



Warszawa, 14-11-2024 r.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Marcin Wiącek

V.7010.68.2024.ETP

Pani

Izabela Leszczyna

Minister Zdrowia

via ePUAP

Szanowna Pani Minister,

art. 68 Konstytucji RP, formułujący prawo do ochrony zdrowia, nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w stosunku m.in. do kobiet ciężarnych i dzieci – obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej.

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego w odniesieniu do pojęcia „szczególnej opieki zdrowotnej”, można dostrzec, że podstawowe znaczenie w tym zakresie mają trzy następujące ustalenia. Po pierwsze, szczególna opieka zdrowotna *ex definitione* wykracza poza sferę zwykłej, powszechnej opieki zdrowotnej, powinna więc być wzmożona, intensywniejsza lub bardziej wyspecjalizowana, czyli dostosowana do specyfiki potrzeb charakterystycznych dla danej grupy podmiotów. Po drugie, celem opieki zdrowotnej jest nie tylko leczenie i rehabilitacja, ale również dbałość o zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom. Stąd należy wnosić, że szczególna opieka zdrowotna konstytucyjnie przewidziana dla kobiet ciężarnych nie powinna być sprowadzana jedynie do świadczeń bezpośrednio związanych z samym porodem ani świadczeń zdrowotnych przysługujących tylko w razie wystąpienia choroby lub urazów, lecz powinna obejmować także, wykonywane w dobrym stanie ogólnym zdrowia kobiety ciężarnej, badania diagnostyczne i profilaktyczne. Po trzecie, jeśli np. wymóg zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej będzie rozpatrywany w odniesieniu do jego podstawowego komponentu, jakim są świadczenia opieki zdrowotnej, to już na tej tylko płaszczyźnie (w kontekście normy sformułowanej w art. 68 ust. 2 Konstytucji) należy zauważyć, że owa "szczegółność" dotyczyć może (łącznie

albo rozłącznie): warunków, zakresu, dostępu lub finansowania tych świadczeń, które przysługują kobietom ciężarnym¹.

Wobec powyższego, szczególna opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży powinna odnosić się do całego okresu okołoporodowego. Warunki i zakres świadczeń określa ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych². Z kolei standard opieki okołoporodowej³ mówi zaś m.in. o respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem.

Mając na względzie te, szczególne, obowiązki państwa co do zapewnienia opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym i dzieciom, pragnę nawiązać do ostatniego posiedzenia Komisji Ekspertów ds. Zdrowia działającej przy moim Urzędzie⁴ i przedstawić Pani Minister zasadnicze wnioski wynikające z przeprowadzonej podczas niego dyskusji. Uczestniczący w nim eksperci, w tym przedstawiciele organizacji pozarządowych, wskazali na istotne problemy w przestrzeganiu praw kobiet ciężarnych i rodzących oraz nieefektywne funkcjonowanie standardu opieki okołoporodowej.

1. Interwencje medyczne bez zgody

Z art. 32 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁵, wynika, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Analogiczna regulacja zawarta jest w art. 16 ustawy o prawach pacjenta⁶. Przepis ten stanowi, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9. Podobne regulacje (zobowiązujące do każdorazowego uzyskania zgody rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegów i badań) obecne są w standardzie opieki okołoporodowej. Jak

¹ Zob. wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., sygn. K 24/07.

² tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 146.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (tj. Dz.U. z 2023 r., poz.1324, dalej: „standard opieki okołoporodowej”).

⁴ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-posiedzenie-ke-zdrowia-21-lutego-2024-opieka-okoloporodowa>

⁵ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, dalej: „ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty”).

⁶ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 58, dalej: „ustawa o prawach pacjenta”).

jednak wynika z informacji przedstawionych przez Fundację Rodzić po Ludzku, normy wpływające z przywołanych przepisów nie są w pełni szanowane wobec kobiet ciężarnych. Dochodzi do sytuacji, w których przed udzieleniem świadczeń związanych z porodem pacjentki nie są pytane o zgodę na: wywołanie porodu, na podanie oksytocyny czy wykonanie badania wewnętrznego.

