są coraz częściej na poziomie branż i zakładów pracy. W Europie zachodniej bardzo duża jest inwencja pracodawców, którzy coraz częściej zamiast **zwolnień opiekuńczych** (w trakcie których albo w ogóle nie przysługuje wynagrodzenie, albo jest ono zredukowane; najczęściej do 80% płacy pracownika) oferują elastyczne ramy zatrudnienia.

Wyraźnie zauważalne jest różnicowanie uprawnień do zwolnień opiekuńczych w zależności od wieku dziecka i typu rodziny. Coraz częściej też podkreśla się prawo do zwolnień opiekuńczych związane z koniecznością sprawowania opieki nad starszymi członkami rodziny, co jest wyraźnym wyjściem naprzeciw rosnącym obciążeniom rodzin i problemom demograficznym społeczeństw w tym zakresie.

Propozycje dla Polski

1. Rozwiązania podejmowane w ostatnich latach w naszym kraju w ramach rządowej polityki wobec rodziny wydają się – w większości przypadków – zmierzać w kierunku podobnym, jak w większości innych państw, co jest zapewne także spowodowane realizacją ogólno-

unijnych zasad polityki rodzinnej. Dotyczy to wydłużania urlopu macierzyńskiego i przyznania ojcom prawa do urlopu ojcowskiego.

Wydaje się, że obszarem, w którym potrzebne są istotne zmiany jest nadal urlop wychowawczy. Chodzi przede wszystkim o problem braku kompensacji wynagrodzenia w okresie korzystania z tego uprawnienia. Brak ten to podstawowa bariera korzystania z uprawnienia przez mężczyzn. Wydaje się, że potrzebne jest wprowadzenie takiej kompensacji i określenie zasad jej przyznawania stosownie do sytuacji rodziny. Nie należy jednak – szczególnie z uwagi na duży zakres ubóstwa – wiązać uprawnienia do zasiłku wprost z zakazem podejmowania pracy zarobkowej.

2. Poglębionej uwagi wymaga problem łączenia ról rodzinnych z zawodowymi w naszym społeczeństwie. W tym zakresie konieczne jest m.in. promowanie samej idei i propagowanie dobrych praktyk – rozwiązań podejmowanych przez pracodawców oraz osiąganych przez obie strony (pracodawca – pracownik) korzyści. Obszarem zdecydowanie niewykorzystanym, który mógłby przyczynić się do lepszego łączenia ról pracowniczych i rodzinnych jest organizacja pracy i czasu pracy, która wymaga uelastycznienia i możliwości stosowania zindywidualizowanego podejścia do problemów.

II. Tworzenie warunków rozwoju młodego pokolenia

Podstawowym instrumentem polityk rodzinnych ukierunkowanych na wspieranie rodzin w ponoszeniu kosztów wychowania i rozwoju młodego pokolenia, traktowanego jako inwestycja w młodą generację są świadczenia pieniężne. Zasady ich przyznawania są zróżnicowane, ale obecnie dominują następujące:

- Uniwersalność podstawowego systemu, jakim są zasiłki rodzinne, co oznacza, że przysługują one rodzinom mającym na utrzymaniu dzieci, bez dodatkowych kryteriów dochodowych.
- Świadczenia pieniężne przyznawane są na dzieci, które spełniają kryterium wieku; najczęściej jest to wiek w granicach formalnej pełnoletności. Dodatkowym kryterium jest pozostawanie dziecka w systemie nauki oraz fakt niepełnosprawności dziecka, co odczytywane jest również jako sytuacje obciążające rodziny utrzymaniem dzieci.
- Dominuje zasada zróżnicowania wysokości zasiłków rodzinnych zależnie od liczby dzieci w rodzinie. Oznacza to preferencje dla rodzin wielodzietnych.
- Rozszerza się zakres stosowania specjalnych dodatków do zasiłków rodzinnych, wypłacanych rodzinom w trudnej sytuacji: wielo-

dzielnym, niepełnym biologicznie, o niskich dochodach, z dziećmi niepełnosprawnymi.

Instrumentem polityki rodzinnej o charakterze redystrybucyjnym są elementy prorodzinne w systemie podatku od dochodów osobistych. Nie mają one jednak charakteru powszechnego, a występują głównie w systemach opartych na zasadzie familiaryzmu (model konserwatywny, południowoeuropejski). Uwzględnianie sytuacji rodzinnej podatnika przybiera różne formy, występujące oddzielnie lub równocześnie:

- Możliwość wspólnego rozliczenia małżonków. Jest to rozwiązanie korzystne przy modelu rodziny z jednym żywicielem oraz przy dużym zróżnicowaniu dochodów małżonków.
- Podwyższenie kwoty wolnej od podatku zależnie od sytuacji rodzinnej, preferuje przede wszystkim rodziny o niższych dochodach.
- Bezpośrednie ulgi podatkowe na dzieci, rzadziej na współmałżonka.
- Odpisy wydatków na cele edukacyjne, związane z wychowaniem dzieci.
- Najkorzystniejszym systemem jest iloraz rodzinny, uwzględniający liczebność i skład rodziny.

We wszystkich analizowanych krajach w większym lub mniejszym stopniu następuje rozwój rozwiązań mających na celu stworzenie możliwości zapewnienia opieki małym dzieciom. Dokonuje się on również w krajach należących do modelu południowoeuropejskiego, w którym dominuje zasada familiaryzmu. Podyktowane jest to dynamiką aktywizacji zawodowej kobiet, ale w jeszcze większym stopniu traktowaniem instytucjonalnych usług opiekuńczych jako elementu systemu oświaty.

Działania idą w dwóch kierunkach:

- Wspieranie opieki sprawowanej wewnątrzrodzinnie, głównie poprzez rozwiązania pozwalające godzić obowiązki zawodowe matki i ojca z obowiązkami rodzinnymi. W tym obszarze mieszczą się też rozwiązania mające na celu wspieranie zatrudnienia opiekunek do dziecka.
- Wspieranie rozwoju placówek opiekuńczych.

W krajach aktywnej polityki rodzinnej, (np. Francja, Irlandia) rozwój obu kierunków działań występuje równolegle.

Podsumowując, należy podkreślić, iż realizacja celu polityki rodzinnej, jakim jest wspieranie rodziny w inwestowanie w młode pokolenia i zapewnienie mu dobrych warunków rozwoju następuje poprzez stosowanie bezpośredniego wspierania finansowego rodzin w postaci świadczeń społecznych i ulg podatkowych. Wysokość świadczeń jest zróżnicowana w poszczególnych krajach, co ilustruje tabela 1.

Tab. 1. Wartość dochodu rodziny z zasiłków rodzinnych zależnie od liczby dzieci (EURO) w 2007 r.

Kraj	Rodzina z 2. dzieci	Rodzina z 3. dzieci
Luksemburg	471	800
Belgia	274	532
Austria	271	500
Dania	249	374
Irlandia	300	485
Wielka Brytania	150	225
Francja	119,13	271,75
Niemcy	308	462
Finlandia	210,50	341,50
Szwecja	243	398
Grecja	24,65	55,47
Włochy	1/ 258,33 € (dochód do 12,5 tys.€) 2/ 121,8 € (dochód 25-25,1 tys.€) 3/ brak zasiłku (dochód od 67 tys.€)	1/ 387,48 2/ 182,7 3/ brak
Estonia	38	58
Republika Czech	37	56
Polska	32	49
Słowacja	32	48
Łotwa	25	43
Bułgaria	20	35

Źródło: Raport „Evolution of the Family In Europe 2008”, Institute for Family Policies; http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_tables_en.htm.

W systemach tych uwzględniania jest specyfika sytuacji, w jakiej znajduje się rodzina: trudna sytuacja materialna, obecność dziecka niepełnosprawnego w rodzinie, wielkość i struktura, czynniki kreujące trudności w funkcjonowaniu rodziny (wielodzietność, samotne rodzicielstwo).

We wszystkich analizowanych krajach dąży się, w różnym stopniu, do rozwoju usług społecznych głównie o charakterze opiekuńczo-educacyjnym. Pełnią one bowiem funkcje: prorozwojową i egalitaryzującą w odniesieniu do dzieci oraz aktywizującą – w odniesieniu do rodziców (pozwalają na uczestnictwo w na rynku pracy). Zasięg opieki instytucjonalnej nad małymi dziećmi przedstawia tabela 2.

Tab. 2. Dzieci w publicznych żłobkach, przedszkolach i świetlicach (opieka pozaszkolna) w wybranych krajach UE

Kraj	Dzieci w wieku 0-<3 w publicznych żłobkach		Opieka gwarantowana (0-<3 lat)	Dzieci w wieku 3-6 lat w publicznych przedszkolach		Opieka gwarantowana (3-6 lat)	Dzieci w wieku 6-10 lat w publicznej opiece pozaszkolnej
	1993/4	1998/2000		1993/4	1998/2000		1993/4
Finlandia	32%	22%	tak	59%	66%	tak	65%
Szwecja	33%	48%	>18 mies.	72%	80%	tak	64%
Francja	23%	29%	>2 lat	99%	99%	tak	65%
Niemcy zjedn.	2%	10%	nie	85%	78%	tak	...
Niemcy Zach.	2%	3%		85%	87%	tak	5%
Niemcy Wsch.	41%	36%		117%	111%	tak	34%
Grecja	3%	3%		70%	70%		
Włochy	6%	6%	nie	91%	95%	tak	7%
Norwegia	31%	40%	nie	72%	80%	nie	31%
Hiszpania	2%	5%		84%	84%		
Wielka Brytania	2%	34% (Anglia)	nie	60%	60% (Anglia)	tak	5%

Źródło: „Reforming Family assistance in southern Europe. Is there a role for universal child benefits?” praca zbiorowa, 2006, <http://www.manos@econ.soc.uoc.gr>

Propozycje dla Polski

1. W celu wzmocnienia znaczenia bezpośredniej pomocy finansowej rodzinom ponoszącym koszty utrzymania i wychowania młodzieży potrzebne jest **podniesienie dochodowego znaczenia świadczeń rodzinnych**. Obecnie wysokość zasiłków rodzinnych w Polsce należy do jednego z najniższych w krajach UE. Punktem docelowym ma być ustanowienie wysokości zasiłku rodzinnego na poziomie odpowiadającym 40% wartości koszyka żywnościowego szacowanego przy oblicza-

niu progu wsparcia dochodowego rodzin (WDR), będącego podstawą (kryterium) przyznawania świadczeń rodzinnych. Można to odczytywać jako wspieranie ze środków publicznych wydatków rodzin przeznaczonych na zaspokojenie podstawowych, żywnościowych potrzeb dzieci. Warto rozważyć uwzględnienie w wysokości zasiłku możliwości pokrycia szacowanych wydatków związanych z zaspokojeniem potrzeb rozwojowych dzieci (edukacyjnych, kulturalnych, rekreacyjnych itp.).

Inną formą podwyższenia świadczeń rodzinnych byłoby ustalanie wysokości **dodatków do zasiłków rodzinnych**, przysługujących w określonych prawnie sytuacjach **w relacji do przeciętnych kosztów** ponoszonych w sytuacji, która stanowi podstawę przyznania takiego dodatku. Np. dodatek z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego powinien być ustalany w relacji do przeciętnych kosztów zakupu podręczników i niezbędnego wyposażenia ucznia danej klasy i danego typu szkoły.

2. W celu ułatwienia dostępu do placówek opiekuńczo-edukacyjnych dzieci z ubogich środowisk należy wprowadzić **dodatek do zasiłku rodzinnego na pokrycie kosztów opieki** zinstytucjonalizowanej.

3. **Przejsięcie** z obecnego selektywnego systemu świadczeń rodzinnych **do systemu uniwersalnego** byłoby wyrazem wspierania wszystkich rodzin posiadających dzieci. Ograniczałoby przypadki, gdy obawy przed utratą świadczeń rodzinnych (po przekroczeniu progu dochodu stanowiącego kryterium uprawniające) działa hamująco na aktywność w pozyskiwaniu dodatkowych dochodów lub przenosi cześć osób do szarej strefy zatrudnienia. Zmiany te mogą następować ewolucyjnie, drogą stopniowego podnoszenia WDR poprzez uwzględnianie w koszyku dóbr i usług konsumpcyjnych (stanowiącego podstawę jego określania) szerszego zakresu potrzeb rozwojowych dzieci.

4. Powinien nastąpić **rozwój świadczeń rzeczowych**, uwzględniających różne sytuacje i potrzeby rodzin. Jest to najlepszy sposób pomocy rodzinie w konkretnej sytuacji, pozwalający na dostosowanie formy pomocy do potrzeb.

5. Obecnie obowiązujące zasady uwzględnienia sytuacji rodzinnej podatnika w systemie podatku od dochodów osobistych należy uznać za pierwszy **krok wykorzystania systemu podatkowego jako instrumentu polityki rodzinnej**. Szybkiego rozwiązania wymaga problem rodzin rolniczych nieobjętych tą formą wsparcia (jako osoby nie płacące tego rodzaju podatku). Wzmocnienia wymaga także ochrona rodzin wielodzietnych. Temu celowi służyłoby podwyższenie kwoty wolnej od podatku dla podatnika o większej liczbie dzieci lub wprowadzenie zróżnicowanej wysokości ulg, zależnie od liczby dzieci.

6. Jednym z ważnych celów polityki rodzinnej na rzecz wspierania rodzin w realizacji zadań związanych z wychowaniem i wykształceniem młodego pokolenia jest odpowiedni **system usług społecznych**. Ten ostatni instrument polityki rodzinnej powinien być jak najszerzej wykorzystany dla wspomagania rodziny w jej funkcji wychowawczej. Usługi społeczne: edukacyjne, oświatowe, rekreacyjne, sportowe, kulturalne dają szansę na pobudzenie i rozwój zainteresowań dzieci i młodzieży, racjonalizację spędzania czasu wolnego, zwłaszcza w sytuacji wzrastającej czasochłonności pracy zawodowej, ale także stwarzają możliwości uczestnictwa dla całych rodzin, sprzyjają ich integracji i umacnianiu więzi wewnątrzrodzinnych i kontaktów z innymi rodzinami.

Przede wszystkim powinien nastąpić **rozwój usług opiekuńczych** nad małym dzieckiem. Możliwość wyboru formy opieki nad dzieckiem zależy od dostępności ofert opieki świadczonej przez wyspecjalizowane placówki. Wiąże się z rozwojem infrastruktury, ich lokalizacją, zasadami funkcjonowania (elastyczny zakres usług, elastyczne godziny otwarcia), podniesieniem standardu usług oraz zasadami odpłatności, dostosowanymi do możliwości każdej rodziny. Usługi placówek opieki nad dziećmi są przykładem instrumentu polityki rodzinnej, za pomocą którego można realizować różne cele tej polityki: godzenia życia rodzinnego z zawodowym i przez to ograniczanie barier dla decyzji prokreacyjnych oraz wspomaganie rodziny w działaniach na rzecz inwestowania w młode pokolenie i zapewnienie rozwoju kapitału ludzkiego. W tym zakresie niezbędne jest działanie wielu podmiotów: *rządu* – poprzez dotacje, subwencje lub tworzenie innych zachęt sprzyjających rozwojowi sieci placówek, *samorządów* – podstawowego podmiotu lokalnej polityki rodzinnej, *pracodawców* działających bezpośrednio (uczestnictwo w kosztach tworzenia usług) lub pośrednio (poprzez dofinansowanie przekazywane bezpośrednio pracownikom).

Rozwojowi instytucji opieki nad dziećmi towarzyszyć powinien rozwój innych, „małych” form tej opieki, realizowanych przez osoby fizyczne (np. przez kobiety bezrobotne, przebywające na urloпах wychowawczych lub bierne zawodowo z innych przyczyn). Dla części z nich byłaby to forma aktywizacji o charakterze zarobkowym i wspierającej działalność społecznie użyteczną.

III. Rodziny w trudnych sytuacjach

We wszystkich analizowanych krajach UE prawo do zasiłków rodzinnych opiera się na kryterium górnego progu wieku dziecka. Grani-

ca wieku uprawniający do zasiłku sięga zwykle 19 lub 22 lat, w powiązaniu z przeciętnym okresem pobierania nauki.

W większości analizowanych krajów przyjęto progresję poziomu zasiłku rodzinnego podstawowego na kolejne dziecko/ lub od trzeciego/. Tym samym wspierane są **rodziny** z większą liczbą dzieci, w tym **wielodzietne**.

Systemy podatkowe w niektórych spośród analizowanych krajów Unii Europejskiej uwzględniają liczbę dzieci w rodzinie. Najbardziej korzystne rozwiązanie dla rodzin wielodzietnych z trojgiem i więcej dzieci przyjęto w Estonii, rodziny te są zwolnione z opłacania podatku od dochodów osobistych.

Zasiłki rodzinne oraz dodatki do zasiłków rodzinnych (dla rodzin wielodzietnych, niepełnych, z niepełnosprawnym dzieckiem) we wszystkich krajach nie podlegają opodatkowaniu.

W niektórych krajach (por. Szwecja) stosuje się preferencje w przyjęciach do instytucji opiekuńczych (żłobki, przedszkola, świetlice) dla dzieci z rodzin z większą liczbą dzieci.

We wszystkich analizowanych krajach, niezależnie od modelu polityki społecznej, **rodzinom niepełnym** przysługują dodatkowe zasiłki, niezależnie od zasiłków rodzinnych.

Renty rodzinne dla osób owdowiałych oraz dla dzieci z rodzin niepełnych i sierot całkowitych, częściej mają charakter wyłącznie ubezpieczeniowy (poza systemem mieszanym części gwarantowanej przez państwo i części stricte ubezpieczeniowej w krajach skandynawskich, takich jak Finlandia i Szwecja). Wynika z tego, że zwykle wymagany jest minimalny okres ubezpieczenia, opłacania składek w systemie ubezpieczenia, a wysokość świadczenia zależy od antycypowanej emerytury zmarłej osoby pracującej.

W niektórych krajach (por. Szwecja) stosuje się preferencje w przyjęciach do placówek opieki instytucjonalnej dla dzieci z rodzin niepełnych.

W większości krajów przysługują dodatki lub specjalne zasiłki dla **rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem**. W Polsce istnieje różnorodność świadczeń, szeroki ich wachlarz, co należy uznać za korzystne rozwiązanie. Przemawia za tą oceną również funkcjonowanie rozwiązania w postaci świadczenia pielęgnacyjnego dla opiekuna dziecka niepełnosprawnego rezygnującego z pracy (Polska, Szwecja).

W niektórych krajach (Francja, Irlandia) funkcjonuje rozwiązanie w postaci przysługującego rodzinom z niepełnosprawnym dzieckiem prawa do odliczenia od podatku od dochodów osobistych – kosztów opieki, w tym zatrudnienia opiekuna, nad niepełnosprawnym dzieckiem.

W nielicznych krajach przyjęto zasadę pierwszeństwa dla dzieci niepełnoprawnych w przyjęciach do placówek opieki (por. np. Finlandia).

We wszystkich analizowanych krajach Unii Europejskiej, a zwłaszcza w krajach skandynawskich, w szczególnie sposób traktuje się w systemie pomocy społecznej **ubogie i pozbawione dochodów rodziny z dziećmi**. Dochód gwarantowany (bądź zasiłki socjalne) dla rodzin ubogich (bądź pozbawionych dochodu, źródeł utrzymania) z dziećmi zwykle są silnie zróżnicowane według kryterium wieku dziecka i typu rodziny oraz liczby osób w rodzinie/gospodarstwie domowym.

Opieka instytucjonalna jako rozwiązanie służące godzeniu obowiązków zawodowych z rodzinnymi przez pracujących rodziców jest we wszystkich analizowanych krajach szeroko rozwinięta. Generalnie w badanych krajach obowiązują preferencje dla dzieci rodziców pracujących w przyjęciach do instytucji opieki. W niektórych krajach zapewnia się szeroki dostęp dla dzieci z rodzin ubogich (Estonia, Finlandia, Szwecja, Francja, Irlandia), a także niską odpłatność (Estonia, Francja) bądź zwolnienie z opłat (Finlandia, Szwecja, Irlandia) za korzystanie z instytucji opieki dla rodzin z niskimi dochodami lub pozbawionych tych dochodów.

Propozycje dla Polski

1. W większości analizowanych krajów nie ma kryterium dochodowego uprawniającego rodziny do zasiłku rodzinnego na dziecko/dzieci. W Polsce ze względu na przyjęty relatywnie niski próg dochodu uprawniający do świadczeń rodzinnych (sięgający sporo poniżej przeciętnego dochodu w gospodarstwach domowych ogółem) korzysta z nich jedynie około połowy z liczby rodzin z dziećmi na utrzymaniu. Wydaje się uzasadnione rozpatrzenie propozycji podwyższenia (do przeciętnego dochodu) lub zniesienia progu/testu dochodowego uprawniającego do świadczeń rodzinnych (por. pkt.II.1 propozycji dla Polski).

2. W Polsce wypłacany jest dodatek do zasiłku rodzinnego na trzecie i kolejne dziecko, tym samym można uznać istnienie preferencji dla **rodzin wielodzietnych** w systemie świadczeń rodzinnych.

3. W systemie świadczeń rodzinnych w Polsce w szczególnie sposób wspierane są **rodziny niepełne z dziećmi** na utrzymaniu, a więc samotne matki i samotni ojcowie z dziećmi. Przejawia się to w relatywnie (w relacji do wartości zasiłków rodzinnych) znaczącej kwocie dodatku dla osoby samotnie wychowującej dziecko. Należy zaznaczyć, że od 2009 roku ponownie przywrócono działalność Funduszu Alimentacyjnego, z którego wypłacane będą świadczenia alimentacyjne w razie nieściągalności zasądzonych sądownie alimentów.

4. Formuła naliczania renty rodzinnej w Polsce jest relatywnie korzystna w porównaniu z analizowanymi krajami (świadczenie w odsetku podstawy znacznie wyższe, poza przypadkami krajów, gdzie dla rodzin niepełnych wielodzietnych świadczenie sięga 100% podstawy wymiaru). Tym samym nie wydaje się uzasadniona modyfikacja zasad omawianego świadczenia.

5. Polski system podatkowy dla rodzin niepełnych w postaci wspólnego rozliczenia dochodu przez rodzica i dziecko oraz odliczenia od należnego podatku podwójnej kwoty wolnej od podatku na każde dziecko jest korzystny z perspektywy rozwiązań w analizowanych krajach, wobec czego nieuzasadnione wydaje się dokonywanie w nim zmian.

6. System świadczeń rodzinnych dla **rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem** w Polsce służy wspieraniu wydatków tych rodzin na kształcenie i rehabilitację medyczną dzieci. Wzorem natomiast takich krajów jak Francja czy Irlandia można zaproponować wprowadzenie w polskim systemie podatków od dochodów osobistych wprowadzenie prawa do odliczania od podatku wydatków na opiekę/ zatrudnienie opiekuna nad dzieckiem. Rozwiązanie to może być wprowadzane etapowo poprzez stopniowe (np. coroczne) podnoszenie odsetka ponoszonych kosztów, które rodzina może odliczyć od dochodu do opodatkowania lub podatku należnego.

7. W Polsce, w porównaniu do analizowanych krajów, obowiązuje bardzo uproszczony system obliczania i przyznawania świadczeń z pomocy społecznej dla **rodzin ubogich**. Można wręcz stwierdzić, że ma on „mało rodzinny” charakter. Wydaje się, że uprawnionym byłby wniosek, żeby wprowadzić większe zróżnicowanie zasiłków z pomocy społecznej ze względu na liczbę osób w rodzinie, w szczególności ze względu na liczbę dzieci pozostających na utrzymaniu. Można zaproponować również gradację wysokości zasiłku zależnie od grupy wieku dziecka, tak jak to ma miejsce w dotychczas funkcjonującym systemie świadczeń rodzinnych. Uzasadnieniem dla takiego wniosku pod adresem progu interwencji socjalnej jest nieporównanie duże zagrożenie ubóstwem rodzin wielodzietnych i bardziej licznych, jeśli chodzi o skład osobowy.

8. W Polsce jest relatywnie niski udział małych dzieci korzystających z opieki instytucjonalnej, zwłaszcza w przedszkolach. Wydaje się celowe wprowadzenie między innymi rozwiązań służących rozwojowi usług opiekuńczych.

Literatura

- Analysis, Education and Science, Estonia, The Baltic Course, <http://www.baltic-course.com/eng/analytics/?doc=2080>
- Balancing act: improve our work/life equilibrium, "Social Agenda" – the European Commission's magazine on employment and social affairs, issue n° 19, December 2008
- Balcerzak-Paradowska B. (1999), *Polityka rodzinna. Między dwoma modelami*, IPiSS, PBZ, z. 10
- Balcerzak-Paradowska B., (2004), *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*, IPiSS, seria: "Studia i Materiały"
- Balcerzak-Paradowska B. (2005), *Przeciwdziałanie dyskryminacji kobiet na rynku pracy. Rozwiązania na rzecz godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi* (Ekspertyza), Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, maszynopis powielony
- Ciechański J., Informacja nt. współczesnego europejskiego ustawodawstwa rodzinnego wobec wyzwań demograficznych i ekonomicznych, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, http://www.mpips.fl186_1 (26 maja 2008)
- Employers' attitudes towards part-time work, Renata Kyzlinkova, Research Institute for Labour and Social Affairs (RILSA), tekst na stronie internetowej: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2007,12-11-2008>
- Estonia Early Childhood Care and Education (ECCE) Programs, UNESCO International Bureau of Education, Geneva, 2006
- Low uptake of flexible work arrangements in public administration, Eva Hejzlarová and Hana Tenglerová, Faculty of Social Sciences, Charles University of Prague, tekst na stronie internetowej: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2007,25-06-2008>
- MISSOCC 2007, Mutual Information System on Social protection in the Member States of the European Union, European Commission, 1 January 2007.
- Neyer G. (2006), Family Policies and Low Fertility in Western Europe, "Journal of Population and Social Security" (Population), supplement to Volume 1.
- OECD 2001, Appendix1. An Overview of ECEC Systems in the Participating Countries, http://www.suomi.fi/suomifi/english/subjects/families_and_social_services/child_car.

Praca zbiorowa, Reforming Family assistance in southern Europe. Is there a role for universal child benefits?"2006 <http://www.manos@econ.soc.uoc.gr>

Reconciliation of work and private life. A comparative review on thirty European countries, European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Unit G.1, Luxembourg 2005

<http://www.poola.ee/uus/pl/podatkowy>

http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUP/KS-DU-08-001/EN/KS-DU-08-001-EN.PDF

inne dane o krajowych politykach rodzinnych na stronie internetowej:
http://ec.europa.eu/employment_social/families/national-family-policy_en.html

ROZDZIAŁ IV

Analiza prawnoporównawcza rozwiązań przyjętych przez państwa członkowskie UE w zakresie ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad rodziną i dzieckiem

Wstęp

Opracowanie niniejsze ma na celu zbiorcze, a jednocześnie możliwie syntetyczne potraktowanie szerokiej tematyki, jaką jest zagadnienie traktowania rodziny w poszczególnych porządkach prawnych. Autor odwołuje się przede wszystkim do zagadnień natury prawnej i pola rozwiązań legislacyjnych. Zwrócić należy uwagę, iż co do zasady, w większości krajów, będących członkami Unii Europejskiej(UE), teoria sprawnie przekładana jest na praktykę, zaś sam fakt uchwalenia i wejścia w życie określonego aktu prawnego bezpośrednio implikuje rozwój tych dziedzin, które dany akt reguluje. Wynika to nie tylko z właściwego, nieco pragmatycznego, podejścia do prawa w krajach „starej Unii”, ale również, a może nawet przede wszystkim, z szacunku do pewnych zagadnień.

Rodzina jako podstawowa komórka społeczna, jako zbiór osób posiadających, przynajmniej w założeniu, zbieżne interesy, powinna być nie tyle objęta pomocą władz krajowych, gdyż to implikowałoby wnioski o konieczności istnienia państwa socjalnego. Istotne jest przede wszystkim, aby ustawodawca wyznaczył pewne ramy działań, zabezpieczył możliwość ich przeprowadzania i wykonywania, a także odpowiednio ukierunkował pozytywne zmiany nie tracąc z pola widzenia aktualnych potrzeb. Rozwój rodziny jest warunkiem rozwoju społeczeństwa i cywilizacji, w związku z czym ważne jej znaczenie wymusza niejako na każdym podmiocie decyzyjnym podejmowanie takich działań, aby każdy, oczywiście w granicach wolnej woli i swobodnego wyboru, mógł swobodnie i w komfortowych warunkach podejmować decyzję o posiadaniu potomstwa.

Niezwykle ważne jest również zapewnienie sytuacji, w której środki o charakterze technicznym i czysto medycznym są nie tyle przywilejem

kobiety w szeroko pojętym okresie koncepcyjnym, co wręcz jej naturalnym roszczeniem względem służby zdrowia. W związku z tym niniejszy materiał poruszać musi również, i to w sposób bezpośredni, tematykę z zakresu medycyny, zwłaszcza badań prowadzonych na polu ginekologii, położnictwa, a wreszcie pediatrii. W wielu krajach opieka medyczna, tak w okresie ciąży, porodu i połogu, jak i nad kobietami dopiero planującymi posiadanie dzieci, ma charakter multidyscyplinarny, przez co do wyżej wymienionych specjalizacji dodać należy takie jak m.in. psychiatria, anestezjologia i inne całościowo składające się na jedyne właściwe pojęcie prawidłowej opieki medycznej w tym zakresie.

Niniejszy materiał ma charakter zdecydowanie bardziej syntetyczny, niż analityczny. Przyjęta wobec tego metodologia w zakresie pracy nad nim sprowadziła się do dwóch kwestii. Po pierwsze podkreślić należy niebagatelne znaczenie materiałów już zebranych i przeanalizowanych przez takie, powołane w bibliografii, podmioty, jak Rada Legislacyjna przy Prezesie Rady Ministrów, Fundacja „Rodzić po Ludzku” oraz wartościowe serwisy internetowe. Wspomniane materiały zostały wykorzystane w znacznej części co niewątpliwie świadczy o ich ogromnej wartości. Po drugie konieczne było, odwołując się nie tylko do wykorzystanych tekstów, ale również niezwykle bogatego zasobu danych statystycznych, wyodrębnić najistotniejsze zagadnienia, uzasadnienie ich wagi i kompleksowości w zakresie rozwiązań, przez co opracowanie posiada wyróżnione poszczególne elementy.

W pierwszej części znajdują się szerokie informacje dotyczące niezmiernie szerokich roszczeń kobiet w stosunku do właściwych przedstawicieli służby zdrowia w poszczególnych krajach. Ukazano tu wachlarz możliwości, jakie mogą zostać przez kobiety wykorzystane, oraz szczegółowo przedstawia elementy składające się na opiekę medyczną w stosunku do ciężarnych kobiet, jak również sferę edukacji w tej dziedzinie oraz opiekę następującą już po porodzie.

Część druga obejmuje swoim zakresem większość uprawnień związanych z rodzicielstwem. Dotyczy to przede wszystkim uprawnień o charakterze ekonomicznym, a zatem wiąże się z bezpośrednio i wymierną pomocą finansową danego państwa. Poruszone są również zagadnienia związane z odpowiednimi urlopami.

W trzeciej części poruszona jest niebagatelna kwestia dotycząca innych form szeroko pojętej opieki nad dzieckiem. W szczególności zwrócono uwagę na tzw. opiekę pozarodzicielską i uprawnienia z nią związane.

Część czwarta poświęcona omówieniu przesłanek dobrej i wyspecjalizowanej opieki medycznej. Przedstawione są profile edukacji w tych

zawodach, które mają bezpośredni związek z opieką nad kobietami w ciąży oraz rodziną w ogólności.

Część piąta obejmuje wspomniane na początku ramy tworzone przez dane państwo i dotyczy zasad funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej jako całości.

Zamiarem autora jest nie tyle spowodowanie koniecznych zmian, co przede wszystkim próba zwrócenia uwagi na potrzebną zmianę w zakresie mentalności obywateli w Polsce, a także wywołanie nowej konstruktywnej dyskusji w zakresie tak istotnej tematyki, jaką jest szeroko rozumiana opieka nad rodziną.

4.1. Opieka medyczna nad kobietą w ciąży w wybranych krajach europejskich

Jedną z najbardziej immanentnych cech w zakresie poruszanej tematyki szeroko pojętej opieki okołoporodowej jest znacząca rola położnych. Zarówno systemy kształcenia, jak i przyznawane w ich wyniku szerokie kompetencje dają obraz położnej jako jednej z najważniejszych funkcji sprawowanej w odniesieniu do kobiet w ciąży, ale również ciężę planujących, a także znajdujących się w okresie po porodzie.

Austria

Zakres odpowiedzialności położnych w Austrii zawiera doradztwo i opiekę nad ciężarnymi, rodzącymi i młodymi matkami oraz ich dziećmi. Wszystkie te działania mieszczą się w ramach prawnych społecznego systemu zdrowia, zaś do zadań położnej należy:

1. Dostarczanie informacji związanych z planowaniem rodziny
2. Rozpoznawanie ciąży
3. Wczesne rozpoznawanie patologii i współpraca z lekarzem
4. Przygotowanie kobiet/rodziców do rodzicielstwa
5. Prowadzenie porodów fizjologicznych z włączeniem – o ile to konieczne – nacięcia krocza oraz porodów pośladowych w nagłych wypadkach.
6. Położne są prawnie odpowiedzialne za prowadzenie fizjologicznej ciąży i porodu, ale w praktyce odpowiedzialność ta jest dzielona z lekarzami. W przypadku wystąpienia patologii, położne zwracają się o pomoc do lekarzy-położników.

Położna musi być zawsze obecna podczas porodu. Brak położnej jest rozumiany jako złamanie prawa. Zawód położnej jest chroniony

prawnie przez „Bundeshebamengesatz” – federalną ustawę o położnych, obowiązującą od 1984 roku.

W latach 40. i 50. 80% porodów odbywało się w domach. Od lat 60. notuje się stały wzrost liczby porodów szpitalnych. Obecnie odsetek porodów domowych wynosi 2%. Lata 60. i 70. charakteryzowały się nasileniem technicyzacji porodów. W latach 1980-1990 zanotowano wzrost liczby porodów alternatywnych. Do 1985 roku obserwowano stały spadek liczby położnych. Wzrost nastąpił dopiero po roku 1990. W 1998 roku, liczba położnych w porównaniu z rokiem 1970 była wyższa o 16%. Nastąpiła także zmiana w formie ich funkcjonowania. W 1970 roku ponad połowa położnych prowadziła prywatną praktykę lub działała z publicznego nadania. W roku 1995 wskaźnik ten osiągnął poziom 19%. W tym samym czasie, w związku ze spadkiem liczby porodów domowych, znacznie wzrósł odsetek położnych zatrudnionych przez szpitale. Kobiety w Austrii mają prawo decydowania, kto będzie sprawował nad nimi opiekę podczas ciąży i porodu. Większość z nich korzysta z zaleceń Mutter-Kind-Pass – książeczki z 1973 roku, w której sugeruje się, aby wszystkie badania w czasie ciąży były wykonywane przez lekarza. Zazwyczaj więc kobiety zwracają się do ginekologa-położnika. W przyszłości ma zostać dodane zalecenie, aby jedna konsultacja odbyła się z położną. Położne są zawsze obecne przy porodzie, ale odsetek porodów prowadzonych przez położne samodzielnie nie jest znany. Większość kobiet w ciąży korzysta z opieki ginekologa-położnika. Czasami lekarze kierują ciężarne do położnych. Ginekolodzy i położne są współodpowiedzialni za ciążę i porody zarówno fizjologiczne jak i patologiczne. Zdarza się, że na obszarach wiejskich, świadczeniami z zakresu położnictwa zajmują się lekarze ogólni. Rodzice mogą zdecydować, gdzie ma się odbyć poród: w domu, szpitalu czy Domu Narodzin. Jedynie 2% kobiet decyduje się na poród domowy. W Austrii działają 4 Domy Narodzin, a w każdej z nich odbywa się nie więcej niż 100 porodów rocznie. Są niezależne od szpitali. W Austrii, w 2000 r. było 1550 aktywnych położnych. W 1998 r., 10% położnych prowadziło prywatną praktykę, 30% łączyło prywatną praktykę z pracą w szpitalu, 60% było zatrudnionych jedynie w szpitalu. W 2000 r., w Austrii pracowało 590 ginekologów. Około 5% lekarzy ogólnych zajmuje się praktyką położniczą. Prawdopodobnie ta dotyczy najczęściej obszarów wiejskich. Położne zatrudnione w szpitalach otrzymują regularną pensję, zaś położne z prywatną praktyką otrzymują honorarium od klienta za wykonaną usługę. Położna prowadząca prywatną praktykę, może podpisać umowę z instytucją nadrzędną wobec stowarzyszeń ubezpieczeń społecz-

nych. Jeśli nie ma takiego kontraktu, obciąża opłatami bezpośrednio klientkę, a ta zwraca się do ubezpieczyciela społecznego, który zwraca 80% poniesionych kosztów. Wysokość pensji położnych zatrudnionych na etatach jest określany w umowach pomiędzy organizacjami pracodawców a związkami zawodowymi. Średnie, roczne dochody położnych zatrudnionych w szpitalach wynoszą około 21802 Euro.

Kandydatki i kandydaci muszą mieć kwalifikacje porównywalne z wymaganiami stawianymi kandydatom na medyczne studia uniwersyteckie, z wyjątkiem tych osób, które posiadają już uprawnienia pielęgniarские – ogólne lub dziecięce. Obecnie niemal wszystkie porody odbywają się w szpitalach. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że większość kobiet zwraca się w pierwszej kolejności do ginekologa. Tendencja ta jest podtrzymywana poprzez rekomendację zawartą w książeczce Mutter-Kind-Pass. Zazwyczaj położna i ginekolog dzielą się odpowiedzialnością za prowadzenie zarówno fizjologicznych, jak i patologicznych przypadków, podczas gdy, według położnych, to one powinny mieć wiodącą rolę w przypadkach prawidłowych ciąż i porodów.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	2000
Liczba mieszkańców	7 900 000
Liczba porodów	77 887
Liczba urodzeń żywych	77 568 (99.59%)
Liczba urodzeń martwych	319 (0.41%)
Śmiertelność okołoporodowa	0.50%
Liczba położnych	1 550
Liczba porodów na położną	-
Liczba ginekologów	590
Procent lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	5%

Śmiertelność okołoporodowa dotyczy martwych urodzeń i zgonów noworodków ważących co najmniej 500 gramów, w ciągu pierwszego tygodnia życia

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, do zakresu opieki świadczonej przez położne zaliczamy: profilaktykę, diagnozę powikłań u matki i dziecka, kierowanie opieką medyczną oraz stosowanie procedur ratunkowych pod nieobecność lekarza.

Oznacza to, że położna ma do odegrania rolę w prewencji pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia.

- Prewencja pierwszego stopnia oznacza zapobieganie chorobie. Zadaniem położnej jest dostarczanie informacji na temat leków, seksualności, wolności wyboru, ciąży, porodu itp.
- Prewencja drugiego stopnia oznacza wczesne rozpoznawanie choroby lub patologii, dzięki czemu możliwe jest powstrzymanie dalszego rozwoju schorzenia. Najważniejszym zadaniem położnej jest wykrywanie ciąży podwyższonego ryzyka i asystowanie przy badaniach ultrasonograficznych.
- Prewencja trzeciego stopnia oznacza zapobieganie i/lub spowalnianie procesów chorobowych, a także pomoc pacjentkom w przypadkach komplikacji. Położna jest powołana do dawania kobiecie oraz jej partnerowi wsparcia psychologicznego i emocjonalnego.

Belgia

W Belgii położna jest osobiście odpowiedzialna za prowadzenie fizjologicznych ciąż i porodów. W przypadku stwierdzenia patologii, zwraca się do ginekologa, który w tym momencie przejmuje odpowiedzialność.

Zawód położnej podlega tutaj ochronie od 1818 roku. Ostatnie zmiany wprowadzono w 1991 roku. Zasadnicze zmiany w opiece położniczej nastąpiły po II Wojnie Światowej. Poród fizjologiczny został przekwalifikowany z pierwszej do drugiej grupy opieki medycznej. Powodem tej zmiany było, wprowadzone w 1944 r., a obowiązujące od 1945 r. obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotno-inwalidzkie, w ramach którego wszystkie porody szpitalne, niezależnie od przebiegu, wraz z towarzyszącymi zabiegami medycznymi, uzyskały prawo do zwrotu kosztów. Regulacje te wynikały ze wzrostu liczby ginekologów i nadpodaży łóżek szpitalnych.

