

# **Pielęgniarki i położne w wystąpieniach Rzecznika Praw Obywatelskich**

**Publikacja z okazji Międzynarodowego Dnia  
Pielęgniarek i Położnych**



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

**Warszawa, 12 maja 2017 r.**



## **Spis treści**

<b>Wstęp Rzecznika Praw Obywatelskich .....</b>	<b>5</b>
<b>Problemy i postulaty środowiska pielęgniarek i położnych.....</b>	<b>9</b>
<b>Pielęgniarki i położne w wystąpieniach Rzecznika Praw Obywatelskich VII kadencji.....</b>	<b>13</b>
<b>Pielęgniarki i położne w wystąpieniach Rzecznika Praw Obywatelskich w latach 2000-2015 (wybór wystąpień) .....</b>	<b>33</b>



Sprawując funkcję Rzecznika Praw Obywatelskich szczególną uwagę zwracam na sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia we wszystkich jego aspektach. Pomocą w diagnozowaniu problemów systemowych w ochronie zdrowia służy mi powołana w ubiegłym roku, działająca przy urzędzie Rzecznika Praw Obywatelskich, Komisja Ekspertów ds. Zdrowia. Cennych uwag i spostrzeżeń dostarczają mi też sami pacjenci, reprezentujące ich organizacje społeczne, prawnicy, środowisko akademickie oraz przedstawiciele zawodów medycznych.

Nie budzi wątpliwości, że prawidłowe działanie systemu opieki zdrowotnej oparte jest na fundamencie, jaki stanowi profesjonalny personel medyczny. Na przestrzeni ostatnich kilku miesięcy odbyły się w moim Biurze spotkania z przedstawicielami Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Konsultant krajową w dziedzinie pielęgniarstwa oraz przedstawicielami okręgowych izb pielęgniarek i położnych.

Mając na uwadze przypadający w dniu 12 maja Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych muszę podkreślić, że zarówno mi, jak i Rzecznikom Praw Obywatelskich poprzednich kadencji bliskie były kwestie zawodowe pielęgniarek i położnych. Sygnalizowaliśmy decydentom problemy pielęgniarek i położnych dotyczące nieadekwatnego do wymagań i obowiązków wynagrodzenia oraz stale malejącej liczby przedstawicieli tych zawodów. Kwestie te niestety w dalszym ciągu są aktualne.

Tym niemniej, podczas ostatnich spotkań w gronie środowiska pielęgniarek i położnych zasygnalizowano mi szereg innych ważkich kwestii, które z jednej strony wywierają niekorzystny wpływ na warunki wykonywania zawodów, a z drugiej - stanowią zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów.

Podstawową kwestią, jaka pojawiła się w dyskusji o zawodzie pielęgniarki i położnej, jest nieokreślona precyzyjnie liczba osób wykonujących te zawody oraz mających prawo ich wykonywania, ale obecnie biernych zawodowo lub wykonujących inną pracę. Z racji faktu, że władze publiczne (jak Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy zawodowe) posługują się różnymi kryteriami podczas liczenia pielęgniarek i położnych, opinii publicznej i samym zainteresowanym podawane są różne dane. Okoliczność ta może mieć dezorganizujący wpływ na podejmowanie działań systemowych na rzecz zainteresowanego środowiska.

Niekorzystną tendencją jest fakt, że pomimo znacznej liczby młodych osób, które kończą wydziały pielęgniarstwa, tylko niewielki procent absolwentów podejmuje pracę w zawodzie. Z danych samorządu zawodowego pielęgniarzek i położnych wynika, że np. w 2015 r. na około siedem tysięcy absolwentów w izbach pielęgniarzek i położnych zarejestrowało się trzy tysiące dwieście dziewiętnaście osób, a pracę w zawodzie podjęło tysiąc dwieście sześć osób. Niemal powszechną wiedzę stanowi okoliczność, że czynnikami, które wpływają na niepodjęcie pracy w zawodzie, a nawet nieubieganie się o wpis na listę osób mających prawo wykonywania zawodu są: niskie płace, nadmiar trudnych obowiązków zawodowych, brak przewidywalnej drogi zawodowej z możliwością awansu, oraz obciążenie w pracy czynnościami i zadaniami, które niekoniecznie muszą być wykonywane przez osoby z wykształceniem medycznym (np. transport chorych).