2. Pozycje wertykalne – brak swobody ruchu w porodzie, zwłaszcza w II okresie porodu

Zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej kobieta rodząca ma prawo do wyboru swobodnej pozycji w porodzie, a w II okresie porodu należy umożliwić rodzącej przyjmowanie pozycji, które uznaje ona za najwygodniejsze.

Tymczasem z danych przedstawionych przez Fundację Rodzić po Ludzku wynika, że w II okresie porodu (w czasie rodzenia główki) część rodzących była płasko na plecach (aż 31%) – co nie stanowi pozycji wertykalnej wspierającej kobietę w porodzie, a decyzja podejmowana o zamianie pozycji w II okresie porodu w większości nie była podejmowana przez rodzące, tylko doradzana przez położną lub lekarza (52%). Niepokojące jest również to, że tylko w niewielu przypadkach rodzące decydowały same o pozycjach podczas porodu (12 %), a dochodziło też do sytuacji, w których pacjentki w ogóle nie mogły o nich decydować (16%).

3. Przerwany kontakt „skóra do skóry”

Podobnie niepokojące dane, które zebrała Fundacja, odnoszą się do realizacji elementu standardu opieki okołoporodowej przewidującego, że bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, trwający dwie godziny po porodzie. Zgodnie ze standardem dopuszczalne jest przerwanie kontaktu „skóra do skóry”, ale tylko w wyjątkowych przypadkach, tj. w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej. W wielu przypadkach (42%) nieprzerwany kontakt dziecka z matką „skóra do skóry”, trwający dwie godziny po porodzie lub dłuższej nie został jednak zapewniony, przy czym zasadnicze powody takiego stanu rzeczy nie mieszczą się w ramach wyłączenia przewidzianego standardem. Najlichniesze dotyczyły ważenia i mierzenia (54%) oraz ubrania dziecka (21%). Dopiero w dalszej kolejności występują powody przerwania kontaktu „skóra do skóry” z uwagi na stan zdrowia dziecka (20%), czy złe samopoczucie matki (9%), które można uzasadnić okolicznościami wskazanymi w standardzie opieki okołoporodowej.

4. Naruszenie godności – przemoc położnicza i ginekologiczna

Zgodnie z prezentowanymi przez Fundację Rodzić po Ludzku danymi, kobiety w większości (60%) potwierdzają, że miały plan porodu, który jest składany w momencie przyjęcia do szpitala i stanowi część dokumentacji medycznej. Jednocześnie 40% kobiet wskazuje, że brak było omówienia planu porodu. Wobec czego, plan ten stanowił jedynie „martwą część” dokumentacji medycznej. Kolejną grupę stanowią kobiety – aż 39 %, które nie posiadały planu porodu i zostały pozostawione bez omówienia oczekiwań dotyczących porodu i opieki po porodzie.

Niezwykłe niepokojące są sygnały, jakie wpływają do Fundacji Rodzić po Ludzku od kobiet rodzących, wskazujące na to, że doświadczały bardzo trudnych i traumatycznych dla nich sytuacji, tj. szantażu zdrowiem dziecka lub rodzącej (791), wyśmiewania (1611), groźby (167), szturchnięcia (59), na siłę rozkładano im nogi przy parciu (414), policzkowania (10), przywiązywania nogi do łóżka porodowego (81) oraz innych przykrych sytuacji (1922).

Dochodziło również do sytuacji, w których zachowanie personelu medycznego lub organizacja opieki w szpitalu spowodowała, że rodząca czuła się: zawstydzona, zignorowana, wyśmiana czy poniżona (23%).

5. Wsparcie laktacyjne

W każdym momencie, w którym kobieta w ciąży, po porodzie i w całym okresie laktacji, jak również jej dziecko/dzieci karmione piersią lub mlekiem kobiecym mają styczność z systemem opieki zdrowotnej, powinni mieć zapewnioną opiekę uwzględniającą ten fakt, czyli opiekę laktacyjną. W tym zakresie, za niezbędne uznano potrzebę działań na wielu płaszczyznach, które zostały przedstawione w „Raporcie z monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce za lata 2018-2022” opublikowanym przez Stowarzyszenie Małyssak⁷. Wnioski wypływające z tego raportu wskazują, że do obszarów wymagających zmian w opiece laktacyjnej należy zaliczyć:

- **opiekę w ciąży i edukację przedporodową** – tylko 31,4 % kobiet uzyskało w ciąży jakąkolwiek wiedzę o karmieniu piersią od położnej środowiskowo-rodzinnej, w tym co trzecia z nich oceniła przygotowanie

⁷ <https://malyszak.pl/raport-monitoring-opieki-laktacyjnej-2023/> [dostęp: 30.10.2024 r.].

do karmienia piersią w ramach edukacji przedporodowej za niewystarczające;

- **opiekę okołoporodową w szpitalu** – zważenie, zmierzenie bądź ubranie noworodka było przyczyną przerwania kontaktu „skóra do skóry”, co uniemożliwiało optymalną inicjację laktacji z powodu nieuzasadnionych medycznie procedur, co drugiego noworodka dokarmiono mieszanką, u dokarmianych noworodków podanie mieszanki nastąpiło już w ich 1 lub 2 dobie życia oraz pomoc czy wskazówki w karmieniu piersią otrzymało od całego personelu szpitala tylko 16 % kobiet. Nadto, aż 87,6 % kobiet nie zostało poinstruowanych, jak odciągać ręcznie mleko – siarę.
- **opiekę położnej środowiskowo-rodzinnej** – położna środowiskowo-rodzinna to pierwsza osoba, która odwiedza matkę i dziecko w domu po porodzie i może udzielić porady laktacyjnej. Tylko 20,3 % kobiet, opisując zadania położnej środowiskowo-rodzinnej, bezpośrednio wskazało wsparcie w karmieniu piersią. Nie zawsze dostępne są wizyty patronażowe położnej środowiskowo-rodzinnej – 8,5 % kobiet nie miało żadnej, 12,6 % kobiet tylko jedną (a powinno odbyć się ich od 4 do 6). Oszacowana średnia liczba wizyt na urodzone dziecko np. w woj. mazowieckim wyniosła poniżej trzech. Po zakończeniu wizyt patronażowych kobieta może uzyskać poradę laktacyjną u położnej w gabinecie. Jednak osobisty kontakt z położną po patronażu miało tylko 10 % kobiet. Brak jest ścieżki, na którą kobiety mogłyby być kierowane, gdy wystąpią trudności z karmieniem piersią wymagające specjalistycznej porady laktacyjnej. Wciąż zbyt często kobiety nie otrzymują wsparcia w karmieniu piersią;
- **poradnictwo laktacyjne i wsparcie niemedyce** – porada laktacyjna położnej środowiskowo-rodzinnej nie jest odrębnie refundowanym przez NFZ świadczeniem, np. jak edukacja przedporodowa. Obecnie poradnictwo laktacyjne w systemie ochrony zdrowia jest przypisane wyłącznie do zakresu obowiązków położnych środowiskowo-rodzinnych, a nie uwzględnia się osób, które mogłyby wspierać w aspektach niemedyce w karmieniu piersią uzupełniając pracę personelu (np. jak asystenci zdrowienia w opiece psychiatrycznej);
- **ochronę matek i dzieci przed wpływami komercyjnymi** – 41% kobiet otrzymało w szpitalu po porodzie materiały edukacyjne/ulotki/akcesoria dot. karmienia lub służące do karmienia dziecka, z czego prawie połowa dotyczyła mieszanek. Należy zwrócić szczególną uwagę, że przekazywanie