Także profil edukacji położnych uległ zmianie. Skupiono się w większym stopniu na pracy w warunkach klinicznych, sprowadzając tym samym rolę położnej do asystentki ginekologa. W 1957 roku zrównano status edukacyjny położnych z pielęgniarzami.

W ciągu ostatnich 40 lat liczba położnych w opiece położniczej spadła z 31 do 3%. Zanotowano także spadek lekarzy ogólnych zajmujących się praktyką położniczą z 53 do 8.5%. Jednocześnie zaobserwowano ogromny wzrost liczby ginekologów w położnictwie z 15% w 1950 r. do 86% w 1980 r.

Kobieta, chcąc potwierdzić ciążę, może zwrócić się do położnej, lekarza ogólnego lub ginekologa. Zazwyczaj decyduje się wybrać ginekologa. Położna jest wybierana w wyjątkowych wypadkach. Położne prowadzące prywatną praktykę oraz lekarze ogólni mają ograniczony dostęp do szpitali. Niektóre szpitale mają charakter „zamknięty” – mogą w nich przyjmować jedynie lekarze zatrudnieni na etacie. Inne są „otwarte” dla lekarzy ogólnych. Położnym prowadzącym prywatną praktykę zezwala się na prowadzenie porodów w szpitalu jedynie w wyjątkowych przypadkach. Położne prowadzą ogółem około 2-3% porodów.

Zarówno w odczuciu społecznym, jak i położnych, ciąża i poród to procesy naturalne. Położne są w niewielkim stopniu zaangażowane w opiekę przedporodową, ponieważ większość kobiet podczas ciąży zwraca się do ginekologa. W czasie porodu, położna pełni funkcję pomocniczą, chyba, że nieobecny jest lekarz. W takim wypadku położna prowadzi poród samodzielnie. Położne zajmują się opieką poporodową w szpitalu, ale pod nadzorem lekarza dyżurnego. W 2000 roku zarejestrowano 815 porodów przyjętych przez położne prowadzące prywatną praktykę. Ich koszt został pokryty przez firmy prowadzące narodowe ubezpieczenia zdrowotne.

W 1991 roku całkowity udział lekarzy ogólnych w opiece położniczej wyniósł 8.5%. W rzeczywistości procent ten jest nieco wyższy w opiece przedporodowej. Wynika to z faktu, że niektóre kobiety wybierają opiekę lekarzy ogólnych na czas ciąży, ale już sam poród odbywa się w szpitalu pod opieką ginekologa-położnika. W 2000 roku, lekarze ogólni przeprowadzili 1 987 porodów, podczas gdy lekarze-położnicy – 107 180. Decyzja o miejscu porodu należy do rodziców. Mogą wybierać pomiędzy porodem domowym albo porodem w szpitalu, w którym pracuje prowadzący ciążę lekarz. Zaledwie 600 porodów (1%) odbywa się w domu. Reszta – w szpitalu. W 1999 roku zawód położnej wykonywało w Belgii 4 351 osób. Około 3% z nich prowadziło prywatną praktykę. Pozostałe były zatrudnione w szpitalach, w ramach publicznej opieki zdrowotnej.

Szacuje się, że liczba ginekologów w 1999 roku wyniosła 450. Liczba lekarzy ogólnych zajmujących się praktyką położniczą nie jest znana. Położne pracujące etatowo otrzymują pensję, prowadzące prywatną praktykę – otrzymują honorarium za świadczone usługi. Pensje położnych zatrudnionych w szpitalach są ustalane ogólnie. Według Krajowej Rady Położnych najniższa pensja położnej w szpitalu wynosi 21 000 Euro rocznie. Dodatkowe wynagrodzenie przysługuje za dyżury nocne i w dni wolne od pracy.

Opłaty za opiekę przed- i poporodową

Usługa	Cena (Euro)
Poród domowy (bez prowadzenia pierwszego okresu porodu)	156.50
Prowadzenie pierwszego okresu porodu	156.50
Opieka przedporodowa, 1 wizyta, opłata wstępna	28.50
Opieka przedporodowa, każda następna wizyta	20.50
Opieka poporodowa (średnia opłata za dzień)	45.00

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1999	2000
Liczba mieszkańców	-	7 900 000
Liczba porodów	114 276	-
Liczba urodzeń żywych	99.30%	-
Liczba urodzeń martwych	0.70%	-
Śmiertelność okołoporodowa	0.73%	-
Liczba położnych	4 351	-
Liczba porodów na położną	-	26
Liczba ginekologów	450	-
Procent lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	-	-

Śmiertelność okołoporodowa dotyczy liczby urodzeń martwych i zgonów noworodków ważących co najmniej 500 gramów, do 29 dnia życia.

Dania

W Danii zadaniem położnej jest pomoc kobiecie w urodzeniu dziecka, a także opieka przed i po porodzie. Duński termin „jordemoder” (położna) oznacza „upoważniony personel służby zdrowia”. Zawód ten jest chroniony prawem od 1978 roku, zaś do zadań położnej należy:

1. Prowadzenie zajęć w szkole rodzenia i wizyt kontrolnych w okresie ciąży. Przeciętnie, każda kobieta odbywa 5 wizyt kontrolnych u położnej; liczba ta może być większa, w zależności od potrzeb kobiety
2. Samodzielne prowadzenie fizjologicznych porodów
3. Kontakt z ciężarną, odwiedzanie kobiety w przypadku wystąpienia powikłań
4. Opieka nad matką w ciągu kilku godzin po porodzie

5. Udział w szkoleniach i badaniach Położne są osobiście odpowiedzialne za prowadzenie fizjologicznych ciąż i porodów. W przypadku wystąpienia powikłań odpowiedzialność jest przejmowana przez ginekologa.

W 6 na 15 regionów opieki zdrowotnej, położne są zatrudnione pośrednio przez Regionalną Położną Naczelną. W tych regionach, na położnych spoczywa więcej odpowiedzialności w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Po II Wojnie Światowej wprowadzono nowe rozporządzenia dla poprawy warunków ciąży i porodu. Spowodowało to znaczny rozwój opieki położniczej. Do 1947 roku położne wykonywały swoją pracę w ramach prywatnej praktyki. Otrzymywały za to niewielką pensję oraz, o ile rodzącą było na to stać, wynagrodzenie za przyjęty poród. Od zakończenia wojny wynagrodzenie pokrywa ubezpieczenie zdrowotne. W latach 60. kobiety wyraźnie wołały rodzić w szpitalach lub klinikach. W tym okresie zaznaczył się brak wystarczającej liczby położnych, co spowodowało przejęcie opieki położniczej przez pielęgniarki, pomimo niewystarczającego ich doświadczenia i odpowiedniej edukacji. W latach 70. i 80 nastąpił znaczny rozwój technologiczny oraz wzrost świadomości konsumenckiej. Oba te zjawiska miały bezpośredni wpływ na dzisiejszą sytuację.

Obecnie położne są wystarczająco wykwalifikowane do samodzielnej pracy, są jednak często odsuwane na drugi plan, jako pracowniczki niższej kategorii. W większości przypadków są służbowo zależne od przełożonego – lekarza-poloznika.

Kobieta podejrzewająca u siebie ciążę ma trzy możliwości. Może zwrócić się do lekarza ogólnego, położnej (w ośrodku zdrowia prowadzonym przez położne) lub do ginekologa. Jeżeli przyszli rodzice nie zwrócą się bezpośrednio do położnej, a brak jest symptomów powikłań ciąży, lekarz ogólny lub ginekolog skieruje ich do położnej. Jeżeli są jakiegokolwiek problemy z ciążą, położna lub lekarz ogólny skieruje kobietę do lekarza-poloznika.

Położne prowadzą 70-75% wszystkich porodów. Pozostałe, lekarze-poloznicy z pomocą położnych. W duńskim systemie opieki położniczej panuje przekonanie, że ciąża i poród są naturalnymi procesami. W przypadku fizjologicznej ciąży i porodu, kobieta pozostaje pod opieką położnej.

Lekarze ogólni (w liczbie 3 500) mogą rozpoznawać ciążę oraz są odpowiedzialni za dwie przedporodowe konsultacje. Większość z nich przeprowadza także przed- i poporodowe badania. Jeżeli nie ma podejrzeń o możliwej patologii, ciążarna pozostaje pod opieką położnej.

W przypadku wystąpienia powikłań, odpowiedzialność przejmuje ginekolog. W takim wypadku ginekolog jest także odpowiedzialny za poród, przy którym asystuje mu położna. Porody domowe są prowadzone przez położne, do których należy także obowiązek dwukrotnych odwiedzin matki w domu po porodzie. Decyzja o miejscu porodu należy do rodziców. W przypadku ciąży fizjologicznej mogą wybierać pomiędzy porodem w domu, w oddziale opieki położniczej lub w szpitalu. Oddział opieki położniczej prowadzony jest przez położne, ale jest częścią szpitala. W przypadku ciąży powikłanej, poród odbywa się w szpitalu. Jedynie 1% porodów odbywa się w domu. Pozostałych 99% – w szpitalach. Spośród porodów szpitalnych, 10% odbywa się w oddziałach opieki położniczej. Spośród 1 600 zarejestrowanych w Danii położnych, w 2001 roku aktywnych zawodowo było 1 350.

Mniej niż 1% położnych prowadzi prywatną praktykę. Ponad 99% pracuje w sektorze publicznym (szpitalach i klinikach położniczych). Położne nie pracują w prywatnej służbie zdrowia, gdyż nie są w niej prowadzone porody. W 2001 roku było w Danii 880 ginekologów. Około 3 500 lekarzy ogólnych zajmuje się praktyką położniczą. Położne otrzymują pensje, jeśli są zatrudnione etatowo. Jeżeli prowadzą prywatną praktykę (co jest jednak rzadkością), otrzymują honorarium od klienta. Place w sektorze publicznym są dostosowywane w zależności od zmian wynagrodzeń w sektorze prywatnym. A zatem, gdy na przykład wzrastają pensje policjantów, następuje jednoczesny wzrost wynagrodzenia położnych.

Średnia roczna pensja położnej wynosi 32 000 do 35 000 Euro. Do tego należy doliczyć dodatkowe wynagrodzenie za nadgodziny, nocne dyżury, itp.

Warunkiem rozpoczęcia szkolenia jest uzyskanie wykształcenia na poziomie średnim (12 lat szkoły). Kandydatki i kandydaci muszą się także legitymować minimum 9-miesięcznym doświadczeniem w placówkach o odpowiednim profilu (np. w domu spokojnej starości). Każdego roku na studia położnicze kandyduje około 900 osób, ale zakwalifikowanych zostaje tylko 90 spośród nich. 50% kandydatek i kandydatów jest przyjmowanych na zasadzie konkursu świadectw. Narodowy Zarząd Zdrowia wprowadził nowy system organizacji ochrony zdrowia. W sześciu regionach wspomnianych w rozdziale: Zadania i zakres odpowiedzialności – położna, planuje się zmianę statusu położnych pracujących w sektorze podstawowej ochrony zdrowia – miałyby podlegać specjalistom, na wzór sytuacji w dużych placówkach szpitalnych. Może to oznaczać odsunięcie położnych od opieki położniczej.

Jak widać, centralna pozycja położnej w czasie normalnego porodu musiała się wydawać zagrażająca. Dodatkowo, rodziny nie mają możliwości uzyskania ciągłej opieki w czasie ciąży, porodu i pójgu przez położną, o ile nie zapłacą za to jednej z niewielu aktywnych specjalistek, prowadzących prywatną praktykę.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1998	2000
Liczba mieszkańców	-	5 200 000
Liczba porodów	64 792	-
Liczba urodzeń żywych	-	-
Liczba urodzeń martwych	-	-
Śmiertelność okołoporodowa	0.80%	-
Liczba położnych	1 300	1 350 (1,600 zarejestrowanych)
Liczba porodów na położną	-	-
Liczba ginekologów	-	880
Liczba lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	-	3 500

Śmiertelność okołoporodowa rozumiana jest jako zgon, który nastąpił pomiędzy 28 tygodniem ciąży a końcem pierwszego tygodnia po urodzeniu.

Finlandia

W Finlandii położna to wykwalifikowana i zarejestrowana profesjonalistka, zajmująca się przed- i poporodową opieką w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. W szpitalach jest odpowiedzialna za opiekę przed, w trakcie i po porodzie. Jej aktywność przejawia się na wielu polach związanych z rozrodczością i zdrowiem, włącznie z pielęgniarstwem ginekologicznym i planowaniem rodziny i zadania jej obejmują m.in.:

1. Prowadzenie zajęć przygotowujących do porodu
2. Wykonywanie kontrolnych badań w okresie ciąży
3. Prowadzenie porodów fizjologicznych (z nacięciem krocza i szyi włącznie)
4. Pomoc w przypadku wystąpienia powikłań
5. Wizyty domowe po porodzie
6. Edukacja rodziców (np. dotycząca karmienia piersią, umiejętności rodzicielskich itp.)

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej, położna albo pielęgniarka ogólna wykonuje średnio 16 badań kontrolnych w okresie ciąży. Po ich wykonaniu kieruje pacjentkę do lekarza ogólnego lub ginekologa. Jest także odpowiedzialna za prowadzenie zajęć w szkole rodzenia i przygotowanie do porodu. Ponieważ porody odbywają się wyłącznie w szpitalach, położne pracujące w podstawowej opiece zdrowotnej (np. w przychodniach), nie przyjmują porodów. Po porodzie, położna (lub pielęgniarka) składa jedną lub dwie wizyty w domu pacjentki, w celu sprawdzenia stanu zdrowia matki i dziecka. Matka pozostaje pod opieką kliniki położniczej przez 8 tygodni od porodu.

W ramach opieki specjalistycznej, położne asystują lekarzom-specjalistom w oddziałach położniczych, a także prowadzą specjalne oddziały, np. dla kobiet z cukrzycą lub uzależnionych od narkotyków. Wykonują także badania ultrasonograficzne (USG) oraz wszelkie inne prace z zakresu pielęgniarstwa i opieki położniczej.

Porody zawsze odbywają się w szpitalach. Położne prowadzą porody fizjologiczne, stosują nienarkotyczne metody łagodzenia bólu, wykonują nacięcie krocza i szyjce. W przypadku wystąpienia powikłań, położna pomaga ginekologowi lub zajmuje się pacjentką pod jego nadzorem.

Po porodzie, pracująca na stałe w szpitalu położna, jest nadal odpowiedzialna za opiekę nad matką i dzieckiem oraz za ich stan zdrowia. Dostarcza też wsparcia w kwestiach związanych z karmieniem piersią i nabywaniem umiejętności rodzicielskich.

Zawód położnej jest prawnie chroniony od 1711 roku, nie dotyczy to jednak jej roli i zadań. Opieka położnicza w Finlandii ma bardzo długą historię. Pierwsze regulacje, w zjednoczonej wówczas Finlandii-Szwecji pojawiły się już w 1711 roku. W 1777 roku wprowadzono prawo, na mocy którego każda parafia musiała mieć przynajmniej jedną wyszkoloną położną. Era nowoczesnego położnictwa fińskiego rozpoczęła się w 1816 roku, kiedy to powstały pierwsze szpitale i szkoły położnych. Pod koniec XIX wieku, w całym kraju pracowało 800 położnych, choć zaledwie 25% kobiet korzystało z ich usług. Na początku XX stulecia, opublikowano pierwszy Biuletyn Fińskich Położnych, a po kilku latach w każdym regionie działały już stowarzyszenia zawodowe. W 1917 roku Finlandia stała się niepodległą republiką. Nowopowstałe społeczeństwo musiało wprowadzić własne regulacje. Wprowadzone w 1920 r. prawo dotyczyło opieki położniczej i porodów szpitalnych. Zabraniało przyjmowania porodów przez osoby nie posiadające kwalifikacji położnej. Prawo regulowało zasady wynagrodzeń położnych oraz nadzoru ich pracy przez lekarzy ogólnych.

W tym czasie większość porodów odbywała się w domach. W 1944 roku 41% porodów odbywała się w domu. W tym okresie wprowadzono regulacje wspierające zorganizowaną opiekę położniczą. Wszystkie kobiety, niezależnie od swojej sytuacji ekonomicznej, uzyskały prawo dostępu do takiej opieki. Położne szkolono tak, aby mogły wykonywać swoje obowiązki zarówno w szpitalach, jak i w środowisku domowym. Około roku 1950 wprowadzono centralny i regionalny system szpitalny. Od tego momentu szpitale przejęły 75% porodów. W latach 60. porody domowe stały się rzadkością (3%). Władze medyczne ustaliły, że pielęgniarki ogólne będą mogły świadczyć wszelkie usługi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej dotyczącej porodu. Wprowadzono kursy podnoszące kwalifikacje pielęgniarskie.

Obecnie obowiązujące regulacje wprowadzono w 1972 roku. Prawo to nie wspomina nawet o zawodzie położnej. Pielęgniarki ogólne mają wykonywać wszelkie prace z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zaś szpitalne położne zostały zastąpione przez „pielęgniarki-specjalistki”. Jednocześnie nastąpił znaczny wzrost zastosowania technologii oraz wprowadzono zakaz porodów domowych.

Na początku lat 80. Federacji Fińskich Położnych udało się doprowadzić do korzystnych zmian. Nowo wykwalifikowane położne uzyskały prawo do świadczenia usług zarówno w ramach podstawowej, jak i specjalistycznej opieki zdrowotnej.

W 1995 roku Finlandia została pełnoprawnym członkiem Unii Europejskiej, co zaowocowało kolejnymi zmianami oraz poprawą statusu położnych.

W przeszłości, edukacja położnych polegała na 15-miesięcznym szkoleniu zawodowym w szpitalu. W latach 30. szkolenie przeniesiono do Instytutu Opieki Położniczej. Program rozszerzono do dwóch lat. Włączono także nowy przedmiot – opiekę nad matką. W następnych latach dodano kolejne: ginekologię, przygotowanie do porodu oraz zdrowie psychiczne. Szkolenie przygotowywało położne do pracy w szpitalach i w naturalnym środowisku. Zasady edukacji położniczej uległy radykalnej zmianie w 1968 roku. Szkolenie włączono do programu pielęgniarstwa ogólnego, jako element przygotowania ginekologicznego pielęgniarek. Skrócono je do 9 miesięcy. Stan ten trwał aż do lat 80. kiedy to Federacji Fińskich Położnych udało się przywrócić kurs opieki położniczej. Od tego momentu, studentki i studenci mogą uzyskać kwalifikacje położnych i podejmować pracę w ramach tak podstawowej jak i specjalistycznej opieki zdrowotnej.

W Finlandii panuje powszechne przekonanie, że ciąża i poród są naturalnymi procesami. Pomimo tego, pacjentki wolą porody z zapleczem technicznym, co owocuje tendencją do nadmiernej ich medykalizacji. Skutki tego trendu są widoczne w wielu aspektach fińskiej opieki położniczej. Położna w Finlandii odpowiada za opiekę, którą świadczy, jednak ostateczna odpowiedzialność za wszystkie fazy każdej – fizjologicznej czy powikłanej – ciąży i porodu spoczywa na lekarzu-położniku, pediatrze i lekarzu ogólnym. Lekarz ogólny częściowo odpowiada za opiekę przed- i poporodową, pediatra angażuje się jedynie w poporodowe badania kontrolne dziecka.

W 2000 roku położne przyjęły, pod nadzorem ginekologów, 78% wszystkich porodów. Pozostałe 22% zostały przyjęte przez położników. Były to przypadki takie jak poród pośladowy lub wymagający użycia vacuum.

Po stwierdzeniu ciąży, kobieta rejestruje się w placówce podstawowej opieki zdrowotnej. W tym momencie, automatycznie zostaje objęta opieką położnej lub pielęgniarki. Pielęgniarka będzie także odpowiedzialna za opiekę nad nowonarodzonym dzieckiem. Położna, pielęgniarka lub lekarz ogólny na czas porodu lub w wypadku wystąpienia komplikacji, kierują kobietę do szpitala. Szpital jest jedynym miejscem, w którym może się odbyć poród. W 2000 roku jedynie 8 porodów, przez przypadek lub na specjalne życzenie rodziców i w asyście położnej zatrudnionej prywatnie, odbyło się w domu.

Pośród 4 220 zarejestrowanych w Finlandii położnych, około 2 000 jest aktywnych zawodowo. Liczba ta może być jednak nieprecyzyjna ponieważ część pracowniczek zajmujących się opieką położniczą, jest zarejestrowana jako pielęgniarki. Na 1 000 kobiet w wieku reprodukcyjnym przypada 1.63 położnej. 25 zarejestrowanych położnych to mężczyźni. Większość położnych jest w wieku między 30 a 50 lat. W przeważającej większości (99.9%) są one zatrudnione w sektorze publicznym – w szpitalach i poradniach dla kobiet, które są częścią lokalnych ośrodków zdrowia. Federacja Fińskich Położnych szacuje, że 1% położnych prowadzi w czasie wolnym od pracy etatowej prywatną praktykę. Niewielki procent położnych (około 1%) jest zatrudniona w prywatnej służbie zdrowia, jednak ze względu na brak dokładnych danych szacunki te mogą być nieprecyzyjne. W Finlandii pracuje 584 ginekologów.

Niektórzy spośród 1 950 lekarzy ogólnych pracują 3.5 godziny tygodniowo w opiece przed- i poporodowej.

W 2 000 roku w ramach podstawowej opieki zdrowotnej zatrudnionych było 13 138 pielęgniarek.

Władze gminne w Finlandii są odpowiedzialne za zorganizowanie jedynie podstawowych usług takich jak: edukacja oraz opieka społeczna i zdrowotna dla lokalnej społeczności. Cały kraj podzielony jest na 452 gminy. Ważniejsze decyzje podejmuje rada gminy. Decyzje dotyczące planowania i organizacji służby zdrowia podejmowane są przez Zarząd Zdrowia, Radę Gminy, Zarząd Gminy a także ważniejsze osoby z lokalnych ośrodków zdrowia.

Położne zatrudnione w szpitalach lub poradniach dla kobiet otrzymują stałą pensję. Wysokość pensji ustalana jest w ogólnych negocjacjach przez związki zawodowe. Federacja Fińskich Położnych szacuje, że średnia roczna pensja położnej wynosi 26 910 Euro.

Szkolenie położnych sprowadza się do 1.5 rocznego kursu uzupełniającego trzyletnie studia pielęgniarские. Do rozpoczęcia nauki w szkole pielęgniarской wymagane jest świadectwo maturalne lub inne zaświadczenie o ukończeniu szkoły średniej. Kandydatki i kandydaci muszą legitymować się dobrym zdrowiem oraz przejść przez test weryfikujący ich ogólne zdolności. Istnieje powszechny szacunek dla zawodu położnych. W jednym z niedawnych sondaży, położne zajęły 9. miejsce w rankingu najbardziej szanowanych zawodów.

Publikowanie wyników badań i opracowań o zasadach dobrej opieki położniczej i prawie wyboru rodziców, powinno zaowocować większym poparciem społecznym dla dążeń położnych. Większość kobiet korzysta z nieodpłatnej opieki przedporodowej. Jednym z najbliższych celów jest przekonanie ich do korzystania z opieki świadczonej przez położną, tak aby jej rola nie sprowadzała się jedynie do przyjęcia porodu. Zauważalna jest tendencja do dalszej medykalizacji porodu. Młode pokolenie zdaje się wierzyć, że wsparcie techniczne jest niezbędne. Ma to odbicie, np. we wzroście liczby znieczuleń zewnątrzoponowych i cesarskich cięć.

Trudności nastrocza rozwijanie umiejętności położnych i wzmacnianie ich pozycji zawodowej, w sytuacji kiedy pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, wykonują szereg czynności przypisanych opiece położniczej. Pielęgniarki zaangażowane są w opiekę zarówno w okresie przed- jak i poporodowym. Ta tendencja do przejmowania odpowiedzialności za zdrowie ciężarnej narasta, pomimo protestów środowiska położnych.

Władze lokalne mają prawo wyboru, kogo zatrudnić – położną czy pielęgniarkę. Z badań przeprowadzonych w 1998 roku, wynika, że

60% poradni dla kobiet nie zatrudnia położnych. Panuje przekonanie o „rodzinnej” roli pielęgniarki i jej odpowiedzialności za zdrowie od narodzin do starości, z włączeniem ciąży i porodu. Należy przy tym zauważyć, że opieka poradni dla kobiet sprowadza się zazwyczaj do jednej wizyty u pielęgniarki. W gminach, które zdecydowały się utrzymać taką poradnię, zapewniono obecność położnej, pielęgniarki lub osoby o „podwójnych kwalifikacjach”. Trudno jednak oszacować liczbę położnych świadczących usługi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, gdyż część z nich jest zarejestrowana jako pielęgniarki.

Wybór położnej jest często utrudniony, chyba że kobieta zdecyduje się na prywatną opiekę. Jednak koszty takiej opieki nie są zwracane. Popyt na prywatne usługi wzrasta jedynie na obszarach najlepiej rozwiniętych. Oznacza to, że kobiety żyjące na terenie obszarów mniej rozwiniętych, pozbawione są możliwości korzystania z wysokowykwalifikowanej opieki położniczej. Podstawowe dane statystyczne

Rok	1998	1999	2000
Liczba mieszkańców	-	-	5 100 000
Liczba porodów	57 345	-	-
Liczba urodzeń żywych	57 108 (99.6%*)	-	-
Liczba urodzeń martwych	237 (0.4%*)	-	-
Śmiertelność okołoporodowa	0.49%*)	0.56%	0.63%
Liczba położnych	-	(4 208 zarejestrowanych) **)	2 000 (4 220 zarejestrowanych)
Liczba porodów na położną	-	-	28
Liczba ginekologów	-	540**)	584
Liczba lekarzy ogólnych	-	-	1 950

Śmiertelność okołoporodowa jest definiowana jako proporcja urodzeń martwych i żywych urodzonych dzieci zmarłych w ciągu pierwszego tygodnia życia na 1000 porodów. Za martwe urodzenie przyjmuje się poród noworodka o wadze minimum 500 gramów, donoszonego do co najmniej 22 tygodnia ciąży i nie przejawiającego oznak życia.

Francja

We Francji zakres obowiązków położnej obejmuje: rozpoznawanie ciąży, opieka nad matką i dzieckiem przed, w trakcie oraz po porodzie. Położne posiadają kwalifikacje do nadzorowania rozwoju dziecka do trzeciego roku życia. Do ich kompetencji należy także doradztwo w zakresie planowania rodziny. Oprócz prowadzenia fizjologicznych ciąż i porodów, położne zajmują się też edukacją i wspieraniem przyszłych rodziców.

Zadania położnych we Francji obejmują:

- Rozpoznawanie ciąży i całość opieki przedporodowej
- Prowadzenie przygotowania do porodu
- USG (o ile to konieczne)
- Nadzór medyczny nad przebiegiem porodu fizjologicznego (w tym nacięcie krocza, szycie, podłączenie kroplówki, resuscytacja, itp.)
- Poporodowy nadzór medyczny nad matką i dzieckiem (próba Guthriego, badanie krwi, itp.)
- Edukacja rodziców, np.: w zakresie karmienia piersią, zapobieganie nietrzymania moczu, żywienia i planowania rodziny

Położna ma uprawnienia do samodzielnego prowadzenia fizjologicznych ciąż oraz przyjmowania fizjologicznych porodów. Według prawa, "w przypadku patologicznego porodu lub położu, położna jest zobowiązana zawiadomić lekarza". W takiej sytuacji do lekarza-położnika należy decyzja, czy położna powinna kontynuować opiekę i czy powinna przeprowadzić dodatkowe badania. Lekarz-położnik, w asyście położnej, uczestniczy także w przypadku wystąpienia komplikacji podczas porodu.

Jednakże, ze względu na brak klarownej definicji "normalności" i "powikłań", każdy szpital kieruje się wewnętrznymi zasadami, ustalonymi przez lekarzy.

Niektóre położne prowadzą prywatną praktykę i świadczą przede wszystkim usługi w okresach przed- i poporodowym. Nieliczne spośród nich przyjmują także porody – domowe lub w oddziałach opieki położniczej prowadzonych przez położne. Są przy tym zobowiązane do przestrzegania zasad "dobrej praktyki" położniczej, wypracowanej przez lekarzy.

Położne we Francji muszą posiadać umiejętności zastosowania coraz większej liczby instrumentów medycznych, oraz umieć odczytywać i interpretować ich wskazania. W wielu przypadkach, opieka nad kobietą w czasie ciąży i porodu sprowadza się do ciągłej kontroli ciśnienia

krwi, tętna dziecka, częstości skurczy stymulowanych oksytocyną oraz zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego.

Rola i zadania położnej są chronione przez Kodeks Zdrowia Publicznego i Statut Funkcji Publicznych, które mówią o tym, że położna jest podmiotem swojej aktywności. Określają także z jakich instrumentów położna ma prawo korzystać, a także – po konsultacji z lekarzem – jakie przeprowadzać badania i przepisywać leki. Położne we Francji przyjmują 99.5% porodów.

Zawód położnej jest chroniony od 1846 roku przez Kodeks Zdrowia Publicznego, a od 1944 roku także przez Kodeks Etyczny. Po 1945 roku, wśród położnych zapanowało przekonanie, że podporządkowanie ich lekarzom odciąża je od nadmiaru obowiązków. Od tego czasu datuje się też niezrozumienie roli położnej przez prywatne kliniki. Zasady samodzielności i odpowiedzialności położnych za wykonywane przez nie czynności zostały określone dopiero w 1995 roku. Wraz z upływem czasu i postępem technicznym, zawód położnej uległ "technicyzacji". Postępy nauk medycznych zanotowano w obszarach diagnozy i terapii. Od samego początku istnienia takich wynalazków, jak USG czy KTG, są one we Francji szeroko stosowane. Od początku lat 70., pomimo zwiększonych kompetencji i technicznych umiejętności, położne utraciły częściowo swoją niezależność. Dla zapewnienia i poprawy bezpieczeństwa ciąży i porodu wprowadzono nowe standardy i procedury, w skutek czego ciąża i poród stały się zagadnieniami natury multidyscyplinarnej.

Opieka położnicza we Francji ma charakter multidyscyplinarny. Pediatrizy, anestezjolodzy, psychologdy, ginekologdy-polożnicy i położne pracują w jednym zespole. Niektóre zadania wykonywane są ponadto przez radiologów i genetyków. Także lekarze ogólni mają uprawnienia do prowadzenia działalności na polu opieki położniczej.

W 2000 r. od 70 do 75% porodów zostało przyjętych samodzielnie przez położne. Pozostałe 25-30% przez lekarzy-polożników.

We Francji mówi się, że: "dopiero w dwie godziny po porodzie wiadomo, czy ciąża i poród były prawidłowe." Bardzo niewiele położnych jest przekonanych, że ciąża i poród to naturalne procesy życiowe. Przekonanie o wszechobecnym zagrożeniu patologią znajduje odbicie w wielu charakterystykach francuskiego systemu opieki położniczej. W zależności od potrzeby, kobiety zwracają się do ginekologów – polożników, lekarzy ogólnych lub położnych. Zaleca się także, aby co najmniej jedno spotkanie informacyjne odbyło się z anestezjologiem. Reguła ta, z powodu niedoboru anestezjologów, nie jest przestrzegana przez wszystkie szpitale.

Położna jest uprawniona do samodzielnego przyjmowania porodów fizjologicznych. W przypadku komplikacji odpowiedzialność przejmuje lekarz-położnik. Położna pełni wówczas rolę pomocniczą.

W prywatnej służbie zdrowia poród jest zawsze przyjmowany przez ginekologa-położnika, o ile nie zostało to inaczej zakontraktowane w umowie z rodzicami. Położna bierze wówczas odpowiedzialność za pierwszą fazę porodu, lekarz pojawia się w drugiej. Pomimo podległości w stosunku do ginekologa, położne w prywatnej służbie zdrowia, pozostają odpowiedzialne za wykonywane przez siebie czynności. Zgodnie z Kodeksem Etycznym, ginekolog nie jest hierarchicznym przełożonym położnej i nie ma prawa zwolnić jej z odpowiedzialności medycznej, nawet w przypadku pojawienia się komplikacji. Z tego względu, pozycja położnych w prywatnej opiece zdrowotnej jest bardzo niepewna.

Do 1945 r. 50% porodów było przyjmowanych w domach przez położne. Od tego czasu datuje się stała tendencja do zmniejszania się liczby porodów domowych. Obecnie niemal wszystkie kobiety rodzą w szpitalu, w którym zatrudniony jest opiekujący się nimi ginekolog. Liczba porodów domowych spadła poniżej 1%, z czego połowa jest dziełem przypadku.

Większość porodów odbywa się w dużych szpitalach, chociaż występują tu różnice uwarunkowane geograficznie lub przez charakter samych szpitali/poradni. Położne przyjmują niemal wszystkie porody domowe (99.9%). Spośród 16 687 zarejestrowanych we Francji położnych, 15 027 jest aktywnych zawodowo (2000 r.). Większość z nich (99.5%) to kobiety. Średnia wieku położnych wynosi 43 lata. Jedna położna przypada na 1 000 porodów. 60% położnych pracuje w szpitalach publicznych, 25% – w prywatnych. Pozostałe 10-15% położnych prowadzi prywatną praktykę i zajmuje się przede wszystkim opieką przed- i poporodową. Niektóre z nich przyjmują także porody – domowe i w oddziałach opieki położniczej prowadzonych przez położne. W ciągu ostatnich lat zaobserwowano wzrost liczby położnych prowadzących prywatną praktykę.

W 2000 roku pracowało około 4 674 ginekologów-położników, specjalizujących się w opiece położniczej. W praktyce oznacza to niedobór lekarzy. Studenci medycyny nie są zainteresowani tą specjalizacją z powodu ciężkiej pracy, silnego stresu i relatywnie niskich zarobków.

Obecnie 27% ginekologów to kobiety. Coraz więcej z nich podejmuje pracę w niepełnym wymiarze godzin.

Wszyscy francuscy lekarze ogólni mają prawo podejmować działania z zakresu opieki położniczej, jednak brak jest danych, ilu z nich faktycznie to robi. Liczba lekarzy ogólnych na 100 000 mieszkańców

waha się pomiędzy 118 a 309. Szanse dla swojego zawodu położne upatrują w uprawnieniach do prowadzenia konsultacji przedporodowych, przepisywania środków antykoncepcyjnych oraz samodzielnego prowadzenia ciąż niepowikłanych i przyjmowania porodów fizjologicznych. Krajowy Związek Położnych czyni wysiłki, aby podniesiono opłaty za konsultacje i przyjmowanie porodów. UNSSF wspiera także Krajowe Stowarzyszenie Niezależnych Położnych w próbach przywrócenia ubezpieczeń w przypadku porodów domowych.

Nieliczne położne i ciężarne nie są zadowolone z systemu opieki położniczej. Planowane jest uruchomienie ośrodków porodowych – Domów Narodzin, jako alternatywy dla porodów domowych lub zmedykalizowanych porodów szpitalnych. W ośrodkach tych, kobiety w ciąży niezagrożonej mogłyby rodzić w atmosferze przypominającej domową, pod osobistą opieką położnej. Mogłoby to zaowocować wzrostem świadomości w społeczeństwie i w środowisku lekarzy, że ciąża i poród to naturalne procesy życiowe. Wzmocniłaby się także rola i niezależność położnej w opiece położniczej obejmującej fizjologię. Od 2002 r., edukacja położnych uzyskuje status uniwersytecki. Pozwoli to na prowadzenie badań, wspierających dążenia opisane powyżej.

Ciąża i poród są we Francji procesami zmedykalizowanymi. W przeciwieństwie do stanowiska Krajowego Związku Położnych, mówiącego, że poród i ciąża uległy nadmiernej technicyzacji, większość położnych zdaje się nie podzielać tego punktu widzenia. Niewiele położnych przyjmuje, że ciąża i poród to naturalne procesy życiowe. Jest to rezultatem przeszłych decyzji prawnych, które doprowadziły do nasilenia użycia technologii, dla uzyskania pewności, że "zrobiono wszystko, aby zapobiec ewentualnym komplikacjom".

Punktem wyjścia dla krytycznego stanowiska Związku jest fakt, że szkolenie położnych odbywa się w szpitalach klinicznych, w których studentki mają kontakt z ciążami, porodami i położnymi patologicznymi. Nawet położne-przełożone w niektórych szkołach przyznają, że naturalny aspekt ciąży i porodu jest często zaniedbywany. Związek widzi też zagrożenie w praktyce świadczenia opieki położniczej przez niewykształconych i nie posiadających doświadczenia położniczego lekarzy. Opinia publiczna zdaje się nie dostrzegać tego problemu. Położne wyrażają ponadto zaniepokojenie niskimi zarobkami, brakiem większych możliwości wykonywania opieki przedporodowej, a także koniecznością dostosowywania swoich działań do zaleceń lekarzy. Co więcej, położne, które decydują się na świadczenie prywatnej opieki przedporodowej nie są dopuszczane do pracy w szpitalu.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1995	2000
Liczba mieszkańców	-	57 700 000
Liczba porodów	736 487	-
Liczba urodzeń żywych	731 332 (99.3%)	778 900
Liczba urodzeń martwych	5 155 (0.7%)	-
Śmiertelność okołoporodowa	0.76%	-
Liczba położnych	-	15 027
Liczba porodów na położną	-	-
Liczba ginekologów	-	4 674
Liczba lekarzy ogólnych	-	-

Śmiertelność okołoporodowa jest definiowana jako proporcja urodzeń martwych i żywych urodzonych dzieci zmarłych w ciągu pierwszego tygodnia życia na 1000 porodów. Za martwe urodzenie przyjmuje się poród noworodka o wadze minimum 500 gramów, donoszonego do co najmniej 22 tygodnia ciąży i nie przejawiającego oznak życia .

Grecja

Do zadań położnej w Grecji należy:

1. Badania w ciąży (temperatura, ciśnienie krwi, tętno, rozwój, pozycja płodu, itp.)
2. Kontrolowanie przebiegu porodu (badanie rodzącej, wsparcie psychologiczne, podawanie płynów, itp.)
3. Badania w położu
4. Edukacja rodziców (np. karmienie piersią i żywienie)

Zakres odpowiedzialności położnej w Grecji różni się w zależności od miejsca i sektora wykonywanej pracy. W prywatnych klinikach położniczych, w dużych ośrodkach miejskich, położna zapewnia opiekę przed i po porodzie, pomaga lekarzowi-położnikowi w przyjmowaniu porodów lub przeprowadzeniu operacji, zajmuje się także kobietami z problemami ginekologicznymi. W publicznych szpitalach położniczych w ośrodkach miejskich zakres odpowiedzialności jest podobny, choć położna ma jeszcze inne, dodatkowe obowiązki. Nieliczne z nich, zatrudnione na oddziałach położniczych, przyjmują samodzielnie porody fizjologiczne. W publicznych szpitalach położniczych na terenach wiejskich położna przyjmuje samodzielnie porody fizjologiczne. W ośrodkach zdrowia, położna niekiedy zapewnia kobietom opiekę w czasie ciąży, porodu i położu. Jej zadania sprowadzają się w większości do pielęgnacji ogól-

nej. Nieliczne położne współpracują z lekarzami-położnikami i wtedy do ich zadań należy przygotowanie kobiet do porodu.

Umiejętności położnych nie są wystarczająco wykorzystywane. Często położne są delegowane do wykonywania zadań poniżej ich kwalifikacji. Zawód położnej wraz z określonymi zadaniami i zakresem odpowiedzialności jest chroniony prawem od 1953 roku. Prawo to zostało poprawione w 1989 roku.

Z punktu widzenia położnych, ciąża i poród są naturalnymi procesami życiowymi. Kobiety nie zawsze podzielają tę opinię i często dochodzą do podobnego przekonania dopiero po zakończeniu porodu. W Grecji nie istnieją ruchy feministyczne domagające się prawa do porodu naturalnego. Znajduje to odbicie w systemie opieki położniczej oraz w fakcie, że 98% wszystkich porodów jest przyjmowanych przez lekarzy-położników. Na nich też spoczywa cała odpowiedzialność.

