



**RZECZPOSPOLITA POLSKA**  
**Rzecznik Praw Obywatelskich**

Warszawa, 17/12/2008r.

*Janusz KOCHANOWSKI*

**RPO-605036-X/08/JS/JŚ**

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00  
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

**Pani**  
**Ewa Kopacz**

**Minister Zdrowia**

***Wielce Szanowna Pani Minister***

W nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji w sprawach związanych z ochroną zdrowia matki i dziecka, przedkładam Pani Minister opracowaną w moim biurze Kartę Praw Kobiety Rodzącej wraz z załącznikiem zawierającym syntetyczne informacje na temat opieki okołoporodowej w wybranych krajach Unii Europejskiej. Karta, zarówno co do koncepcji, jak i 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 organizacji pozarządowych, w tym od niezwykle zasłużonej w dziele poprawy warunków macierzyństwa w Polsce, Fundacji „Rodzić po ludzku”.

Macierzyństwo w naszym kraju znajduje się pod szczególną ochroną prawną, dlatego polityka rodzinna państwa musi być skoordynowana z polityką zdrowotną nakierowaną na zapewnienie kompleksowej, czynnej, bezpłatnej, odpowiedniej do potrzeb opieki nad matką i dzieckiem.

Konstytucja RP w art. 18, wyraża obowiązek Rzeczypospolitej Polskiej ochrony i opieki nie tylko nad małżeństwem i rodziną, ale również macierzyństwem i rodzicielstwem.

Znaczącą wartość życia, jego planowania, a wreszcie właściwej opieki zarówno nad rodzicami (przyszłymi lub obecnymi), jak i nad dzieckiem przez cały okres jego życia, wyznaczają kolejne konstytucyjne zasady, w szczególności art. 38 Konstytucji RP, który przewiduje, iż Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia.

Konstytucja 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.

Zgodnie z art. 72 ust. 1 zd. 1 Konstytucji, Rzeczpospolita Polska, nakaz ochrony dobra dziecka stanowi podstawową nadrzędną zasadę polskiego systemu prawa rodzinnego, której podporządkowane są wszelkie regulacje w sferze stosunków pomiędzy rodzicami i dziećmi, w tym też mechanizmy prawne dotyczące zagadnień filiacyjnych. Pojęcie "praw dziecka" w przepisach Konstytucji należy rozumieć jako nakaz zapewnienia ochrony interesów małoletniego, który w praktyce sam może jej dochodzić w bardzo ograniczonym zakresie.

Dobro dziecka jest również eksponowane jako wartość szczególna w przepisach ratyfikowanej przez Polskę Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych z dnia 20 listopada 1989 r. o prawach dziecka (Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 ze zm.). W jej art. 3 ust. 1 wskazano, że "we wszystkich działaniach dotyczących dzieci, podejmowanych przez publiczne lub prywatne instytucje opieki społecznej, sądy, władze administracyjne lub ciała ustawodawcze, sprawą nadrzędną będzie najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka"; w art. 24 wymieniono prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób, zaś 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.

Oczywiście formy i rodzaje tej pomocy nie mogą być sprecyzowane w ustawie zasadniczej czy konwencji, jest to bowiem zadanie dla bieżącego ustawodawstwa.

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78) w art. 1 wskazuje, że prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej w granicach określonych w ustawie, przy czym, stosownie do art. 2, organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży.

Wyniki analiz napływających w 2007 roku do Rzecznika skarg i wniosków, wyniki prowadzonego w sposób ciągły monitoringu przestrzegania praw matki i dziecka do zdrowia we wszystkich jego wymiarach i uwarunkowaniach, konsultacje ze środowiskiem medycznym, a także treść odpowiedzi organów i instytucji państwa na wystąpienia RPO, umożliwiają zarysowanie obszarów, w których stan przestrzegania tych praw budzi szczególny niepokój.

### **Utrudnienia w dostępie kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do świadczeń medycznych**

W licznych placówkach ochrony zdrowia w Polsce zapewnia się dziś bardzo wysoki poziom opieki, jednak z przeprowadzonych w Biurze RPO analiz wynika, że jest jeszcze wiele do zrobienia, aby w całym kraju opieka nad kobietą w wieku rozrodczym, nad kobietą ciężarną i rodzącą oraz opieka nad noworodkiem była łatwo dostępna, kompetentna, udzielana w stosownym czasie, a promocja zdrowia i profilaktyka zagrożeń uzyskała rzeczywisty, a nie tylko deklarowany, priorytet.

Z opinii specjalistów, towarzystw naukowych ( Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Pediatryczne) organizacji pozarządowych ( Fundacja „Rodzić po ludzku”), a także z doniesień medialnych wynika, że w ostatnich latach 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.

Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006” przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Funduszem Ludnościowym Narodów Zjednoczonych (UNFPA) przynosi szereg informacji o niedostatkach w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce, zwłaszcza na tle innych krajów Unii Europejskiej:

- Opieka profilaktyczna nad ciężarną, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, jest w wielu rejonach 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 wypracowanego w latach 90-tych trójstopniowego systemu opieki perinatalnej, czego przyczyną jest niedostatek miejsc dla ciężarnych z ciążą patologiczną i miejsc intensywnej terapii noworodka
- W całym kraju oddziały neonatologii wykazują duże braki sprzętu wysokiej jakości (inkubatory, pompy infuzyjne, kardiomonitory), natomiast na oddziałach III stopnia opieki perinatalnej brakuje respiratorów i monitorów.