kobietom materiałów marketingowych, preparatów do początkowego żywienia niemowląt i ich próbek narusza przepisy prawa żywnościowego i standard opieki okołoporodowej. W kontekście związanym z opieką okołoporodową, w tym edukacją przedporodową wspomnieć należy zwłaszcza o przepisach zawartych w standardzie opieki okołoporodowej, zakazujących podmiotom wykonującym działalność leczniczą prowadzącym edukację przedporodową prowadzenia działań reklamowych lub marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotami służącymi do karmienia niemowląt (IV. Edukacja przedporodowa, ust. 7.), jak również zakazujących prowadzenia takich działań w podmiocie wykonującym działalność leczniczą sprawującym opiekę nad kobietami w okresie ciąży, po porodzie i noworodkami (XIII. Opieka nad noworodkiem, ust. 3. pkt 10.). Dodać należy, że wyraźny zakaz przekazywania preparatów do początkowego żywienia niemowląt oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt, ich próbek lub innych przedmiotów tego typu (bezpłatnie lub po obniżonej cenie), przez producentów i dystrybutorów ogółowi społeczeństwa, kobietom w ciąży, matkom i członkom ich rodzin, czy to bezpośrednio, czy też za pośrednictwem służby zdrowia lub pracowników służby zdrowia przewidziany został w przepisach prawa żywnościowego (art. 25 ust. 2 pkt 3 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia⁸), na gruncie których takie działania stanowią wykroczenie (art. 100, art.101). W celu ochrony opiekunów i ich dzieci przed szkodliwymi praktykami marketingowymi oraz ochrony karmienia piersią, podmioty lecznicze (szpitale z oddziałami położniczymi i neonatologicznymi oraz POZ) powinni uwzględnić w szczególności w ramach dobrych praktyk zapisy Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiety wraz z następującymi po nim rezolucjami WHO (dalej: Kodeks WHO)⁹, łącznie z Wytocznymi WHO z 2016 r. w sprawie zakończenia niewłaściwej promocji żywności dla niemowląt i

⁸ Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (tj. Dz.U. z 2023, poz.1448, dalej: „ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia”).

⁹ WHO, *The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes 1981 and subsequent relevant World Health Assembly Resolutions*, <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/code-and-subsequent-resolutions>.

małych dzieci¹⁰ (dalej: Wytyczne WHO z 2016 r.). Jak również uznano za niezbędne pełne wdrożenie do prawa polskiego kodeksu WHO (wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r.) i przepisów go wdrażających¹¹. Obowiązujące w Polsce przepisy nie chronią w pełni kobiet w ciąży, matek i dzieci, innych opiekunów przed marketingiem żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz produktów pokrewnych;

- **opiekę medyczną nad kobietą w okresie laktacji** – dochodziło do sytuacji, w których kobiety spotykały osoby z personelu medycznego, które powielaly niezgodne z aktualną wiedzą, a czasem szkodliwe dla karmienia piersią informacje. Zdarzało się, że ginekolodzy lub onkolodzy odmawiali skierowania na badanie USG piersi nawet kobietom z grupy ryzyka, które powinny być badane regularnie i częściej niż przeciętnie. Nadto kobiety słyszały naruszające ich godność komentarze o karmieniu piersią.

6. Trauma porodowa

Eksperci zwrócili uwagę, że obecnie, depresja czy trauma porodowa nie są w sposób właściwy diagnozowane i oceniane, bowiem standard opieki okołoporodowej w sposób niewystarczający daje narzędzie do takiej oceny, np. przy pomocy kwestionariusza. Taka procedura jest nieadekwatna dla osób, które wymagają pilnej interwencji psychologicznej.

W dalszym ciągu dostrzegalny jest brak jednoznacznego zakazu umieszczania kobiet w sytuacjach szczególnych, m.in. w razie poronienia lub urodzenia martwego dziecka z innymi pacjentkami, przez co nie zapewnia się kobietom niezbędnych warunków, które zapobiegałyby pogłębianiu traumy pacjentek.

7. Znieczulenie okołoporodowe

Kwestią wciąż aktualną pozostaje niski odsetek znieczuleń okołoporodowych na terenie kraju. Jednocześnie zostało podkreślone przez ekspertów, że jedynym skutecznym znieczuleniem podczas porodu jest znieczulenie zewnątrzoponowe.

¹⁰ WHO, *Maternal, infant and young child nutrition. Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children*, A69/7 Add. 1 2016, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf?ua=1 [dostęp: 31.10.2024 r.].

¹¹ <https://malyssak.pl/petycja-2023-2024/> [dostęp: 31.10.2024 r.].

Istotne są przy tym opłacalność zatrudniania anestezjologów oraz przestrzeganie przepisów o minimalnej ich liczbie. Wiele podmiotów posiadających salę wybudzeń, sale pooperacyjne i sale porodowe, gdzie powinien być oddzielny anestezjolog na każdy z tych punktów, posiada wyłącznie jednego anestezjologa, który nie jest w stanie wykonać znieczuleń w większym zakresie.

Wątpliwości budzą obecne zasady pracy anestezjologów. Podawano przy tym przykłady innych krajów np. Wielkiej Brytanii, gdzie anestezjolog wykonuje znieczulenie, a jeżeli przebiega ono bezproblemowo dalej jest ono prowadzone przez odpowiednio przeszkoloną w tym zakresie położną czy pielęgniarkę.