W czasie ciąży dostępna jest opieka położnych, lekarzy-położników, a także inne zorganizowane formy opieki. W czasie porodu można skorzystać z obecności pediatry. Po porodzie opiekę roztaczają wspólnie lekarze-położnicy i położne. Pomimo tego, że położna jest w stanie przejąć odpowiedzialność za ciążę i poród normalny, ostateczna decyzja zawsze należy do lekarza-położnika. Sam poród jest zazwyczaj przyjmowany przez lekarza, położna odgrywa jedynie pomocniczą rolę. Stosunki pomiędzy położnymi a lekarzami-położnikami są pełne napięcia. Bardzo często dochodzi do sporów kompetencyjnych. Decyzja o miejscu porodu należy do lekarza-położnika. Zazwyczaj jest to oddział położniczy w szpitalu, o ile rodzice nie wyrażą zdecydowanie innego życzenia. Liczba porodów domowych jest znikoma i dochodzi do nich zazwyczaj przez przypadek. W 2000 roku, spośród 4 000 zarejestrowanych greckich położnych, aktywnych zawodowo było 2 300. 89 osób, wykonujących ten zawód, to mężczyźni. Większość położnych (60%) pracuje w publicznych szpitalach i poradniach dla kobiet. 20% jest zatrudniona w prywatnych klinikach, 2% prowadzi prywatną praktykę. Pozostałe (18%) pracują w ośrodkach zdrowia, w których nie są przyjmowane porody. Według Narodowego Urzędu statystycznego, 1 1998 roku w Grecji pracowało około 2 176 ginekologów.

Większość położnych jest zatrudniona etatowo w szpitalach państwowej służby zdrowia lub prywatnych klinikach i za swoją pracę otrzymuje pensję. Ministerstwo Zdrowia określa wysokość pensji dla pracowników publicznej służby zdrowia. W sektorze prywatnym obowiązują indywidualnie ustalane warunki umowy o pracę. Położne prowadzące własną praktykę otrzymują wynagrodzenie za wykonane usłu-

gi. Większość położnych, poza prowadzącymi prywatną praktykę, uważa że jest słabo opłacana. Greckie Stowarzyszenie Położnych szacuje, że średnia roczna pensja położnej w Grecji wynosi około 11 739 Euro

Aby zostać przyjętą/tym na szkolenie dla położnych należy, po ukończeniu szkoły średniej, zdać egzamin wstępny do studium położniczego. Oczekiwane są nowe rządowe regulacje, zmieniające obowiązujące plany finansowania służby zdrowia. Zmniejszenie liczby interwencji medycznych podczas fizjologicznych ciąż i porodów może zaowocować wzmocnieniem pozycji położnych i zwiększeniem zakresu ich odpowiedzialności.

Według Greckiego Stowarzyszenia Położnych, o greckim systemie opieki położniczej nie da się powiedzieć nic pozytywnego. System opieki zdrowotnej jest zdominowany przez lekarzy, którym społeczeństwo dało przyzwolenie na kontrolę i określanie potrzeb. Takie połączenie społecznej i ekonomicznej kontroli daje im silną i trudną do odparcia pozycję polityczną. Z tego powodu, stosunki między lekarzami a położnymi są antagonistyczne i pełne napięcia.

Na przekór prawu dającemu położnym autonomię, bardzo często spotykają się one z praktykami podważającymi ich wiarę w skuteczność tego prawa. Położne są często obligowane do wykonywania czynności nie odpowiadających ich kwalifikacjom. Medykalizacja porodu, a także medyczna propaganda głosząca, że „normalność” porodu można ocenić dopiero po czasie, powoduje uwiarygodnienie i zwiększenie prawa lekarzy-położników do przejmowania kontroli. Wszystkie porody odbywają się pod kierownictwem lekarzy-położników, położne jedynie wykonują ich polecenia. Z punktu widzenia położnych, oznacza to brak poczucia odpowiedzialności za poród.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1998	2000
Liczba mieszkańców	-	10 400 000
Liczba porodów	101 491	-
Liczba urodzeń żywych	-	-
Liczba urodzeń martwych	-	-
Śmiertelność okołoporodowa	1.5%	-
Liczba położnych	-	2 300 (4 000 zarejestrowanych)
Liczba porodów na położną	-	3
Liczba ginekologów	-	2 176
Liczba lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	-	-

Definicja śmiertelności okołoporodowej: liczba urodzeń martwych po 24 tygodniu i 5 dniu ciąży plus liczba zgonów noworodków w ciągu pierwszych 28 dni życia.

Hiszpania

Hiszpania jest podzielona na 17 regionów i każdy z nich ma dużą autonomię w kształtowaniu polityki zdrowotnej. Z tego powodu, pomiędzy regionami mogą występować znaczne różnice. W niniejszym rozdziale opisany został narodowy system opieki położniczej, w związku z czym, opis ten nie do końca oddaje zjawiska charakterystyczne dla każdego regionu Hiszpanii.

W Hiszpanii kompetencje położnej są regulowane prawem od 1960 roku. Zastosowanie znajduje także dyrektywa Unii Europejskiej numer 80/115/EEC. Zadania położnych obejmują:

1. Edukację rodziców
2. Opiekę nad kobietą w ciąży
3. Współpracę z ginekologiem w prowadzeniu ciąży z powikłaniami
4. Towarzyszenie i opieka nad rodzącą i przyjmowanie porodu fizjologicznego
5. Opiekę nad noworodkiem na sali porodowej
6. Opiekę poporodową w domu kobiety lub w lokalnej przychodni
7. Prowadzenie zajęć edukacyjnych, np.: naukę karmienia piersią, planowania rodziny, edukacji seksualnej

Położna samodzielnie roztacza opiekę nad kobietą w niezagrożonej ciąży oraz przyjmuje porody fizjologiczne. W przypadku wystąpienia powikłań podczas ciąży lub porodu, wymagana jest obecność ginekologa-położnika.

Do 1958 r. większość porodów odbywała się w domu. Całkowita odpowiedzialność za zdrowie matki i dziecka spoczywała na położnej. Od 1958 r. porody przyjmowane są w szpitalach położniczych. Opiekę nad kobietą roztaczają położne i lekarze położnicy. Od 1980 r. położne aktywnie włączyły się w pracę związaną z aspektami zdrowia reprodukcyjnego kobiety takimi, jak planowanie rodziny, choroby przenoszone drogą płciową czy problemy menopauzy. W 1994 r. zmodyfikowano program nauczania w szkołach położniczych. Od tego momentu, położna jest przygotowana do sprawowania całościowej opieki nad kobietą w okresie ciąży i porodu. Nowy program szkolenia kładzie większy nacisk na przygotowanie przyszłej położnej do pracy w szpitalu i lokalnym środowisku, a także uwzględnia metodykę nauczania i prowadzenie badań.

W Hiszpanii w opiekę położniczą zaangażowanych jest kilka grup zawodowych – położne, ginekolodzy-położnicy i lekarze ogólni. Do opieki poporodowej dołączają pediatrzy i pielęgniarki. Poród jest przyjmowany przez położne lub lekarzy-położników. W Hiszpanii panuje powszechne przekonanie, że ciąża i poród to zjawiska fizjologiczne. Nie zawsze jednak znajduje to odbicie w systemie opieki położniczej.

Kobieta podejrzewająca u siebie ciążę może zwrócić się do lekarza ogólnego. Ten skieruje ją do położnej. Kobieta może też od razu udać się do położnej w placówce podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku stwierdzenia powikłań, kobieta zostanie skierowana do ginekologa-położnika. Jeżeli ciąża przebiega prawidłowo, opieka roztaczana jest przez położną, która kieruje kobietę na trzykrotne konsultacje z ginekologiem-położnikiem. W przypadku powikłań, opieką (najczęściej w szpitalu) zajmuje się lekarz położnik, a położna koncentruje się na edukacji zdrowotnej kobiety.

Większość porodów odbywa się w szpitalu, zaś mniej niż 1% – w domu, a koszty takiego porodu nie są zwracane.

Alternatywnym miejscem porodu może być dom narodzin. W Hiszpanii są cztery takie placówki.

Decyzję o miejscu narodzin podejmują wspólnie rodzice, położna i lekarz. Jednak ze względu na brak możliwości uzyskania zwrotu kosztów za poród domowy, wybór ten jest w praktyce niepełny.

W Hiszpanii, w 2000 r. pracowało około 5 000 położnych. Większość z nich (90%) jest zatrudniona w szpitalach sektora publicznego. Pozostałe pracują w sektorze prywatnym. Niecały 1% prowadzi własną praktykę. Większość położnych ma od 36 do 65 lat. Brakuje młodych położnych z powodu dziewięcioletniej przerwy w programie edukacyjnym. W 2000 r. pracowało w Hiszpanii około 5 000 ginekologów.

Nie ma dokładnych danych na temat liczby lekarzy ogólnych zajmujących się praktyką położniczą. Odsetek ten jest różny w różnych regionach kraju. Większość położnych jest zatrudniona etatowo w szpitalach państwowej służby zdrowia lub prywatnych klinikach i za swoją pracę otrzymuje pensję. Ministerstwo Zdrowia określa wysokość pensji dla pracowników publicznej służby zdrowia. W sektorze prywatnym obowiązują indywidualnie ustalane warunki umowy o pracę. Położne prowadzące własną praktykę otrzymują wynagrodzenie za wykonane usługi.

Większość położnych, poza prowadzącymi prywatną praktykę, uważa że jest słabo opłacana. Greckie Stowarzyszenie Położnych szacuje, że średnia roczna pensja położnej w Grecji wynosi około 11 739 Euro. Według stowarzyszenia, niska śmiertelność okołoporodowa i mała liczba zgonów kobiet w czasie porodu, to pozytywne cechy hiszpańskiego

systemu położniczego. Dobrą stroną tego systemu jest finansowanie wszystkich kosztów, związanych z opieką nad kobietą w ciąży w ośrodkach zdrowia, a także w czasie porodu w szpitalu.

Położne zajmują się profilaktyką okresu ciąży, porodu, porógu oraz karmienia piersią. Ważnym zadaniem powinno stać się propagowanie porodów fizjologicznych. Stowarzyszenie chce wprowadzać dalsze zmiany w programie szkolenia położnych oraz zwiększać wpływ badań naukowych na sposób wykonywania opieki położniczej. Tego typu działania, zdaniem stowarzyszenia, powinny pomóc we wzmocnieniu pozycji położnych na szczeblu rządowym. Według stowarzyszenia, kobiety w Hiszpanii nie mają faktycznego wyboru miejsca porodu. Z powodu braku możliwości uzyskania zwrotu kosztów z ubezpieczenia, rodzice niechętnie decydują się na poród domowy. Kobiety powinny uzyskać także większe prawo do podejmowania decyzji w czasie ciąży i porodu. Wysoki odsetek cesarskich cięć i porodów kleszczowych, skłania do przekonania, że porody są w znacznym stopniu „zmedykalizowane”. W niewielu szpitalach narodziny odbywają się w warunkach przypominających domowe.

Zadaniem stowarzyszenia „Associacio Catalana Llevadores” jest propagowanie poglądu, że ciąża i poród to zjawiska fizjologiczne. Aby to osiągnąć, stowarzyszenie, we współpracy ze środowiskami kobiecymi, chce prowadzić działania z zakresu promocji zdrowia kobiety. Zaznacza też, że potrzebna jest współpraca z ginekologami-położnikami, lekarzami rodzinnymi i pielęgniarkami.

Liczba ginekologów dorównuje liczbie położnych. Powoduje występowanie konkurencji między tymi dwiema grupami zawodowymi. Zdarza się, że lekarze nie kierują kobiety w ciąży do położnej, mimo braku symptomów patologii.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1999	2000
Liczba mieszkańców	-	39 600 000
Liczba porodów	377 809	-
Liczba urodzeń żywych	-	-
Liczba urodzeń martwych	-	-
Śmiertelność okołoporodowa	0.64%	-
Liczba położnych	-	+/- 5 000
Liczba porodów na położną	-	-
Liczba ginekologów	-	+/- 5 000
Liczba lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	-	-

Śmiertelności okołoporodowa jest rozumiana jako liczba urodzeń martwych i wczesnych zgonów noworodków przypadająca na każde 1 000 porodów.

Holandia

W Holandii położne pracują w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Położne, które są zatrudnione w opiece specjalistycznej, pracują zazwyczaj w szpitalach. Stanowią one mniejszość wśród przedstawicieli swojego zawodu, dlatego w niniejszym rozdziale skoncentrowano się na opisie pracy położnych w podstawowej opiece zdrowotnej.

W Holandii istnieje klarowny podział między zadaniami w podstawowej i specjalistycznej opiece położniczej, wynikający z rozróżnienia pomiędzy fizjologią a patologią. Położna zajmuje się fizjologiczną ciążą i porodem, jest także odpowiedzialna za profilaktykę i diagnozowanie patologii. W przypadku stwierdzenia ciąży podwyższonego ryzyka, konsultuje się z ginekologiem-położnikiem lub kieruje do niego pacjentkę.

Zawód położnej jest chroniony od 1995 roku, prawem o indywidualnej opiece zdrowotnej (BIG). Prawo określa, jakie są kompetencje i wymagane umiejętności położnych, a także, jakie czynności mogą być przez nią wykonywane. Zgodnie z przepisami, do rejestru BIG musi być zgłoszona każda położna.

Według Królewskiej Organizacji Holenderskich Położnych (KNOV), położna jest w pełni odpowiedzialna za opiekę nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i pólgu – w tym za badania kontrolne do 6. tygodnia po narodzinach – o ile jest to ciąża niskiego lub średniego ryzyka. Do obowiązków położnych należą także określone zadania z zakresu planowania rodziny. (Crebas 1992) Zdaniem KNOV, położna to jedyny zawód pomocniczy uprawniony do udzielania konsultacji bez skierowania i mający pełną autonomię w podejmowaniu decyzji w przypadku ciąży i porodu fizjologicznego (ibid.).

Do zadań położnych należy także udzielanie wsparcia psychologicznego. Położne powinny zwracać szczególną uwagę na osobowość oraz społeczne i kulturowe środowisko kobiety w ciąży.

Podsumowując, do obowiązków położnych należą trzy główne zadania:

1. Samodzielne prowadzenie fizjologicznej ciąży i przyjmowanie fizjologicznego porodu.
2. Rozpoznawanie i reagowanie na medyczne i pozamedyczne czynniki ryzyka. Jeżeli takie ryzyko zostanie stwierdzone, pacjentka powin-

na zostać skierowana do ginekologa-położnika w najbardziej odpowiednim momencie.

3. W przypadku wątpliwości, położna powinna podjąć decyzję o skonsultowaniu się z ginekologiem. Taka decyzja podejmowana jest w oparciu o pewne kryteria, ustalone w liście wskazań do opieki położniczej (Crebas 1992).

Pozycja zawodowa położnych jest bardzo często dyskutowana. Pod koniec lat 60. zastanawiano się, czy porody domowe przetrwają do XXI wieku. Pomimo tych obaw, pozycja położnych wzmocniła się, a porody domowe nadal mają przed sobą przyszłość. W 1920 r., szkolenie położnych wydłużyło się z dwóch do trzech lat. Stało się tak z dwóch powodów. Po pierwsze uznano, że dwuletni cykl stwarzał zbyt wielką presję na studentki. Po drugie, umożliwiło to zwiększenie zakresu edukacji w obszarach neonatologii, opieki nad matką oraz higieny społecznej. Rozwój technologii sprawił, że w 1970 r. znacznie zrewidowano program szkolenia położniczego. Zaczęto przyjmować więcej studentek, co wynikało ze zbyt małej liczby położnych na rynku pracy. Od 1993 r. przedłużono naukę do czterech lat.

W Holandii, zarówno w odczuciu społecznym, jak i samych położnych, ciąża i poród to procesy naturalne. Większość ginekologów podziela tę opinię. Położna odgrywa kluczową rolę w okresie okołoporodowym. Jej rolą jest odpowiadać na wszelkie wątpliwości i pytania kobiety. Z tego względu położna musi utrzymywać kontakt z przedstawicielami innych zawodów medycznych. W przypadku opieki pozaszpitalnej, współpracuje z organizacjami zajmującymi się matkami, pielęgniarką rejonową, ośrodkiem zdrowia, dietetykiem, fizjoterapeutą i pracownikiem socjalnym. Jeżeli kobieta przebywa w szpitalu, współpraca dotyczy ginekologa, pediatry, pielęgniarek, oddziałów położniczego, noworodkowego i intensywnej terapii.

Lekarze ogólni, podobnie jak położne, mają prawo do prowadzenia ciąży i przyjmowania porodu. Liczba lekarzy ogólnych aktywnie zajmujących się opieką położniczą, stale maleje. Wynika to po części z „pierwszeństwa” położnych. Przyjmuje się, że lekarz ogólny aktywnie zajmuje się opieką położniczą tylko w przypadku, gdy prowadzi zarówno ciążę jak i poród oraz przyjmuje co najmniej 10 porodów rocznie. W przypadku wystąpienia powikłań porody przyjmują ginekolodzy-położnicy. Zakres ich obowiązków jest oczywiście znacznie szerszy i wykracza poza opiekę położniczą, na którą średnio przeznaczają około 40% całkowitego czasu pracy.

Zorganizowana opieka nad matką dotyczy także dziecka po porodzie. Ten typ opieki jest zazwyczaj roztaczany w domu pacjentki i jest

jednym z fundamentów systemu opieki położniczej. Opieka nad matką, tak jak i poród, jest przenoszona do szpitala jedynie w przypadku wskazań medycznych.

Zorganizowaną opiekę nad matką świadczą specjalne ośrodki, które są często powiązane z organizacjami świadczącymi opiekę w domu. W Holandii opiekę nad kobietą w ciąży i w czasie porodu sprawuje kilka grup zawodowych – położne, niektórzy lekarze ogólni, ginekolodzy-położnicy i przedstawiciele zorganizowanej opieki nad matką.

Jak więc widać, w Holandii istnieje klarowny podział na podstawową i specjalistyczną opiekę położniczą. Istotne jest, aby kobieta, u której stwierdzono ciążę wysokiego ryzyka, została w odpowiednim momencie skierowana do ginekologa-położnika. Równie ważne jest, aby kobieta w ciąży fizjologicznej korzystała z podstawowej opieki położniczej. Koszt takiej opieki jest znacznie niższy od specjalistycznej. Właściwe podejście, w ramach podstawowej opieki położniczej, zapobiega „medykalizacji” ciąży i porodu.

Określenie stopnia ryzyka sprowadza się do decyzji, czy kobieta powinna podlegać opiece podstawowej, specjalistycznej czy pośredniej. Opieka pośrednia oznacza „dzieloną odpowiedzialność w czasie ciąży” oraz „sytuację średniego poziomu ryzyka”. Od 1998 r. panuje zgodność co do czynników ryzyka. Wszystkie grupy zawodowe zgadzają się z listą symptomów podaną w podręczniku opieki położniczej. W opiece podstawowej, odpowiedzialność za pacjentkę spoczywa na położnej. Do niej należy także kierowanie jej do opieki specjalistycznej lub pośredniej. W opiece specjalistycznej odpowiedzialność przejmuje ginekolog-położnik. W sytuacji, gdy lekarz „oddaje” pacjentkę położnej, a zdarzy się coś negatywnego, odpowiedzialność spada na położną. Jeżeli symptomy patologii nadal występują, położna podejmuje decyzję o ponownym skierowaniu pacjentki do ginekologa-położnika.

Jak już wspomniano, także lekarze ogólni mają prawo do przyjmowania porodów. W 1999 r. około 10.4% porodów zostało przyjętych przez lekarzy ogólnych, a 50% przez lekarzy-położników. Porody domowe są zazwyczaj przyjmowane przez położne, szpitalne – przez lekarzy-położników.

W Holandii, kobiety planujące poród, mają do wyboru cztery miejsca: dom, klinikę, oddział w szpitalu lub Dom Narodzin.

Wolny wybór miejsca porodu jest cechą charakterystyczną holenderskiego systemu opieki położniczej. Zainteresowanie porodami domowymi było w ostatnich latach stałe. W ostatniej dekadzie, ich odsetek utrzymywał się na poziomie 30%. Aby poród mógł odbyć się w do-

mu, muszą zostać spełnione dwa warunki: poród musi być fizjologiczny oraz musi istnieć możliwość szybkiego (w ciągu 15 minut) przewiezienia kobiety do szpitala, na wypadek powikłań (SMV 2000).

Poród szpitalny występuje w dwóch postaciach. Kobieta może rodzić na oddziale szpitalnym i pozostać tam 24 godziny lub zdecydować się na poród ambulatoryjny. W tym przypadku, powrót do domu następuje bezpośrednio po zakończeniu porodu. Porody ambulatoryjne są alternatywą dla porodów domowych i przyjmowane są przez położną. Także niektóre porody z powikłaniami, mogą być przyjmowane w systemie ambulatoryjnym, jako że do opieki szpitalnej kierowane są jedynie kobiety z pewną kategorią objawów patologicznych. Taki poród przyjmuje wtedy lekarz-położnik. Narodziny w Domach Narodzin nazywane są „przeniesionymi” porodami domowymi. Ponieważ nie są wyposażone w sprzęt medyczny, warunkiem jest, aby poród był fizjologiczny. Przyjmuje go położna.

Pierwszego stycznia 2000 r. było 1 578 aktywnych położnych, z czego 44 (2.8%) to mężczyźni.

Większość położnych (69%) prowadzi własną praktykę w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Około 16% jest zatrudnionych w szpitalach (opieka specjalistyczna). 15% położnych ma status obserwatora. Ich rolą jest przejęcie praktyki innej położnej na wypadek choroby lub urlopu. 12% położnych prowadzi praktykę jednoosobową, 22% pracuje w zespołach dwuosobowych, pozostałe 66% w większych grupach. Szacuje się, że jedna położna przypada na 2 069 kobiet w wieku rozrodczym. Z badań wynika, że 16% lekarzy ogólnych roztacza całościową opiekę położniczą, 22% zajmuje się kobietą do 12 tygodnia ciąży, a 61% nie prowadzi ciąży. 1 stycznia 1999 r. tych pierwszych było 1 120. Większość lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą jest aktywnych na terenach wiejskich, gdyż opieka położnych jest tam często niedostępna. W miastach, gdzie opieka położnych jest niemal zawsze dostępna, ich liczba jest bliska zeru (ibid.).

W 1997 r. w szpitalach pracowało 613 ginekologów. Liczba wykwalifikowanych pielęgniarek zajmujących się opieką nad matką i dzieckiem, rozpoczynających co rok pracę, spadła ze 149 w 1993 r. do 51 w 1997 r.

Skrócenie szkolenia pielęgniarskiego przyniosło rozwiązanie problemu, a liczba studentek znacznie wzrosła. W 1998 r., 395 studentek ukończyło szkolenie, a w 1999 r. dyplomy uzyskało 260 osób.

W Holandii zastosowano model „Bismarcka”. Finansowanie pochodzi z ubezpieczeń społecznych, zarządzanych przez prywatne organizacje, mające umowy z dostawcami usług zdrowotnych.

Firmy ubezpieczeniowe podpisują z położnymi umowy. Rola ubezpieczycieli ewoluuje w kierunku bycia agentem, kupującym usługi w zakresie opieki położniczej. W związku z tym, położne muszą ciągle negocjować miejsce i zakres pracy, a także wysokości wynagrodzenia. Firmy ubezpieczeniowe oceniają również, czy w danym rejonie istnieje zapotrzebowanie na pracę położnej, a także, czy dana położna spełnia wymagania do wykonywania zawodu. Bardzo często w negocjacjach ustalany jest standard roztaczanej opieki położniczej. Dotyczy to spraw takich jak: dostępność przez 24 godziny na dobę i 7 dni w tygodniu, bliskość szpitala, do którego może zostać przewieziona kobieta, dostęp do gabinetu, a nawet jego wygląd. Firmy ubezpieczeniowe mogą odmówić podpisania kontraktu z położną, kontrolując w ten sposób równowagę podaży i popytu. Holenderski Urząd Antymonopolowy (NMA) zabrania zawierania umów ściśle wyznaczających teren objęty opieką, gdyż ogranicza to prawo do wolnej konkurencji. A więc „pierwszeństwo” położnych (patrz 15.4.3) stoi w sprzeczności z zasadami antymonopolowymi i regulacjami europejskimi.

W 1999 r., na jedną położną, przypadło średnio 125 porodów. Ta liczba była znacznie niższa od przewidzianych normą 150 porodów rocznie. W 2000 r., Ministerstwo Zdrowia wprowadziło nową normę – 120-150 porodów, ale toczą się negocjacje dla dalszego zmniejszenia tej liczby.

Położna otrzymuje od firmy ubezpieczeniowej 677 Euro za każdy poród. Po opłaceniu kosztów prowadzenia praktyki i podatków daje to około 30 151 Euro rocznie. Stawki za opiekę położniczą są ustalane odgórnie przez prawo. Położne widzą możliwości i szanse poprawienia swojej pozycji oraz jakości opieki położniczej. Współpraca między położnymi, oraz innymi grupami zawodowymi, może prowadzić do lepszego podziału pracy. Położne mogłyby wtedy koncentrować się na podstawowych zadaniach położniczych oraz poświęcać więcej czasu każdej pacjentce. Współpraca i rozwój podejścia multidyscyplinarnego mogłyby zaowocować ustabilizowaniem godzin pracy i wprowadzeniem systemu zmianowego.

Otwierane obecnie biura regionalne mogą wspierać praktyki położnych w działaniach organizacyjnych i administracyjnych. Odciążą to położne od wykonywania czynności niezwiązanych bezpośrednio z obsługą pacjentek. W ten sposób, położne mogłyby łatwiej pogodzić życie prywatne z pracą.

Środowisko holenderskich położnych zwraca uwagę na zbyt małą liczbę osób, wykonujących ten zawód. Niektóre prywatne gabinety mu-

siały ulec likwidacji z powodu braku dublerów lub następczyni. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest też stale zwiększanie liczby obowiązków zawodowych, przy ustabilizowanym dopływie nowych położnych.

Jednocześnie następuje konsolidacja szpitali, co powoduje zmniejszenie liczby miejsc opieki specjalistycznej. Może to utrudniać położnym dostęp do placówek tej opieki, i w dalszej kolejności stanowić zagrożenie dla porodów domowych. Kolejnym problemem są zmiany w stopniu zaangażowania w opiekę położniczą lekarzy ogólnych i przedstawicieli zorganizowanej opieki nad matką i dzieckiem.

Rezygnacja lekarzy ze świadczenia opieki położniczej, a także niedobory kadrowe wśród pielęgniarek zajmujących się matkami i dziećmi, powodują wywieranie coraz większej presji na położne. Może to doprowadzić do spadku jakości opieki położniczej.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1999	2000
Liczba mieszkańców	-	16 000 000
Liczba porodów	200 445	-
Liczba urodzeń żywych	-	-
Liczba urodzeń martwych	-	-
Śmiertelność okołoporodowa	-	0.79%
Liczba położnych	-	1 578
Liczba porodów na położną	-	120-130
Liczba ginekologów	>613	-
Liczba lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	1 120	-

Śmiertelność okołoporodowa: odsetek urodzeń martwych i zgonów noworodków od 24 tygodnia ciąży do 28 dnia po porodzie.

Irlandia

Irlandia przyjęła definicję zawodu i zadań położnej ustaloną przez ICM/FIGO/WHO (1992) i zgodną z dyrektywą 80/155/EEC, Artykuł 4.

Położna ma prawo brać odpowiedzialność za fizjologiczną ciążę i poród. Może też asystować przy opiece nad kobietami w ciąży o podwyższonym ryzyku. W tym wypadku, odpowiedzialność jest dzielona pomiędzy położną i ginekologa-położnika. W Irlandii położne zajmują się także edukacją rodziców.

Zawód położnej jest prawnie chroniony przez Europejskie Dyrektywy w sprawie Opieki Położniczej oraz ustawy o Pielęgniarstwie z 1985 roku i Zdrowiu z 1970 roku. W latach 50. wiele kobiet decydowało się na poród domowy. Ta tendencja zaczęła się odwracać w latach 60. i porody szpitalne osiągnęły przewagę. Sytuacja uległa kolejnej zmianie w latach 90., kiedy to kobiety zaczęły się domagać możliwości rodzenia w domu. Spotkało się to ze sprzeciwem lekarzy-położników i władz służby zdrowia. W 1954 r., rząd ogłosił Program Ochrony Macierzyństwa i Dziecka działający w ramach ogólnej Ustawy o Zdrowiu z 1953 roku. Program ten został poprawiony w 1994 r. Zgodnie z nowymi zaleceniami powstały ośrodki oferujące program DOMINO na wypadek porodów przedwczesnych i domowych. Jako pierwszy inicjatywą wykazał się Narodowy Szpital Położniczy w Holles Street, a następnie dołączyły także szpitale w Sligo, Galway i, w Cork.

W rezultacie dziesięciodniowego strajku pielęgniarek i położnych, powołano Komisję d.s. Pielęgniarstwa, pod przewodnictwem M. Carroll. Komisja opracowała raport, w którym zawarła zalecenia dotyczące opieki położniczej. Powołała też kurs Direct Entry Midwifery – szkolenie zawodowe przyszłych położnych. W ten trzyletni, uruchomiony w 2000 roku kurs zaangażowane są Uniwersytet Dubliński, Trinity College, a także szkoły opieki położniczej w Rotunda College i Szpitalu Our Lady of Lourdes w Drogheda. Ustawa o Pielęgniarstwie z 1985 roku jest obecnie zmieniana. W przyszłości zostanie przemianowana na Ustawę o Pielęgniarstwie i Opiece Położniczej, co pozwoli na wydzielenie zawodu położnej z szeroko rozumianego obszaru pielęgnacji.

Podstawową zasadą irlandzkiego systemu ochrony zdrowia jest wolny wybór rodzaju opieki zdrowotnej. Kobiety mają prawo zwrócić się na pierwsze badanie do lekarza ogólnego, jednak zwykle wybierają lekarza-położnika. Od lat 60., opieka położnicza uległa znacznej medykalizacji. Położne stały się położnymi szpitalnymi i pielęgniarkami położniczymi. Przy niektórych szpitalach działają oddziały prowadzone przez położne. Z opieki takich oddziałów korzystają jedynie kobiety w ciąży o niskim stopniu ryzyka. W odczuciu społecznym ciąża i poród to procesy potencjalnie zagrożone patologią. Ryzyko dotyczy zarówno matki i dziecka. Punkt widzenia położnych nie jest jednolity. Czasami uznają ciążę i poród za procesy naturalne, innym razem uważają, że istnieje ryzyko patologii. Pogląd ten jest spójny z trendem medykalizacyjnym i redukcją roli położnej do funkcji szpitalnych.

Ginekolog-położnik nie musi być obecny podczas porodu, jest jednak zawsze dostępny na wypadek problemów. W takiej sytuacji, położ-

na przejmując funkcję pomocniczą, w każdym jednak przypadku jest w pełni odpowiedzialna za wykonywane przez siebie czynności.

Kobiety w Irlandii mają prawo wyboru miejsca porodu, ale 99.6% porodów odbywa się w warunkach szpitalnych. Porody domowe zdarzają się na wyraźne życzenie rodziców i są przyjmowane przez położne prowadzące prywatną praktykę. Stanowią 0.4% wszystkich porodów i rocznie zdarza się ich około 200.

Dokładna liczba położnych nie jest znana, gdyż nie są one oddzielnie rejestrowane. W 2000 roku było 39 000 pielęgniarek i położnych. W przyszłości, dzięki wprowadzeniu oddzielnego rejestru położnych, będzie można określić liczbę zatrudnionych osób w każdej z tych profesji. 11 położnych prowadzi prywatną praktykę. Pozostałe pracują w sektorze publicznym. W 2000 r. w Irlandii pracowało 81 ginekologów-położników. Liczba lekarzy ogólnych zajmujących się praktyką położniczą jest nieznana.

Położne otrzymują pensję, jeśli pracują etatowo, lub opłaty za wykonane usługi w przypadku prowadzenia prywatnej praktyki. Wysokość pensji położnych zatrudnionych w szpitalach ustala rząd. Położne prowadzące praktykę prywatną ustalają wysokość opłat za swoje usługi z firmami ubezpieczeniowymi na zasadzie indywidualnych kontraktów. Lokalne instytucje ubezpieczeniowe zaprzestały praktyki bezpośredniego płacenia położnym. Obecnie każda kobieta rodząca w domu otrzymuje zasiłek w wysokości 825 Euro. Prywatne firmy ubezpieczeniowe odmawiają bezpośredniego wypłacania honorarium położnym za przyjęcie porodu domowego, lecz przyznają rodzicom zasiłek w wysokości 381 do 667 Euro. Średnia cena pełnej obsługi ciąży, porodu i opieki poporodowej przez położną w Dublinie wynosi 1 524 Euro. Matka płaci bezpośrednio położnej. Nie można określić, ile wynosi średni roczny zarobek położnej, ponieważ istnieje kilka poziomów wynagrodzenia.

Prawo wyboru osoby świadczącej podstawową opiekę zdrowotną jest fundamentalną zasadą systemu zdrowotnego. Pomimo tego, większość kobiet wybiera lekarza-położnika. Położne uważają, że ten stan rzeczy powinien ulec zmianie: to położna powinna świadczyć podstawową opiekę.

Koszt opieki położnej jest zwracany, a każda kobieta ma prawo do korzystania z nieodpłatnych usług medycznych.

Standard opieki położniczej jest wysoki, co wpływa na niską śmiertelność okołoporodową. Te czynniki powinny wpłynąć na częstszy wybór położnej, jako osoby świadczącej opiekę i w konsekwencji wzmocnić jej pozycję zawodową. Opieka położnicza uległa medykalizacji,

a rola położnej jest redukowana do typowo pielęgniarskiej. To zagraża niezależności jej pozycji zawodowej. Przy porodzie ginekolog-położnik jest obecny tylko na życzenie położnej. Jeżeli jednak kobieta jest prywatną pacjentką lekarza, położna musi z nim konsultować wszystkie poczynania, nawet jeśli nie ma takiej potrzeby. To także zagraża niezależności zawodu położnej. Poziom opieki poporodowej oceniany jest jako słaby. To może wpływać na zmniejszający się odsetek kobiet karmiących piersią. W praktyce, mimo prawnych gwarancji, kobiety mają ograniczone prawo wyboru miejsca porodu.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1997	2000
Liczba mieszkańców	-	3 500 000
Liczba porodów	-	54 329
Liczba urodzeń żywych	53 971	-
Liczba urodzeń martwych	-	-
Śmiertelność okołoporodowa	-	0.50%
Liczba położnych	-	39 000 (w tym pielęgniarki)
Liczba porodów na położną	-	-
Liczba ginekologów	-	81
Liczba lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	-	-

Śmiertelność okołoporodowa rozumiana jest jako odsetek urodzeń martwych i zgonów pomiędzy 24 tygodniem ciąży a końcem pierwszego tygodnia życia po urodzeniu.

Luksemburg

Niezwykłe precyzyjne i godne poparcia szczegółowe rozwiązania obowiązują w Luksemburgu. Kobieta podlega obowiązkowej, ale jednocześnie zupełnie bezpłatnej serii badań, które przeprowadzane są w ramach poszczególnych okresów, przy czym decydujące znaczenie ma ich systematyka. Pierwsze pięć badań kobieta przechodzi jeszcze przed końcem trzeciego miesiąca ciąży. W badaniu tym uwzględnia się wiek ciąży (z określeniem ostatniej miesiączki) oraz prawdopodobny dzień terminu, czterdzieści tygodni później, wagę i wielkość płodu, historię leczenia (włącznie z chorobami, jakie wystąpiły dotychczas w rodzinie) z chorobami serca i nadciśnieniem włącznie, oraz tzw. spo-

łeczno-biologiczną przyszłość matki (ewentualnie uzupełnione o wizytę lub dochodzenie przeprowadzoną przez asystenta zdrowia lub opieki społecznej), a także oznacza się żelazo w surowicy, glukozę we krwi, a nadto przeprowadza się badanie moczu. Dopiero po zakończeniu tego badania lekarz może wydać matce tzw. książeczkę macierzyństwa. Kolejne badanie odbywa się nie później niż w drugiej połowie czwartego miesiąca i przebiega analogicznie, przy czym dodatkowo przeprowadza się badanie macicy i rozwoju płodu. W międzyczasie przeprowadza się kilkakrotnie badanie serologiczne. Trzecie badanie przeprowadza się podczas szóstego miesiąca na analogicznych zasadach, jak powyżej, przy czym sprawdza się dodatkowo obecność ewentualnych zakażeń, a także dokonuje się badania płodu w obrębie miednicy celem ewentualnego stwierdzenia dysproporcji. Kolejne, czwarte badanie, przeprowadzane w ciągu pierwszych piętnastu dni ósmego miesiąca ciąży, wygląda analogicznie, ale dodatkowo przeprowadza się (na co położony jest zdecydowany nacisk) badanie mające na celu wykrycie ewentualnego zakażenia *toxoplasma gondii*. Ostatnie badanie przeprowadzone jest w pierwszych piętnastu dniach dziewiątego miesiąca, na takich samych zasadach, jak pierwsze badanie, przy czym tutaj już kierunek zmierza przede wszystkim na zapobieganie późnych zgonów płodów. Jasnym jest, iż w trakcie każdego badania standardem jest również badanie krwi, ciśnienia, masy ciała oraz analiza takich substancji jak albuminy i glukoza.

Położna to profesjonalistka odpowiedzialna za kobietę i jej rodzinę podczas ciąży i fizjologicznego porodu oraz asystująca lekarzowi-położnikowi, gdy pojawią się powikłania., zaś do jej zadań należy:

1. Prowadzenie zajęć w szkole rodzenia
2. Pełna opieka w czasie I okresu porodu
3. Asystowanie przy II okresie porodu
4. Opieka po porodzie
5. Pomoc w karmieniu piersią
6. Intensywna opieka nad noworodkiem

Niemal wszystkie położne pracują w salach porodowych i szpitalnych oddziałach położniczych. W czasie ciąży kontaktują się z pacjentką tylko w czasie badań KTG w ostatnim tygodniu przed porodem lub jeśli kobieta zgłasza jakieś problemy, np. krwawienie. Niektóre położne prowadzą zajęcia w szpitalnych szkołach rodzenia, jednak ogół opieki w czasie ciąży należy do ginekologa-położnika.

W czasie porodu, odpowiedzialność spoczywa na położnej, która musi jednak utrzymywać kontakt z lekarzem-położnikiem, na wypadek

powikłań lub potrzeby zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego. Także w tej fazie, ostateczna odpowiedzialność należy do położnika i pediatrii.

W niektórych szpitalach położne roztaczają opiekę poporodową, choć zazwyczaj jest to domena pielęgniarek ogólnych, ginekologicznych lub pomocniczych. Położne są odpowiedzialne za opiekę domową w takich przypadkach, jak wcześniejszy wypis ze szpitala lub problemy z karmieniem piersią.

Czasami położne są zatrudniane w oddziałach patologii ciąży lub noworodkowych

Zawód położnej jest chroniony prawem od 1967 roku. Od 1981 roku regulacjom podlegają stawiane położnym wymagania co do stopnia wykształcenia oraz ich kompetencje.

W przeszłości, opieka położnicza w Luksemburgu była zaliczana, obok medycyny, stomatologii, farmacji czy weterynarii, do „sztuk leczenia” (*art de guerir*). W 1967 roku, ze względu na malejącą liczbę pracujących samodzielnie położnych opiekę położniczą umieszczono w jednej grupie z pielęgniarzkami i innymi zawodami pomocniczymi. Położne zatrudnione w szpitalach miały zagwarantowane stałe zarobki i emeryturę. Położne nie sprzeciwiały się wprowadzeniu nowego prawa, gdyż były zadowolone z gwarancji zatrudnienia. Ze względu na fakt że domowe porody i wizyty praktycznie zaniknęły, nowa legislacja nie przewidywała za nie opłat. W latach 70. prawo zagwarantowało kobietom zasiłek pozwalający na co najmniej 5 wizyt u ginekologa i 1 u dentysty w czasie trwania ciąży. Po porodzie zapewniono jeszcze jedną wizytę i regularne badania kontrolne dziecka, aż do drugiego roku życia. Prawo to zapewniało zwrot kosztów opieki jedynie pod warunkiem, że była ona świadczona przez lekarzy. Była to część programu profilaktycznego, finansowanego przez rząd.

Kilka grup zawodowych w Luksemburgu jest zaangażowanych w opiekę położniczą. Oprócz położnych i ginekologów są to także pielęgniarzki ogólne, dziecięce i pomocnicze oraz pediatrizy.