Wg opublikowanego w listopadzie 2008 r. Raportu Narodowego Instytutu Zdrowia - PZH, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, spadek umieralności niemowląt 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.

### **Pobieranie nienależnych opłat w związku z porodem**

W publicznych szpitalach nie są przestrzegane prawa pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem, w tym nie są powszechnie respektowane podstawowe zasady ubezpieczenia zdrowotnego wynikające z przepisów art. 65 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Rzecznik w wystąpieniu do Ministra Zdrowia wskazał, że naruszenie zasad polega między innymi na pobieraniu przez publiczne szpitale dodatkowych opłat za tzw. usługi ponadstandardowe, których katalog i ceny ustalane są przez poszczególne szpitale na podstawie zarządzeń ich kierowników. Do najczęściej pobieranych należą opłaty za: osobną salę do porodu, jednoosobowy pokój po porodzie; indywidualną opiekę medyczną podczas porodu, cesarskiego cięcia oraz po porodzie; poród rodzinny; znieczulenie zewnątrzoponowe. Pobieranie tych opłat stanowi niedopuszczalną pozaprawną praktykę publicznych szpitali, prowadzącą do wytworzenia podwójnych standardów opieki. Wewnętrzne regulacje kierowników poszczególnych publicznych szpitali nie mogą bowiem decydować o prawach pacjentów i ubezpieczonych.

Z odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia wynika przekonanie, że problem uzależniania świadczeń związanych z opieką okołoporodową od wniesienia przez ubezpieczonych opłat nie występuje, a w przypadku porodów rodzinnych szpital może pobierać opłaty z tytułu obecności w czasie porodu osoby bliskiej, jednak wysokość tych opłat nie może przekraczać kosztów ponoszonych przez szpital w związku z zapewnieniem realizacji tego prawa pacjenta.

W ponowionym wystąpieniu do nowego Ministra Zdrowia Rzecznik podkreślił konieczność pilnego rozwiązania problemu naruszania praw kobiet rodzących i ich dzieci. Za niezbędne uznał również opracowanie i upowszechnienie nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej, które zapewnią szczególny status kobiety rodzącej w systemie opieki zdrowotnej.

### **Dyskryminacyjne praktyki wobec położnych i kobiet wyrażających chęć urodzenia dziecka poza szpitalnym oddziałem położniczym**

W Polsce nie ma prawnych przeszkód do odbycia porodu poza szpitalnym oddziałem położniczym — w domu lub w tzw. izbie porodowej. W myśl art. 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 ze zm.), wykonywanie

zawodu położnej polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad kobietą kobietą ciężarną rodzącą i położnicą oraz noworodkiem. Do świadczeń zalicza się m.in.: przyjmowanie porodu siłami natury, podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, sprawowanie opieki nad matką i monitorowanie przebiegu okresu poporodowego, a także samodzielne udzielanie określonych świadczeń - zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

Podobny zakres świadczeń gwarantuje położnym art. 42 ust. 2 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Tymczasem przepisy wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.), dotyczą wyłącznie pomieszczeń i urządzeń szpitala, w ramach którego funkcjonuje oddział położniczy. Na tej podstawie Narodowy Fundusz Zdrowia odmawia podpisania umowy na świadczenia z jedyną w Polsce izbą porodową w Lędzinach.

W tym stanie rzeczy, niezależność i samodzielność położnej w zakresie prowadzenia i przyjęcia porodu fizjologicznego, gwarantowana w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, nie znajduje potwierdzenia w innych przepisach i w efekcie prowadzi do ograniczania roli położnej w prowadzeniu pozaszpitalnej opieki okołoporodowej, która wydaje się bardzo efektywna, pożądana przez kobiety, ograniczająca nadto koszty i negatywne konsekwencje medykalizacji porodu.

Zasygnalizowane powyżej, negatywne zjawiska, nie mogą być postrzegane tylko w wymiarach: prawnym, medycznym i moralnym.

W Polsce, ze względu na nasilony, pogłębiający się od dziesięciu lat proces depopulacji, szczególnego znaczenia nabiera wymóg zapewnienia pełnej opieki nad matką i dzieckiem, leży to 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 i wyniesie łącznie 35 993 069 mieszkańców. W tym samym okresie liczba dzieci w wieku 0 - 17 lat zmniejszy się o 1 855 820 a liczba kobiet w wieku rozrodczym ( 15-49 lat) zmaleje o 2 487 711. Jednocześnie liczba osób w wieku powyżej 65 roku

życia wzrosnąć 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.

W moim przekonaniu 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.

Nie widzę 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 znajduję 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.

Na podstawie art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (jt. Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o uwzględnienie powyższych spostrzeżeń oraz Karty Praw Kobiety Rodzącej, w pracach nad budową w Polsce systemu opieki nad matką i dzieckiem.

***Łączę wyrazy szacunku***

***/-/ Janusz Kochanowski***