8. Podwyższenie wycen za procedury okołoporodowe (poród)

Realizacja zapisów standardu nakłada na personel medyczny duże obciążenia. Natomiast obecna wycena może nie odzwierciedlać rzeczywistych kosztów ponoszonych przez szpitale. To przekłada się na liczbę zatrudnionego personelu medycznego, co prowadzi do sytuacji, w której położne mają pod swoją opieką zbyt dużą liczbę pacjentek. W takim kontekście trudno mówić o indywidualnym podejściu i o opiece wysokiej jakości - czasem położne na oddziale położniczym muszą zajmować się jednocześnie ponad dwudziestoma pacjentkami.

9. Standard opieki okołoporodowej

Zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej, podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań, o których mowa powyżej, określa regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Przy czym, nie występuje dookreślenie do kiedy podmioty mają ustalić wskaźniki opieki okołoporodowej, jak również brak jest instrumentów, które narzucałyby sankcje, gdy podmioty nie będą monitorować wskaźników opieki okołoporodowej. Dochodzi do sytuacji, w których podmiot leczniczy nie posiada ustalonych wskaźników opieki okołoporodowej, bądź jest w trakcie ich opracowywania, co również przekłada się na brak ich monitorowania.

Podobnie prezentuje się sytuacja w przypadku tworzenia trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, który nie jest opracowywany przez wszystkie placówki medyczne i brak jest sankcji za niewdrożenie go.

Mając na uwadze powyższe podnieść należy, że standard opieki okołoporodowej nie przewiduje sankcji za jego nieznajomość czy nieprzestrzeganie przez personel medyczny oraz podmioty lecznicze. Szpitalom nie grożą z tego tytułu żadne sankcje finansowe. Niedostateczny monitoring realizacji standardów opieki okołoporodowej oraz brak konsekwencji za ich naruszenia stanowią jedną z najistotniejszych przyczyn obecnej sytuacji w opiece okołoporodowej.

W kontekście powyższego, wątpliwość może budzić to, czy standard opieki okołoporodowej jako akt prawny w sposób pełny doprowadził do osiągnięcia zakładanych celów, tj. ujednolicenia organizacji i zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w okresie ciąży, porodu, połogu i opieki nad noworodkiem we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, poprawę jakości opieki okołoporodowej oraz poprawę komfortu i bezpieczeństwa rodzących oraz ich dzieci.

10. Rekomendacje

Powyższe zagadnienia zostały przedstawione w postaci rekomendacji pt. „Pakiet dla poprawy opieki okołoporodowej Fundacji Rodzić po Ludzku”¹², postulujący w szczególności:

- podwyższenie wycen za procedury okołoporodowe (poród);
- podwyższenie wycen za procedury dla położnych POZ;
- zagwarantowanie dostępności do znieczulenia zewnątrzoponowego - zmiany w standardzie;
- finansowanie badania genetycznego dla kobiet doświadczających poronienia;
- wprowadzenie obowiązkowych cyklicznych szkoleń dla pracowników medycznych zajmujących się kobietami w sytuacjach szczególnych;
- wprowadzenie bezwzględnego zakazu umieszczania kobiet po poronieniu lub martwym urodzeniu w salach szpitalnych razem z

¹² <https://malyssak.pl/raport-monitoring-opieki-laktacyjnej-2023/s://rodzicpoludzku.pl/wp-content/uploads/2024/02/PAKIET-OKOLOPORODOWY.pdf> [dostęp: 30.10.2024 r.].

kobietami w okresie ciąży bądź kobietami w połogu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka;