Co do zasady jednak Luksemburgu za opiekę położniczą są odpowiedzialne dwie grupy medyczne: położne i ginekolodzy-położnicy. Wynika to z przekonania, że ciąża i poród są problemami medycznymi, potencjalnie zagrażającymi każdej kobiecie. Według Stowarzyszenia Położnych Luksemburga, znajduje to odbicie w przekonaniu niektórych położnych, że lepiej polegać na ginekologu-położniku. Opieka nad kobietą w ciąży jest zazwyczaj domeną ginekologów-położników. Oni też najczęściej przyjmują porody szpitalne. Niemożliwe jest określenie

liczby porodów przyjmowanych przez położne, gdyż w dużym stopniu zależy to od organizacji szpitala oraz dostępności lekarza. Pielęgniarki ogólne, pediatryczne lub pomocnicze często rozciągają opiekę nad kobietą po porodzie.

Dwóch ginekologów prowadzących prywatne gabinety, zatrudnia położne do wykonywania takich czynności, jak KTG, edukacji rodziców a nawet częściowo do opieki poporodowej.

Należy zauważyć, że ostateczna odpowiedzialność spoczywa zazwyczaj na ginekologu-położniku i pediatrze.

W teorii rodzice mają prawo decydowania o miejscu porodu. W praktyce, decyzję podejmuje ginekolog-położnik i poród odbywa się w szpitalu, w którym pracuje. Wyjątkiem są sytuacje, w których rodzice jasno zażądają porodu domowego. Na skutek politycznej decyzji, koszt takiego porodu nie jest zwracany. Nie dziwi zatem fakt, że w 2000 r. zdarzyły się jedynie dwa porody domowe. W 2000 r. było zarejestrowanych 97 położnych, z czego 60 do 70 było aktywnych zawodowo. Biorąc statystycznie, na jedną położną przypada 2 000 kobiet w wieku rozrodczym.

Jest tylko jedna położna prowadząca prywatną praktykę w pełnym wymiarze godzin. 14 położnych pracuje niezależnie w niepełnym wymiarze godzin. Pozostałe są zatrudnione w publicznych szpitalach. 15 niezależnych położnych spotyka się regularnie w celu przedyskutowania problemów, zaplanowania urlopów i zastępstw, sprawdzenia na jakim obszarze każda z nich działa, itp. Niektóre tworzą „zespoły przyjazne dziecku” dla wspierania, zalecanego w programie WHO/UNICEF „Szpital przyjazny dziecku”, karmienia piersią.

W 2000 r. w Luksemburgu pracowało od 70 do 80 ginekologów. Każdy z nich miał podpisany kontrakt ze szpitalem. Zarobki etatowo zatrudnionych położnych podlegają ustaleniom grupowym i są negocjowane przez związki zawodowe co pięć lat. Obserwuje się też doraźne podwyżki wymuszane przez rynek i wynikające ze wzrostu kosztów utrzymania.

Usługi położnych niezawarte w ubezpieczeniach społecznych są opłacane na zasadzie honorarium za usługę lub opłaty za klienta. Stawki niezależnych położnych są negocjowane corocznie przez komisję położnych.

Płace położnych w Luksemburgu mieszczą się w górnym zakresie średnich wynagrodzeń i wynoszą brutto około 30 000 Euro rocznie.

Kurs opieki położniczej trwa dwa lata i jest uzupełnieniem trzyletnich studiów pielęgniarских. Nie ma żadnych dodatkowych warunków wstępnych. Co dwa lata przyjmowanych jest 10 nowych studentek.

Koszty opieki zdrowotnej stale rosną i jest nadzieja, że decydenci odkryją, że opieka położnicza jest tańsza, gdy roztaczają ją położne, a nie ginekolodzy. Według Stowarzyszenia Położnych: „Kobietcie w ciąży bez powikłań wystarczy kontakt z położną. Spowoduje to utrzymanie kosztów na akceptowalnym poziomie.” Położne, w porównaniu do ginekologów, postrzegane są jako mniej wartościowa grupa zawodowa. Pomimo obietnic zawartych w nowym prawie z 1995 r. rozszerzającym kompetencje położnych, w życie zostało wprowadzonych niewiele zmian. Ginekolodzy używają wpływów politycznych dla zatrzymania rozwoju zawodowego i samodzielności położnych.

Fundusze chorobowe nie zwracają wszystkich kosztów wynikających z domowej opieki podczas ciąży i porodu. W konsekwencji kobiety w Luksemburgu nie mają pełnego prawa do wyboru położnej lub lekarza na czas ciąży i porodu.

Istnieje rygorystyczne prawo określające, że tylko szpitale mają prawo utrzymywania oddziałów położniczych. Małe, samodzielne oddziały położnicze lub placówki prowadzone przez położne, są niedozwolone.

Przekonanie, że ciąża i poród są naturalnymi procesami nie zostało dotychczas zaakceptowane przez system położniczy. Przeciwnie, każdą ciążę uważa się za potencjalnie zagrożoną.

Ministerstwo Edukacji czyni wysiłki, aby ograniczyć zakres edukacji w studium położniczym i zredukować je do dwuletniego kursu. Od kandydatek nie wymagane byłoby wcześniejsze ukończenia studiów pielęgnarskich. Stowarzyszenie Położnych zdecydowanie zaprotestowało, gdyż taki przepis byłby sprzeczny z europejskimi dyrektywami oraz prowadziłby do pogorszenia kwalifikacji położnych i obniżenia jakości opieki położniczej.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1999	2000
Liczba mieszkańców	-	435 700
Liczba porodów	5 596	-
Liczba urodzeń żywych	5 582 (99.7%) *)	-
Liczba urodzeń martwych	14 (0.3%)*)	-
Śmiertelność okołoporodowa	0.52%	0.7%
Liczba położnych	-	60-70 (97 zarejestrowanych)
Liczba porodów na położną	-	-
Liczba ginekologów	61	60-70
Liczba lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	-	-

Definicja śmiertelności okołoporodowej: odsetek urodzeń martwych oraz zgonów noworodków przed upływem pierwszego tygodnia życia. Śmiertelność okołoporodowa, ze względu na niską ogólną liczbę porodów ulega znacznym wahaniom, na przykład w 1998 roku wyniosła 0.81%.

Niemcy

Zawód położnej jest w Niemczech chroniony prawem od 1985 roku. Zgodnie z nim, położna to osoba przeszkolona i wykwalifikowana do wykonywania opieki i doradzania kobietom w czasie normalnej ciąży, porodu i położu.

Zawód położnej jest jedynym, poza lekarskim, uprawnionym do samodzielnego – bez udziału lekarza lub pielęgniarki – świadczenia opieki medycznej. Prawo wymaga, aby przy każdym porodzie, zarówno domowym jak i szpitalnym, była obecna położna. Lekarze mają obowiązek wezwania położnej do każdego porodu. W przypadku wystąpienia komplikacji musi być wezwany lekarz i do niego należy ostateczny głos decyzyjny. Położne mają zaś prawo wykonywania następujących czynności:

1. Badania i nadzór przedporodowy
2. Prowadzenie zajęć w szkole rodzenia i doradztwo
3. Leczenie schorzeń podczas ciąży takich jak cukrzyca, nadciśnienie i anemia (po poinformowaniu kobiety o zaburzeniach i możliwościach leczenia przez lekarza)
4. Przyjmowanie porodów fizjologicznych, w tym wykonywanie nacięcia krocza
5. Opieka poporodowa przez co najmniej 10 dni, w tym doradztwo dietetyczne

USG i badania laboratoryjne mogą być wykonywane jedynie przez lekarzy., zaś kobieta ma prawo wyboru pomiędzy lekarzem i położną, jako osobami świadczącymi podstawową opiekę zdrowotną, przy czym większość kobiet ma kontakty zarówno z lekarzami, jak i z położnymi.

Podsumowując, odpowiedzialność za fizjologiczną ciążę i poród podzielona jest pomiędzy położną i lekarza. W przypadku komplikacji, całkowita odpowiedzialność spada na lekarza.

W 1938 r. ustanowiono prawo, które nadawało oficjalny status zawodowy położnej i zarządzało jej obowiązkową obecność przy każdym porodzie. W 1941 r. odbyło się pierwsze szkolenie zawodowe. W 1963 r. wprowadzono nowe zasady szkolenia i egzaminowania położnych. Naj-

ważniejsze prawo określające zadania i zakres odpowiedzialności ustanowiono w 1985 roku. Zawód położnej, wraz z upływem lat, stawał się coraz bardziej zdominowany przez lekarzy. W 1980 roku, ginekolodzy-położnicy podjęli próbę przekonania rządu do wprowadzenia zakazu porodów domowych na rzecz obowiązkowych porodów szpitalnych. Próba ta, m.in. dzięki wsparciu niemieckich położnych przez WHO, zakończyła się niepowodzeniem.

Jednak promocja opieki położniczej spotyka się z oporem środowiska ginekologicznego. Konflikt ten trwa już od wielu lat i wydaje się, że jest rezultatem przenikania się kompetencji oraz przekonania każdej ze stron o prawie pierwszeństwa do świadczenia tych samych usług.

Położne i ginekolodzy odgrywają istotną rolę w niemieckim systemie opieki położniczej. Każda kobieta ma prawo wyboru, kto będzie wykonywać rutynowe badania w czasie i po zakończeniu ciąży. Kobiety najczęściej wybierają opiekę ginekologa-położnika. W czasie porodu i po nim do opieki nad matką i dzieckiem włączają się także pediatrzy. Nie ma jasności, ile spośród 770 774 porodów zostało przyjętych przez położne a ile przez ginekologów. Obecność położnej przy porodzie jest wymagana.

W odczuciu położnych, lekarzy i opinii publicznej, ciąża i poród są naturalnymi procesami. W przypadku wszystkich porodów szpitalnych obecny jest ginekolog-położnik, nawet jeżeli położna pełni dyżur. W przypadku porodu powikłanego pełna odpowiedzialność spoczywa na lekarzu. Kompetencje położnych i ginekologów-położników przenikają się, co może skutkować rywalizacją o pacjentkę. Zdarzają się przypadki odmowy wykonania badania USG lub leczenia schorzeń, jeżeli pacjentka deklaruje chęć powrotu do opieki swojej położnej po zakończeniu leczenia.

Dyskusje nad obowiązkami i kompetencjami położnych i lekarzy są na porządku dziennym. Często opieka przedporodowa jest zdominowana przez lekarzy-położników, choć z drugiej strony, położne wykonują zadania wykraczające poza zakres podstawowej opieki medycznej. Każda kobieta ma prawo wyboru miejsca porodu. W przypadku porodu normalnego ma trzy możliwości:

1. Poród i pobyt wraz z noworodkiem w szpitalu
2. Poród ambulatoryjny (poród w szpitalu, domu narodzin, powrót do domu po kilku godzinach)
3. Poród domowy.

Odsetek porodów domowych spadł z 42.6% w roku 1960 do 0.8% w 1991. Obecnie ponad 98% porodów jest przyjmowanych w szpitalach. W 1999 roku zaledwie 8 578 narodzin miało miejsce w warunkach po-

zaszpitalnych. Należy jednak podkreślić, że coraz więcej szpitali stara się stwarzać warunki przypominające domowe.

W Niemczech pracuje około 15 000 położnych. Większość z nich jest zatrudniona w szpitalach. Coraz większym zainteresowaniem cieszą się prywatne praktyki oraz praca w domach rodzin. W 1983 roku 23% położnych prowadziło prywatną praktykę, przy czym wiele z nich było jednocześnie zatrudnionych w szpitalach w niepełnym wymiarze godzin. Obecnie 33,3% położnych prowadzi własną praktykę, 33,3% zatrudniona jest na etatach, a pozostałe decydują się na podwójną formę zatrudnienia.

99% położnych to kobiety. Liczba praktykujących ginekologów (ponad 15 000) przewyższa liczbę położnych

System opieki zdrowotnej oparty na obowiązkowych składkach ubezpieczeniowych został wprowadzony w Niemczech w 1883 roku. Niemcy były pierwszym krajem, w którym wprowadzono narodowy system ubezpieczeń społecznych, zwany modelem Bismarcka. Położne otrzymują pensję za pracę etatową. Jeżeli prowadzą prywatną praktykę otrzymują honorarium za wykonane usługi. W przypadku pracy na etacie, wysokość pensji określa pracodawca (np. szpital). Położne prowadzące prywatną praktykę same ustalają wysokość opłat (szacunkowe przeciętne roczne zarobki położnej w Niemczech wynoszą 26 610 Euro).

Do rozpoczęcia szkolenia wymagane jest ukończenie 17 roku życia, dobry stan zdrowia oraz dyplom potwierdzający wykształcenie średnie. Od 2002 roku wymagane jest wykształcenie uprawniające do rozpoczęcia edukacji na poziomie uniwersyteckim. W Niemczech działa 57 szkół położnych, a co roku rozpoczyna tam naukę 600 osób. Często jest więcej kandydatek niż miejsc, i z tego względu muszą one odczekać jakiś czas zanim zostaną przyjęte.

W Niemczech jest ponad 15 000 ginekologów. Przenikanie się kompetencji lekarzy i położnych stanowi zagrożenie dla zakresu obowiązków tych ostatnich. Lekarze częściej niż położne zajmują się opieką przedporodową. Tak znaczna liczba ginekologów wzmacnia także tendencje do medykalizacji ciąży i porodu.

Kobiety nie są wystarczająco informowane o możliwościach wyboru miejsca porodu, jak i tego, kto może świadczyć podstawową opiekę medyczną. Większość położnych nie jest zadowolona ze swoich zarobków.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1999	2000
Liczba mieszkańców	-	82 000 000
Liczba porodów	770 744	-
Liczba urodzeń żywych	767 691 (99.6%)	-
Liczba urodzeń martwych	3 053 (0.4%)	-
Śmiertelność okołoporodowa	0.4%	-
Liczba położnych	-	15 000
Liczba porodów na położną	-	-
Liczba ginekologów	-	+/-15 000
Liczba lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	-	-

Śmiertelność okołoporodowa rozumiana jest jako odsetek dzieci urodzonych bez pulsu, tętna pępowiny ani odruchów mięśniowych oraz dzieci wykazujących oznaki życia i ważących ponad 500 gramów zmarłych przed upływem 7 dni od narodzin

Portugalia

W Portugalii, opieka położnicza jest zawodem medyczno-technicznym. Praca położnych jest ukierunkowana na zaspokajanie emocjonalnych, fizycznych i społecznych potrzeb klientki. Położne mają także odpowiednie umiejętności do rozpoznawania problemów ginekologicznych.

Do zadań położnej należy:

1. Doradztwo (szczególnie w takich obszarach, jak planowanie poczęć, płodność i dojrzewanie)
2. Kontrola zdrowia kobiety w czasie ciąży
3. Przyjmowanie porodów fizjologicznych (w tym podawanie środków znieczulających i szycie krocza)
4. Opieka poporodowa
5. Edukacja rodziców (np. w zakresie karmienia piersią)
6. Planowanie rodziny

Z formalnego punktu widzenia, za opiekę położniczą zawsze odpowiada ginekolog-położnik, w praktyce jednak to położne zajmują się ciążą bez powikłań i fizjologicznym porodem.

Położne przyjmują około 50% porodów fizjologicznych. W przypadku wystąpienia powikłań, odpowiedzialność przejmuje ginekolog-położnik.

W Portugalii, ani zawód położnej, ani jej zadania i zakres odpowiedzialności nie są chronione prawem. Sytuacja ta wkrótce ulegnie zmianie – prawo opisujące szczegółowo czynności położnej jest w trakcie opracowywania.

W XX wieku miało miejsce wiele wydarzeń, które wpłynęły na kształt współczesnej opieki położniczej w Portugalii. W 1974 r. w Portugalii wprowadzono system demokratyczny. Po uchwaleniu, w 1986 r., pod stawowych praw dotyczących edukacji, zmiany uległy perspektywy rozwojowe profesji pielęgniarских. W 1991 r. wprowadzono pojęcie „wykwalifikowanej pielęgniarki”. Od tego czasu położne muszą legitymować się ukończonymi studiami pielęgniarскими. Położne uzyskały dostęp do najskuteczniejszych i najnowocześniejszych technologii, co spowodowało silną „medykalizację” porodu i powszechną praktykę używania rozmaitego rodzaju instrumentów. Czynnikiem wzmacniającym tę tendencję jest fakt, że obecnie większość porodów odbywa się w szpitalu. Do lat 70. kobiety najczęściej rodziły w domu. W latach 80. zostały zamknięte oddziały położnicze o rocznej liczbie porodów poniżej 500. Zaowocowało to wyraźnym zmniejszeniem zgonów matek w czasie porodu i śmiertelności okołoporodowej.

W opiekę położniczą włączonych jest kilka grup zawodowych – położne, ginekolodzy-położnicy, lekarze ogólni, pediatrzy i pielęgniarki.

Wśród położnych panuje powszechne przekonanie, że ciąża i poród to zjawiska naturalne. Pomimo tego, procesy te uległy znacznej „medykalizacji”. Znajduje to odbicie w pewnych cechach portugalskiego systemu opieki położniczej. Kobieta, po stwierdzeniu ciąży, kieruje się do położnej w szpitalu lub ośrodka zdrowia. Może także udać się do prywatnego gabinetu ginekologicznego. Położne i ginekolodzy respektują swoje role w opiece położniczej, dzięki czemu mogą efektywnie współpracować, zamiast konkurować. Każdy z przedstawicieli tych zawodów wie dokładnie, jakie są jego obowiązki w każdej fazie ciąży i porodu i jest za nie odpowiedzialny.

Teoretycznie za wszystkie porody powinien być odpowiedzialny ginekolog-położnik, jednak w praktyce połowa z nich jest przyjmowana samodzielnie przez położne. W Portugalii obowiązuje prawo, że poród musi odbyć się w szpitalu. Porody w domu zdarzają się wyłącznie przez przypadek. Ginekolodzy-położnicy często wywierają nacisk na rodziców, aby poród odbył się w prywatnym szpitalu położniczym. Spośród 1 600 zarejestrowanych w Portugalii położnych, aktywnych zawodowo jest 1 100. Na 1 000 kobiet w wieku rozrodczym przypadają dwie położne. Niemal wszystkie położne to kobiety. Ich średnia wieku waha się między 45 a 50 lat.

Wszystkie położne są zatrudnione w publicznej służbie zdrowia, choć większość z nich pracuje też w sektorze prywatnym. W związku z niedoborem położnych, tydzień pracy jest wydłużony do około 70 godzin.

Nie ma oficjalnych danych na temat liczby ginekologów w Portugalii. Portugalskie Stowarzyszenie Położnych szacuje ich liczbę na około 700. Brak jest oficjalnych danych na temat liczby lekarzy ogólnych i pediatrów zajmujących się praktyką położniczą. Nie wiadomo też, ile spośród 37 747 pielęgniarek ogólnych, zajmuje się opieką położniczą.

Wszystkie położne zatrudnione w szpitalach otrzymują stałą pensję. W sektorze publicznym obowiązuje siatka płac z roczną, dolną granicą 18 000 i górną 31 000 Euro. Obowiązuje 35. godzinny tydzień pracy. Położna wykonująca dodatkową pracę w sektorze prywatnym otrzymuje wynagrodzenie za każdą wykonaną usługę (np. opłata za przyjęcie porodu wynosi 400 Euro).

Pierwszym krokiem dla poprawienia pozycji portugalskich położnych będzie wprowadzenie w najbliższym czasie nowego prawa regulującego ich zadania i zakres odpowiedzialności. Na właściwy, pozytywny klimat współpracy powinny wpływać istniejące obecnie współzależności kompetencyjne z innymi grupami zawodowymi oraz wysokie umiejętności techniczne położnych. W klimacie współpracy, a nie konkurencji, łatwiej będzie określić możliwości tkwiące w profesji położnych.

Jeśli ten cel zostanie zrealizowany, Portugalskie Stowarzyszenie Położnych, spodziewa się kolejnych, pozytywnych konsekwencji:

1. pełnej możliwości i odpowiedzialności w prowadzeniu fizjologicznej ciąży
2. pełnej odpowiedzialności za poród fizjologiczny
3. większego wpływu na funkcjonowanie instytucji opieki zdrowotnej.

Portugalskie położne mają zbyt dużo pracy, co wynika z podwójnego zatrudnienia w sektorze publicznym i prywatnym. Na portugalskim rynku pracy jest niedobór położnych. Ich średnia wieku jest bardzo wysoka. Niestety, niedobór położnych, jak i liczba ich obowiązków stale się zwiększa. Opieka położnicza jest w znacznym stopniu „zmedykalizowana”. Porody są zazwyczaj przyjmowane w szpitalach, położne używają w pracy wielu instrumentów. Nie mają przy tym wpływu na decyzję o tym, jakich należy użyć środków.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1999	2000
Liczba mieszkańców	-	9 800 000
Liczba porodów	116 691	-
Liczba urodzeń żywych	116 038 (99.4%)	-
Liczba urodzeń martwych	653 (0.6%)	-
Śmiertelność okołoporodowa	0.56%	-
Liczba położnych	-	1 100
Liczba porodów na położną	-	53
Liczba ginekologów	-	+Okolo 700
Liczba lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	-	-

Definicja śmiertelności okołoporodowej: Odsetek urodzeń martwych po 28 tygodniu ciąży oraz zgonów w ciągu pierwszego tygodnia życia.

Szwecja

Położne w Szwecji zawsze miały silną i autonomiczną pozycję w systemie zdrowia publicznego i reprodukcyjnego. W podstawowej ochronie zdrowia obszarem działania położnej jest opieka położnicza i ginekologiczna nad kobietą w całym jej cyklu rozrodczym.

Zgodnie z krajowymi wytycznymi w podstawowej opiece zdrowotnej, położna funkcjonuje w 5 głównych obszarach:

1. Opieka nad kobietą w ciąży
2. Edukacja rodziców
3. Planowanie rodziny (tzn. doradztwo w zakresie używania środków antykoncepcyjnych i przepisywanie ich kobietom i nastolatkom)
4. Edukacja i informacja zdrowotna
5. Cytodiagnostyka w programach profilaktyki onkologicznej

Położna jest odpowiedzialna za całościową opiekę nad kobietą w fizjologicznej ciąży. Musi mieć umiejętności rozpoznawania powikłań, aby w razie konieczności skierować kobietę do ginekologa-położnika. W czasie akcji porodowej, położna jest odpowiedzialna za przeprowadzenie części badań, stosowanie zabiegów oraz przyjęcie fizjologicznego porodu. Położna asystuje rodzącej, śledzi przebieg akcji i, jeżeli jest taka potrzeba, wspomaga poród ręcznie lub przy użyciu urządzeń, takich jak kleszcze czy vacuum. Towarzyszy także lekarzowi, w czasie

wykonywanych przez niego zabiegów. Po porodzie zaś położna jest odpowiedzialna za opiekę nad matką i noworodkiem, zarówno w domu, jak i na oddziale położniczym. Położna również opiekuje się matkami i noworodkami w przypadku często występujących dolegliwości, a także komplikacji wymagających zabiegów położniczych lub ginekologicznych.

Obowiązki położnej reguluje Ustawa o Zdrowiu i Usługach Medycznych oraz Ustawa o Obowiązках Zawodowych. Na mocy tych ustaw, położna ma obowiązek stosowania środków zmierzających do poprawy zdrowia i zapobiegających powstawaniu choroby, zgodnie z zasadami etycznymi, doświadczeniem zawodowym i z wykorzystaniem zdobyczy nauki przydatnych w opiece położniczej. W ramach swojej działalności musi być w stanie prowadzić stosowną dokumentację i stosować się do innych, istotnych z punktu widzenia profesji, zasad (Swedish Board of Health and Welfare).

Zawód położnej jest chroniony prawem od 1711 r. (Sztokholm) i 1777 r. (Szwecja). Od 1998 roku jest też formalnie włączony do Prawa o Zawodach w Ochronie Zdrowia. „Opis Wymaganych Kompetencji” z 1995 roku odzwierciedla ogólne zalecenia Szwedzkiego Zarządu Zdrowia w związku z funkcją i czynnościami położnych. Na poziomie gminy, położne są odpowiedzialne za swoje działania już od wczesnych lat XVIII stulecia. Od 1832 r. położne mają prawo do używania różnych instrumentów położniczych. Około 1900 r. władze miejskie zostały zobowiązane do zatrudnienia położnej. Pomiędzy 1910 a 1920 r., odpowiedzialność za opiekę nad dziećmi starszymi niż 10 dni przejęły pielęgniarki pediatryczne. Od 1952 r. należy mieć ukończone studia pielęgniarские, aby rozpocząć naukę opieki położniczej. W latach 70. położne włączono do działań związanych z regulacją płodności i przyznano im prawo do przepisywania środków antykoncepcyjnych. Od tego czasu studia pielęgniarские i położnicze uzyskały status akademicki.

W Szwecji obowiązuje pogląd, że poród jest zjawiskiem naturalnym, wymagającym jednak obecności zaawansowanego technologicznie sprzętu. Odnajduje to odzwierciedlenie w pewnych cechach szwedzkiego systemu opieki położniczej.

Niemal wszystkie kobiety w Szwecji rodzą w szpitalu, w towarzystwie położnej-pielęgniarki. Przy 95% porodów dostępni są: anestezjolog, ginekolog-położnik i pediatra.

Odsetek cesarskich cięć w Szwecji wzrósł w 1998 r. do 13.4%. Ten wzrost należy tłumaczyć zwiększoną liczbą pierworódek i odstępstwa-

mi od wskazań klinicznych. Oznacza to, że wykonywane operacje nie miały podstaw medycznych (z badań wynika, że większość zabiegów dokonywanych było na życzenie kobiety, która z jakiś względów obawiała się porodu drogami natury). Większość kobiet otrzymuje w czasie porodu środki znieczulające.

Kobiety zachęcane są do przyjmowania pozycji gwarantującej komfort i tylko nieliczne z nich rodzą w pozycji na plecach. Większość czynności związanych z opieką położniczą jest wykonywana przez położne. W przypadku ciąży bez powikłań, czasami dochodzi do dwóch wizyt u lekarza – raz na początku ciąży, dla przeprowadzenia badania USG i określenia terminu porodu oraz, gdy zbliża się moment rozwiązania. Do wizyty u ginekologa dochodzi jedynie wówczas, gdy pojawią się symptomy powikłań, albo na wyraźne życzenie kobiety. W przypadku wystąpienia komplikacji, poród jest przyjmowany przez ginekologa-położnika.

W Szwecji, zazwyczaj inna osoba opiekuje się kobietą w ciąży, a inna w trakcie porodu. Wynika to z faktu, że przychodnie odpowiedzialne za opiekę nad ciężarnymi, nie są powiązane ze szpitalami położniczymi. Innym powodem tej sytuacji może być fakt, że położne w Szwecji nie mają obowiązku bycia dostępnymi w każdej chwili dla rodzących kobiet. Formalnie, położne są odpowiedzialne za przyjmowanie wszystkich porodów fizjologicznych, jednak w praktyce często biorą w nich udział lekarze. W 2000 r., 75% wszystkich porodów zostało przyjętych samodzielnie przez położne, 12% – przez ginekologów-położników. W 13% przypadków dochodziło do współpracy pomiędzy położną a lekarzem.

Niemal wszystkie porody w Szwecji odbywają się na oddziałach położniczych. Porody domowe należą do rzadkości. Kobiетom, które świadomie zdecydowały się rodzić w domu, towarzyszy położna.

Rodzice mają prawo decydować o miejscu porodu, jednak decyzje polityczne mają istotne znaczenie i wpływają na podejmowanie sugerowanych rozwiązań. położniczym.

W 2000 r., w Szwecji pracowało około 7 100 położnych, w tym 50 mężczyzn. 99% położnych było zatrudnionych w sektorze publicznym. Średnia wieku wynosiła 47 lat. Oprócz pracy w szpitalach, na oddziałach położniczych i ginekologicznych, wiele szwedzkich położnych podejmuje pracę w „ośrodkach opieki okołoporodowej”. Ośrodki takie, administrowane przez władze regionalne, działają na szczeblu gminnym i zatrudniają przede wszystkim położne. Jeżeli zaistnieje taka potrzeba, zapewniają także wolny dostęp do usług lekarzy. Prócz usług

związanych z opieką nad kobietą w ciąży, ośrodki te prowadzą działalność związaną z doradztwem antykoncepcyjnym, prowadzą poradnie dla młodzieży, a także biorą udział w badaniach przesiewowych raka szyjki macicy.

Około 1% położnych pracuje w sektorze prywatnym. W przychodniach prywatnych większą wagę przykładą się do osobistego, bardziej „miękkiego” podejścia do pacjenta, a także elastyczności w godzinach otwarcia placówki. Ta różnica, w stosunku do przychodni publicznych, nie jest jednak znacząca. Przychodnie prywatne są objęte narodowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Zaledwie 15 położnych w Szwecji prowadzi prywatną praktykę w czasie wolnym od pracy etatowej.

W 2000 r. liczba ginekologów była szacowana na 1 803. Bardzo niewielu lekarzy ogólnych podejmuje czynności związane z opieką położniczą, gdy niedostępna jest opieka położnej lub ginekologa, np. na odległych terenach wiejskich.

W gminnych ośrodkach zdrowia, opieką nad kobietami po porodzie i noworodkami zajmują się pielęgniarki pediatryczne. Jeszcze około 1900 r., położna miała zagwarantowane niewysokie wynagrodzenie, płatne na życzenie w naturze, np. w postaci jedzenia. Położne mogły pobierać opłatę tylko wtedy, gdy było na nią stać rodzinę. W okresie późniejszym, położne stały się pracownicami szpitali, z ustaloną miesięczną pensją. Jej wysokość jest negocjowana pomiędzy pracodawcą a związkami zawodowymi.

Obecnie, przeciętne roczne wynagrodzenie położnej wynosi ok. 26 196 Euro. Zarobki położnych w dużych aglomeracjach są wyższe, niż w małych miasteczkach.

Aby uzyskać kwalifikacje położnej, należy uprzednio zdobyć uprawnienia pielęgniarskie. Po ukończeniu trzyletnich studiów uniwersyteckich i zaliczeniu co najmniej 6 miesięcy praktyki w zawodzie pielęgniarki, wymagany jest dodatkowy półtoraroczny kurs położniczy. W Szwecji oficjalny tytuł położnej to pielęgniarka-położna.

Zdaniem Stowarzyszenia Szwedzkich Położnych naturalne, fizjologiczne podejście do ciąży i porodu jest zagrożone medykalizacją. Zagrożeniem dla obecnego systemu opieki położniczej są także cięcia budżetowe. Zjawisko to ma hamujący wpływ na niektóre inicjatywy środowiska położnych. Innym negatywnym aspektem jest brak ciągłości opieki nad ciężarną. Osoba zajmująca się kobietą w ciąży nie jest jednocześnie odpowiedzialna za towarzyszenie jej w czasie porodu.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1999	2000
Liczba mieszkańców	-	8 882 792
Liczba porodów	88 512	90 713
Liczba urodzeń żywych	88 173 (99.6%)	90 441 (99,7%)
Liczba urodzeń martwych	339 (0.4%)	272 (0.3%)
Śmiertelność okołoporodowa	0.56%	0.32%
Liczba położnych	-	7 100 zarejestrowanych
Liczba porodów na położną	-	-
Liczba ginekologów	-	1 803
Liczba lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	-	kilku

Śmiertelność okołoporodowa: zgon dziecka pomiędzy 28 tygodniem ciąży a 28 dniem po urodzeniu.

Wielka Brytania

W Wielkiej Brytanii położna ma prawo do samodzielnej opieki nad kobietą w ciąży bez powikłań i przyjmowania fizjologicznego porodu. Ponadto, położna powinna być zawsze obecna w czasie porodu z komplikacjami. W takim przypadku, położna zwraca się do ginekologa-położnika, który od tego momentu przejmuje odpowiedzialność za pacjentkę. Czynności położnej i lekarzy są współzależne i komplementarne, a każda ze stron jest odpowiedzialna za podejmowane przez siebie działania.

Ustawę o Położnych uchwalono w 1902 r. i od tego czasu zawód położnych jest chroniony prawem. Od czasu uchwalenia Ustawy o Położnych z 1902 r., opieka położnicza jest w znacznym stopniu regulowana odgórnie. W pierwszej połowie XX wieku, większość porodów odbywała się w domu. W czasie II Wojny Światowej, kobiety były kierowane do szpitali. Od tego momentu preferowane są zinstytucjonalizowane formy opieki położniczej. Od lat 60. zaczęła narastać tendencja do instytucjonalizacji porodu. Znacznie zwiększył się wpływ środowiska lekarskiego. W roku 1970 rząd wykonał ostateczny krok w kierunku „hospitalizacji” porodu. Według rządowego zalecenia „odpowiednie udogodnienia powinny zostać zapewnione, tak aby 100% porodów mogło odbywać się w szpitalach. Uzasadnia to większe bezpieczeństwo matki i dziecka

w warunkach szpitalnych”. Spodziewano się, że postępy w rozwoju technologii uczynią poród szpitalny tańszym i bezpieczniejszym. Jednak jednym ze skutków tej polityki był m.in. wzrost liczby cesarskich cięć. W połowie lat 70. dało się zauważyć, tak wśród kobiet, jak i położnych, rosnące niezadowolenie z takiego stanu rzeczy. Prowadzona była zdecydowana kampania na rzecz poprawy opieki nad matką. W 1993 r. opublikowano raport „Changing Childbirth”. Zapowiadał on daleko idące zmiany w systemie opieki położniczej w Wielkiej Brytanii. Podstawowe zasady sformułowane w tym raporcie mówią, iż kobieta ma prawo wyboru opieki i jej kontrolowania, ciężarna jest kluczową osobą w systemie opieki oraz że położna jest osobą powołaną do opieki nad kobietą w fizjologicznej ciąży i przy porodzie niskiego ryzyka. Radykalne położne i kobiece grupy konsumenckie, które uważały, że ciąża i poród to naturalne procesy, a położna jest w tej dziedzinie najlepszą ekspertką, zainicjowały zmiany w polityce zdrowotnej. Zalecenia zawarte w „Changing Childbirth” zostały wprowadzone w życie w różnym stopniu w 100 obszarach opieki położniczej.

Kobieta podejrzewająca u siebie ciążę może udać się do położnej lub lekarza ogólnego. Jeśli wybierze położną, pozostaje pod jej opieką przez cały czas ciąży, o ile nie pojawiają się powikłania. Wtedy zostaje skierowana do ginekologa-położnika. Jeżeli wybierze lekarza ogólnego, ten odeśle ją do położnej lub ginekologa.

Opieka lekarza ginekologa może być więc elementem podstawowej opieki zdrowotnej. Należy jednak zauważyć tendencje ginekologów do koncentrowania się na przypadkach patologicznych.

W 1999 r. położne przyjęły 68.8% porodów. Był to najniższy wynik w historii. W przeszłości liczba porodów przyjętych przez położne oscylowała pomiędzy 70 a 75%. System opieki położniczej jest odbiciem powszechnego przekonania, że choć ciąża i poród są procesami naturalnymi, to wiąże się z nimi potencjalne ryzyko. Położne uważają, że ciąża i poród to procesy naturalne, choć większość pracy wykonują w silnie stechniczowanym środowisku medycznym.

Położna jest zawsze obecna przy porodzie, także w przypadku wystąpienia powikłań. Jeżeli tak się dzieje, odpowiedzialność spada na ginekologa-położnika, a położna przyjmuje rolę pomocniczą.

Lekarze ogólni mają prawo do rozpoznawania ciąży. W większości prowadzą ciążę, ale niewielu opiekuje się kobietą w czasie porodu i pokoju.

Rodzice mają prawo wyboru, czy poród odbędzie się w szpitalu, domu narodzin lub w domu, jednak nie wszyscy mają dostęp do pełnych i wystarczających informacji na ten temat. W latach 80. odsetek porodów

domowych spadł poniżej 1%. Wynikało to z polityki rządowej i środowisk medycznych promującej szpitale, a także ze wzrostu zastosowań nowoczesnej technologii. Pomiedzy 1987 i 1997 rokiem odsetek porodów domowych wyniósł 2,23% i nadal wykazuje tendencję wzrostową.

W Wielkiej Brytanii jest zarejestrowanych 90 378 położnych, z czego 33 291 faktycznie zajmuje się opieką położniczą. Wśród nich jest 93 mężczyzn. W 2000 r., 51% położnych pracowało w niepełnym wymiarze godzin. 98% położnych jest zatrudnionych w sektorze publicznym, 1-2% w prywatnym, mniej niż 1% prowadzi własną praktykę. Położne zatrudnione w sektorze publicznym pracują w szpitalach, domach narodzin lub ośrodkach dla kobiet, a w sektorze prywatnym – w szpitalach i prywatnych praktykach.

W 1999 roku było 2077 ginekologów. Nie ma dokładnych danych na temat lekarzy ogólnych zajmujących się praktyką położniczą. Wiadomo jednak, że część z nich prowadzi ciążę. Położne zatrudnione na etacie otrzymują pensję, zaś prowadzące prywatną praktykę są opłacane przez klientki. Wysokość pensji ustalana jest rokrocznie przez Pay Review Body, w wyniku negocjacji pomiędzy związkami zawodowymi pracowników służby zdrowia a Departamentem Zdrowia. Ustalenia dotyczą pielęgniarek, położnych i innych zawodów związanych z medycyną. Niezależne położne same ustalają swoje stawki. Średnie roczne przychody położnych wynoszą około 29 700 Euro.

Opieka położnicza w Wielkiej Brytanii znajduje się obecnie w fazie dynamicznych zmian. Stowarzyszenie Radykalnych Położnych czyni starania w kierunku przezwyciężenia zagrożeń i umocnienia pozycji położnych. Środowisko położnych w Wielkiej Brytanii jest dobrze zorganizowane i widoczne. Istnieje także lobby konsumenckich organizacji działających na rzecz narodzin, wspierające dążenie położnych do odgrywania kluczowej roli w opiece okołoporodowej.

Istnieje powszechna zgoda na oparcie praktyki położniczej na danych naukowych. Popierany jest dalszy rozwój wiedzy oraz kontynuowanie odpowiednich badań. Uznaje się za konieczne, aby kobieta miała w każdej chwili dostęp do informacji oraz mogła podejmować decyzje. Czynione są wysiłki, aby te zasady wcielić w życie. Niemal wszystkie porody odbywają się w szpitalach, co prowadzi do nadmiernego zaufania technologii. Według Stowarzyszenia Radykalnych Położnych poród fizjologiczny jest zagrożony. Taki stan rzeczy jest sprzeczny z przekonaniem położnych, że ciąża i poród to zjawiska naturalne. Większość położnych (ponad 60%) pracuje w szpitalach i to także utrudnia wprowadzenie w życie bardziej fizjologicznego i naturalnego podejścia do ciąży

i porodu. Położne (37%) pracujące w małych ośrodkach zdrowia także podlegają przepisom ustalonym przez szpitale.

Liczba położnych jest niewystarczająca, a fakt, że muszą się one zajmować czynnościami niezwiązanymi ściśle z opieką położniczą, prowadzi do nasilenia tego problemu.

Położne nie mogą ubezpieczyć się od ewentualnych prawnych konsekwencji prowadzenia prywatnej praktyki, co zniechęca je do zakładania własnych praktyk i zagraża osiąganiu przez nie niezależności.

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1999	2000
Liczba mieszkańców	-	59 500 000
Liczba porodów	635 901	-
Liczba urodzeń żywych	632 531 (99.47%)	-
Liczba urodzeń martwych	3 370 (0.53%)	-
Śmiertelność okołoporodowa	0.82%	-
Liczba położnych	-	33 291 (90 378 zarejestrowanych)
Liczba porodów na położną	-	30
Liczba ginekologów	1 153	- /TD>
Liczba lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	-	-

Śmiertelność okołoporodowa: liczba urodzeń martwych oraz zgonów noworodków po 24 tygodniu ciąży i przed 6 dniem po urodzeniu na 1 000 porodów.

Włochy

We Włoszech położna to pracowniczka służby zdrowia z wykształceniem uniwersyteckim i licencją zawodową. Doradza i pomaga kobietom w czasie ciąży, porodu i porożu. Jest ona uprawniona do udzielania pierwszej pomocy medycznej i podawania leków. Zajmuje się edukacją zdrowotną i seksualną, zabiegami ginekologicznymi, działaniami profilaktycznymi, a także szkoleniami i badaniami naukowymi, zaś jej szczegółowe zadania obejmują:

1. Nadzór i prowadzenie fizjologicznej ciąży i porodu
2. Doradztwo
3. Profilaktyka

4. Edukacja rodziców (np. umiejętności rodzicielskie, nauka karmienia piersią)

5. Opieka nad matką i dzieckiem po porodzie Zadania położnych mogą się różnić w różnych szpitalach.

Położna pracująca w szpitalu i lekarz-położnik są współodpowiedzialni za przebieg fizjologicznej ciąży i porodu. Zazwyczaj poród jest przyjmowany przez położną, chyba, że pojawiają się komplikacje. W takiej sytuacji, rola położnej sprowadza się do asystowania ginekologowi-położnikowi.