Środowisko pielęgniarzek i położnych w chwili obecnej mierzy się z problemem braku zastępowalności pokoleń w tych zawodach. Tym samym brakuje już czasu na dyskusje o starzeniu się przedstawicieli tych zawodów – już teraz konieczne jest podjęcie strategicznych działań. Ponadto w ciągu następnych czterech lat z zawodu, m.in. z racji nabycia uprawnień emerytalnych, odejdzie osiemdziesiąt tysięcy pielęgniarzek. Bez zmiany podejścia do wynagradzania pielęgniarzek i położnych może dojść do sytuacji, w której nie będzie komu zastąpić odchodzącej z zawodu kadry. W chwili obecnej środowisko pielęgniarckie jest w stanie wskazać oddziały, w których tylko jedna pielęgniarka przypada na trzydziestu lub nawet czterdziestu pacjentów. Taki stan stwarza zagrożenie dla życia pacjenta i czyni pracę pielęgniarki niewykonalną. Jednocześnie „normą” jest, że pielęgniarki pracują na dwóch lub trzech etatach. Należy przyjąć, że w przypadku, gdyby ograniczyły się do pracy w jednym miejscu lub na jednym etacie, system ochrony zdrowia mógłby w zasadzie przestać funkcjonować, bo nastąpiłby notoryczny brak pielęgniarzek. Doszliśmy zatem do etapu, w którym wieloetatowość stała się normą, dzięki której w ogóle cały system jest w stanie funkcjonować.

Z kolei w przypadku położnych, jak wskazywały przedstawicielki środowiska, osobnym problemem zawodowym jest praktyczne sprowadzenie ich do roli „podwykonawcy” poleceń lekarskich. Tracą one tym samym prawnie gwarantowaną samodzielność wykonywania zawodu.

W pojawiających się głosach środowiska oraz ekspertów zwrócono uwagę, że długofalowe działania na rzecz poprawy istniejącego stanu rzeczy powinny obejmować etap od rozpoczęcia kształcenia zawodowego przez

studenta pielęgniarstwa czy położnictwa do długoletniego wykonywania zawodu. Należy w sposób przemyślany finansować z krajowych środków publicznych uczelnie i wydziały pielęgniarstwa i już od tego etapu budować przyszłość zawodową pielęgniarek i położnych. Absolwenci zawodów powinni w momencie opuszczania uczelni znać swoją drogę w zawodzie wraz z możliwością awansu i rozwoju finansowego oraz zawodowego. Temu powinny towarzyszyć staranne działania organów władz publicznych wzmacniające etos tego niezwykle pięknego zawodu.

Pomocnym instrumentem byłoby też dokonanie wyceny świadczeń usług pielęgniarских i położniczych w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Formalna wycena tych usług mogłaby przyczynić się do poprawy stabilności wykonywania pracy w tych zawodach.

Z powyższych względów, pragnę zainicjować publiczną dyskusję na temat przyszłości zawodów pielęgniarek i położnych. Chciałbym, aby tegoroczny Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych stał się przyczynkiem do podjęcia przez decydentów konkretnych działań systemowych na rzecz całościowej i długofalowej poprawy wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. Jak już wskazałem, przedstawiciele tych zawodów stanowią fundament sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia. Niestety, fundament ten, mając niedostateczne wsparcie ze strony władz publicznych, nie może pełnić swoich funkcji w prawidłowy sposób. O zmianę tego stanu rzeczy gorąco więc apeluję do wszystkich organów i instytucji publicznych odpowiadających za tworzenie i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Równocześnie pozostaję otwarty na sygnały innych środowisk medycznych. Zachęcam do przekazywania mi nurtujących Państwa problemów.