- wprowadzenie do ustawy o prawach pacjenta rozdziału dotyczącego prawa do godnego porodu i godnej opieki;
- procedury antymobbingowe dla personelu medycznego;
- wprowadzenie obowiązkowych cyklicznych szkoleń dla personelu medycznego dotyczące przeciwdziałaniu przemocy i dyskryminacji;
- wprowadzenie mechanizmów kontroli realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej;
- wzmocnienie roli położnej w systemie poprzez m.in. realne umożliwienie sprawowania opieki nad kobietą w ciąży przez położną, wypracowanie norm zatrudnienia dla placówek położniczych i na oddziałach, promowanie zatrudniania położnych na oddziałach obejmujących opieką noworodki i kobiety, wprowadzenie rozwiązań prawnych umożliwiających opiekę położnych POZ w sytuacji narodzin wcześniaka oraz wydłużenie wizyt patronażowych co najmniej do 6 miesiąca po porodzie, wizyta dotycząca żywienia dziecka, czynniki ryzyka depresji poporodowej;
- wspieranie laktacji poprzez m.in. powołanie krajowego konsultanta ds. laktacji, stworzenie programu wspierania laktacji w zabezpieczeniu finansowym, wprowadzenie rozszerzonej porady laktacyjnej jako procedury w ramach powszechnego ubezpieczenia, zmiany legislacyjne dotyczące opieki po położnej POZ - wizyty patronażowe do końca laktacji;
- opracowanie kompleksowej polityki poprawy opieki okołoporodowej;
- dostępność do opieki ginekologiczno-położniczej dla kobiet z niepełnosprawnościami.

11. Podsumowanie

Problemy w opiece okołoporodowej były sygnalizowane przez Rzecznika Praw Obywatelskich na przestrzeni wielu ostatnich lat. Wśród poruszanych w wystąpieniach do kolejnych Ministrów Zdrowia znalazły się m.in. kwestie poszanowania praw pacjentek do godności i intymności (w odniesieniu do warunków udzielania świadczeń, możliwości wyboru płci lekarza), modelu porodu fizjologicznego versus jego medykalizacji, karmienia naturalnego, tzw. kangurowania czy uwarunkowań

prawnych funkcjonowania standardów opieki okołoporodowej¹³. W niedawnej korespondencji kierowanej do Ministerstwa Zdrowia podniosłem również problem dostępu do znieczulenia podczas porodu¹⁴. Przedstawiłem wówczas, że jak wynika z przekazanych przez Fundusz danych, **w ponad połowie funkcjonujących na terenie kraju porodówek nie wykonano w 2022 r. ani jednego znieczulenia zewnątrzoponowego w trakcie porodów**. W kolejnych kilkudziesięciu liczba wykonanych znieczuleń była znikoma (po kilka). W skali kraju odsetek porodów ze znieczuleniem stanowi zaledwie 14%. Z docierających do mnie sygnałów wynika, że w 2023 roku zaledwie 17 % porodów naturalnych było w Polsce znieczulanych¹⁵. Z pewnym zadowoleniem należy przyjąć wprowadzenie zachęt dla szpitali, w wyniku których będą premiowane podmioty, jeśli zapewnią znieczulenie zewnątrzoponowe lub (w uzasadnionych przypadkach) znieczulenie podpajęczynówkowe przy co najmniej 10 % wszystkich porodów naturalnych oraz powołanie Zespołu ds. bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet¹⁶. Niemniej jednak, brak jest dostępnych informacji, jak wskazane działania wpłynęły na zwiększenie dostępności do znieczulenia w czasie porodu.

Wobec powyższego, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 1264), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o enumeratywne i szczegółowe ustosunkowanie się do przedstawionych problemów i rekomendacji w obszarze opieki okołoporodowej oraz przedstawienie podjętych, jak i planowanych przez resort zdrowia, działań w celu poprawy sytuacji, w szczególności efektywności przepisów określających standard opieki okołoporodowej. Będę również niezmiernie wdzięczny za informacje o bieżących efektach wprowadzenia mechanizmów zachęt dla podmiotów leczniczych i pracy Zespołu do spraw bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, w szczególności w odniesieniu do poprawy dostępności do znieczulenia zewnątrzoponowego w trakcie porodu.

Z poważaniem

Marcin Wiącek

¹³ Pismo z dnia 11 kwietnia 2017 r., V.7010.112.2015.EO.

¹⁴ Pismo z dnia 21 sierpnia 2023 r., V.7010.100.2023.ETP.

¹⁵ <https://www.isbzdrowie.pl/2024/07/resort-zdrowia-szykuje-zmiany-w-ginekologii/> [dostęp: 5.11.2024 r.]

¹⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/znieczulenie-okoloporodowe>

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-wydano i podpisano elektronicznie/