Położna prowadząca prywatną praktykę ma prawo do opieki nad kobietą w ciąży, jednak pewne zadania są przypisane lekarzowi-położnikowi. Do zadań tych należą m.in.: wykonywanie niektórych badań (np. USG) oraz pomoc w sytuacjach patologicznych.

Zawód położnej i związane z nim kompetencje są chronione prawem. Wszystkie działania i stanowiska związane z ochroną zdrowia są określone przez Włoskie Prawo Narodowego Systemu Zdrowia.

Zawód położnej jest chroniony prawem od 1888 roku. Zadania i czynności położnej określa uchwała obowiązująca od 1890 roku.

Do opieki położniczej we Włoszech włączonych jest kilka grup zawodowych. Oprócz położnych i ginekologów, praktyką położniczą zajmują się lekarze ogólni, a także pracownicy zorganizowanej opieki nad matką. W trakcie porodu kobietą opiekuje się położna, lekarz-położnik i pracownik zorganizowanej opieki nad matką. Po porodzie opiekę rozdzielają położna, ginekolog, pediatra, lekarz ogólny, pielęgniarka pediatryczna oraz pracownik zorganizowanej opieki nad matką.

We Włoszech panuje przekonanie, że ciąża i poród to naturalne procesy życiowe. Pogląd ten nie jest jednak odzwierciedlony w systemie opieki położniczej. Za przebieg fizjologicznej ciąży i porodu są współodpowiedzialni położna i ginekolog-położnik. Część odpowiedzialności po porodzie spada także na pediatrę. Porody fizjologiczne są przyjmowane przez położną w obecności ginekologa. Może on przebywać w innym pomieszczeniu, ale musi być stale dostępny, na wypadek pojawienia się powikłań lub konieczności szycia krocza. Mogą istnieć różne praktyki, ponieważ sposób wykonywania wszystkich czynności w danym oddziale porodowym określa ginekolog-położnik.

W przypadku powikłań, cała odpowiedzialność spada na ginekologa, do którego po porodzie dołączają pediatrę i pracownik zorganizowanej opieki nad matką.

Kobieta po zajściu w ciążę najczęściej kieruje się do ginekologa. Ma prawo wyboru pomiędzy opieką prywatną lub publiczną służbą zdrowia

(przychodnia rejonowa lub przyszpitalna). Bardzo rzadko kobiety decydują się na opiekę położnej. Większość porodów odbywa się w szpitalu. Rodzice mogą wyrazić wolę urodzenia dziecka w domu lub w domu narodzin. Takie sytuacje są dopuszczalne jedynie w przypadku ciąży fizjologicznych. W warunkach domowych odbywa się 1% porodów.

W 2000 r. we Włoszech było 14 500 aktywnych zawodowo położnych, w tym 14 000 (96.5%) kobiet. Większość położnych (80%) pracuje w sektorze publicznym Narodowej Służbie Zdrowia (NHS) i jest zatrudnionych w szpitalach, klinikach oraz podlega „consultorio” w terenie. Liczbę położnych prowadzących prywatną praktykę szacuje się na około 120 osób (8,5%). Kolejne 10% jest zatrudnionych w sektorze prywatnym – w szpitalach, klinikach i poradniach. W 2000 r. liczba ginekologów była szacowana na 12 000.

Położne zatrudnione w szpitalach otrzymują pensję. Jej wysokość jest negocjowana przez związki zawodowe pracowników państwowej służby zdrowia i rząd. Władze regionalne i regionalne urzędy zdrowia, po uzgodnieniu z regionalnymi związkami zawodowymi, mogą przyznać dodatkowe fundusze na wynagrodzenie. Wynika to z różnic w ilości i jakości opieki położniczej świadczonej w różnych regionach. Położne prowadzące prywatną praktykę otrzymują wynagrodzenie za opiekę od klienta. Wysokość takiego wynagrodzenia zawarta jest w ogólnie ustalonym cenniku usług.

Aby zostać przyjętą/ – tym na studia z zakresu opieki położniczej, należy legitymować się dyplomem ukończenia szkoły średniej uprawniającym do podjęcia nauki na uniwersytecie. Federacja Włoskich Położnych ocenia wysoki odsetek cesarskich cięć, jako negatywną cechę włoskiego położnictwa. Jest to wynik „medykalizacji” opieki położniczej i hamuje to rozwój bardziej fizjologicznego i naturalnego podejścia do spraw ciąży i porodu. Innym przejawem takiego myślenia jest fakt, że kobiety najczęściej wybierają ginekologa do opieki nad swoją ciążą. Według Federacji, położnictwo nie cieszy się specjalnym zainteresowaniem mediów i polityków. Z tego względu położne czują się pozbawione wsparcia w swoich dążeniach do zmian. Ponadto, obserwuje się rozdźwięk pomiędzy opieką szpitalną a działaniami środowiskowymi, szczególnie na obszarach wiejskich. Kobiety, które w czasie ciąży używały opieki w swoim domowym otoczeniu, czują się zagubione, kiedy na czas porodu muszą znaleźć się w szpitalu. Nie ma danych, ile kobiet w ciąży korzysta z opieki szpitalnej, a ile z domowej. Takie przenikanie się usług prowadzi do wykonywania niepotrzebnej pracy oraz marnowania środków finansowych

Podstawowe dane statystyczne

Rok	1999	2000
Liczba mieszkańców	-	57 200 000
Liczba porodów	525 428	-
Liczba urodzeń żywych	523 463 (99.6%)	-
Liczba urodzeń martwych	1 965 (0.37%)	-
Śmiertelność okołoporodowa	0.40%	-
Liczba położnych	-	14 500
Liczba porodów na położną	-	-
Liczba ginekologów	-	12 000
Liczba lekarzy ogólnych prowadzących praktykę położniczą	-	-

Śmiertelność okołoporodowa jest rozumiana jako odsetek urodzeń martwych i zgonów w czasie pierwszego tygodnia życia.

4.2. Uprawnienia związane z rodzicielstwem w wybranych krajach UE

Modele polityki rodzinnej wiążą się z pewną ideologią dotyczącą zobowiązań opiekuńczych i postrzegania ról społecznych kobiet i mężczyzn wpisana w model polityki społecznej. W Skandynawii obowiązki związane z opieką i jej organizacją przejęło na siebie państwo. Tam obywatele mają prawo do opieki. Towarzyszy temu wysokie poparcie społeczne i instytucjonalne dla pracy zawodowej kobiet i ich udziału w działalności politycznej i społecznej wraz z partnerskim podziałem obowiązków w rodzinie między kobiety i mężczyzn.

Po drugiej stronie stoi system śródziemnomorski, gdzie rodzina jest prawnie odpowiedzialna za sprawowanie opieki nad bliskimi. Jednocześnie funkcje opiekuńcze przypisywane są wyłącznie kobietom wraz z podporządkowaniem innych ról zobowiązaniom rodzinnym, a rozwiązania ułatwiające godzenie pracy zarobkowej z obowiązkami rodzinnymi są stosunkowo słabo rozwinięte. Dane pokazują, że właśnie Skandynawia może się poszczycić wysoką dzietnością, a w krajach Europy Południowej dzietność należy do najniższych w Europie.

Inna sytuacja jest we Francji i w Niemczech reprezentujących tzw. model kontynentalny. Jednak mimo generalnych wspólnych cech, które pozwalają mówić o tym samym typie modelu polityki społecznej,

kraje te różnią się zasadniczo podejściem do interwencji państwa dotyczącym decyzji o dzieciach i postrzeganiem pracy zawodowej kobiet. We Francji wspieranie rodzin i zachęcanie przez państwo do posiadania dzieci mają już kilkudziesięcioletnią tradycję. Rodzina i zachowanie zastępowalności pokoleń były i są traktowane jako sprawa wagi państwowej. W Niemczech, mimo że już w połowie lat 70. dzietność była najniższa w Europie (1,45) i utrzymuje się nadal na bardzo niskim poziomie (1,34), prowadzenie przez państwo polityki bezpośrednio zachęcającej do rodzenia dzieci nie było możliwe. Był to problem bardzo drażliwy ze względu na możliwe konotacje z polityką pronatalistyczną stosowaną przez nazistów. Uważano, że to prywatna sprawa rodzin i państwo nie powinno wkraczać na ten teren. Ten sposób myślenia o zmienił się w Niemczech dopiero pod koniec lat 90.

Inna różnica dotyczy postrzegania pracy zawodowej kobiet. O ile we Francji matka pracująca zyskuje aprobatę społeczną, a rozwój usług opiekuńczych i ich finansowanie przez państwo wraz z rozwiniętym systemem urlopów oraz różnych form zatrudnienia sprzyjają łączeniu pracy i wychowywania dzieci, o tyle w Niemczech ciągle jeszcze silne jest postrzeganie pracy zawodowej kobiet jako podporządkowanej powinnościom rodzinnym. Dopiero rozwiązania wprowadzane ostatnio dotyczą nie tylko rozwoju usług opiekuńczych, ale mają zachęcać ojców do udziału w obowiązkach opiekuńczych i promować partnerski podział obowiązków w rodzinie, obejmujący zarówno dostarczanie środków utrzymania, jak i pełnienie funkcji opiekuńczych.

Francuzi promują model rodziny z trójką dzieci. Kobietom przysługuje 16 tygodni urlopu macierzyńskiego, przy trzecim dziecku wzrasta on do 26 tygodni. Urlop należy się każdej pracującej kobiecie, także tej prowadzącej własną firmę. Jedynym warunkiem uzyskania urlopu jest praca w jednej firmie przynajmniej rok przed urodzeniem dziecka. Ojcowie mogą brać dwa tygodnie płatnego urlopu „ojcowskiego”. Urlop wychowawczy może trwać do trzeciego roku życia dziecka. Rząd francuski zachęca do powiększania rodziny poprzez dużą ofertę udogodnień zmniejszających bezpośrednie koszty utrzymania dzieci ponoszone przez rodziców – od rosnących ulg podatkowych do darmowych biletów na basen czy do muzeum. Im więcej dzieci, tym mniejsze podatki płać rodzice. Mogą też odliczyć od swoich dochodów wydatki na pomoc w prowadzeniu domu. Pracownicy sektorów publicznych dostają na Boże Narodzenie prezenty dla dzieci, bonusy finansowe z okazji rozpoczęcia roku szkolnego, dofinansowanie do wakacyjnych obozów. Specjalne karty „Duża rodzina” upoważniają do 30-procen-

towej zniżki na bilety kolejowe i 50-procentowej na metro. Rodzina otrzymuje rocznie około 200 euro na bilety na imprezy artystyczne i sportowe. Zasiłków otrzymywanych przez francuskich rodziców polscy mogą tylko pozazdrościć. Po sześciu miesiącach ciąży kobieta otrzymuje premię macierzyńską. Samotna kobieta w ciąży i rodzic samotnie wychowujący dziecko do trzeciego roku życia dostaje zasiłek, który ma gwarantować co najmniej 150 procent dochodów uznawanych przez prawo za minimum rodzinne. Zwykły zasiłek (dla pełnej rodziny) wynosi 513 euro miesięcznie. Jeśli jednak rodzina liczy co najmniej troje dzieci, wzrasta on do 750 euro. Pieniądze można otrzymywać praktycznie do ukończenia przez dziecko dwudziestu lat, przy czym w rodzinach z co najmniej trojgiem dzieci – do czasu ukończenia tego wieku przez najmłodsze z dzieci. Każde z rodziców ma prawo do zasiłku tzw. wolnego wyboru. Dostaje go, jeśli przerwie pracę, żeby zająć się wychowaniem dziecka. Zasiłek przysługuje przez sześć miesięcy przy pierwszym dziecku, trzy lata przy drugim i następnych. Państwo płaci w tym czasie za osobę niepracującą składki ubezpieczeniowe i emerytalne. Gdy rodzic zechce wrócić do pracy, pracodawca musi mu zapewnić co najmniej takie same warunki pracy i płacy, jakie miał przedtem. Państwo nie tylko gwarantuje pełny dostęp do żłobków i przedszkoli, ale dofinansowuje też opiekę nad dzieckiem. Są zwykle przedszkola, ale dzieci mogą także brać udział w grupowych zajęciach zabawowych lub chodzić do świetlic rodzinnych. Dofinansowanie dotyczy też opiekunek angażowanych prywatnie. We Francji niemal każda kobieta bierze urlop wychowawczy. Jednak im wyższy jest jej status materialny, tym ten urlop jest krótszy. Francuscy ojcowie niechętnie korzystają z urlopów wychowawczych. Po pierwsze dlatego, że zarabiają więcej niż żony, a po drugie dlatego, że we Francji wciąż obowiązuje model rodziny, w którym wychowywanie dzieci pozostawia się kobietom.

Szwecja nie ma najwyższej diety w Europie, nie jest nawet na drugim miejscu, bo wyprzedza ją Wielka Brytania, Finlandia czy Irlandia, ale każda matka chciałaby być Szwedką. W tym roku Szwecja znalazła się na pierwszym miejscu Mothers Index – rankingu krajów określającego warunki życia matek, układanego co roku przez amerykańską organizację opieki nad dziećmi Save the Children. W Szwecji nie ma ustawowego urlopu macierzyńskiego. Pracujące kobiety w ciąży mogą brać urlop chorobowy do 60 dni przed urodzeniem dziecka (płatny w wysokości 80 proc. płacy). Potem mogą korzystać z urlopu wychowawczego zwanego rodzicielskim. Trwa on 480 dni i także jest

płatny (80 proc. wynagrodzenia). 60 dni z tego urlopu należy tylko do mamy, 60 – tylko do taty, a pozostałe 360 dni jest do równego podziału między rodziców. Jeśli mama zrzeka się swoich dni na rzecz ojca lub odwrotnie, musi podpisać odpowiedni formularz zgody. Urlopu nie trzeba wykorzystywać od razu, można go dzielić na części, a przysługuje on do ukończenia przez dziecko ósmego roku życia. Jeśli któreś z rodziców jest bezrobotne, urlop rodzicielski jest opłacany przez państwo – po 20 euro dziennie przez pierwsze 390 dni i po 7 euro dziennie przez kolejnych 90 dni. Jest też bezpłatny urlop wychowawczy – można go wykorzystać do ukończenia przez dziecko 18 miesięcy. Ojcowie tuż po urodzeniu dziecka otrzymują dziesięć dni urlopu ojcowskiego (płatny, 80 proc. wynagrodzenia), aby np. mogli się zająć pozostałymi dziećmi, gdy matka jest w szpitalu, uczestniczyć w porodzie, zostać z matką dziecka w szpitalnym pokoju rodzinnym i pomagać jej po powrocie do domu. W 2004 roku urlop „ojcowski” wykorzystało 80 procent ojców. Ze statystyk wynika, że urlop rodzicielski biorą chętniej i na dłuższy czas ojcowie lepiej wykształceni. Do momentu, gdy dziecko pójdzie do pierwszej klasy, rodzice mogą pracować o jedną czwartą mniej, ale nie dostają za to rekompensaty finansowej. Nie tracą jednak prawa do pracy na pełnym etacie. Na każde dziecko do 16. roku życia przysługują zasiłki – około 400 euro miesięcznie. Dzieci do lat pięciu mają zapewnione miejsce w przedszkolu (częściowo odpłatne). Jeśli ojciec dziecka odmawia matce zapłaty alimentów, dostaje ona zasiłek z zakładu ubezpieczeń. Zakład później sam egzekwuje pieniądze od mężczyzny. Jeżeli chodzi o wady tzw. modelu skandynawskiego, to podnosi się, iż był taki okres, gdy uważano, że przejęcie wielu zobowiązań przez państwo ubezwłasnowolnia ludzi i ogranicza ich inicjatywę, a zatem może wpłynąć na obniżenie wydajności pracy. Z drugiej strony taka polityka jest kosztowna, wymaga wysokich podatków, które mogą ograniczać wzrost. Ale pod koniec lat 90. zmienił się ten pogląd, bo okazało się, że te państwa dobrze sobie radzą ze wzrostem i konkurencyjnością mimo rozbudowanego systemu zabezpieczenia społecznego. Dodatkowo osiągnięcia krajów skandynawskich są przywoływane w dyskusji o innowacyjności gospodarek, poziomie zatrudnienia kobiet i mężczyzn, postępie w zmniejszaniu nierówności płci. Ostatnio coraz częściej odwołujemy się do ich polityki rodzinnej, a zwłaszcza rozwiązań ułatwiających łączenie pracy z obowiązkami rodzinnymi. Nie jest tam co prawda idealnie, choć z pewnych punktów widzenia jest to godny polecenia system. Mimo wielu osiągnięć w zmniejszaniu nierówności płci poprzez wprowadzenie różnych rozwiązań bądź neu-

tralnych ze względu na płęć (do wykorzystania przez kobiety i mężczyzn), bądź wręć skierowanych do mężczyzn dość często wyrażane są poglądy, że stopień korzystania z tych rozwiązań przez ojców jest dalece niewystarczający. Z neutralnych, ze względu na płęć, urlopów rodzicielskich i tak w większości korzystają matki. Nie wystarczy zatem wprowadzać określone rozwiązania, potrzebne są dalsze zmiany kulturowe dotyczące społecznych ról kobiet i mężczyzn. Mimo, że są to kraje najbardziej zaawansowane w ograniczaniu nierówności płci, że kobiety w największym w Europie stopniu uczestniczą w konkurencyjnym rynku pracy, że wymaga się od nich tego samego co od mężczyzn, to nadal głównie one pełnią funkcje opiekuńcze. Wyrażane są poglądy, że najsukutechniejsze byłyby rozwiązania, które zachęcą lub zmuszą ojca do uczestnictwa w opiece, czyli takie, które są skierowane jedynie do ojców.

Zmianom kulturowym w Europie z całą pewnością będą sprzyjać zmiany na rynku pracy. Przyjdzie nam pożegnać się z rynkiem producenta. Spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym będzie nasilać niedobory pracowników w różnych segmentach rynku pracy. Pracodawcy będą musieli dbać o swoich pracowników, a także konieczne będzie sięgnięcie do rezerw zasobów pracy, czyli na przykład do kobiet zajmujących się domem i dziećmi. Podjęcie i utrzymanie pracy będzie się więc wiązać z zagwarantowaniem możliwości opieki nad dzieckiem. Inaczej nie wzrośnie zatrudnienie. Na przykład w Niemczech ostatnie lata przyniosły znaczącą zmianę w zachowaniach przedsiębiorstw w tym zakresie. Duży nacisk kładzie się na politykę zarządzania zasobami ludzkimi, sprzyjającą pozostawaniu matek w pracy po urodzeniu dziecka. Promuje się powstawanie żłobków i przedszkoli przy zakładach pracy. Zgodzić się należy, iż rozwój dobrej jakości opieki instytucjonalnej nad dziećmi, o relatywnie niskich kosztach dla rodziców, jest podstawową sprawą dla wzrostu zatrudnienia matek. Ułatwia powrót matki do pracy, obniża koszty utrzymania dziecka ponoszone przez rodziców i umożliwia wyrównywanie szans edukacyjnych. A jednocześnie stwarza nowe miejsca pracy.

W **Niemczech**, jeżeli kobieta zachodzi w ciążę i rodzi dziecko, przysługuje jej 14 tygodni płatnego (100 proc.) urlopu macierzyńskiego. Przysługuje on każdej pracującej Niemce, oprócz pań prowadzących własną firmę. Sześć tygodni urlopu można wykorzystać przed porodem, ale jeśli kobieta chce pracować do samego rozwiązania, musi zadeklarować, że robi to na własne życzenie. Po porodzie ze względu na ochronę zdrowia przez dwa miesiące nie może wrócić do pracy. Urlop

wychowawczy może brać każdy z rodziców do trzeciego roku życia dziecka. Jeśli pracodawca wyrazi zgodę, urlop wychowawczy można wykorzystać do ósmego roku życia dziecka. Bywa, że pracownikom sektora publicznego przedłuża się ten czas do 12. roku życia dziecka. Kto urodził w Niemczech dziecko przed styczniem 2007 r., musi się zadowolić zasiłkiem przyznawanym na starych zasadach. Zgodnie z nimi przez dwa lata rodzice otrzymują 300 euro miesięcznie na dziecko. Ale warunkiem są dochody do 30 tys. euro rocznie i praca w wymiarze najwyżej 30 godzin tygodniowo, a samotni rodzice nie mogą zarabiać więcej niż 23 tys. euro rocznie. Można skrócić czas pobierania zasiłku do roku. Wówczas przysługuje 450 euro miesięcznie. Władze poszczególnych landów przyznają swoje zasiłki, których wysokość zależy od liczby dzieci. Wynoszą one około 300 euro. Od stycznia 2007 r. obowiązują w Niemczech nowe, korzystniejsze przepisy dotyczące zasiłku rodzinnego, który zastąpił dotychczasowy zasiłek wychowawczy. Według nowych zasad kwota, którą rodzice otrzymają, będzie zależała od ich dochodów. Ma to być 67 proc. ostatniego wynagrodzenia brutto, maksymalnie 1800 euro miesięcznie. Rodzic samotnie wychowujący dziecko, osoby o niskich zarobkach i bezrobotne na zasiłku otrzymają sumę podstawową 300 euro miesięcznie. Z ostrą krytyką spotkała się w Niemczech próba zmuszenia ojców do brania dwóch miesięcy urlopu wychowawczego. Urlop przepadałby, gdyby ojciec się na niego nie zdecydował. Alarmowano, że taki model polityki rodzinnej doprowadzi do upadku tradycyjnego modelu rodziny, z ojcem jako podstawowym żywicielem. Wysoki zasiłek i zachęta dla ojca do udziału w opiece nad małym dzieckiem to nie wszystkie elementy nowej polityki rodzinnej w Niemczech. Rząd Angeli Merkel postanowił, że do 2013 r. liczba miejsc w przedszkolach wzrośnie do 750 tys. Po 2013 r. każda niemiecka rodzina będzie miała prawo skorzystać z państwowej opieki nad dzieckiem.

Hiszpańscy rodzice według lipcowej zapowiedzi premiera José Luisa Rodrigueza Zapatero mają otrzymywać jednorazową zapomogę w wysokości 2,5 tys. euro po urodzeniu dziecka. Matka w Hiszpanii dysponuje 16 tygodniami urlopu macierzyńskiego. Sześć tygodni musi wziąć po urodzeniu dziecka, pozostałym czasem może dowolnie dysponować, na przykład część scedować na ojca. Bezpłatny urlop macierzyński przysługuje każdej matce. By był płatny w 100 proc., wcześniej należy płacić składki na ubezpieczenia społeczne i zarabiać nie więcej niż 2 tys. 813 euro miesięcznie. Dotyczy to także kobiet prowadzących własne firmy. Matka może przenieść na ojca 10 z 16 płatnych tygodni urlopu

macierzyńskiego, pod warunkiem że nie zaszkodzi to jej zdrowiu, a ojciec spełnił wymagania składkowe. Urlop „ojcowski” to ustawowe dwa dni po urodzeniu dziecka, a dla ojców podróżujących w pracy – cztery dni. Władze poszczególnych regionów wypracowały jednak własne zasady polityki rodzinnej. Na przykład w Katalonii w publicznym sektorze urlop „ojcowski” wynosi pięć dni. Urlop wychowawczy przysługuje obojgu rodzicom do trzeciego roku życia dziecka. Jest bezpłatny, ale przez pierwszy rok pracodawca opłaca składki emerytalne i ubezpieczenie zdrowotne urlopowanego pracownika. Przez pierwszy rok urlopu wychowawczego stanowisko pracy czeka na ojca lub matkę, potem pracodawca może przenieść rodzica na równorzędne stanowisko. I znów regiony proponują własne rozwiązania. W Kastylii La Manchy mężczyzna na wychowawczym otrzyma zasiłek, jednak pod warunkiem, że wcześniej wykorzystał trzy tygodnie urlopu macierzyńskiego. Przez dziewięć miesięcy po powrocie do pracy matki mają prawo do jednej godziny nieobecności dziennie bez utraty zapłaty. Jeśli obydwoje rodzice pracują, matka może scedować tę godzinę na ojca.

W **Grecji** kobieta w ciąży ma prawo do 17 tygodni urlopu. Połowę może wykorzystać przed urodzeniem dziecka. Jeśli tego nie uczyni, wówczas niewykorzystane dni przechodzą na okres po rozwiązaniu. Jeśli matka wróci do pracy przed końcem urlopu macierzyńskiego, pozostałe dni mogą przejść na ojca. Przez dwa lata po urodzeniu kobieta może pracować o godzinę krócej. Pracujące w sektorze publicznym matki mogą zamienić krótszy czas pracy na dziewięć miesięcy urlopu. Jedno z rodziców ma prawo do trzyipółmiesięcznego urlopu wychowawczego do czasu ukończenia przez dziecko trzech lat. Warunkiem jego otrzymania jest przepracowanie roku w jednej firmie, która zatrudnia co najmniej 50 osób, ponadto drugi z rodziców musi pracować. Samotnym rodzicom przysługuje sześć miesięcy urlopu wychowawczego. Tym, którzy mają dzieci do lat 16, przysługują cztery dni płatnego urlopu w ciągu roku. Mogą też korzystać z sześciu bezpłatnych dni wolnych od pracy w przypadku choroby dziecka i sześciu płatnych, które można wykorzystać na wizyty w szkole dziecka. Dodatkowych sześć dni płatnego urlopu otrzymują wdowy i wdowcy.

W **Czechach** w 2002 r. rząd uznał rodzinę za priorytet. Trzy lata później wprowadzono możliwość pobierania zasiłku na dziecko pomimo pracy w pełnym wymiarze. Sam zasiłek wzrósł o 40 proc. Czeszce przysługuje 28 tygodni urlopu macierzyńskiego, płatnego w 69 proc. Od sześciu do ośmiu tygodni urlopu należy wykorzystać przed rozwiązaniem. Warunkiem uzyskania urlopu jest opłacanie przez pracodawcę

ubezpieczenia zdrowotnego co najmniej 270 dni przed zająciem w ciąży. Kobiety prowadzące własne firmy muszą opłacać ubezpieczenie zdrowotne przez co najmniej 180 dni. Nie ma ustawowego urlopu „ojcowskiego”. Rodzice mogą korzystać z urlopu wychowawczego do trzeciego roku życia dziecka, ale tylko jedno z nich ma prawo do zasiłku – około 120 euro miesięcznie. Mogą w tym czasie pracować w niepełnym wymiarze godzin i jednocześnie przebywać na urlopie. Nie tracą zasiłku, jeśli oddadzą dziecko do lat trzech do żłobka na pięć dni w miesiącu lub dziecko starsze do przedszkola na cztery godziny dziennie. Zasiłek ten mogą brać dziadkowie lub inni opiekunowie za zgodą rodziców. Odsetek mężczyzn otrzymujących zasiłek na dziecko jeszcze na początku XXI wieku był w Czechach niewielki – 0,77 proc. Już w 2005 r. wzrósł jednak do 1,45 proc.

Pozornie wygląda na to, że w **Grecji i Hiszpanii** możliwości łączenia pracy z wychowywaniem dzieci są dobre, ale wiele z tych rozwiązań pojawiło się stosunkowo niedawno. Poza tym wprowadzenie określonych rozwiązań, zwłaszcza tych skierowanych do ojców, nie wystarczy. Ważne, czy są one wykorzystywane. W Grecji aktywność zawodowa kobiet jest jeszcze niewysoka (pracuje 47,5 proc.) i panuje tam relatywnie silne poparcie dla tradycyjnych ról kobiet i mężczyzn. Udział kobiet w sferze publicznej rośnie wolno. Wystarczy spojrzeć na bywalców restauracji, pubów, kawiarni. Przeważają mężczyźni, a jeśli spotyka się kobiety, to głównie młode. Hiszpański fenomen wzrostu aktywności zawodowej kobiet to zmiana zachodząca w ostatnich 15 latach. Tak szybki wzrost przy niedoborze opieki instytucjonalnej umożliwia rodzinne zasoby opieki. Hiszpania jest obecnie w sytuacji takiej, w jakiej Polska była w latach 60. – instytucjonalną opiekę nad dziećmi uzupełniała duża pomoc babć, które nie pracowały zawodowo. W krajach Europy Południowej wciąż wyłącznie kobietom przypisuje się role opiekuńcze, a one coraz mniej chcą i mogą sprostać tym oczekiwaniom. Potrzebne są więc rozwiązania neutralne ze względu na płeć i silna promocja kobiet jako dobrych pracowników, a mężczyzn jako dobrych opiekunów. W Czechach, tak jak w innych byłych krajach postsocjalistycznych, aktywność zawodowa kobiet była wysoka, ale wynikała z dużego popytu na pracę, konieczności pozyskiwania dodatkowych dochodów dla utrzymania rodziny oraz sztucznej emancypacji. Nie towarzyszyły temu zmiany w postrzeganiu roli społecznej kobiet. Nadal to one głównie odpowiadały za prowadzenie domu i wychowywanie dzieci. Ten model rodziny określa się jako model z podwójnym obciążeniem kobiet. Czeszki nie uskarżają się specjalnie na to, że obecnie mimo konkurencji na

rynku pracy oraz wysiłku związanego z pozyskaniem i utrzymaniem pracy nie następują zmiany w redystrybucji obowiązków rodzinnych. Nie dopominają się równych praw, chociaż opieka instytucjonalna jest równie słabo rozwinięta jak w Polsce. Jednak mimo tych trudnych warunków wychowywania dzieci, zarówno w Czechach, jak i w Polsce nastąpił punkt zwrotny zmian dietności. Wykazuje już ona tendencję wzrostową. Jednak na to, żeby wskaźniki dietności wzrosły do wartości 1,8-1,9 należy poczekać. Może to potrwać nawet 20 lat.

4.3. Rozwiązania dotyczące pozarodzicielskiej opieki nad dzieckiem w innych krajach

W krajach europejskich, a także w Stanach Zjednoczonych, reformy w obszarze opieki nad dzieckiem w rodzinach przeżywających problemy w wykonywaniu władzy rodzicielskiej zmierzają w kierunku tworzenia i udoskonalania małych form opieki typu rodzinnego, wspólnotowego, rodzin zastępczych, gdzie istnieje możliwość stworzenia ciepłej, rodzinnej atmosfery, a wychowanek i wychowawcy są w stanie nawiązać bliski, oparty na wzajemnym zaufaniu, przyjacielski stosunek z wychowankami.

W większości systemów postulowany model opieki nad dzieckiem i rodziną opiera się na następujących zasadach:

1. Środowisko rodzinne jest dla dziecka najlepszym z możliwych. Zabranie dziecka z rodziny biologicznej może nastąpić dopiero po wyczerpaniu wszelkich form pomocy rodzinie.

2. W sytuacji gdy środowiskowe formy pomocy rodzinie nie przynoszą pożądanych efektów, a dobro dziecka uzasadnia umieszczenie go poza rodziną biologiczną, pojawia się potrzeba rodzinnej opieki zastępczej rozumianej jako ukierunkowana forma wsparcia, polegająca na zapewnieniu czasowej opieki i wychowania dzieciom pochodzącym z rodzin przeżywających kryzysy i czasowo niezdolnych do opieki nad własnymi dziećmi.

3. Placówki opiekuńczo-wychowawcze powinny przejmować opiekę nad dzieckiem tylko w ostateczności, po wyczerpaniu wszystkich innych możliwości; placówki te powinny przyjąć charakter małych domów stwarzających warunki życia zbliżone do rodzinnych.

4. Każdy wychowanek rodziny zastępczej lub placówki, który z różnych względów do osiągnięcia pełnoletności wychowywał się poza rodziną własną, ma prawo do pomocy w usamodzielnieniu się.

Wyżej wskazane zasady, sprowadzające się w istocie do dyrektywy subsydiarności opieki zastępczej wobec prawa do życia w rodzinie, funkcjonują we wszystkich współczesnych międzynarodowych standardach prawnych opieki nad dzieckiem. Doktryna prawa międzynarodowego wyprowadza je z aktów o takiej randze jak Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych czy Konwencja o Prawach Dziecka. Zasady dotyczące umieszczania dziecka poza rodziną naturalną określa zaś szczegółowo Rezolucja Komitetu Ministrów Rady Europy nr 33 (77) z 3 listopada 1977 roku w sprawie umieszczania dzieci poza rodziną oraz między innymi Zalecenie Komitetu Ministrów Rady Europy Nr R (87) 6 w sprawie rodzin zastępczych oraz Zalecenie Komitetu Ministrów Rady Europy Rec (2005) 5 w sprawie praw dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Nowoczesne rozwiązania systemowe dotyczące opieki nad dzieckiem pozbawionym opieki rodziców biologicznych zmierzają również do uwzględnienia standardów opieki zastępczej. Przygotowane przez międzynarodowe organizacje FICE (Federation Internationale de Communautés Educatives), IFCO (International Foster Care Organisation) oraz SOS-Kinderdorf standardy: „Quality4children” wskazują na następujące wymogi jakościowe w zakresie organizacji opieki nad dzieckiem:

- 1 Dziecko i jego rodzina biologiczna mają prawo do wsparcia i interwencji ze strony systemu opieki w każdym przypadku, gdy odczuwają potrzebę zmiany swojej aktualnej sytuacji życiowej. Zawsze powinni być wysłuchani, a ich potrzeby traktowane z należnym szacunkiem. Wsparcie powinno m. in. umożliwić podjęcie najlepszej decyzji dotyczącej dalszej drogi życiowej dziecka i rodziny, przy czym podstawowym priorytetem są tu bezpieczeństwo i potrzeby dziecka. Dziecko ma prawo do uczestniczenia w decyzjach dotyczących jego losów.

2. Dziecko powinno być poinformowane i wysłuchane, adekwatnie do jego wieku i możliwości intelektualnych.

3. Prawdziwie profesjonalna i zmierzająca do zaspokojenia potrzeb dziecka decyzja dotycząca jego losów musi opierać się na obiektywnej ocenie i wyborze rozwiązania najlepszego dla dziecka – bez żadnych uprzedzeń i doktrynalnych założeń.

4. Decyzja winna zakładać, że zarówno rodzina biologiczna, adopcyjna, zastępcza, jak i specjalistyczna placówka mogą być najlepszym rozwiązaniem dla specyficznych, indywidualnych potrzeb dziecka.

5. W opiece poza rodziną biologiczną winna obowiązywać zasada nierozdzielania rodzeństwa.

6. Proces przenoszenia dziecka do nowego środowiska powinien być doskonale przygotowany i zaplanowany.

7. Proces ten powinien odbywać się stopniowo, z uwzględnieniem wrażliwości dziecka, kompetencji nowych opiekunów, ich wzajemnego poznania i zaufania. Powinno się uczynić wszystko, aby ograniczyć do minimum wszelkie związane z tym procesem urazy.

8. Opieka i pobyt dziecka poza domem rodzicielskim winny być zaplanowane indywidualnie, z uwzględnieniem najlepszych możliwości rozwoju dla dziecka. Taki indywidualny plan winien ewoluować, aby można było osiągnąć najlepsze efekty w procesie rozwoju dziecka.

9. Rodzina lub placówka, w której przebywa dziecko poza domem rodzinnym musi odpowiadać jego potrzebom i sytuacji życiowej. Dziecko musi wzrastać w środowisku wspierającym, chroniącym je i umożliwiającym rozwój.

10. Dziecko musi mieć zarówno szanse na podtrzymanie bezpiecznego kontaktu ze swoim środowiskiem pochodzenia, jak i na budowę stabilnych relacji z nowym opiekunem.

W krajach europejskich proces ewolucji placówek opiekuńczych charakteryzuje się dążeniem do:

- deinstytucjonalizacji,
- restrukturyzacji opieki instytucjonalnej,
- doskonalenia środków prewencyjnych i alternatywnych form opieki.

Ten proces zmian rozpoczął się kilkadziesiąt lat temu w Europie Północnej i w niektórych krajach Europy Południowej, takich jak Włochy czy Hiszpania. Najistotniejszym elementem tych przemian jest rosnące znaczenie opieki zastępczej jako alternatywy wobec instytucjonalizacji. Pomimo tego, w większości krajów europejskich opieka instytucjonalna pozostaje niestety najbardziej powszechną formą opieki, podobnie jak to ma miejsce w Polsce. Najwyższe wskaźniki instytucjonalizacji obserwuje się w Bułgarii, Rosji i w Rumunii – w krajach tych od 10 do 20 na 1000 dzieci mieszka w placówkach opiekuńczych. Polska znalazła się w raporcie UNICEF 2003 wśród krajów o stosunkowo wysokim stopniu instytucjonalizacji – od 5 do 10 na 1000 dzieci, obok Węgier, Mołdawii, Litwy, Łotwy i Estonii. W większości krajów Europy Środkowo – Wschodniej wprowadzono jednak ważne regulacje i podjęto konkretne środki, aby poprawić sytuację dzieci zagrożonych, a w szczególności dzieci objętych opieką instytucjonalną (np. rozwój alternatywnych form opieki w Rumunii, zmniejszenie liczby domów małego dziecka na Węgrzech i w Estonii). Należy jednak uznać, że proces ten jest powolny.

Rodzinna opieka zastępcza dominuje w Wielkiej Brytanii, Irlandii, Holandii, Austrii, Szwajcarii i w państwach nordyckich (z wyjątkiem Danii). W związku z tym w krajach tych wskaźnik instytucjonalizacji jest stosunkowo niski (Wielka Brytania – 1 na 1000 dzieci, Szwecja, Finlandia, Irlandia, Holandia, Belgia – 1,5-3,0 na 1000 dzieci). Jedynym niechlubnym wyjątkiem od tej zasady są Niemcy, gdzie w ciągu ostatniej dekady liczba wychowanków placówek opiekuńczych wzrosła.

Zmiany zauważyć można również w samym środowisku opiekuńczym oraz w działaniach europejskich instytucji, które starają się zmniejszać liczbę dzieci w oddziałach, aby stworzyć środowisko przypominające rodzinę. W wielu krajach (na przykład w państwach nordyckich) ten proces doprowadził do zacierania się granicy między opieką zastępczą a małymi placówkami opiekuńczymi. Istotny również wydaje się fakt, że rodziny zastępcze nie są już postrzegane jako opcja dostępna wyłącznie dla dzieci niewymagających specjalnych form opieki. Potrzeby dzieci, które zostały odseparowane od rodziców z powodu krzywdzenia, zaniedbywania czy porzucenia, sprawiły, że konieczne stało się rozwijanie u rodziców zastępczych kompetencji umożliwiających im włączenie się w pracę zespołów profesjonalistów.

Wśród **alternatywnych form opieki na dzieckiem** funkcjonujących w krajach europejskich wyróżnia się, takie jak:

- 1) adopcja;
- 2) rodzinne domy dziecka (małżeństwa zajmujące się wychowywaniem 5-10 dzieci);
- 3) rodzinne szkoły z internatem (instytucja, w której dzieci mieszkają w grupach zwanych „rodzinami”, w odrębnych mieszkaniach – z osobnym wejściem – prowadząc wspólne życie);
- 4) opieka prawna (opieka sprawowana przez krewnych);
- 5) rodzinne grupy wychowawcze (opieka krótkoterminowa dla dzieci z placówek, które zareagowały właściwie na prowadzoną terapię; często przekształcana w rodzinę zastępczą lub adopcyjną);
- 6) rodzina tymczasowa (dziecko przebywa w niej przez pewien czas, aby poznać życie rodzinne); ta forma opieki jest powszechnie krytykowana ze względu na traumatyzację dziecka;
- 7) rodzina patronacka (posiada ona bardziej profesjonalny charakter – często funkcje patrona pełni nauczyciel – niż rodzina tymczasowa, ale sprawdza się tylko w sytuacji orzeczenia czasowego braku styczności z rodzicem biologicznym);
- 8) SOS Wioski Dziecięce;
- 9) opieka zastępcza.