Pamiętajmy – ochrona naszego zdrowia w równym stopniu zależy od umiejętności, satysfakcji zawodowej oraz komfortu pracy lekarzy, jak i pielęgniarek i położnych.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bodor'. The letters are stylized and cursive, with a large initial 'B' and a smaller 'd'.





***W dniu 12 kwietnia 2017 r. odbyło się posiedzenie Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, podczas którego Rzecznik Praw Obywatelskich spotkał się z przedstawicielami Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Konsultant krajową w dziedzinie pielęgniarstwa. Podczas tego spotkania środowisko pielęgniarek i położnych zasygnalizowało Rzecznikowi szereg problemów, z którymi boryka się na bieżąco.***

***Poniżej najważniejsze problemy i postulaty środowiska.***

1. Podjęcie realnych działań na rzecz poprawy wynagradzania pielęgniarek i położnych:
  - niezbędne jest dokonywanie sukcesywnej poprawy wynagradzania pielęgniarek i położnych za wykonywaną pracę;
  - proponowane przez stronę rządową podwyżki typu „4 x 400 zł brutto” nie spełnią swojej funkcji tzn. nie zatrzymają pielęgniarek i położnych w zawodzie.
2. Zmiana obowiązujących minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek zawartych w przepisach wykonawczych. Sposób ustalania norm nie gwarantuje m.in. bezpieczeństwa pacjenta i jednakowego średniego dobowego czasu udzielania świadczeń pielęgniarstkich. Obowiązujące normy umożliwią dyrektorom szpitali dowolność w określaniu minimalnych norm zatrudnienia tego personelu.
3. Istotne jest zachowanie wysokiego poziomu kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych, m.in. z uwagi na dodawane im nowe obowiązki zawodowe, np. w zakresie e-zdrowia:
  - celowe jest dbanie o racjonalne dofinansowywanie uczelni z krajowych środków finansowych (vide inne, nie zawsze korzystne dla podmiotu, zasady rozliczania środków unijnych) oraz bazę praktycznego kształcenia zawodowego (np. dbanie o dostęp studentów do szpitali i odbywanych zajęć praktycznych);
  - pomocnym instrumentem w utrzymaniu wysokiego poziomu kształcenia byłaby np. rządowa akredytacja ośrodków kształcenia, gwarantująca że kształcenie zawodowe prowadzą podmioty odpowiednio do tego przygotowane;

- zawód pielęgniarki i położnej mógłby zostać potraktowany jako tzw. „zawód zamawialny”. Oznacza to, że władze publiczne powinny policzyć, ile w określonej perspektywie czasowej jest potrzebnych pielęgniarek i położnych i dążyć do uzyskania na rynku tej liczby aktywnych zawodowo osób.
4. Należy dążyć do odzyskania do wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych biernych zawodowo lub wykonujących inne prace:
    - w tym zakresie należy też kierować działania na zwiększenie liczby absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa podejmujących pracę w zawodach.
  5. Studenci pielęgniarstwa i położnictwa już w momencie podjęcia edukacji na uczelniach wyższych powinni znać ścieżkę rozwoju zawodowego i finansowego w tych zawodach:
    - ścieżka rozwoju zawodowego i finansowego powinna być znana każdej aktywnej zawodowo pielęgniarce i położnej. Można uznać to za czynnik stabilizujący wykonywanie zawodu.
  6. Mając na uwadze wysokie wymagania dotyczące kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych zasadne jest wsparcie ich w wykonywaniu zawodu przez odciążenie w wykonywaniu prostych czynności pielęgnacyjnych lub takich, które może inna osoba (asystent pielęgniarki/opiekun medyczny).
  7. W stosunku do pielęgniarek i położnych wykonujących zawód należy rozważyć wprowadzenie prawa do tzw. „urlopu dla podratowania zdrowia”:
    - kwestia ta powinna być wzięta pod uwagę szczególnie w odniesieniu do pielęgniarek pracujących w opiece długoterminowej i hospicyjnej, gdzie dużo szybciej dochodzi do tzw. „wypalenia zawodowego”.
  8. Należy rzetelnie policzyć wszystkie osoby mające prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej:
    - władze publiczne stosują różne kryteria szacowania liczby czynnych zawodowo oraz biernych zawodowo pielęgniarek i położnych. Tym samym różne podmioty i organy dysponują i podają do publicznej wiadomości różne dane liczbowe powodując niezamierzoną dezinformację;
    - rzetelnego oszacowania wymaga też liczba pielęgniarek i położnych wykonujących pracę w więcej niż jednym miejscu, lub więcej niż na jednym etacie.
  9. Zasadne jest dokonanie wyceny świadczeń pielęgniarstkich i położniczych np. przez NFZ w kontraktach zawieranych z podmiotami leczniczymi (innymi słowy: jeżeli coś jest niewycenione, to nie wiadomo, ile jest warte):