Wśród **typów opieki zastępczej** wyróżnia się zaś takie, jak:

a) stała opieka zastępcza (brak możliwości powrotu dziecka do rodziny biologicznej, ale kontakty z rodziną są utrzymywane),

b) tymczasowa opieka zastępcza (parodniowy lub kilkumiesięczny pobyt dziecka w rodzinie zastępczej spowodowany chorobą w rodzinie biologicznej albo krzywdzeniem dziecka),

c) kryzysowa opieka zastępcza (stosowana jest wówczas, gdy dziecko należy natychmiast umieścić w formie opieki zastępczej; następnie sporządza się plan opieki lub dziecko wraca do rodziny biologicznej),

d) opieka zastępcza typu "krótka przerwa" (pomoc dla rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne),

e) opieka nad nieletnimi sprawcami przestępstw,

f) opieka przedadopcyjna (rodzina zastępcza traktowana jest jako środek w ustaleniu, czy dana rodzina może zaspokoić potrzeby dziecka; również czasami jako rodzina, która ma pomóc dziecku przygotować się do zamieszkania z rodziną adopcyjną, a także przygotować rodzinę adopcyjną na przybycie dziecka),

g) opieka zastępcza nad matką z dzieckiem (wsparcie dla nieletniej matki i pomoc w wychowaniu dziecka).

Nie można zapominać również o tzw. dobrych praktykach.

W **Szwecji** rozwinięta jest bardzo dobrze profilaktyka rodzinna. Dużą rolę odgrywa w niej doradztwo rodzinne. Główną formą pracy z rodzicami są rozmowy mediacyjne, które często prowadzi się na prośbę rodziców, ale mogą zostać również nakazane przez sąd. Zgodnie ze szwedzkim prawem rodzinnym interwencje, w przypadkach zaniedbań opiekuńczych, podejmuje opieka społeczna. Często formą pomocy jest kontakt osobisty z rodziną. Kiedy taka forma pomocy nie jest wystarczająca dziecko trafia pod opiekę osoby kontaktowej, którą może być osoba obca lub rodzina. Ważnym elementem opieki nad dzieckiem osieroconym jest adopcja. Dziecko, które ukończyło 12 lat, nie może zostać przysposobione bez jego zgody. Sąd w każdym przypadku bada celowość przeprowadzenia przysposobienia. W skierowaniu dziecka do adopcji ważną rolę odgrywa komisja socjalna, która m.in. bada rodzinę, która chce przysposobić. Natomiast dzieci, wobec których istnieje konieczność zastosowania opieki zastępczej, najczęściej umieszczane są w:

a) rodzinnych domach

b) rodzinach zastępczych. Większość rodzin zastępczych nie ma przeszkolenia przed podjęciem opieki i otrzymuje je już w trakcie jej trwania.

Dzieci wymagające opieki wychowawczej i terapeutycznej najczęściej trafiają do opieki instytucjonalnej.

W **Hiszpanii** opiekę nad dzieckiem w określonym regionie odpowiada autonomiczna społeczność lokalna. Wiele z nich posiada własne uregulowania prawne dotyczące postępowania z dziećmi potrzebującymi opieki i pomocy. Jednak generalne zasady formułuje ustawa ogólnokrajowa reformująca procedury opieki nad dzieckiem, zwłaszcza te dotyczące adopcji i wychowania. Decyzje dotyczące umieszczenia dzieci są podejmowane w trybie administracyjnym, a sąd jest o nich informowany. W Hiszpanii istnieje instytucja tzw. autonomicznego opiekuna, dzięki któremu w podejmowaniu decyzji w sprawie dalszego losu dziecka pomija się działania administracyjne, a od takiej decyzji przysługuje rodzicom dziecka odwołanie. Wszystkie sprawy dotyczące opieki nad dzieckiem, niezależnie od tego, czy wymaga to czynności administracyjnych czy prawnych, muszą być prowadzone z udziałem ekspertów. Niektóre społeczności lokalne mają specjalną grupę ekspertów wyznaczoną do tych zadań. W odróżnieniu od dzieci wymagających ochrony i opieki, młodociani przestępcy są stawiani bezpośrednio przed sądem dla nieletnich. W Hiszpanii konsekwentnie wzrasta liczba dzieci umieszczanych w opiece zastępczej (spokrewnionej i niespokrewnionej) lub poddanych procedurze adopcyjnej, maleje natomiast liczba dzieci umieszczanych w placówkach. W większości istniejących placówek opiekuńczych przebywa maksymalnie do 20 dzieci. Pomoc socjalna w Hiszpanii może przyjąć formę doraźną wobec dzieci przebywających we własnych rodzinach, opiece zastępczej lub placówce opieki całkowitej. Niemal 1/3 dzieci objętych działaniem interwencyjnym przebywa zwykle we własnych rodzinach. W Hiszpanii wzrasta liczba instytucji niepublicznych zajmujących się opieką nad dzieckiem, częściowo dofinansowanych ze środków publicznych.

We **Francji** opieka nad dzieckiem została przesunięta na szczebel lokalny. Głównym celem opieki jest stworzenie systemu ochrony dziecka opierającego się na sieci instytucji wspierających oraz na finansowym wsparciu. Francuski system prawny zakłada prowadzenie działań zapobiegających marginalizacji dzieci poprzez system świadczeń socjalnych kierowanych do dzieci i ich rodzin. Lokalnie tworzona jest baza terenowa, której zadaniem jest bezpośrednia pomoc dzieciom, małoletnim matkom w ciąży i matkom wymagającym natychmiastowej pomocy. Zadania te zlecane są również organom niepublicznym, w tym organizacjom pozarządowym. Działają następujące formy pomocy:

a) pomoc domowa (osoba do pomocy w prowadzeniu domu, osoba pomagająca w edukacji dzieci, niskooprocentowane pożyczki, zasiłki),

b) rodziny wspierające,

c) rodziny zastępcze działające na podstawie licencji (mogą one także sprawować opiekę nad dzieckiem w ciągu dnia),

d) zakłady opiekuńczo-wychowawcze i schroniska dla dzieci, żłobki dla dzieci do lat 3, domy dziecka (najczęściej prowadzone przez instytucje społeczne), zakłady opieki macierzyńskiej i wioski dziecięce,

e) system rodzin patronujących (analogiczny do rodzin zaprzyjaźnionych),

f) ośrodki całodobowe o charakterze mediacyjnym i wspierającym dla młodzieży dorastającej,

g) placówki opieki dziennej dla dzieci z różnymi deficytami.

Koszty utrzymania ustalane są w oparciu o faktyczne potrzeby dziecka oraz koszt wynagrodzenia za pracę, przy zastosowaniu pewnego wynagrodzenia minimalnego. W przypadku dzieci specjalnej troski wysokość wsparcia może zostać podwyższona przez samorząd lokalny.

Rodzice zastępczy otrzymują stałe wynagrodzenie (z ubezpieczeniem, prawem do emerytury, 5-tygodniowym urlopem), którego kwota wzrasta wraz z ilością powierzanych im opiece dzieci. Dodatkowo otrzymują pieniądze na pokrycie znacznej części kosztów utrzymania dziecka oraz np. na kieszonkowe dla dzieci, zakup ważnych dla dziecka rzeczy, opłaty za egzaminy i inne opłaty szkolne. Ogromne znaczenie we Francji ma praca z rodziną, która bezpośrednio prowadzi ją asystent socjalny. Z rodziną pracuje zawsze jeden stały opiekun, a w sytuacjach skrajnych nawet dwóch. Raz na 6 miesięcy pracownik socjalny składa do sądu informację o efektach pracy, natomiast raz w tygodniu zespół interdyscyplinarny omawia sytuację danej rodziny. Dużą wagę przywiązuje się we Francji do działań profilaktycznych skierowanych na rodzinę oraz do sprawnego systemu szkoleń dla rodziców biologicznych oraz podnoszenia kwalifikacji przez rodziców zastępczych. Opieką i wsparciem otaczani są również wychowankowie usamodzielniający się w formach opieki zastępczej i w placówkach.

Główną zasadą organizowania opieki nad dzieckiem w **Wielkiej Brytanii** jest jak najszybszy powrót dziecka do rodziny biologicznej lub zapewnienie mu innego środowiska rodzinnego.

Wyróżnić należy następujące rodzaje **opieki**:

a) opieka krótkoterminowa (interwencja kryzysowa, od 1 do 3 miesięcy),

b) opieka w nagłych wypadkach (do trzech dni),

- c) opieka długoterminowa,
- d) opieka chwilowa (wspomaga rodziców biologicznych w sprawowaniu funkcji wychowawczych – często w stosunku do dzieci chorych i upośledzonych – od kilku godzin w tygodniu do tygodnia w miesiącu),
- e) opieka dla nieletnich przestępców (najczęściej w placówce),
- f) opieka preadopcyjna,
- g) opieka dla młodych matek.

Formy opieki instytucjonalnej w Wielkiej Brytanii są systematycznie ograniczane na rzecz form rodzinnych. Jeżeli formy instytucjonalne istnieją, to przybierają formę małych placówek o charakterze terapeutycznym. Stopniowo placówki publiczne tego typu są zastępowane placówkami prywatnymi.

Proces kwalifikacji trwa około 1 roku i oparty jest na rozmowach, wywiadach, szkoleniu, zbieraniu opinii środowiskowych, dostarczeniu odpowiednich dokumentów. Decyzje o zakwalifikowaniu podejmuje, na okres najczęściej 1 roku, panel kwalifikacyjny złożony z ekspertów. Po tym okresie rodzice zastępczy ponownie poddawani są ocenie i na nowo kwalifikowani. W trakcie kwalifikacji omawia się porażki i sukcesy, zmiany w składzie rodziny, potrzebę przekwalifikowania itp. Rodzice zastępczy traktowani są w Wielkiej Brytanii jako cenne narzędzie w procesie reintegracji społecznej.

Zasady umieszczania dziecka w rodzinie zastępczej obejmują:

- odpowiednie warunki mieszkaniowe dla dziecka,
- wiek: rodzinie powierza się dziecko o 3-4 lata młodsze od najmłodszego dziecka w rodzinie,
- liczba dzieci powinna być jak najmniejsza,
- w jednej rodzinie nie umieszcza się więcej niż trojga dzieci (wyjątek stanowią rodzeństwa).

Zróżnicowanie wynagrodzeń dla rodziców zastępczych oraz kwot na utrzymanie dziecka w zależności od miejsca wykonywania pracy i lokalnego poziomu wynagrodzeń oraz średnich kosztów utrzymania (miasto-wieś). Wynagrodzenia rodzin zastępczych są do pewnej kwoty zwolnione z podatku. Rodzina otrzymuje ponadto dodatkowe kwoty na szczególne wydatki związane z dzieckiem (leki, urodziny dziecka, wakacje).

Kandydatów na rodziców zastępczych winna charakteryzować – obok podstawowych wymogów typu: niekaralność, pełnoletność, odpowiednie warunki mieszkaniowe itp. – przede wszystkim otwartość na współpracę, ponieważ praca rodzica zastępczego to praca w zespole (zespół to obok rodzica zastępczego między innymi terapeuci, specjali-

ści pracy socjalnej). Rodzice zastępczy w Anglii współpracują również z rodziną biologiczną dziecka (np. cotygodniowe spotkania matki biologicznej z matką zastępczą na neutralnym gruncie).

Możliwość przekształcania się rodzin w trakcie pełnienia jednej funkcji w rodziny spełniające inne funkcje, co przeciwdziała zjawisku wypalenia zawodowego. Rodzina zastępcza w Anglii przez lata swego życia jakby ewaluuje (młoda rodzina opiekuje się małymi dziećmi, osiągając wiek dojrzały decyduje się na pracę z dziećmi trudnymi lub na inną specjalizację). Od doświadczenia zależą stopnie specjalizacji i poziom wynagrodzenia. Osiąganie stopni specjalizacji uzależnione jest także od liczby przebytych szkoleń obligatoryjnych i fakultatywnych.

W Wielkiej Brytanii istotna jest również rola **pracowników socjalnych**, którzy dzielą się na pracowników odpowiedzialnych za dzieci i pracowników odpowiedzialnych za rodziców zastępczych. Każde dziecko umieszczone w rodzinie zastępczej ma swojego opiekuna socjalnego. Ta osoba pisze dla niego plan wychowawczy, monitoruje jego wykonanie, decyduje o miejscu pobytu dziecka. Każda rodzina ma także swojego opiekuna, który ją wizytuje i rozmawia o potrzebach rodziny. Opiekun między innymi dba o to, aby rodzina nie była przeciążona i aby pracowała w jak największym komforcie. Pracownik socjalny wie, że wtedy działa w interesie dziecka, jeśli działa w interesie rodziny.

W **Stanach Zjednoczonych** dzieci umieszczane poza domem rodzinnym znajdują dom zastępczy w następujących formach opieki:

a) rodziny spokrewnione – krewni i powinowaci (najbardziej preferowana forma; funkcję tę mogą pełnić także bardzo bliscy przyjaciele rodziny; może być to formalna forma opieki (wówczas przysługuje szkolenie, wynagrodzenie, środki na pokrycie kosztów utrzymania dziecka) oraz nieformalna (jedynie wsparcie dziecka i rodziny przez odpowiednie instytucje pomocowe),

b) rodziny zastępcze,

c) rodziny zastępcze specjalistyczne (terapeutyczne lub dla dzieci z problemami zdrowotnymi),

d) opieka grupowa (dzieci mające konflikt z prawem),

e) instytucjonalna opieka (dzieci o specjalnych potrzebach),

f) opieka interwencyjna (dzieci są tam umieszczane czasowo do momentu znalezienia docelowego miejsca),

g) rodziny dzielące się doświadczeniami (w tych rodzinach umieszczane są rodziny biologiczne z dziećmi, aby mogły nauczyć się właściwego gospodarowania i wykonywania władzy rodzicielskiej). Jest to forma profilaktyki dla rodzin biologicznych sprzyjająca ich konsolidacji.

4.4. Kształcenie w zawodzie osób bezpośrednio związanych z opieką nad kobietami w ciąży

W Austrii kurs przygotowujący do zawodu położnej trwa 3 lata. Przykładowe przedmioty nauczane w trakcie takiego kursu to: położnictwo, ginekologia, anatomia, fizjologia, pediatria. Słuchaczki i słuchacze muszą odbyć 3 250 godzin zajęć praktycznych, a także 1 530 godzin teorii i techniki. Kurs jest zgodny z dyrektywami Unii Europejskiej. Odbywa się raz na 3 lata. Każdorazowo dopuszczanych jest 156 słuchaczek/czy.

Według nadrzędnej organizacji austriackiej (Oesterreichisches Hebammen-Gremium), kompetencje położnych będą stale wzrastać, co powinno zaowocować nowymi możliwościami dla całej grupy zawodowej. W pierwszej kolejności muszą jednak zostać pokonane pewne zagrożenia. Szanse. Oczekuje się, że w przyszłości, w książeczce Mutter-Kind-Pass, zostanie dodane zalecenie dodatkowej konsultacji z położną. Powinno to umocnić pozycję położnych w opiece nad naturalnym procesem ciąży i porodu.

Na kurs położnych przyjmowane są osoby, które ukończyły szkołę średnią i legitymują się dyplomem upoważniającym do wstępu na studia uniwersyteckie.

Edukacja położnych **w Belgii** występuje w dwóch systemach:

- System Flamandzki – trzyletni, w którym rozpoczęcie nauki położnictwa następuje natychmiast
- System Waloński – czteroletni, w którym pierwszy rok to studia pielęgniarские, drugi – mieszany – pielęgniarско/położniczy, a dwa ostatnie lata poświęcone są wyłącznie położnictwu.

W Walonii działa 11, a we Flandrii 12 szkół położniczych będących częścią studiów podyplomowych. W najbliższym czasie zostaną one włączone w system edukacji uniwersyteckiej.

We Flandrii, słuchaczki i słuchacze muszą odbyć 1 025 godzin szkolenia teoretycznego i 1 575 ćwiczeń praktycznych. W Walonii obowiązuje 1 185 godzin specjalistycznych ćwiczeń praktycznych. Liczba studentek i studentów podejmujących edukację jest trudna do oszacowania, gdyż w systemie Walońskim studia położnicze uznawane są za część edukacji pielęgniarской.

Położne oceniają liczbę osób rozpoczynających naukę położniczą na około 500, zaś ich liczbę całkowitą na 750. Ponad 50% uczących się odpada w trakcie drugiego roku studiów.

We Flandrii, środowisko położnych opracowuje plany przedłużenia edukacji do czterech lat i włączenia przedmiotów ułatwiających otwarcie

prywatnej praktyki. Zgodnie z ustaleniami w Bolonii, przedłużenie studiów o rok, umożliwiałoby nadanie im statusu studiów magisterskich.

Zarówno we Flandrii, jak i w Walonii rozważane jest wprowadzenie obowiązkowych, ciągłych szkoleń. Byłyby one pomocne w rozwoju dynamicznego i kompetentnego podejścia do zawodu. Krajowa Rada Położnych, reprezentująca przedstawicielki zawodu na szczeblu krajowym, jest w fazie pracy nad kilkoma projektami. Jeden z nich dotyczy ułatwienia dostępu do oddziałów położniczych położnym prowadzącym prywatną praktykę. Udało się także dojść do porozumienia z firmami ubezpieczeniowymi, dzięki czemu położne otrzymują dodatkowe wynagrodzenie za pracę w wakacje i weekendy. Uzyskano także zgodę na wyższe wynagrodzenie dla drugiej położnej asystującej przy porodzie domowym. Dzięki bardziej korzystnemu podejściu do kwestii zwrotu kosztów oraz większemu zrozumieniu roli położnych, coraz więcej z nich decyduje się na otwarcie prywatnej praktyki. Obecnie położne prowadzą bardzo niewiele porodów. Wynika to z utrudnionego dostępu do szpitali, w których odbywa się większość porodów. Ponadto, kobiety najczęściej wybierają opiekę ginekologa-położnika, ze względu na możliwość zwrotu kosztów opieki medycznej, niezależnie od tego, czy poród i ciąża mają przebieg normalny czy patologiczny. Nie bez znaczenia jest także fakt, że często w opiece położniczej większą rolę od położnej odgrywa lekarz ogólny.

Studium położnicze **w Danii** trwa 3.5 roku. Słuchaczki i słuchacze mają obowiązek zaliczenia następujących przedmiotów: promocja ochrony zdrowia, opieka nad kobietą i rodziną, świadczenie specjalistycznej opieki położniczej, przepisywanie i stosowanie środków medycznych, praktyka współpracy z kobietami i współpracownikami podlegająca szczegółowej ocenie.

Szkolenie nie ma statusu akademickiego, magisterskiego; jest porównywalne ze studiami podyplomowymi i licencjackimi. Studentki i studenci, którzy rozpoczęli naukę w 2001 roku, będą pierwszym rocznikiem, który otrzyma stopień licencjacki.

Panuje powszechne przekonanie, zarówno wśród położnych, jak i w społeczeństwie, że ciąża i poród są procesami naturalnymi.

Obecnie istnieje tylko jeden oddział opieki położniczej prowadzony wyłącznie przez położne. Działa on niezależnie od szpitala. Dla poprawienia pozycji położnych wskazane byłoby, aby powstało więcej zarządzanych przez nie placówek.

W Finlandii absolwentki i absolwenci studium położniczego uzyskują kwalifikacje położnej uprawniające do pracy w ramach podsta-

wowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Do pomyślnego ukończenia nauki wymagane jest zgromadzenie 180 punktów. Za ćwiczenia praktyczne można otrzymać 39 punktów, z czego 19 przyznawanych jest za prowadzenie porodu.

Program składa się z następujących przedmiotów: podstawy opieki położniczej, rozszerzone zasady pielęgniarstwa, rozszerzone zasady opieki położniczej, położna i rozwój profesji, przedmioty uzupełniające. Za edukację położnych odpowiada Ministerstwo Edukacji oraz szkoły. Jednocześnie studiuje 200 osób.

Zadaniem nadrzędnym Federacji Fińskich Położnych jest reprezentowanie wszystkich położnych oraz studentek i studentów opieki położniczej. W praktyce oznacza to realizację takich celów jak: promocja zdrowia seksualnego oraz wspieranie rozwoju opieki i umiejętności położniczych. Federacja aktywnie włącza się do programów edukacyjnych i badawczych, publikacji naukowych oraz kontaktów z innymi krajowymi i międzynarodowymi organizacjami. W chwili obecnej, Federacja dostrzega pewne zagrożenia, lecz widzi także szanse, które nie powinny zostać przeoczone.

We Francji działają 33 szkoły położnych, przyjmujące rokrocznie 760 studentek. Studia trwają 4 lata. Warunkiem zaliczenia studiów jest odbycie 1 820 godzin zajęć teoretycznych i 4 370 godzin ćwiczeń praktycznych. Absolwentki otrzymują dyplom ukończenia Wydziału Medycyny.

Przykładowe przedmioty: opieka przedporodowa, poród fizjologiczny i powikłany, opieka poporodowa, opieka nad rozwijającym się dzieckiem, USG, anatomia, fizjologia, farmakologia, pediatria, intensywna opieka.

Studentka musi przyjąć minimum 80 porodów – w tym 2 pośladowe i 10 wywoływanych, wykonać 10 nacięć krocza i szyi oraz przeprowadzić kilka resuscytacji noworodka. Ponadto w trakcie studiów musi przejść przez cały cykl opieki przedporodowej, z co najmniej 100 kobietami z ciążą fizjologiczną i 60 z ciążą zagrożoną. Studentki przechodzą także szkolenie w zakresie nadzoru medycznego.

Nadzór nad każdą ze szkół sprawują położna-przełożona oraz lekarz – dyrektor programu nauczania. Kształt programu nauczania jest zatwierdzany przez rząd dla zagwarantowania poziomu kompetencji położnych po zakończeniu studiów. Organizacją szkolenia zajmują się szkoły. Szpitale publiczne i kliniczne są zobowiązane do współpracy.

Prywatny sektor może być włączany do współpracy, jeśli na wyraźne życzenie studentki, część szkolenia ma się odbyć w prywatnym oddziale porodowym lub z prowadzącą własną praktykę położną. Zazwyczaj

taka współpraca, w oddziale położniczym lub szkole rodzenia, następuje w czwartym roku studiów. Dopuszczalny jest dwutygodniowy staż w oddziale położniczym na drugim i trzecim roku.

Przed przystąpieniem do studiów położniczych niezbędne jest uzyskanie średniego wykształcenia (A – level, odpowiednik polskiej matury), pozwalającego na podjęcie nauki na poziomie uniwersyteckim. Następnym krokiem jest pomyślne zdanie egzaminu wstępnego. Od 2002 roku, zamiast egzaminu wstępnego, wymagane będzie ukończenie pierwszego roku ogólnych studiów medycznych.

Położne dążą do zmian w systemie opieki położniczej i zmierzają do wzmocnienia swojej pozycji zawodowej. Takiemu rozwojowi sytuacji sprzyja fakt, że systematycznie zmniejsza się liczba ginekologów.

Edukacja położnych **w Niemczech** trwa 3 lata. Program łączy zajęcia teoretyczne z ćwiczeniami praktycznymi. Studentki, aby zostać dopuszczone do końcowych egzaminów i uzyskać kwalifikacje zawodowe, mają obowiązek zaliczyć 1 600 godzin lekcji teoretycznych oraz 3 000 godzin ćwiczeń praktycznych. Na ćwiczenia składa się praca w sali porodowej i operacyjnej, oddziale położniczym, noworodkowym, oraz w niezależnej praktyce położnej. Egzaminy są pisemne, ustne oraz praktyczne (www.bdh.de).

Szkoły są zawsze afiliowane przy uniwersytetach lub większych szpitalach miejskich i zarządzane przez położne i lekarzy. Formalnie, za program szkolenia odpowiada rząd. Studentki otrzymują stypendium od szpitala, przy którym afiliowana jest szkoła.

Lepsza informacja o możliwościach opieki sprawowanej przez położną, powodowałaby, że kobiety częściej wybierałyby właśnie opiekę położnej, a nie tylko ginekologa-położnika.

W Grecji co roku naukę rozpoczyna 300 studentek. Nauka trwa 8 semestrów, każdy po 14 tygodni. Daje to 4 282 godziny zajęć, z czego 1470 poświęconych jest zagadnieniom teoretycznym. Szkolenie nie jest powiązane ze studiami pielęgnarskimi.

Przykładowe przedmioty to: anatomia człowieka, fizjologia, podstawy pielęgnacji, pediatria, neonatologia, planowanie rodziny, opieka ginekologiczna, socjologia, psychologia.

Każda studentka musi zaliczyć trening praktyczny składający się z 20 tygodni opieki przedporodowej, 30 tygodni pracy przy porodach i 20 tygodni opieki poporodowej.

Greckie Stowarzyszenie Położnych stawia sobie za cel poprawę standardów opieki nad kobietą, dzieckiem i rodzinami, poprzez rozwój, edukację oraz prawidłowe wykorzystanie kwalifikacji położnych. Niestety,

greckie położne natrafiają na wiele barier, które powstrzymują rozwój tej profesji, hamują poprawę bezpieczeństwa matki i dziecka oraz nie dają pełnych możliwości zaspakajania potrzeb kobiet.

We Włoszech do 2001 r. program nauczania był realizowany w ciągu 3 lat. Wymagane było zaliczenie 1 600 godzin zajęć teoretycznych oraz 3 800 godzin praktyki. Ćwiczenia praktyczne składały się z 800 godzin opieki nad kobietą w ciąży, 2 000 godzin praktyki w przyjmowaniu porodu oraz 1 000 godzin opieki poporodowej. Od 2001 r. obowiązuje nowy model edukacyjny. Po pierwszych 3 latach nauki absolwentki otrzymają pierwszy stopień specjalizacji. Po dodatkowych 2 latach będą mogły uzyskać drugi stopień uprawniający do nauczania zawodu oraz pełnienia funkcji położnej-przełożonej. W tym systemie, studentka powinna zgromadzić 180 punktów, aby otrzymać pierwszy stopień specjalizacji. Po 5 latach praktyki będzie mogła uzyskać kolejne 120 punktów dających drugi stopień. Każdy punkt oznacza 30 godzin nauki.

Federacja Włoskich Położnych, chcąc zapobiec zagrożeniom, a także wzmocnić pozycję zawodową położnych, zmierza do zwiększenia liczby położnych oraz rozszerzenia programu ciągłego szkolenia. Pierwszym krokiem była zmiana regulacji dotyczących edukacji położnych. Położne zaczynają też odgrywać bardziej znaczącą rolę w procesie szkolenia zawodowego.

Federacja zmierza też do uzyskania większej autonomii i odpowiedzialności dla położnych, a także ogólnej poprawy jakości opieki położniczej. Należy docenić fakt, że obecnie opieka nad kobietą w ciąży, przyjmowanie porodów i opieka poporodowa są prawidłowo zarządzane, a śmiertelność okołoporodowa – niska.

W Luksemburgu do ukończenia kursu opieki położniczej, studentki muszą zaliczyć 700 godzin lekcji teoretycznych i 2 300 godzin ćwiczeń praktycznych.

Zajęcia teoretyczne składają się z takich przedmiotów jak: anatomia, embriologia, ginekologia, ciąża, poród i połóg – bez powikłań i patologiczny, anestezjologia, farmakologia, pediatria, żywienie, psychologia. Studentka ma obowiązek wykonać wszystkie czynności określone dyrektywami opieki położniczej, na przykład samodzielnie przyjąć 40 porodów. Doświadczenie zdobywane jest w sali porodowej, oddziałach intensywnej opieki (noworodkowej), patologii ciąży i położniczym.

Ministerstwo Edukacji odpowiada za strukturę i organizację szkoły, Ministerstwo Zdrowia – za program, egzaminy i przyznawanie dyplomów. Stowarzyszenie Położnych Luksemburga czyni starania, aby położna uzyskała status zawodowy pozwalający na samodzielną opiekę

nad ciążą i porodem bez powikłań i pełniła rolę pomocniczą w przypadkach patologicznych.

W Holandii aby zostać przyjętą/tym na studia z zakresu opieki położniczej należy legitymować się dyplomem ukończenia szkoły średniej, uwzględniającym biologię i nauki ścisłe. Kandydatki i kandydaci muszą wykazywać się dobrym stanem zdrowia.

Każda z czterech szkół wprowadza dodatkowe, własne ograniczenia. Często egzaminy zdaje więcej osób, niż jest miejsc. Ostateczna decyzja o przyjęciu do szkoły zapada po rozmowie kwalifikacyjnej.

Aby ukończyć szkołę należy uzyskać szereg zaliczeń w następujących obszarach (Schron 1998): czynności położnicze, profilaktyka, udzielanie wsparcia/kontakt z klientką, prowadzenie praktyki, utrzymywanie i podwyższanie umiejętności zawodowych.

Wymagane są następujące zajęcia praktyczne: opieka nad kobietą w ciąży (29 tygodni), opieka w trakcie porodu (26 tygodni), opieka poporodowa (14 tygodni), USG/diagnostyka ciążowa (4 tygodnie), praktyka w oddziale dla wcześniaków (3 tygodnie) i ginekologicznym (3 tygodnie) oraz w edukacji dla przyszłych rodziców (2 tygodnie).

Studentka/student musi przyjąć co najmniej 40 porodów fizjologicznych i 20 z powikłaniami. Ustalona jest też liczba innych czynności z zakresu opieki w ciąży, w czasie i po porodzie.

Przykładowe przedmioty wykładane w trakcie szkolenia to: opieka nad kobietą w ciąży (fizjologicznej i z powikłaniami), neonatologia, edukacja rodziców, ginekologia, epidemiologia, demografia, antropologia, edukacja zdrowotna, prawo, badania naukowe.

W trakcie studiów studentki i studenci otrzymują wynagrodzenie. Szkolenie opłacane jest przez rząd, który ma prawo decydować, jak inwestowane są fundusze. Odpowiedzialność za szkolenie spoczywa jednak na szpitalach i uniwersytetach.

W chwili obecnej opieka położnicza jest w trakcie dynamicznych zmian, które mogą się wiązać zarówno z zagrożeniami, jak i szansami.

W Portugalii aby uzyskać licencję położnej trzeba odbyć 4 semestry nauki w studium położniczym. Przykładowe przedmioty wykładane podczas kursu to: anatomia, fizjologia, fizjologiczna ciąża i poród, rozpoznawanie powikłań. Należy także zaliczyć 1 050 godzin lekcji teoretycznych i 1 350 godzin ćwiczeń praktycznych. Zajęcia praktyczne obejmują wszystkie aspekty ciąży i porodu – od promocji zdrowia do porodu, od szycia krocza do opieki poporodowej. Rocznie na zajęcia uczęszcza około stu osób. Warunkiem przyjęcia na szkolenia dla położnych jest ukończenie 4-letnich studiów pielęgniarских. Ponadto,

wymagane są 2 lata pracy w zawodzie pielęgniarki. Portugalskie Stowarzyszenie Położnych podejmuje działania zmierzające do zwiększenia zakresu autonomii i kompetencji położnych oraz poszerzenia obszaru ich aktywności, tam gdzie jest na to zapotrzebowanie.

W Hiszpanii szkolenie położnych trwa 2 lata. Studentki i studenci mają obowiązek zaliczenia 1 100 godzin zajęć teoretycznych i 2 500 godzin ćwiczeń praktycznych. W programie ćwiczeń praktycznych przewidziano przeprowadzenie co najmniej 100 badań w ciąży, przyjęcie minimum 100 porodów, wizyty domowe po porodzie i prowadzenie zajęć w szkole rodzenia. Studentki i studenci zdobywają także wiedzę na temat chorób przenoszonych drogą płciową, profilaktyki onkologicznej i menopauzy.

Przykładowe przedmioty wykładane w trakcie szkolenia to: opieka nad kobietą w ciąży (fizjologicznej i z powikłaniami), neonatologia, edukacja rodziców, ginekologia, epidemiologia, demografia, antropologia, edukacja zdrowotna, prawo, badania naukowe.

W trakcie studiów studentki i studenci otrzymują wynagrodzenie. Szkolenie opłacane jest przez rząd, który ma prawo decydować, jak inwestowane są fundusze. Odpowiedzialność za szkolenie spoczywa jednak na szpitalach i uniwersytetach.

Aby zostać przyjętą/tym na szkolenie należy legitymować się ukończonymi trzyletnimi (od 2002 roku – dwuletnimi) studiami pielęgniarstwu. Kandydatki i kandydaci muszą zdać Hiszpański Egzamin Państwowy, co pozwala wyłonić 150 osób, z grona 5 000 chętnych do podjęcia nauki.

W Szwecji edukacji położnych, głównym obszarem nauczania jest zdrowie reprodukcyjne w kontekście ogólnego cyklu życia. Zawiera się w nim wiedza zarówno położnicza, jak i ginekologiczna.

Przykładowe przedmioty wykładowe to: edukacja rodziców, opieka nad kobietą w ciąży bez powikłań, poród, rozpoznawanie powikłań w każdej z trzech faz porodu (w tym, środki zaradcze na wypadek ich wystąpienia), doradztwo w zakresie karmienia piersią, regulacja poczęć, poradnictwo seksualne.

Co roku edukację rozpoczyna od 200 do 250 osób. Przed uzyskaniem dyplomu mają one obowiązek zaliczenia 10 tygodni praktyki w opiece nad kobietą w ciąży, 15 tygodni w przyjmowaniu porodów oraz 5 tygodni opieki poporodowej.

Ogólne cele szkoleniowe są określone przez rządową „Ustawę o Szkolnictwie Wyższym”, jednak za politykę przyjęć na szkolenie oraz szczegółową zawartość programową odpowiada studium/universytet.

Wśród przedstawicieli zawodów medycznych panuje zgodność, że ciąża i poród nie są chorobą, a naturalnymi procesami.

Uważa się, że dobra opieka położnicza jest podstawą do uzyskania wysokiego stopnia zdrowia publicznego. Właściwa opieka położnicza może zapobiegać niepotrzebnej medykalizacji ciąży i porodu.

Pod koniec 2001 roku zostały otwarte w Sztokholmie dwa duże, przewidziane na 2 000 porodów rocznie, szpitale położnicze. Są one zarządzane przez położne i dostępne jedynie dla kobiet w ciąży bez powikłań. Ginekolodzy-położnicy pełnią w nich rolę konsultantów, wykonywanych tylko do pewnych przypadków. Takie modele opieki położniczej powinny mieć istotny, pozytywny wpływ na pozycję zawodową położnych w Szwecji.

Dla zapewnienia sukcesu tego typu inicjatywom, a także uzyskania poprawy zdrowia publicznego, kobiety muszą uzyskać większe prawo wyboru. Powinny się do tego przysłużyć prowadzone badania naukowe.

W Wielkiej Brytanii kurs położnych trwa co najmniej 3 lata. Każdy rok nauki to 45 tygodni szkoleniowych. Jeżeli studentka miała wcześniej ukończone studia pielęgniarские, program zostaje skrócony do 18 miesięcy, czyli 78 tygodni.

Co roku przyjmowanych jest 4 500 osób. Program przewiduje 2 500 godzin zajęć teoretycznych i co najmniej 2 500 godzin ćwiczeń praktycznych.

Kurs pozwala studentkom na osiągnięcie następujących rezultatów:

- Zrozumienie wpływu czynników społecznych, kulturowych i politycznych na opiekę zdrowotną i promocję zdrowia
- Rozpoznanie typowych czynników wpływających na fizyczne, emocjonalne i społeczne samopoczucie matki i dziecka oraz podejmowanie w tym zakresie stosownych działań
- Podejmowanie samodzielnych działań, w tym inicjowanie czynności przedstawicieli innych dyscyplin, a także, w razie konieczności, korzystanie z ich pomocy
- Zrozumienie i umiejętne stosowanie środków przepisanych przez lekarza
- Umiejętne korzystanie z literatury fachowej i badań naukowych dla podnoszenia swojej wiedzy w zakresie opieki położniczej

Rozumienie wymogów prawnych i etycznych (ibid.) Uniwersytety są finansowane przez rząd za pośrednictwem regionalnych zarządów edukacji zdrowotnej, które uzgadniają z uczelniami skalę szkoleń, w oparciu o analizę potrzeb kadrowych w danym regionie.

W momencie rozpoczęcia nauki, studentka lub student musi mieć ukończone co najmniej 17,5 lat i legitymować się dyplomem szkoły

średniej z potwierdzonym wynikiem z języka angielskiego lub walijskiego i przedmiotów ścisłych. Kurs prowadzony jest przy uniwersytetach, których wymagania wstępne przewyższają wymagania określone w standardach dla tej grupy zawodowej.

W Irlandii do podjęcia szkolenia z zakresu opieki położniczej wymagane jest wykształcenie pielęgniarckie oraz doświadczenie zawodowe. Co roku, w 7 szkołach, podejmuje naukę około 140 osób. Pilotażowy kurs szkolenia położnych, z pominięciem studiów pielęgniarckich, rozpoczął się w czerwcu 2000 roku. Nauka zawodu położnej trwa 2 lata. Wymagane jest zaliczenie około 1 014 godzin lekcji teoretycznych oraz 2 574 godzin zajęć praktycznych. Zajęcia praktyczne są podzielone na następujące bloki (minimum): 11 tygodni opieki nad kobietą w ciąży, 18 tygodni praktyki w przyjmowaniu porodów, 16 tygodni opieki poporodowej. Szkolenie położnych jest zgodne z dyrektywami Unii Europejskiej (patrz także Wielka Brytania). Odpowiedzialność za szkolenie spoczywa na uniwersytetach i szpitalach.

4.5. Systemy służby zdrowia na przykładzie krajów europejskich ze szczególnym uwzględnieniem opieki ginekologicznej i położniczej

Austria jest federacją dziewięciu autonomicznych regionów. Odpowiedzialność za system opieki zdrowotnej, wynikająca z federalnej konstytucji, jest podzielona pomiędzy służby federalne i regionalne (Länder). Do nadzoru nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych powołane jest Federalne Ministerstwo Pracy, Zdrowia i Problemów Społecznych.

System ubezpieczeń społecznych jest obowiązkowy i zawiera ubezpieczenia zdrowotne, emerytalne oraz od następstw nieszczęśliwych wypadków. Finansowanie jest mieszane i składa się z: ubezpieczeń społecznych (51%) i prywatnych (8%), współfinansowania (16%) oraz podatków (25%).

Ubezpieczenia społeczne reguluje pięć zasad. Ubezpieczeni nie mają możliwości wyboru systemu ubezpieczenia, gdyż jedynym czynnikiem decydującym jest przynależność do określonej grupy zawodowej. Osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu są chronione przez następujące plany ubezpieczeniowe:

- ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) dla wszystkich zatrudnionych oraz kilku innych grup ubezpieczonych
- GSVG (Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz) dla wszystkich osób prowadzących działalność gospodarczą na własny rachunek

- BSVG (Bauern-Sozialversicherungsgesetz) dla wszystkich osób prowadzących działalność rolniczą lub na własny rachunek w leśnictwie
- B-KUVG (Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz) dla pracowników służby cywilnej
- FSVG (Freiberufliches Sozialversicherungsgesetz) dla osób wykonujących wolne zawody

Ubezpieczenie społeczne jest zarządzane przez 28 samorządnych, społecznych funduszy ubezpieczeniowych, podlegających prawu powszechnemu.

Opieka zdrowotna jest finansowana przez obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne. Składki – uzależnione od wysokości zarobków i nieprzekraczające ustalonego maksimum – są określone przez prawo. Pracownicy i pracodawcy pokrywają po 50% stawki. Przychody społecznych funduszy ubezpieczeniowych pochodzą ze składek (88%), opłat od wydanych recept (11%) oraz dopłat władz federalnych do programu ubezpieczeniowego dla rolników (1%).

Ubezpieczenia prywatne pełnią funkcję uzupełniającą. Około 38% Austriaków posiada jakiś rodzaj prywatnej polisy ubezpieczeniowej (ibid.). System ubezpieczeń społecznych sprowadza się do nieodpłatnej opieki zdrowotnej, w odróżnieniu od zwrotu kosztów w przypadku ubezpieczeń prywatnych. Ciężarne mają prawo do darmowej opieki lekarskiej i pomocy położnej (Vertragshebamme) w czasie ciąży i po porodzie. Kobieta jest zobowiązana do posiadania książeczki Mutter-Kind-Pass, w której odnotowane są informacje o badaniach kontrolnych. Książeczka jest niezbędna, aby otrzymać zasiłek.

Akceptowane jest także korzystanie z opieki położnej prowadzącej prywatną praktykę (Wahlhebamme). Taka położna nie ma podpisanej umowy z ubezpieczycielem powiązanym z obowiązkowym systemem ubezpieczeniowym. Ciężarna płaci bezpośrednio położnej za wykonane usługi. Następnie ma możliwość ubiegania się o zwrot pieniędzy od społecznego systemu ochrony zdrowia, do 80% poniesionych kosztów.

Ponadto, kobieta ma prawo zwrotu kosztów leków, porodu w szpitalu oraz opieki domowej.

Może także nabyć dodatkowe, prywatne ubezpieczenie na pokrycie kosztów luksusowej opieki położniczej.

W Belgii praktycznie wszyscy mieszkańcy są ubezpieczeni na wypadek choroby lub kalectwa w ramach zorganizowanego publicznie, lecz zarządzanego przez prywatne instytucje, systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Finansowanie służby zdrowia ma charakter mieszany. Skład-

ki ubezpieczeniowe stanowią 54.4%, subsydia państwowe pochodzące z podatków – 32%, a indywidualne współfinansowanie – 13.5%.

Składki ubezpieczeniowe będące pochodną zarobków są płacone przez pracowników i pracodawców. Od stycznia 1995 roku niektóre grupy (np. wdowy i sieroty) zostały zwolnione z obowiązku uiszczania składek. Ciężar ten wzięło na siebie państwo. Z tego względu można powiedzieć, że ubezpieczenia społeczne są częściowo finansowane przez podatki.

Istnieją dwa programy ubezpieczeniowe:

- Program ogólny gwarantujący wszelkie świadczenia dla pracowników etatowych, służby publicznej, emerytów, niepełnosprawnych wraz z osobami od nich zależnymi (85% populacji).
- Program dla osób prowadzących działalność gospodarczą, gwarantujący tylko niektóre świadczenia (15% populacji). W tej grupie, około 70% osób korzysta z możliwości dokupienia ubezpieczenia na wypadek korzystania z pozostałych świadczeń.

Wszyscy obywatele mają obowiązek zapisać się do jednego ze 129 funduszy zdrowia, które na życzenie mogą udostępniać dodatkowe polisy ubezpieczeniowe. Coraz więcej osób decyduje się na zakup dodatkowych polis gwarantujących pokrycie świadczeń nieujętych w obowiązkowym systemie opieki społecznej.

Od stycznia 1995 roku, firmy ubezpieczeniowe (fundusze zdrowia) uzyskały większą niezależność dzięki wprowadzeniu systemu dostosowania do stopnia ryzyka. Od tego momentu, fundusze zdrowia są częściowo odpowiedzialne za pokrywanie swojego, ewentualnego deficytu.

Ustawowo zagwarantowane świadczenia obejmują zarówno ubezpieczenie zdrowotne, jak i zasiłek chorobowy. Zakres świadczeń uzależniony jest od statusu zawodowego. Społeczne ubezpieczenie zdrowotne występuje w dwóch formach: nieodpłatnych świadczeń oraz zwrotu kosztów leczenia.

Ubezpieczeni mają prawo zmiany funduszu zdrowia, jednak ze względu na sztywną wysokość składek nie ma to większego znaczenia. Obserwuje się wzrost liczby dodatkowych, prywatnych ubezpieczeń spowodowany ograniczeniami finansowymi odczuwanymi przez obowiązkowe fundusze chorobowe. Opieka położnych i ginekologów podlega zwrotowi kosztów.

Ochrona zdrowia w **Danii** jest domeną państwa. Praktycznie wszystkie usługi zdrowotne są finansowane, planowane i realizowane przez organy państwowe. Finansowanie pochodzi przede wszystkim z podatków. Wszyscy mieszkańcy Danii mają wolny, nieodpłatny dostęp do

większości usług medycznych, niezależnie od stanu ich zatrudnienia i statusu społecznego.

Kraj jest podzielony na 16 prowincji (regionów). W każdym regionie – poza dwoma wyjątkami – mieszka od 200 000 do 600 000 mieszkańców. Regiony te są jednostkami administracyjnymi odpowiedzialnymi za opiekę szpitalną, podstawową, leczenie (poza pielęgnacją w domu) oraz za inicjatywy w zakresie promocji zdrowia.

82% finansowania opieki zdrowotnej na szczeblach: krajowym, regionalnym i lokalnym pochodzi z podatków. Źródłem pozostałych 18% jest współfinansowanie przez pacjentów (w tym 92% dopłat bezpośrednich i 8% ze składek na prywatne ubezpieczenia).

Elementarna opieka zdrowotna jest świadczona nieodpłatnie, przez placówki publiczne, w przypadkach wymagających podstawowych usług medycznych, jak i hospitalizacji.

Około 27% populacji jest członkami prywatnej firmy ubezpieczeniowej „Danmark”, która subsydiuje koszty opieki dentystycznej i zakupu leków. W duńskim systemie ochrony zdrowia obywatele mają do wyboru dwa zakresy świadczeń.

Około 96,4% z nich wybrało świadczenia Grupy 1. Obejmują one wolny wybór lekarza ogólnego lub rodzinnego w miejscu zamieszkania. W sprawach podstawowej opieki, lekarz domowy jest lekarzem pierwszego kontaktu, i do niego należy decyzja w sprawach dalszego postępowania.

Świadczenia Grupy 2 nie są w pełni finansowane ze środków publicznych. W tym przypadku pacjenci mają wolny dostęp zarówno do lekarzy domowych, jak i specjalistów. Ponoszą jednak około 25% kosztów we własnym zakresie.

Opieka położnicza w całym zakresie jest nieodpłatna. Dodatkowe ubezpieczenie dla pokrycia kosztów tej opieki nie jest wymagane. Do podstawowego zakresu świadczeń należy: 5 profilaktycznych wizyt, dostęp do szpitala, pomoc medyczna w czasie porodu (domowego lub szpitalnego) a także aborcja i sterylizacja.

W Finlandii opieka szpitalna podzielona jest na 21 okręgów. Okręgowe zarządy są odpowiedzialne za koordynację i organizację opieki szpitalnej na swoim obszarze. Każda gmina musi być przypisana do okręgu szpitalnego.

Ministerstwo Zdrowia i Problemów Społecznych kieruje i zarządza opieką społeczną i zdrowotną na szczeblu krajowym. Rolą Ministerstwa jest określanie zarysu polityki zdrowotnej, planowanie niezbędnych reform, nadzór nad ich wprowadzaniem oraz wspieranie rządu

w podejmowaniu decyzji. Rada Podstawowego Bezpieczeństwa jest częścią Ministerstwa i jej zadaniem jest identyfikowanie niedostatków w realizacji założeń na szczeblu lokalnym.

Rząd jest odpowiedzialny za przygotowanie krajowego budżetu, a parlament podejmuje ostateczną decyzję o wysokości środków przeznaczanych na ochronę zdrowia. Władze lokalne mają względną swobodę w zarządzaniu, polityce kadrowej i wysokości opłat. Mają też prawo do wyboru dostawców usług, w tym do podpisywania umów z sektorem prywatnym.

W opiece zdrowotnej obowiązuje ustawowy program ubezpieczeń zdrowotnych. Program prowadzony jest przez Instytut Ubezpieczeń Społecznych we współpracy z 400 lokalnymi oddziałami. Ubezpieczenie zwraca część kosztów za przepisane leki, transport, prywatną opiekę medyczną, ochronę zdrowia pracowników i studentów oraz rehabilitację.

W Finlandii wszyscy obywatele mają prawo do opieki zdrowotnej, niezależnie od statusu finansowego i miejsca zamieszkania. Źródłem finansowania są głównie podatki. Ponadto, państwo dofinansowuje lokalną ochronę zdrowia, opiekę społeczną i edukację. Subsidia są kalkulowane w oparciu o kryteria demograficzne i wypłacane z góry.

Przychody krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych pochodzą od ubezpieczonych i pracodawców. Składka jest pochodną wysokości zarobków. Państwo pokrywa cały koszt leczenia choroby, rodzicielstwa i specjalnej opieki.

Sektor prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Finlandii jest słabo rozwinięty. Pokrywa nie więcej niż 2% wydatków na ochronę zdrowia.

Zakres świadczeń i współfinansowania

Władze lokalne mają prawo decydować o wprowadzeniu opłat za pewne usługi, mogą także ustalać – w ramach górnego limitu – ich wysokość. Zgodnie z prawem niektóre usługi muszą być zwolnione z opłat.

Opieka świadczona w administrowanych lokalnie poradniach dla kobiet jest nieodpłatna i finansowana z podatków. Opieka szpitalna, włączając wizyty przedporodowe, jest współfinansowana przez pacjentów. Szpital wystawia rachunek lokalnym władzom za pozostałą część kosztu usługi. Rząd ustala maksymalną wysokość kosztu przenoszonego na pacjenta.

Każda matka i jej dziecko ma prawo do dodatkowych świadczeń rzeczowych (ubranka, pieluchy, literatura itp.) W przypadku rezygnacji ze świadczeń rzeczowych, matka może otrzymać zasiłek pieniężny pod warunkiem korzystania z poradni dla kobiet.

We Francji działalnością regulacyjną w zakresie systemu ochrony zdrowia zajmuje się rząd. Podlegają mu sprawy związane z organizacją i finansowaniem usług medycznych. Najważniejszymi organami zajmującymi się sektorem ochrony zdrowia na szczeblu krajowym są Ministerstwo Spraw Socjalnych i Ministerstwo Zdrowia.

Regionalne Urzędy d.s. Zdrowia i Spraw Socjalnych (DRASS) są odpowiedzialne za skuteczne działanie wszystkich usług z zakresu lokalnej ochrony, prewencji i promocji zdrowia. Głównym ich zadaniem jest planowanie poprawy warunków socjalnych i zdrowotnych poprzez kontrolę wydatków budżetowych oraz uaktualnianie „mapy zdrowia”, która określa liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych i lokalizację dla drogiego sprzętu medycznego. Zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia, każdy region ma obowiązek stworzenia takiej „mapy” na podstawie analizy regionalnych i lokalnych potrzeb. Celem tych działań jest kontrola sektora opieki szpitalnej, usuwanie różnic regionalnych, a także dostosowanie tempa rozwoju lecznictwa prywatnego i publicznego.

Niemal cała populacja (99%) jest objęta ustawowym planem ubezpieczeń zdrowotnych, będącym częścią francuskiego systemu bezpieczeństwa socjalnego.

Plan ubezpieczeń zdrowotnych zarządzany jest przez społeczne fundusze chorobowe (Assurance Maladie de la Securite Sociale). Fundusze chorobowe podzielone są na kategorie reprezentujące różne sektory zatrudnienia. Około 81% Francuzów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu jest ochraniających przez ubezpieczenie dla pracowników etatowych.

Dwie trzecie populacji korzysta dodatkowo z ubezpieczeń uzupełniających.

System ubezpieczeń społecznych jest finansowany z obowiązkowych składek płaconych przez pracodawców (70%) i pracowników (30%). Ich wysokość jest pochodną zarobków. Dopłaty bezpośrednie z budżetu dotyczą jedynie inwestycji szpitalnych oraz ubezpieczeń dla niepełnosprawnych i niektórych grup bezrobotnych.

Fundusz Centralny (URSAFF) zbiera wszystkie składki wpłacone na szczeblu lokalnym. Zebrane w ten sposób środki są przekazywane lokalnym funduszom chorobowym. Wysokość opłat za usługi szpitalne, jak i pobyt w prywatnych klinikach, jest negocjowana na szczeblu regionalnym.

Władze lokalne mają prawo decydować o wprowadzeniu opłat za pewne usługi, mogą także ustalać – w ramach górnego limitu – ich

wysokość. Zgodnie z prawem niektóre usługi muszą być zwolnione z opłat.

Opieka świadczona w administrowanych lokalnie poradniach dla kobiet jest nieodpłatna i finansowana z podatków. Opieka szpitalna, włączając wizyty przedporodowe, jest współfinansowana przez pacjentów. Szpital wystawia rachunek lokalnym władzom za pozostałą część kosztu usługi. Rząd ustala maksymalną wysokość kosztu przenoszono- go na pacjenta.

Każda matka i jej dziecko ma prawo do dodatkowych świadczeń rzeczowych (ubranka, pieluchy, literatura itp.) W przypadku rezygnacji ze świadczeń rzeczowych, matka może otrzymać zasiłek pieniężny pod warunkiem korzystania z poradni dla kobiet.

Procent kosztów zwracanych przez fundusze chorobowe różni się w zależności od typu usługi medycznej.

W całości pokrywane są: wszystkie konsultacje z położną, 3 badania USG w przypadku ciąży niepowikłanej (lub więcej po uzgodnieniu), badania, 8 zajęć w szkole rodzenia oraz wszelka opieka od szóstego miesiąca ciąży do siódmego dnia po porodzie (do 21 dnia w przypadku patologii). Inne typy usług oraz opieka po upływie 7 dni od porodu, jest pokrywana częściowo (70%) przez ubezpieczenie społeczne, reszta – przez uzupełniające polisy prywatne. Prywatne ubezpieczenia, w zależności od zawartej umowy z ubezpieczonym, zwracają także koszty usług o podwyższonym standardzie.

Podstawową cechą **niemieckiego** systemu politycznego (a szczególnie systemu ochrony zdrowia) jest podział uprawnień decyzyjnych pomiędzy landami a rządem federalnym oraz przekazanie organom pozarządowym kompetencji do zarządzania ustawowymi programami ubezpieczeniowymi.

W 1999 r. funkcjonowały 453 fundusze chorobowe, obsługujące 72 miliony ubezpieczonych osób oraz 52 prywatne firmy ubezpieczeniowe z 7.1 miliona w pełni ubezpieczonych klientów.

Firmy ubezpieczenia zdrowotnego (fundusze chorobowe) są samorządными organizacjami typu non-profit podzielonymi na siedem grup. Zgodnie z prawem mają uprawnienia do ściągania składek i określania ich wysokości, tak, aby pokrywały wszystkie wydatki. Uprawnienie to zostało naruszone przez wprowadzenie w 1996 roku ustawy o zwolnieniach z obowiązku płacenia składek, która wymusiła obniżenie wysokości składek przez wszystkie fundusze o 0.4%.

Ustawowe składki na rzecz funduszy chorobowych stanowią podstawę finansowania ochrony zdrowia w Niemczech. Uczestnictwo w funduszu

jest obowiązkowe dla wszystkich pracowników, których dochody nie przekraczają określonej kwoty. Osoby o wyższych zarobkach nie są zobligowane do uczestnictwa w funduszu. Składki są pochodną wysokości zarobków i są wnoszone po połowie przez ubezpieczonego i jego pracodawcę.

W przeszłości, większość ubezpieczonych nie miało możliwości wyboru funduszu – byli automatycznie przypisywani, według kryteriów zawodowych i geograficznych. Taka zasada przydziału ubezpieczonych do funduszy doprowadziła do znacznego zróżnicowania składek, ze względu na rozbieżności w zarobkach i profilach ryzyka. Ustawa o Strukturze Służby Zdrowia z 1996 roku, zezwoliła każdemu ubezpieczonemu na nieskrępowany wybór funduszu, a także wprowadziła przywilej zmiany funduszu raz do roku. Wszystkie regionalne i uzupełniające fundusze stały się powszechnie dostępne i zobowiązano je do zawierania indywidualnych kontraktów z ubezpieczonymi.

Dla wyrównania szans wszystkich konkurujących funduszy, wprowadzono mechanizm wyrównywania różnicy pomiędzy wpływami ze składek a wysokością wydatków. W ustawowo regulowanym systemie niemieckim można odnaleźć trzy podstawowe źródła finansowania: podatki, koszty pokrywane z własnej kieszeni pacjenta i zwrot z prywatnego ubezpieczenia.

Prywatne ubezpieczenia w Niemczech pełnią dwie podstawowe funkcje: zapewniają pełną ochronę części populacji lub oferują dodatkowe ubezpieczenie osobom już ubezpieczonym. W skład 7.1 miliona osób posiadających pełne ubezpieczenie w prywatnych funduszach wchodzi następująca grupa:

- osoby o dochodach przewyższających maksymalny poziom dla funduszy chorobowych
- osoby prowadzące działalność gospodarczą
- osoby zatrudnione w sektorze publicznym lub emeryci z tego sektora

Osoby mające pełne ubezpieczenie w prywatnych funduszach, w zależności od wysokości wykupionej składki, mają zazwyczaj dostęp do większego zakresu świadczeń niż ubezpieczeni w funduszach ustawowych. Wysokość składek zależy od wieku, płci i historii medycznej w momencie podpisywania umowy. Osobne składki należy wpłacać na ochronę małżonków i dzieci.

Zwrot kosztów przysługuje za następujące elementy opieki położniczej: opieka przed, w trakcie i po porodzie świadczona przez lekarza lub położną, koszt lekarstw oraz koszt porodu domowego..

Grecja podzielona jest na 12 regionów i 52 rejony zdrowotne. W 1983 roku Ministerstwo Zdrowia wprowadziło narodowy system

ochrony zdrowia, aby ujednolicić poziom usług zdrowotnych, a także wyrównać różnice w sektorze prywatnym i zmniejszyć jego znaczenie. Grecki system ochrony zdrowia jest w znacznym stopniu regulowany i scentralizowany.

Ministerstwo Zdrowia ma pełną kontrolę niemal nad wszystkimi aspektami związanymi z tworzeniem rezerw i finansowania opieki zdrowotnej. W ramach Ministerstwa Zdrowia działa Centralna Rada Zdrowia, której zadaniem jest doradztwo. Jednak jej wpływ na określanie priorytetów zdrowotnych Ministerstwa jest znikomy.

Podobne rady działają na szczeblu regionalnym. Ich zadaniem jest informowanie Centralnej Rady o potrzebach lokalnych oraz ocenianie i planowanie opieki zdrowotnej. Znaczenie regionalnych rad powinno się zwiększyć, o ile w ciągu następnych lat utrzymają się tendencje decentralizacyjne.

Kolejnym, niższym poziomem działania przedstawicieli rządu są rejon. Szefem administracyjnym opieki zdrowotnej danego rejonu jest lekarz, który podlega rejonowemu przedstawicielowi rządu.

Około 99% populacji podlega obowiązkowi ubezpieczenia w organizacjach branżowych. Opieka zdrowotna jest finansowana z trzech podstawowych źródeł:

- bezpośrednich dopłat z budżetu Ministerstwa Zdrowia na pokrycie usług szpitalnych
- dopłat z jednego z wielu funduszy publicznych na pokrycie usług szpitalnych i ambulatoryjnych
- prywatnych ubezpieczeń

Fundusze ubezpieczeniowe są finansowane przez składki wnoszone przez pracodawców i pracowników (75%), poza Funduszem Pracowników Rolnych, który jest w pełni finansowany z podatków. Wysokość składek i zakres świadczeń jest zróżnicowany.

Duże fundusze zarządzają własnymi poliklinikami, ośrodkami zdrowia i szpitalami.

W 1997 r. 26% ochrony zdrowia było finansowane z podatków, 32% ze składek ubezpieczeniowych a pozostałe 42% ze środków prywatnych (bezpośredniego dofinansowania i dobrowolnych ubezpieczeń). Rynek prywatnych ubezpieczeń społecznych ma tendencję wzrostową. 1% produktu narodowego brutto jest w Grecji przeznaczany na opiekę położniczą.

Poszczególne fundusze opieki społecznej określają własny zakres świadczeń, jednak wszystkie z nich gwarantują pokrycie pełnego kosztu usług ambulatoryjnych i hospitalizacji w publicznej służbie zdrowia.

W przypadku hospitalizacji w szpitalu prywatnym zwracana jest tylko nieznaczna część kosztu. Jednak ze względu na wysoki poziom usług w prywatnej służbie zdrowia, pacjenci często decydują się dopłacać z własnej kieszeni za taką opiekę.

W przypadku opieki położniczej, fundusze zwracają koszty badań laboratoryjnych, wizyt u lekarza, porodu i opieki poporodowej w państwowych klinikach położniczych, a także koszty zastosowanych leków. Nieliczne fundusze zwracają także koszty opieki w prywatnej służbie zdrowia.

We Włoszech ostatnich latach wprowadzono szereg zmian i modyfikacji we włoskim Narodowym Systemie Zdrowia. W 1978 roku powołano do życia Narodową Służbę Zdrowia (Il Servizio Sanitario Nazionale: SSN), która zastąpiła dotychczasowy, składający się z 200 programów system ubezpieczeń zdrowotnych. Na mocy prawa pacjenci mają zagwarantowaną wszechstronną ochronę i szeroki zakres nieodpłatnych usług medycznych.

Opieka zdrowotna jest regulowana na różnych poziomach administracyjnych. Na szczeblu krajowym, Ministerstwo Zdrowia tworzy podstawy prawne, operacyjne i finansowe dla usług zdrowotnych. Roczny budżet na służbę zdrowia określa Parlament. 20 urzędów regionalnych jest odpowiedzialnych za organizację usług zdrowotnych w swoich regionach. Ich zadaniem jest przygotowanie planu w oparciu o ocenę regionalnych potrzeb.

Regiony te mają duży stopień autonomii i są odpowiedzialne za wszystkie działania w obszarze służby zdrowia na swoim terenie. Mają wpływ na to, w jaki sposób świadczona jest opieka zdrowotna, a także prowadzą negocjacje z prywatnymi szpitalami i uczelniami zajmującymi się edukacją medyczną.

Od 1996 r., regiony są podzielone na 228 lokalnych obszarów opieki zdrowotnej, zarządzanych przez Azendia Sanitaria Locale (ASL). Jest to operacyjny poziom służby zdrowia odpowiadający za organizację konkretnych placówek i świadczone przez nie usługi.

Narodowa Służba Zdrowia we Włoszech jest finansowana z Narodowego Funduszu Zdrowia. Głównym źródłem przychodów są składki z ubezpieczenia społecznego (50.5%). Udział podatków w finansowaniu wynosi 42%. Dopłaty z prywatnej kieszeni pacjentów i inne formy współfinansowania stanowią odpowiednio 4.2% i 3.3%. Powyższe finansowanie zapewnia pokrycie 73% wszystkich kosztów leczenia. Reszta pokrywana jest ze środków wpłacanych dobrowolnie, tj. dopłat pacjentów oraz nieobowiązkowych ubezpieczeń na dodatkowe usługi

medyczne. Na początku każdego kwartału fundusze są przekazywane na regionalne konta, a następnie dalej dla pokrycia kosztów lokalnych potrzeb zdrowotnych.

Ubezpieczenia prywatne służą ochronie dodatkowych świadczeń.

W zasadzie wszystkie usługi z zakresu opieki położniczej są nieodpłatne, tj. należą do zakresu świadczeń objętych ubezpieczeniem. Czasami rodzice decydują się na dodatkowe ubezpieczenie obejmujące, np.: usługi położnej prowadzącej prywatną praktykę lub dla pokrycia dodatkowej i bardziej luksusowej opieki szpitalnej.

Podstawowymi zasadami systemu opieki zdrowotnej **w Luksemburgu** są: swoboda wyboru osoby świadczącej opiekę, system obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz obowiązkowe dostosowanie się świadczących usługi zdrowotne do wysokości stawek ustalonych w systemie ubezpieczeniowym.

W Luksemburgu w ochronę zdrowia są zaangażowane dwa ministerstwa. Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za organizację szpitali, medycyny społecznej i profilaktyki, Ministerstwo Bezpieczeństwa Społecznego nadzoruje programy ubezpieczeniowe. Organizacja ochrony zdrowia jest scentralizowana i oparta o tradycję prywatnych praktyk oraz znaczącą rolę sektora prywatnego.

Publiczne ubezpieczenia zdrowotne są zarządzane przez dziewięć funduszy chorobowych, z których każdy dotyczy innej grupy zawodowej. Głównym zadaniem funduszy jest zapewnienie usług ubezpieczonym.

Unia Funduszy Chorobowych jest odpowiedzialna za: negocjowanie uzgodnień i umów z dostawcami usług zdrowotnych, planowanie budżetu na pokrycie kosztów zachorowań i opieki nad matkami, uaktualnianie wysokości składek ubezpieczeniowych, itd. (ibid.).

Źródłem finansowania opieki zdrowotnej nad matkami są składki ubezpieczeniowe.

Od 1992 r., wkład państwa współgra z funduszami pochodzącymi ze składek wnoszonych przez ubezpieczonych.

Składki, do określonego górnego poziomu, są pochodną dochodów i w przypadku pracowników etatowych są pokrywane po połowie przez pracownika i pracodawcę.

Z całości kosztów ochrony zdrowia, 59% pokrywają składki, 39% – podatki, zaś pozostałe 2% – indywidualne dopłaty. Prywatne fundusze ubezpieczeniowe zwracają koszty tych usług, które nie są ujęte w funduszach chorobowych.

Zakres świadczeń i współfinansowania jest identyczny dla wszystkich funduszy chorobowych. Koszty leczenia pokrywane są albo po-

przez zwrot z funduszy chorobowych ubezpieczonemu albo poprzez opłacenie rachunku za leczenie bezpośrednio przez Unię Funduszy Chorobowych. Opieka publiczna (np. opieka nad matką) finansowana bezpośrednio z podatków jest wolna od współfinansowania.

Podstawowy „pakiet porodowy” jest powszechnie dostępny i zawiera: badania i zabiegi ginekologiczne, opiekę i pobyt w szpitalu oraz lekarstwa. Opieka położnicza w domu jest dostępna tylko w przypadku wcześniejszego wypisu do domu (przed upływem 4 doby od narodzin) lub postępowania przepisane przez lekarza (np. wizyty domowe po 4 dniu od narodzin z powodu problemów z karmieniem piersią).

Rodzice mogą skorzystać z dodatkowego ubezpieczenia na pokrycie kosztów luksusowych usług, takich jak pobyt w pokoju jednoosobowym lub znieczulenie zewnątrzoponowe. Fundusze chorobowe nie zwracają kosztów opieki roztaczanej przez położną ani kosztów porodu domowego. Ginekolodzy czynią wszelkie starania aby, także w przyszłości, położne nie były za takie usługi opłacane przez ubezpieczenia.

W Holandii obowiązuje podwójny system ubezpieczeniowy. System publiczny dotyczy osób poniżej określonego poziomu dochodów. Są to głównie pracownicy etatowi i osoby prowadzące małe firmy oraz obywatele korzystający z osłony społecznej (np.: osoby w podeszłym wieku). Ten rodzaj ubezpieczenia, na mocy Ustawy o Funduszach Chorobowych (ZFW) jest obowiązkowy i podlega mu około 61% Holendrów.

Osoby niekwalifikujące się do ZFW korzystają z ubezpieczeń prywatnych i sami uzgadniają warunki z firmami ubezpieczeniowymi. Ponadto, na mocy Ustawy o Wyjątkowych Kosztach Medycznych (ABWZ), istnieje dodatkowe, obowiązuje wszystkich, ubezpieczenie na domy opieki i instytucje zajmujące się niepełnosprawnymi. ABWZ jest obowiązkowe, ale składkę, w imieniu pracownika, wnosi pracodawca.

Opieka zdrowotna w Holandii jest finansowana ze składek płatnych przez ubezpieczonych. Część kosztów ponosi pracodawca.

Koszt opieki położniczej jest finansowany przez ubezpieczenia zdrowotne. Opieka położnicza jest nieodpłatna, zaś opieka nad matką i dzieckiem – częściowo płatna. W przypadku fizjologicznej ciąży i porodu, kobieta ma obowiązek korzystania z opieki położnej. Tylko na terenach, gdzie położna jest nieosiągalna, możliwy jest zwrot kosztów opieki położniczej sprawowanej przez lekarza ogólnego lub szpital.

Zjawisko to jest określane jako „pierwszeństwo” położnych.

Na mocy decyzji sądowej, od 1 stycznia 1999 r., przywilej ten powinien zniknąć, jednak zarówno rząd, jak i KNOV, zaskarżyły tę regulację a ostateczny werdykt w tej sprawie jeszcze nie zapadł.

Kobiety posiadające prywatne ubezpieczenie mają prawo wyboru pomiędzy położną a lekarzem ogólnym. Często decydują się na, podlegający zwrotowi kosztów, poród ambulatoryjny. Kobiety posiadające ubezpieczenie społeczne, jeżeli nie ma wskazań medycznych, muszą pokrywać koszt porodu ambulatoryjnego z własnej kieszeni.

Opieka ginekologiczna jest droga i w przypadku fizjologicznej ciąży i porodu, jej koszty nie są zwracane. Jedynie wystąpienie powikłań uprawnia do zwrotu kosztu opieki specjalistycznej.

Większość kosztów opieki nad matką i dzieckiem (do 8 dni), w przypadku kobiet korzystających z ubezpieczenia społecznego, jest zwracana przez fundusz chorobowy. Jeżeli lokalny ośrodek zdrowia nie jest w stanie zapewnić opieki poporodowej, ubezpieczona może otrzymać dodatkowy zasiłek. Kobiety posiadające prywatne ubezpieczenie mają wolny wybór pomiędzy zwrotem kosztów a zasiłkiem. Ubezpieczeni w funduszach chorobowych nie mają takiego wyboru.

W Portugalii system ochrony zdrowia opiera się na założeniu, że państwo jest pracodawcą, dostawcą usług i źródłem ich finansowania.

Istnieją trzy równoległe systemy ubezpieczeniowe: Narodowe Usługi Zdrowotne (SNS – Servicio Nacional de Suade), specjalne programy ubezpieczeniowe dla pewnych grup zawodowych oraz dobrowolne ubezpieczenia prywatne.

Ministerstwo Zdrowia jest podzielone na 4 departamenty: opieki szpitalnej, podstawowej opieki zdrowotnej, farmaceutyczny oraz bezpieczeństwa i zdrowia w pracy.

Na poziomie regionalnym, odpowiedzialność za integrację z sektorem prywatnym oraz lokalizację i zarządzanie ośrodkami zdrowia, spoczywa na ARS – regionalnych władzach zdrowotnych.

SNS podlega rządowi i zapewnia ochronę wszystkim mieszkańcom Portugalii. W ramach programu mieszczą się renty dla niepełnosprawnych i emerytury, zasiłki chorobowe i macierzyńskie, ubezpieczenia zdrowotne oraz zasiłki rodzinne.

Siecią placówek podstawowej opieki zdrowotnej zarządzają urzędnicy regionalni. To do nich należy odpowiedzialność za zapewnienie opieki zdrowotnej wszystkim mieszkańcom. W ramach sektora publicznego nie ma wewnętrznej konkurencji. Podstawowa opieka zdrowotna korzysta z sektora prywatnego w usługach diagnostycznych. Usługi te są opłacane w oparciu o ustalony z góry taryfikator. Skala całościowych wydatków na ochronę zdrowia jest określana i zarządzana na poziomie krajowym.

Sektor prywatny odgrywa istotną rolę w opiece ambulatoryjnej i szpitalnej.

SNS jest finansowany przede wszystkim z podatków, częściowo także z indywidualnych składek. Około 10% populacji posiada prywatne polisy na ubezpieczenie zdrowotne. W skład świadczeń, pokrywanych z narodowego programu ochrony zdrowia, wchodzi wizyty u lekarzy ogólnych, lekarstwa, diagnostyka, opieka szpitalna, profilaktyka i niektóre usługi stomatologiczne. W ciągu ostatnich lat wzrósł udział i zakres współfinansowania niektórych usług medycznych. W niektórych przypadkach, przy korzystaniu z usług sektora prywatnego, pacjent płaci rachunek, a następnie uzyskuje częściowy zwrot kosztów z SNS.

W zakresie opieki położniczej, rodzice mają prawo do całościowej opieki medycznej, pielęgnacji i zasiłku rodzicielskiego.

Historia ochrony zdrowia w **Hiszpanii** dzieli się na dwa okresy. Pierwszy (1942-1977 r.), pod rządami Franco, charakteryzował się wzrostem znaczenia modelu bezpieczeństwa socjalnego. Drugi (1978-1991 r.) zmierzał do realizacji, uchwalonego w 1986 r., reformatorskiego Ogólnego Prawa o Zdrowiu („Ley General de Sanidad”). Zasadniczym celem Prawa o Zdrowiu było stworzenie podstawy do wprowadzenia Narodowej Służby Zdrowia, dostępnej całej populacji i zapewniającej pełny zakres usług medycznych. Wprowadzono obowiązujące wszystkich ubezpieczenia zdrowotne, w tym także specjalne programy dla 5% urzędników państwowych i 0.9% osób korzystających z zasiłków społecznych. Poza obowiązkowym systemem ubezpieczeń znajdują się osoby najbogatsze oraz nielegalni imigranci.

Hiszpania podzielona jest na 17 regionów, z których każdy ma względną autonomię. Narodowa Służba Zdrowia jest w znacznym stopniu scentralizowana, także w kwestii kompetencji zdrowotnych w siedmiu autonomicznych regionach. Narodową Służbę Zdrowia kształtują centralnie wydawane dyrektywy INSALUD (Instituto Nacional de Salud), a także Regionalne Usługi Zdrowotne, administrowane przez autonomiczne władze regionalne. Administracyjne kompetencje INSALUD zostały przekazane autonomicznym władzom regionalnym (CC.AA), które są odpowiedzialne za organizację służby zdrowia na swoim terenie.

W większości regionów wysokość przeznaczanych na opiekę zdrowotną środków wynika z przewidywanych potrzeb. Czasami bierze się pod uwagę liczebność populacji w danym regionie. Dwa regiony mają zupełnie inny system finansowania – budżet tworzony jest w oparciu o regionalnie pobierane podatki.

Opieka zdrowotna jest finansowana przede wszystkim (79%) ze środków publicznych. Pozostałe 21% pokrywane jest bezpośrednio przez pacjentów lub pochodzi z ubezpieczeń prywatnych. W Hiszpanii funk-

cjonuje system mieszany, w którym dominuje finansowanie z obowiązujących wszystkich składek (79%) pochodzących z podatków (62%) i ubezpieczeń społecznych (17%).

Około 8.9% populacji posiada dobrowolne prywatne polisy na ubezpieczenie zdrowotne, jednak są to prawdopodobnie dane zaniżone.

Prywatne firmy ubezpieczeniowe mają prawo ustalać ceny i wysokości składki w oparciu o kalkulację ryzyka dla każdego ubezpieczonego. 99% populacji korzysta z ubezpieczenia społecznego, z czego 10% posiada dodatkowo polisy prywatne. 1% ma polisy wyłącznie w prywatnych firmach ubezpieczeniowych.

Zwracane są koszty następujących usług opieki położniczej: medycznej opieki w czasie ciąży, porodu i pójgu, a także w przypadku wystąpienia powikłań, oraz opieka ze strony centrów pomocy społecznej.

W Szwecji, każdy resort rządowy podzielony jest na ministerstwo i zarząd. Ministerstwo odpowiedzialne jest za kreowanie ogólnej polityki, zarząd – za wprowadzanie polityki w życie, zgodnie z obowiązującym prawem.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Socialdepartamentet) zajmuje się polityką i legislacją w takich obszarach, jak społeczny system ubezpieczeń, opieka zdrowotna, usługi socjalne i polityka rodzinna. Narodowy Zarząd Zdrowia i Dobrobytu (Socialstyrelsen) jest centralną doradcą i nadzorczą agencją rządową do spraw usług zdrowotnych.

W Szwecji na poziomie krajowym istnieje zorganizowany system opieki zdrowotnej dla całej populacji. System ten podzielony jest na 3 duże obszary administracyjne i 23 regiony. Rady regionalne są odpowiedzialne za zarządzanie, finansowanie i organizację usług zdrowotnych, zarówno ambulatoryjnych jak i szpitalnych. Regiony są także odpowiedzialne za organizację usług stomatologicznych i opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Rady Regionalne zorganizowane są w Federacji Rad Regionalnych, która, z jednej strony, negocjuje z rządem zasady polityki i finansowania, z drugiej zaś wysokość zarobków i warunki pracy pracowników służby zdrowia, ze związkami zawodowymi.

Źródłami finansowania ochrony zdrowia są: podatki (przede wszystkim proporcjonalnie naliczany podatek dochodowy), podatki pośrednie, narodowy system ubezpieczeń oraz dotacje prywatne, tj. dopłaty bezpośrednie oraz prywatne ubezpieczenia.

Większą część kosztów opieki zdrowotnej jest pokrywana z podatków dochodowych, nakładanych regionalnie na mieszkańców danego obszaru (75%). Innym źródłem są dotacje rządowe na pewne usługi,

pokrywające około 12% kosztów. Pozostałe 13% pochodzi z finansowania prywatnego.

Spółeczny system ubezpieczeniowy jest scentralizowany na poziomie krajowym.

Ubezpieczenie jest obowiązkowe. Jego większa część (80%) finansowana jest przez pracodawców, reszta pochodzi z dotacji rządowych (ibid.). Wszyscy obywatele mają prawo do świadczeń i opieki. Poza podstawową opieką zdrowotną i szpitalną, narodowy system ubezpieczeń zdrowotnych pokrywa także koszty profilaktyki i usług stomatologicznych. Koszt opieki zdrowotnej opłacany jest przez rady regionalne, poza wyjątkami, w których wymagana jest płatność przez pacjenta.

Kobiecie przysługuje pełna opieka na czas ciąży i porodu. W skład takiej opieki wchodzi badania w czasie ciąży, poród w szpitalu oraz wizyty w domu po porodzie. Kobieta pracująca ma prawo do pełnopłatnego zwolnienia lekarskiego w wypadku komplikacji w ciąży oraz rocznego, płatnego w 80%, urlopu macierzyńskiego.

W Wielkiej Brytanii Narodowa Służba Zdrowia (NHS) została powołana do życia w 1948 roku, jako konsekwencja założeń sformułowanych w Ustawie o NHS z 1946 roku.

Ustawa ta miała kluczowe znaczenie dla powojennego modelu finansowania i organizacji usług medycznych w Wielkiej Brytanii. Wprowadziła zasadę odpowiedzialności państwa za całościową ochronę zdrowia wszystkich obywateli w każdej sytuacji. Szczególny nacisk położono na równy dostęp do usług medycznych.

Na górze struktury NHS znajduje się Departament Zdrowia (DOH), kierowany przez Sekretarza Stanu ds. Zdrowia. Każde hrabstwo ma własny Departament Zdrowia, jednak pod względem założeń politycznych i organizacji są one do siebie podobne. Poniżej DOH znajdują się Regionalne Władze Zdrowotne (RHAs), posiadające szerokie kompetencje w zakresie planowania polityki zdrowotnej. Na samym dole działają władze lokalne, do których należy organizacja służby zdrowia, szpitalnej i komunalnej.

Finansowanie NHS pochodzi przede wszystkim z podatków oraz pewnej części składek na powszechne ubezpieczenie.

W latach 1986.-1997., 93.7% kosztów NHS było pokrywanych z następujących źródeł: 81.5% z Funduszu Konsolidacyjnego, czyli podatków, 12.2% z powszechnych ubezpieczeń. Pozostała część kosztów (6.3%) była opłacana przez pacjentów, przede wszystkim w postaci opłat za leki i usługi stomatologiczne, a także z innych źródeł.

W 1996 r. prywatne wydatki na ochronę zdrowia były szacowane na ok. 774 000 000 funtów szterlingów, co dawało udział 14.6% w całości

kosztów opieki zdrowotnej. Niecałe 11% populacji posiadało prywatne ubezpieczenie medyczne w jakiejś postaci.

W 1996 r. na terenie Wielkiej Brytanii istniało 25 firm oferujących ubezpieczenia zdrowotne. Siedem z nich działało na zasadzie stowarzyszeń typu non-profit. Pozostałe były przedsiębiorstwami komercyjnymi, choć niektóre z nich miały charakter funduszy powierniczych, których członkowie byli jednocześnie ich właścicielami.

Prywatne ubezpieczenia medyczne występują w dwóch podstawowych formach: ubezpieczeń firmowych i indywidualnych. Ponadto spotyka się dobrowolne ubezpieczenia o charakterze grupowym, w których stowarzyszenia zawodowe lub związki zawodowe występują jako partner firm ubezpieczeniowych, ale koszt składek ponosi pracownik (ibid.). Wszystkie usługi medyczne, świadczone przez NHS są bezpłatne. Kobiety w ciąży i młode matki zwolnione są z opłat za lekarstwa i opiekę dentystyczną. Dla uzyskania opieki położniczej nie jest wymagane ubezpieczenie. Dodatkowe ubezpieczenie może pozwolić na uzyskanie opieki o podwyższonym standardzie.

Irlandzki system ochrony zdrowia reguluje Ustawa o Zdrowiu z 1970 roku. Jest to system centralnie zarządzany i kontrolowany, dostępny dla całego społeczeństwa.

Publiczne usługi zdrowotne są finansowane w większej części z podatków, uzupełnionych nałożoną na wszystkie przychody składką na zdrowie w wysokości 1.25%.