- brak wyceny świadczeń pielęgniarских i położniczych, niejednokrotnie skutkuje tym, że przedstawiciele tych zawodów stanowią „słabe ogniwo” w strukturze podmiotu leczniczego. W efekcie bywa, że podczas redukcji kosztów np. w szpitalu, pielęgniarki i położne zwalniane są jako pierwsze.

**10.** Zasadne jest umożliwienie przekazywania raportów pielęgniarских, również w formie ustnej obok obowiązującej formy pisemnej. Obecnie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia nie przewidują możliwości odnotowania w księdze raportów faktu przekazania i przyjęcia raportu pielęgniarского w formie ustnej.



**Pielęgniarki i położne  
w wystąpieniach Rzecznika  
Praw Obywatelskich VII  
kadencji**





**RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH**

**Adam Bodnar**

Warszawa, 14 grudnia 2015 r.

**V.7014.68.2015.AA**

**Pan  
Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia**

ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

Z niepokojem obserwuję przygotowania do wdrożenia nowych kompetencji pielęgniarek i położnych w zakresie wystawiania recept na leki, zleceń na wyroby medyczne i skierowań na badania diagnostyczne.

W 2014 r., w pakiecie zmian legislacyjnych mających na celu usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz poprawę dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, przyjęto m.in. ustawę z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014r. poz. 1136). Ustawa ta, wraz z kolejną nowelizacją ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1640), wprowadziła nowe regulacje, w świetle których pielęgniarki i położne mają prawo:

1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,

2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty

- jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie (art. 15a ust. 1 - 5). Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7).

3) wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 15a ust. 6).

Powołana ustawa zobowiązała Ministra Zdrowia do wydania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, aktów wykonawczych umożliwiających realizację powyższych uprawnień pielęgniarek i położnych (art. 15a ust. 8). Wymagane do wykonania ustawy akty prawne, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1739) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz. U. z 2015 r. poz. 1971), wydane zostały z dużym opóźnieniem, co utrudnia właściwe przygotowanie pielęgniarek i położnych do realizacji nowych uprawnień. W efekcie tych opóźnień, dopiero 3 listopada 2015 r. został zatwierdzony program kursu specjalistycznego pn. „Ordynowanie leków i wypisywanie recept”.

Nie uruchomiono zatem w stosownym czasie możliwości odbycia kursu specjalistycznego, stanowiącego warunek realizacji nowych uprawnień pielęgniarek i położnych. Ponadto nie zabezpieczono na ten cel wystarczających środków finansowych, pozwalających na dotowanie kształcenia w powyższym zakresie wszystkich chętnych. Nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych nie mogą być więc wdrożone w ustawowym terminie, tj. od 1 stycznia 2016 r., a zapowiadana, zwiększona rola pielęgniarek i położnych w procesie leczenia, nie może być przez nie realizowana.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2014, poz. 1648 z późn. zm.), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o przedstawienie stanowiska w powyższej sprawie. Proszę również o informację o przyczynach opóźnienia wdrożenia omawianych regulacji oraz o dalszych działaniach resortu zdrowia w niniejszej sprawie.

/-/ Adam Bodnar





RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 9 marca 2016 r.

**Adam Bodnar**

**III.7040.2.2016.LN**

**Pan  
Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa**

Uprzejmie informuję Pana Ministra, że na tle kierowanych do mnie skarg pojawił się problem braku przepisów, określających formę przekazywania raportów pielęgniarskich.