Obywatele, pod względem uprawnień do otrzymywania świadczeń, są podzieleni na dwie kategorie: Do kategorii 1 (37% populacji) zaliczani są wszyscy ci, którzy nie mogą sami zapewnić sobie leczenia i których zarobki nie przekraczają ustalonego poziomu. Ich prawo do świadczeń obejmuje leczenie w szpitalu, darmową opiekę lekarza ogólnego, zwrot kosztów lekarstw oraz nieodpłatny dostęp do wszelkich świadczeń.

Do kategorii 2 (63% populacji) należą osoby o dochodach przewyższających poziom kategorii 1. Są to zazwyczaj osoby pracujące etatowo, prowadzący własną działalność gospodarczą. Do kategorii 2 mogą być włączeni rolnicy, ale muszą wносить dodatkową, niewielką opłatę. Należący do kategorii 2 współfinansują świadczenia takie, jak leczenia szpitalne lub ambulatoryjne, opieka lekarza ogólnego oraz zwrot kosztów leków. W przypadku poniesienia wysokich kosztów mogą ubiegać się o dodatkową refundację.

Większość osób należących do kategorii 2 należy także do Dobrowolnego Programu Ubezpieczeń Zdrowotnych (VHI), który – do pewnego

stopnia – zapewnia pokrycie kosztów hospitalizacji. Zakres świadczeń zależy od wysokości płaconej składki.

VHI ma monopol na ubezpieczenia zdrowotne i jest finansowany ze składek oraz dopłat z budżetu państwa. 78% opieki zdrowotnej jest finansowane z podatków, 9% ze składek (VHI), 13% z innych (prywatnych) źródeł. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne są dobrowolne. Korzysta z nich około 35% społeczeństwa.

Główne przyczyny decyzji o zakupie prywatnego ubezpieczenia to możliwość wyboru lekarza i szpitala oraz szybszy dostęp do leczenia.

Prywatny i publiczny system ochrony zdrowia w Irlandii jest w stanie równowagi i cechuje się dużym stopniem współzależności.

Po pierwsze, system publiczny zależy od prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, gdyż niezależnie od wykupionej prywatnej polisy wszyscy płacą podatki. Po drugie, budżety szpitali publicznych są zasilane opłatami od wyznaczonych „prywatnych łóżek”. Po trzecie, współlistnienie prywatnych i publicznych usług w tych samych, publicznych szpitalach gwarantuje, że dobrzy lekarze nie są dostępni jedynie w sektorze prywatnym (ibid.). Kobiety mają prawo do opieki położniczej i ogólnej w swoim lokalnym ośrodku zdrowia. Jeśli należą do kategorii 1 – otrzymują wszystkie usługi nieodpłatnie. Dotyczy to opieki położniczej i nad dzieckiem do 6 tygodnia życia. Wtedy także przysługuje zasiłek porodowy na każde dziecko. Jeżeli należą do kategorii 2, przysługuje im opieka lekarza ogólnego, położnicza i nad dzieckiem do 6 tygodnia życia.

Literatura

- Badura S., Marzec D.(2002), System opieki kompensacyjnej w zjednoczonej Europie, Kraków
- Biuletyn Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych nr 2 (127) 2005 r.
- Biuletyn Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych nr 3 (128) 2005 r.
- Biuletyn Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych nr 4 (129) 2005 r.
- Grzebałkowska M.: Każda matka chce być Szwedką, www.edziecko.pl
- Gudbrandsson B.(2006), Dzieci w instytucjach opiekuńczych: Zapobieganie instytucjonalizacji i alternatywne formy opieki w krajach europejskich, Kwartalnik *Dzieci Niczyje*
- Quality4Children Standards for out-of-home child care in Europe, www.misjanadziei.pl
- Ratyńska J.(2007), System rodzicielstwa zastępczego w Anglii, referat wygłoszony na Sympozjum organizowanym przez Szkołę Wyższą

Przymierza Rodzin „Zapobieganie Sieroctwu społecznemu – dzień dzisiejszy i szanse”, Warszawa.

Materiały statystyczne i inne opracowania:

1. BDH 2000; www.bdh.de
2. Boerma et al 1993
3. Campbell & MacFarlane 1987
4. CBS 2000
5. Crebas 1992
6. De Boer 1994
7. Devries et al. 2001
8. Dialoog met de burgers 2000
9. Dialoog met de Burgers 2001
10. Doctors National Board
11. Drenth 1998
12. Essed & Zwartsenburg 1996
13. EURES (European Employment Services)
14. European Observatory 1999
15. European Observatory 2000
16. European Observatory 2001
17. Gooris 1994
18. Hessing-Wagner 1991
19. Hingstman 2000
20. Jongmans 1999
21. Lee 1998
22. National Officer Board 2000
23. National Research and Development Centre 2001
24. O'Conner 2000
25. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2001
26. Rutten & Van Doorslaer 1999
27. Scheuermann 1995
28. Schoon 1998
29. Schron 1998
30. Smulders 2000
31. SMV 2000
32. Stateg; Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques
33. Statistik Austria 2001
34. Statistics Finland Library

35. The National Research and Development Centre for Welfare and Health/Library
36. Treffers 2000
37. UKCC 1998
38. Van Kemenade 1997
39. Verordnung zur Ausführung des Personelstandgesetzes 1994
40. VWS 2000
41. Welling et al. 1999
42. Wiegers & Hingstman 1999
43. WVW 1996 Beroepsprofiel van der vroedvrouw
44. Wildmark et al. 1998

Materiały dostępne w serwisach internetowych:

1. <http://www.radalegislacyjna.gov.pl>
2. <http://www.rodzicpoludzku.pl>
3. <http://www.fairy.neoteric.pl>
4. <http://www.strefapracy.eu>

Janusz Szymborski

BRPO, Wszechnica Polska, Szkoła Wyższa TWP w Warszawie

ROZDZIAŁ V

Ku europejskim standardom w opiece okołoporodowej

5.1. Ocena sytuacji w opiece nad matką i dzieckiem w Polsce

Macierzyństwo znajduje się w Polsce pod szczególną ochroną prawną dlatego polityka rodzinna państwa musi być skoordynowana z polityką zdrowotną nakierowaną na zapewnienie kompleksowej, czynnej, odpowiedniej do potrzeb, bezpłatnej opieki nad matką i dzieckiem. Konstytucja RP w art. 68 gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust. 3. tegoż artykułu stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym. Konwencja o prawach dziecka obliguje do traktowania jako sprawę nadrzędną najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka, a w art. 24. wymienia prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób i w ust. 2. pkt d wskazuje, iż Państwa – Strony podejmą niezbędne kroki w celu zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka.

W Polsce, ze względu na nasilony proces depopulacji, wymóg zapewnienia pełnej opieki nad matką i dzieckiem, nabiera szczególnego znaczenia – jest w interesie Narodu i państwa.

W świetle najnowszych prognoz GUS, liczba ludności Polski w stosunku do roku 2007 zmniejszy się w 2035 roku o 2 122 572 osób i wyniesie łącznie 35 993 069 mieszkańców. W tym samym okresie liczba dzieci w wieku 0-17 lat zmniejszy się o 1 855 820 osób a liczba kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) zmaleje o 2 487 711. Jednocześnie liczba osób w wieku powyżej 65 roku życia wzrośnie o 3 226 151 i osiągnie wielkość łącznie 8 357 527. Będzie to oznaczać poważne nasilenie się konsekwencji społecznych i ekonomicznych. Sytuację w tym zakresie należy już uznać za krytyczną, dlatego istnieje potrzeba zasadniczych przewartościowań w polityce ekonomicznej i społecznej państwa na

rzecz stymulowania rozrodczości i wspierania rodziny w jej funkcji prokreacyjnej. Rola resortu zdrowia jest tu nie do przecenienia.

Niska dzietność nie może stanowić okazji do ograniczania wydatków na opiekę nad kobietami w ciąży, na opiekę perinatalną, na leczenie i rehabilitację dzieci – przeciwnie, powinna skłaniać do poprawy dostępności i jakości opieki medycznej nad matką i dzieckiem, bowiem nie widać skuteczniejszej i tańszej metody poprawy zdrowia całego społeczeństwa niż pełna, wysokiej jakości, opieka medyczna nad wszystkimi matkami i dziećmi. W żadnej innej dziedzinie medycyny, nie można znaleźć bardziej racjonalnego potwierdzenia tezy, że zdrowie to nie tylko wydatek, ale najlepsza, najbardziej opłacalna inwestycja w przyszłość każdego obywatela, w rozwój rodziny i dobrobyt całego Narodu.

W wyniku realizacji w latach 90-tych ubiegłego wieku rządowego programu trójstopniowej opieki perinatalnej oraz wdrożenia w latach 2000/01 programów polityki zdrowotnej państwa nakierowanych na optymalizację opieki okołoporodowej i stworzenie systemu nadzoru w opiece nad matką i dzieckiem, uzyskano widoczną poprawę jakości tej opieki.

Tymczasem w ostatnich latach wskutek zaniechania kontynuacji tych programów, pogorszyła się dostępność kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do adekwatnej do potrzeb opieki profilaktyczno – leczniczej. Ujawnia się z całą ostrością problem braku miejsc na oddziałach położniczych i noworodkowych, pogarszają się standardy udzielanych świadczeń. Niedostatki w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej znajdują potwierdzenie w sygnowanym przez Ministerstwo Zdrowia raporcie *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006*.

Opieka profilaktyczna nad ciężarną, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, jest kraju niezadowalająca. Niedostateczna jest wczesna zgłaszalność kobiet do lekarza, a dostępność do badań specjalistycznych jest często utrudniona.

Na duże trudności napotyka realizacja w pionie położniczym zasad trójstopniowego systemu opieki perinatalnej. Przyczyną jest niedostatek miejsc dla ciężarnych z ciążą patologiczną i niedobór miejsc intensywnej terapii noworodka.

Duża liczba noworodków z niską i skrajnie niską masą ciała rodzi się na I i II poziomie opieki perinatalnej. Większość z tych dzieci wymaga intensywnej terapii dlatego przekazywane są do oddziałów intensywnej terapii dziecięcej lub neonatologicznej. Tymczasem z badań wynika, że to nie transport karetką ale transport płodu w łonie matki jest naj-

lepszą, zarówno z ekonomicznego, jak i klinicznego punktu widzenia (znacznie zwiększa się szansa na przeżycie dziecka), formą przekazywania kobiet ciężarnych między współpracującymi ze sobą ośrodkami.

Zagrożeniem dla realizacji programu opieki perinatalnej jest brak znajomości jego zasad przez NFZ – wbrew przyjętym standardom opieki stwarzane są trudności w finansowaniu transportu noworodka. W całym kraju oddziały neonatologii wykazują duże braki sprzętu pod względem jakościowym – inkubatory, pompy infuzyjne, kardiomonitory wskutek długoletniej intensywnej eksploatacji wymagają wymiany, natomiast na oddziałach oddziałów III stopnia opieki perinatalnej brakuje respiratorów i monitorów. Nadal nie został wdrożony zapowiadany przez Radę Ministrów program usprawniania informacji dotyczących zachorowalności i zgonów w opiece nad matką i dzieckiem. Jest to tym bardziej niepokojące, iż bez odpowiedniego systemu informacji nie można dokonać wiarygodnej oceny sytuacji w opiece okołoporodowej, określić priorytety, opracować plan i konkretne rozwiązania realizacyjne.

W wielu regionach kraju kierownicy zakładów opieki zdrowotnej wprowadzają niedopuszczalne, pozaprawne opłaty za świadczenia zdrowotne związane z opieką okołoporodową. Zastrzeżenia budzi praktyka NFZ odstępowania od finansowania procedur leczniczych rekomendowanych przez krajowych konsultantów.

Od 2003 roku Narodowy Fundusz Zdrowia zaprzestał finansowania świadczeń udzielanych w ramach szkół rodzenia, a także ograniczył do 7 dni od porodu bezpłatną hospitalizację matek karmiących piersią.

Kolejnym problemem są dyskryminacyjne praktyki wobec położnych i kobiet wyrażających chęć urodzenia dziecka poza szpitalnym oddziałem położniczym, czego symbolicznym przykładem stała się likwidacja izby porodowej w Łędzinach.

Wg opublikowanego w listopadzie 2008 r. Raportu Narodowego Instytutu Zdrowia – PZH, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r. a poziom umieralności jest jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE, przy czym głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej.

Tymczasem udokumentowane rekomendacje specjalistów nie są realizowane, przewlekają się w Ministerstwie Zdrowia prace nad standardami opieki okołoporodowej.

W końcu 2008 r. nastąpiło pogłębienie dysfunkcji opieki nad ciężarną i noworodkiem. Wskutek wykorzystania przez szereg przychodni

limitów wizyt, za które w danym płaci NFZ, wiele kobiet zrezygnowało z wizyty, gdy dowiedziały się, że będzie ona płatna. Wprawdzie kobieta mogła też zostać przyjęta w ramach tzw. nadwykonań, które powinny być finansowane przez NFZ, ale tylko wtedy jeśli regionalny oddział funduszu posiadał wolne środki na ten cel. Przychodnie obawiając się problemów finansowych nie realizowały wizyt a pozostawionym samym sobie kobietom oferowano, w przypadku pojawienia się bólów lub innych niepokojących dolegliwości, zgłoszenie się do szpitala.

Opisana powyżej sytuacja w opiece nad matką i dzieckiem, wskazująca na istotne naruszenie konstytucyjnych i zapisanych w Konwencji o prawach dziecka, szczególnych praw, stała się przedmiotem licznych wystąpień Rzecznika Praw Obywatelskich do organów władzy państwowej. Równolegle Biuro Rzecznika kontynuowało monitoring stanu przestrzegania praw kobiet rodzących i dzieci do zdrowia z uwzględnieniem odniesień do standardów europejskich.

5.2. Przykładowe propozycje rozwiązań problemów w opiece okołoporodowej światłe rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia

Na 55. sesji Europejskiego Komitetu Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia (Bukareszt, 12–15 września 2005) została przyjęta *Europejska strategia zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży*. W trakcie międzynarodowej konferencji „Przyszli Europejczycy – prawidłowy start do życia dzieci i młodych ludzi w Europie” zorganizowanej pod auspicjami Prezydencji Zjednoczonego Królestwa (Bruksela, 9–11 listopada 2005) podjęto dyskusję nad stanem ochrony dzieci i młodzieży w ramach struktur Unii Europejskiej (UE) i wezwano instytucje UE do spójnego i konsekwentnego uwzględniania potrzeb dzieci i ludzi młodych poprzez prawodawstwo oraz realizację polityki na ich rzecz. Treści tych dokumentów zostały wykorzystane do opracowania projektu narodowej strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce. Opieka okołoporodowa jest głównym priorytetem strategii europejskiej i projektu strategii krajowej. Do tworzenia krajowej strategii zostały także wykorzystane, potwierdzone dowodami naukowymi, wyniki własnych, polskich doświadczeń w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, zwłaszcza doświadczenia programowe i realizacyjne Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996–2005, programów polityki zdrowotnej państwa, głównie realizowanego w latach 90-tych rządowego, trójstopniowego programu opieki perinatalnej i wdrożonych w latach 2000–2001 pro-

gramów polityki zdrowotnej państwa w zakresie optymalizacji opieki okołoporodowej oraz nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece nad matką i dzieckiem.

Przesłanki zdrowego startu do życia

Źródeł dobrego stanu zdrowia poszukiwać należy już w okresie przedkoncepcyjnym. Można wiele uczynić w celu uniknięcia chorób i nieprawidłowości poprzez zastosowanie znanych i efektywnych procedur zapobiegawczych. Dla przykładu, takie procedury postępowania, jak wprowadzone już w Polsce szczepienie przeciwko różyczce (zakażenie we wczesnym okresie ciąży powoduje wystąpienie wad rozwojowych u 90% dzieci), unikanie spożywania alkoholu, rzucenie palenia i wzbogacenie pożywienia kwasem foliowym w okresie okołokoncepcyjnym, są dobroczynne dla nienarodzonego dziecka.

Niedobór kwasu foliowego w okresie okołokoncepcyjnym może być przyczyną wrodzonych wad cewy nerwowej u dziecka. Suplementacja kwasem foliowym zwłaszcza u kobiet, które już wcześniej urodziły dziecko z tym defektem, zmniejsza ryzyko wad o 58 do 100%. Niskie spożycie kwasu foliowego wiąże się też z trzykrotnie zwiększonym ryzykiem porodów przedwczesnych i zwiększoną częstością niskiej masy urodzeniowej. Pełne pokrycie zapotrzebowania na tę witaminę jest niezwykle ważne nie tylko dla kobiet ciężarnych, ale także dla każdej kobiety w wieku rozrodczym. Dlatego w wielu krajach zaleca się podawania kwasu foliowego w dawce 0,4 mg dziennie przed ciążą i w ciągu pierwszych 12 tygodni jej trwania oraz w ilości 4 mg / dzień dla kobiet, które wcześniej urodziły dziecko z wadami cewy nerwowej – realizowany od kilku lat w Polsce program nie został upowszechniony w całym kraju.

Podczas ciąży wzrasta zapotrzebowanie na żelazo, którego niedobór wiąże się ze zwiększonym ryzykiem małej masy urodzeniowej, przedwczesnego porodu oraz zwiększoną umieralnością okołoporodową. Zapotrzebowanie na inne ważne składniki pokarmowe, takie jak witaminy antyoksydacyjne, jod, cynk, białko, może pokryć tylko urozmaicona dieta. Sposób żywienia kobiety ciężarnej wymaga świadomego i odpowiedzialnego podejścia zarówno samej zainteresowanej, jak i lekarza dbającego o jej stan.

Każde dziecko powinno być dzieckiem chcianym, każda ciąża, ciążą planowaną. Niechciana ciąża jest istotnym czynnikiem ryzyka umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt. To samo dotyczy ciąż dziewcząt nastoletnich. Nieletnie matki częściej rodzą dzieci z niską masą ciała. Z kolei niska masa urodzeniowa zwiększa ryzyko zach-

rowań noworodków i ryzyko chorób w późniejszym życiu. W Polsce notuje się dwukrotne zróżnicowanie wskaźników, co jasno uwidacznia możliwe kierunki poprawy sytuacji w tych regionach kraju, które mają wysokie współczynniki urodzeń dzieci z niską masą ciała. Niska masa urodzeniowa może być skutkiem niedożywienia matki, choć także inne czynniki odgrywają rolę. Wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu i niska masa urodzeniowa występują częściej u matek palących w czasie ciąży. Zwiększone ryzyko urodzenia dziecka z niską masą występuje wśród kobiet chorujących w czasie ciąży.

W życiu młodego niemowlęcia najbardziej przełomowy jest bez wątpienia okres noworodkowy. Życiowe znaczenie ma zapewnienie pełnego dostępu do właściwej opieki położniczej i noworodkowej, szczególnie w przypadku powikłań ciąży, porodu i porożu. Kluczową rolę dla grup największego ryzyka ma także poprawa sytuacji społeczno-ekonomicznej łącznie z zastosowaniem środków z zakresu promocji zdrowia i prewencji.

Karmienie piersią jest wysoce skuteczną metodą dla poprawy stanu zdrowia niemowląt. Pomimo faktu, że jest to postępowanie mało kosztowne, tylko niewiele matek stosuje wyłączne karmienie piersią do osiągnięcia przez niemowlę szóstego miesiąca życia, i taka sytuacja panuje praktycznie w całym kraju. Paradoksalnie, najczęściej pokarmu matki pozbawione są niemowlęta, dla których karmienie piersią byłoby najbardziej korzystne. W Polsce istnieje potrzeba dalszej promocji karmienia piersią niemowląt i usuwania barier na tej drodze, w tym problemów z finansowaniem poradni laktacyjnych. W żywieniu sztucznym niemowląt zaleca się stosowanie mleka modyfikowanego początkowego i następnego oraz mieszanek modyfikowanych i żywności uzupełniającej – produktów wzbogaconych w żelazo, przeznaczonych dla niemowląt i małych dzieci.

Przykładowe rekomendacje w opiece okołoporodowej

Polityka zdrowotna, programy i świadczenia zdrowotne w opiece okołoporodowej powinny być nakierowane na osiągnięcie następujących celów:

– w okresie okołokoncepcyjnym

- ciąży planowane i chciane;
- właściwe odżywianie, w tym mikroelementy, uzupełnianie pożywienia kwasem foliowym;
- poradnictwo genetyczne;
- ciąża wolna od tytoniu, alkoholu i narkotyków;

- pełne wykonawstwo szczepień przeciw tężcowi i przeciw różyczce;
- przygotowanie do rodzielstwa;
- wczesne potwierdzenie ciąży;
- zapobieganie zakażeniom HIV i zakażeniom przenoszonym drogą płciową;
 - *podczas ciąży*
- dostęp do wysokokwalifikowanej opieki przedporodowej;
- zapobieganie, wykrywanie i leczenie niedokrwistości;
- zapobieganie i leczenie zakażeń, w tym przenoszonych drogą płciową;
- ciąża wolna od tytoniu, alkoholu i narkotyków;
- ochrona przed ekspozycją na inne substancje szkodliwe;
- wczesne wykrywanie i leczenie powikłań ciąży oraz wewnątrzmacicznego zakażenia wzrostu płodu;
- przygotowanie do porodu;
 - *w okresie porodu*
- bezpieczny poród z udziałem wykwalifikowanego personelu;
- wczesne wykrywanie i leczenie powikłań porodowych;
- właściwa opieka medyczna nad noworodkiem i resuscytacja;
- opieka położnicza w przypadku powikłań położniczych;
- wczesny kontakt matka – dziecko i wczesne rozpoczęcie karmienia piersią;
- specjalistyczna opieka i leczenie noworodków z niską masą ciała i noworodków chorych;
- zapobieganie transmisji HIV od matki do dziecka;
 - *podczas czterech pierwszych tygodni życia*
- dostęp do wysokokwalifikowanej czynnej opieki profilaktycznej;
- kontynuowanie wyłącznego karmienia piersią;
- diagnostyka i specjalistyczne leczenie chorób u noworodków;
- stały kontakt dziecka z rodzicami;
- szczepienia ochronne;
- badania przesiewowe w kierunku fenylketonurii i hipotyreozy
- zapobieganie biernemu paleniu;
- zapobieganie, wykrywanie, opieka i wsparcie dla matek z depresją poporodową;
- zapobieganie transmisji HIV od matki do dziecka.

Przedstawione rekomendacje w opiece okołoporodowej wydają się w pełni możliwe do zrealizowania w Polsce przede wszystkim dlatego, że w większości były, w skoordynowany w programach polityki zdrowotnej państwa sposób, skutecznie wdrażane. Droga ku europejskim standardom w opiece nad matką i dzieckiem wiedzie zatem przez do-

brze znane i wypracowane przez środowiska medyczne obszary profilaktyki zagrożeń i chorób oraz diagnostyki i restytucji zdrowia.

5.3. Karta Praw Kobiety Rodzącej

Opracowany w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich projekt Karty zawiera dziesięć praw wraz z syntetycznym objaśnieniem:

1.

Prawo do systemowej, kompleksowej, czynnej, bezpłatnej i odpowiedzialnej do potrzeb opieki nad matką i dzieckiem.

Zdrowie i rozwój dziecka nierozzerwalnie wiążą się ze zdrowiem matki. Opieka przedporodowa, podobnie jak opieka w czasie porodu i w pierwszych tygodniach życia po porodzie, ma kluczowe znaczenie dla optymalnego rozwoju dziecka aż po okres dojrzewania i wywiera wpływ na całe dorosłe życie. Inwestycje poczynione w okresie ciąży, porodu i w okresie noworodkowym przyczyniają się najbardziej do ograniczenia nierówności wskaźników zdrowotnych, w tym umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt. Nadanie priorytetu zdrowiu matek i małych dzieci może waleń przyczynić się do rozerwania błędnego koła choroby i biedy. Dlatego niezbędne jest przyjęcie na mocy ustawy całościowego, trwałego systemu opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem, z dostosowaniem do tego celu struktury organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia, organów władzy rządowej i samorządowej w terenie, i wprowadzeniem zasady, iż poprawa zdrowia matki i dziecka stanowi integralny element oceny działalności tych organów. Ocena jakości i efektywności wykonywania zadań na rzecz zdrowia matki i dziecka przez jednostki organizacyjne ochrony zdrowia na poziomie podstawowym, wojewódzkim i ogólnokrajowym musi być wprowadzona do powszechnej praktyki.

2.

Prawo do odpowiedniej i bezpłatnej promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, w tym do tzw. „szkół rodzenia”.

Promocja zdrowego rodzicielstwa stanowi integralną część zadań systemu ochrony zdrowia, który ponosi odpowiedzialność za zapewnienie odpowiedniej i bezpłatnej promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych i współdziała w realizacji tych zadań z sektorami edukacji narodowej i polityki społecznej. W placówkach ochrony zdrowia wszystkie matki i ojcowie muszą mieć zapewnione prawo do bezpłatnego dostępu do edukacji w tzw.

„szkołach rodzenia”, z położeniem nacisku na: racjonalne żywienie matek; odpowiednią ich aktywność fizyczną; unikanie zachowań szkodliwych dla matki i dziecka – ciąża wolna od tytoniu, alkoholu, narkotyków; przygotowanie do porodu; oraz na promocję karmienia piersią niemowląt. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna stanowi integralną część każdej porady położnika/położnej.

3.

Prawo do kwalifikowanej, zgodnej ze współczesną wiedzą medyczną, profilaktycznej opieki zdrowotnej w wieku rozrodczym, w szczególności w okresie okołokoncepcyjnym i podczas ciąży.

Profilaktyka zagrożeń i chorób w okresie ciąży stanowi niezbędny warunek zachowania zdrowia matki i zdrowego startu do życia dla dziecka, a także zapobiegania umieralności matek oraz umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt. Prawo do bezpłatnych świadczeń medycznych obejmuje w szczególności: w okresie okołokoncepcyjnym – uodpornienie kobiet przeciwko tężcowi i różyczce drogą szczepień ochronnych; zapobieganie wadom cewy nerwowej drogą uzupełnienia pożywienia kwasem foliowym; porady w zakresie zwalczania uzależnień; w okresie ciąży – wczesne potwierdzenie ciąży i pięć profilaktycznych badań udzielanych przez położnika; zapobieganie zakażeniom wrodzonym, zakażeniom HIV i zakażeniom przenoszonym drogą płciową; zapobieganie powikłaniom ciąży, w tym wewnątrzmacicznemu zahamowaniu wzrostu płodu i wcześniactwu; ochronę przed ekspozycją na substancje szkodliwe.

4.

Prawo do wczesnego, bezpłatnego, zgodnego ze współczesną wiedzą medyczną, wykrywania, diagnostyki i leczenia powikłań ciąży, w tym wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu, a także niedokrwistości i zakażeń kobiet, w tym zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Właściwe prowadzenie ciąży, wczesne wykrywanie i leczenie powikłań są nieodzowne dla zachowania zdrowia matki, zdrowego startu do życia dla dziecka i przyczyniają się do ograniczenia umieralności matek oraz umieralności okołoporodowej, w tym martwych urodzeń a także umieralności noworodków i niemowląt. Realizację prawa do bezpiecznego przebiegu ciąży zapewnia kwalifikowany personel medyczny sprawujący czynną, ciągłą opiekę profilaktyczno-lecniczą nad kobietą ciężarną w warunkach ambulatoryjnych lub na oddziałach patologii ciąży wyposażonych w odpowiedni do stopnia referencyjności

sprzęt i aparaturę diagnostyczno-leczniczą. Nieodzownym warunkiem realizacji prawa kobiety ciężarnej do odpowiedniej do jej potrzeb diagnostyki i leczenia jest sprawnie funkcjonujący system trójstopniowej opieki okołoporodowej.

5.

W przypadku prawidłowego przebiegu ciąży, prawo do bezpiecznego, bezpłatnego porodu z udziałem wykwalifikowanego personelu z uwzględnieniem życzeń kobiety rodzącej dotyczących stosowanych procedur położniczych, jeżeli nie występują przeciwwskazania medyczne.

Właściwy przebieg porodu stanowi gwarancję zachowania zdrowia matek i zdrowego startu do życia dla dzieci oraz ograniczenia umieralności matek i umieralności okołoporodowej, w tym martwych urodzeń a także umieralności noworodków i niemowląt. Bezpieczny poród ma miejsce wówczas gdy kobiecie rodzącej zapewnia się poszanowanie i ochronę jej godności, intymność, odpowiednie informacje o stanie zdrowia własnym i dziecka oraz o przysługujących im prawach, wczesne wykrywanie i skuteczne leczenie powikłań w trakcie porodu. Jeżeli nie występują przeciwwskazania medyczne, kobieta rodząca ma prawo do uwzględnienia swoich życzeń, dotyczących stosowanych procedur położniczych, w tym ochrony przed bólem, wsparcia psychologicznego, obecności męża/osoby bliskiej. Wczesny kontakt matka-dziecko i system organizacji oddziału „matka – dziecko” jest warunkiem bezpieczeństwa matki w okresie połogu i bezpieczeństwa dziecka w okresie adaptacji po porodzie. W okresach tych udzielane są przez kwalifikowany personel porady profilaktyczne, w tym porady laktacyjne w celu utrzymania wyłącznego karmienia piersią, porady w celu zapobiegania biernemu paleniu; wykonywane są obowiązkowe szczepienia ochronne i badania przesiewowe, w tym w kierunku fenylketonurii, hipotyreozy i mukowiscydozy oraz zaburzeń słuchu.

6.

W przypadku ciąży patologicznej kobieta ma prawo do bezpłatnego porodu w placówce o odpowiednim stopniu referencyjności, zapewniającej matce i dziecku w czasie porodu i po urodzeniu, poza wymienionymi w punkcie 5. warunkami, wszystkie niezbędne, zgodne ze współczesną wiedzą medyczną, procedury diagnostyczne i lecznicze, w tym w zakresie intensywnej opieki medycznej, oraz rehabilitacyjne.

W przypadku patologicznego przebiegu ciąży niezbędnymi warunkami ograniczenia negatywnych następstw zdrowotnych dla matki i dziecka, w tym redukcji umieralności matek oraz umieralności okołoporodowej, w tym martwych urodzeń a także umieralności noworodków i niemowląt są: wznowienie i rozwój trójstopniowego systemu referencyjnego w opiece okołoporodowej; zapewnienie wysokokwalifikowanego personelu położniczego i neonatologicznego wspieranego przez specjalistów z innych potrzebnych matce i dziecku dyscyplin medycznych; wyposażenie oddziałów szpitalnych w sprzęt i aparaturę medyczną umożliwiającą odpowiednią do stopnia referencyjności diagnostykę i leczenie kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu oraz leczenie dzieci.

7.

Prawo do wczesnego, zgodnego ze współczesną wiedzą medyczną, bezpłatnego wykrywania, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji dzieci z zaburzeniami okresu noworodkowego.

Pełna diagnostyka i leczenie oraz kompleksowa rehabilitacja są prawem każdego dziecka z zaburzeniami okresu noworodkowego związanymi z przebiegiem ciąży, porodu i okresu adaptacji po porodzie oraz noworodków z wadami rozwojowymi, zakażeniami wrodzonymi, zakażeniami szpitalnymi i pozaszpitalnymi. Musi być dostępne zapobieganie transmisji HIV od matki do dziecka, a także zapewnione niezbędne środki ochrony i terapii w przypadku uzasadnionego podejrzenia wskazującego na zaniedbanie i przemoc wobec dziecka lub dla dziecka, które zostało po porodzie porzucone przez matkę. Odpowiednie postępowanie medyczne po porodzie przyczyni się do redukcji umieralności noworodków i niemowląt oraz trwałej niepełnosprawności dzieci.

8.

Prawo rodzin, w których dziecko urodziło się przedwcześnie, z niską masą urodzeniową lub poważnie chore, do bezpłatnej, wysokospecjalistycznej opieki medycznej połączonej z odpowiednią opieką socjalną.

Rodziny z dziećmi urodzonymi z poważnymi chorobami lub nieprawidłowościami, zwłaszcza rodziny doświadczające ubóstwa, mają prawo do otrzymania wszechstronnej opieki medycznej i ochrony socjalnej. Rodziny z dziećmi obciążonymi wadą rozwojową mają prawo do objęcia bezpłatną, specjalistyczną opieką genetyczną w zakresie zgodnym ze współczesną wiedzą medyczną oraz prawo do uzyskania informacji istotnych dla kształtowania postaw prokreacyjnych, w tym informacji

o ryzyku ponownego urodzenia dziecka z wadą wrodzoną. Państwo powinno wspierać działalność stowarzyszeń rodziców chorych dzieci oraz innych organizacji pozarządowych działających na rzecz tych dzieci.

9.

Prawo kobiety do ochrony zdrowia psychicznego w każdym okresie ciąży, porodu i połogu.

Ochrona zdrowia psychicznego kobiet w wieku rozrodczym, zwłaszcza w okresie okołoporodowym musi być nieodłącznym elementem bezpłatnej opieki położniczej mającej na celu zapewnienie kobiecie w każdym okresie ciąży, porodu i połogu komfortu psychicznego oraz wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia depresji okołoporodowej. Dla osiągnięcia tych celów konieczne jest, poza poszanowaniem i ochroną godności kobiety, zachowaniem intymności, dostarczeniem odpowiednich informacji, także bezpłatne wsparcie psychologiczne.

10.

Prawo do wnoszenia roszczeń odnośnie do procedur medycznych oraz warunków, w jakich świadczona jest opieka na kobietą ciężarną, rodzącą i dzieckiem.

Przyszli rodzice, kobiety ciężarne, rodzące i rodzice mają prawo do zaznajomienia się z przepisami dotyczącymi odwołania się od decyzji lekarzy w sprawie planowanych oraz dotyczącymi wnoszenia roszczeń w związku z zastosowanymi procedurami medycznymi w opiece położniczej, neonatologicznej i pediatrycznej, a także warunkami porodu i połogu oraz pobytu dziecka. Odwołania muszą być rozpatrzone w odpowiednim czasie, by możliwe było skorzystanie z pozytywnych dla matki i dziecka rozstrzygnięć.

Wszystkie wymienione w Karcie uprawnienia powinny być świadczone zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną ustalaną nie administracyjnie ale na podstawie opinii konsultantów w dziedzinie położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz, w razie potrzeby, innych dyscyplin medycznych wspierających opiekę nad matką i dzieckiem, co oznacza, że kobieta ciężarna, rodząca i jej dziecko powinni mieć prawo do wszelkich procedur profilaktycznych i diagnostyczno – leczniczych, do których mają dostęp kobiety i dzieci w innych krajach UE.

Karta, zarówno co do koncepcji, jaki treści, spotkała się z żywym zainteresowaniem i aprobatą społeczną – w dniach 2-14 grudnia 2008 roku została podpisana przez ponad 2 tysiące internautów. Napłynęły wyrazy poparcia dla tej inicjatywy od osób indywidualnych i od organi-

zacji pozarządowych, w tym od niezwykle zasłużonej w dziele poprawy warunków macierzyństwa w Polsce, Fundacji „Rodzić po ludzku”.

W dniu 17 grudnia 2008 roku Rzecznik Praw Obywatelskich przesłał Kartę do Minister Zdrowia.

Literatura

- Januszewicz P., Szymborski J. (2001): *Zdrowie naszych dzieci. Uwarunkowania. Zagrożenia i problemy. Kierunki rozwiązań systemowych*. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej, Warszawa
- Raport Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006, (2007), UNDP, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa
- Rzecznik Praw Obywatelskich(2008), Informacja z działalności 2007, BRPO, Warszawa
- Szymborski J.(2004), “ Opieka medyczna nad dzieckiem”, *Polityka Społeczna*, IPiSS, nr 9,
- Szymborski J.(2008), *Uwagi o stanie przestrzegania prawa dzieci i młodzieży do zdrowia*, w: *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, Janusz Szymborski, Krzysztof Jakóbk – red. nauk., Biuletyn RPO, Rzecznik Praw Obywatelskich, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa
- Szymborski J.(2008), *System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Stan i zagrożenia*, Biuletyn nr 53, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa
- WHO (2005), Regional Office for Europe: *European strategy for child and adolescent health and development*, Fifty Fifth Session, Bucharest, 12-15 September.

FAMILY POLICY IN THE EU – RECOMMENDATIONS FOR POLAND

SUMMARY

This report aims at formulating principles of family policy strategy in Poland. It analyses demographic, social and economic situation in other countries – members of the European Union – as well as the instruments of family policies used there.

The definition of the family policy assumed by the authors refers to conditions of formation and function of families with children, including the function of maternity and parenthood.

The introduction to this report has been prepared by the Commissioner for Civil Rights Protection of the Republic of Poland and it represents – in the context of European migration process – a global picture of transformation, as well as the changes in the family structure and societies.

The first chapter addresses the main changes in family policy in European Union countries, changes made as a result of such processes as ageing population.

Transition in family policies consists in the improvement in ensuring family and children protection and consolidation of instruments aimed at balancing all spheres of life in family policies by such actions as: development of social services for families, higher child allowances, better management of work organization. Family policies in European Union countries should be based on such principles as: activity, equality of opportunities, partnership, and participation of various organizations and institutions.

The second chapter discusses the demographic conditions, as well as socioeconomic situation, cultural similarity and differences, which affect instruments of family policy, presented in a comparative context: Europe – European Union – selected countries – Poland. In the context of other countries, Poland has been characterized by: the lowest total fertility rate, a high marriage rate, a rather low total divorce rate with the highest increase in their number in the last few years and the highest infant mortality rate. From the social point of view Poland differs from other countries in its low total expenditure on social protection in % of GDP and the lowest social benefits on children and family in % of total expenditure on social protection. Poland is also characterised by

a low employment rate of women and men, as well as a low percent of children in early childhood institutions.

Detailed instruments in the family policy range in the selected countries, represented by particular models of social policy (liberal model: Ireland and Great Britain, conservative model – France and Germany, social democratic model represented by Finland and Sweden, South European model – Greece and Italy, new members of the EU – Estonia and the Republic of Czech) are presented in the third chapter. This chapter contains the characteristics of those types of instruments which support maternity decisions and ensure a balance between work and family roles, social benefits connecting with childbirth, parental and institutional education for children. As the instances of the instruments consolidating families, the report presents solutions in the form of social benefits such as: family and child benefits, additional allowances and special allowances to family benefits, taxation system (relief and tax reduction for families with children) and development of social services for children and youth, especially early childhood institutions.

As far as the help for families in difficult conditions is concerned, the report presents special forms of benefits for multi-children families, incomplete families (a single-parent family), for families with disabled children, for dysfunctional family (particular for orphans), as well as forms of protection for low-income families.

This chapter closes with main conclusions and recommendations for Poland's family policy strategy in the three following spheres:

1/ maternity and parenthood; balance between work and family roles (WLB);

2/ childhood care and education;

3/ support for families with children in difficult conditions.

The fourth chapter is devoted entirely to the problems of family and family care. In today's expanding global world, not only fundamental values should be remembered, but also the basic and necessary elements of everyday life. The material covers the complex issues associated with decisions to start a family, the necessary medical care provided for women during prenatal, delivery and postnatal period. Subsection I contains a detailed analysis of the medical care provided for pregnant women in the selected countries of the European Union. Attention is put to a wide range of benefits available to women and a proper medical care for a mother and a child. Subsection II is devoted to the rights associated with parenthood. The wide range of

benefits for parents and a baby is shown in the detailed description of the perinatal care system used in some European countries. Subsection III gives the analysis of a profession of midwifery and education in this field in the selected countries of the European Union. Subsection IV refers to different health care systems in the European countries. Full support given to pregnant women, their families, and children is shown by pointing the direct relationship between the proper functioning of the medical care as a whole and the benefits of the pregnancy care. Poland's main objective is therefore adapting successful solutions used abroad into Polish system.

Chapter five contains information on current situation in the maternal and newborn health care in Poland. Although mothers and newborns enjoy very high standards of care in some hospitals, much is yet to be done to improve the situation in the many regions. The quality of the perinatal care system has deteriorated in recent years. Policies, and health care programmes should be elaborated in order to improve the antenatal, as well as the postnatal care. What is vital is a ready access to essential obstetric and newborn care, particularly where there are complications of pregnancy, labour and delivery. The Commissioner for Civil Rights Protection is working on the Charter of Rights for Women in Childbirth. The purpose of this initiative is to assist Ministry of Health in formulating its own policies and programmes for the improvement of perinatal healthcare in Poland.