Problematyki tej nie regulują w szczególności przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069). W § 31 rozporządzenia określono jedynie, co zawiera księga raportów pielęgniarskich. W zakresie zawartych w księdze raportów informacji nie przewidziano możliwości odnotowania faktu przekazania i przyjęcia raportu pielęgniarskiego w formie ustnej.

Postulat uregulowania formy przekazywania raportów, dopuszczającej potrzebę przyjęcia zarówno formy pisemnej, jak i ustnej raportu pielęgniarskiego od dawna jest konsekwentnie przedstawiany przez samorząd pielęgniarek i położnych.

W skierowanym do mnie wystąpieniu z 11 lutego br. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych ponownie wskazała na celowość uregulowania tej kwestii. W opinii tego organu przekazanie raportu pielęgniarskiego wymaga od pielęgniarki pozostania w pracy przez ok. 20-30 minut po zakończeniu dyżuru. Za powstałe w ten sposób w ciągu całego okresu rozliczeniowego nadgodziny pracodawcy odmawiają udzielania czasu wolnego lub wypłaty wynagrodzenia wskazując, że wystarczające byłoby przekazywanie raportu pielęgniarskiego w formie pisemnej, a nie jak to ma miejsce w powszechnej praktyce - zarówno w formie pisemnej i ustnej.

W mojej opinii przedstawiony problem nie powinien być sprowadzany tylko do aspektów czasu pracy i pracy w godzinach nadliczbowych pielęgniarki, lecz przede wszystkim powinien podlegać ocenie ze względu na dobro i bezpieczeństwo pacjentów.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w stanowisku z 16 czerwca 2010 r. oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa w opinii z listopada 2012 r., mając właśnie na względzie powyższe wartości, uznali, że przekazywanie raportów pielęgniarstkich wyłącznie w formie pisemnej jest niewystarczające. Ponadto należy zauważyć, że wobec osób wykonujących zawód pielęgniarki praca w godzinach nadliczbowych lub pełnienie dyżuru odbywa się na innych zasadach, niż w odniesieniu do pracowników, do których zastosowanie mają wyłącznie przepisy Kodeksu pracy.

Z tego względu, działając na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U z 2014 r. poz. 1648 ze zm.), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o przeanalizowanie przedstawionego problemu i przedłożenie stanowiska w tej sprawie.

/-/ Adam Bodnar



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 10 czerwca 2016 r.

Adam Bodnar

V.7014.22.2016.AA

**Pan  
Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia**

ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

**Problem zapewnienia w podmiotach leczniczych personelu pielęgniarskiego i położnych był przedmiotem zainteresowania i troski oraz interwencji Rzeczników Praw Obywatelskich kolejnych kadencji.**

W jednym z ostatnich wystąpień w tej sprawie, Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił ówczesnemu Ministrowi Zdrowia uwagę na strukturalny problem zbyt małej liczby pielęgniarek i położnych oraz poziom ich wynagradzania<sup>1</sup>. Rzecznik wskazał, że jednym z elementów zapewnienia właściwego poziomu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest odpowiadające rzeczywistym potrzebom zatrudnienie w podmiotach leczniczych personelu pielęgniarskiego i położnych. Z informacji napływających do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że nie zawsze obsada pielęgniarska i położnych w podmiotach leczniczych zapewnia właściwą jakość opieki zdrowotnej. Ponadto, z danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wynika, że wciąż utrzymuje się tendencja polegająca na wzroście przeciętnego wieku pielęgniarek i położnych. Według tych danych, średnia wieku dla pielęgniarek wynosiła w 2008 r. 44,19 lat, zaś dla położnych 43,23 lata. Natomiast w 2013 r. średnia ta wynosiła dla pielęgniarek już 48,69 lat, zaś dla położnych 47,69 lat. Dane te w sposób oczywisty wskazują, że osoby młode nie chcą wykonywać tych zawodów, przede wszystkim ze względów finansowych.

Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego i położnych w podmiotach leczniczych jest problemem nie tylko strukturalnym. Zjawisko to ma również wymiar prawny, to bowiem na władzy publicznej spoczywa obowiązek zapewnienia prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP). W kontekście równego dostępu do

<sup>1</sup> pismo z dnia 22 kwietnia 2015 r. – V.7010.47.2015

świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy też postrzegać zagadnienie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Zapewnienie minimalnego poziomu zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiocie leczniczym stanowi bowiem z punktu widzenia pacjenta formalną gwarancję standardu opieki pielęgniarskiej i położniczej.

Z tego powodu Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia o wskazanie, czy i za pomocą jakich środków zamierza ten problem rozwiązać. Pomimo deklaracji Ministra Zdrowia, iż problem ten ministerstwo dostrzega<sup>2</sup>, do tej pory rozwiązania systemowe nie zostały wdrożone.

Podnoszony problem jest zatem nadal aktualny. Co więcej, ulega on dalszemu pogłębieniu z uwagi na malejące zainteresowanie wykonywaniem zawodu pielęgniarki czy położnej, migracje w poszukiwaniu godziwych warunków pracy i zarobków, a także rozwój sieci podmiotów leczniczych (głównie prywatnych) oraz zwiększające się zapotrzebowanie na usługi pielęgnacyjno – opiekuńcze w związku ze znaczącym postępem starzenia się polskiego społeczeństwa. Skutki są takie, że grupa pielęgniarek i położnych dramatycznie się kurczy.

Ustalenia z 2015 r. Najwyższej Izby Kontroli<sup>3</sup> wskazują, że istotne dysproporcje w wysokości wynagrodzeń personelu fachowego w ochronie zdrowia pomiędzy Polską a państwami Europy Zachodniej, przy ułatwionej (zwłaszcza po uzyskaniu członkostwa w UE) możliwości znalezienia pracy w zawodzie na tym rynku, powodują pogłębianie się niedoboru lekarzy i pielęgniarek. Wyniki kontroli wskazują również na bardzo niekorzystną strukturę wiekową pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach - w większości to osoby w wieku powyżej 45 lat. Problem niedoboru pielęgniarek narastał w okresie kontrolowanym. Nie wszystkie szpitale wprowadziły minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek. W opinii kierownictw kontrolowanych szpitali normy te nie odpowiadają faktycznym potrzebom (na niektórych oddziałach są zbyt wysokie, a na innych zbyt niskie). Nie wszystkie kontrolowane szpitale zapewniły minimum dwuosobową obsadę pielęgniarską na dyżurach nocnych, co jest nie tylko dobrą praktyką, ale także istotnym warunkiem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz dyżurującego personelu medycznego.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli<sup>4</sup>, system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych nie zapewniał przygotowania wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Brak mechanizmów pozwalających na oszacowanie skali emigracji

---

<sup>2</sup> pismo MZ z dnia 19 maja 2015 r. - PP-WPS.073.4.2015

<sup>3</sup> Informacja NIK „Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej”, lipiec 2015, Nr ewid. 41/2015/P/14/065/KZD

<sup>4</sup> Informacja NIK „Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych”, luty 2016, Nr ewid. 220/2015/P/15/060/KZD

personelu medycznego utrudniał podejmowanie skutecznych działań ograniczających to zjawisko. Na niedostateczną liczbę pracowników ochrony zdrowia nakłada się jej nierównomierne rozmieszczenie terytorialne.

**Nie ulega zatem wątpliwości, że problem wymaga pilnego i skutecznego rozwiązania. Powstała nagła potrzeba podjęcia działań systemowych pozwalających na realne zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w publicznym systemie opieki zdrowotnej.** W tej materii nie są wystarczające dotychczas podejmowane i planowane działania, m.in. w zakresie zabezpieczenia kształcenia pielęgniarek i położnych<sup>5</sup>. Konieczna jest radykalna poprawa warunków pracy pielęgniarek i położnych oraz wynagrodzeń tej grupy zawodowej, gdyż relatywnie niskie zarobki przy ogromnej odpowiedzialności i wysiłku, które osoby te muszą wkładać w pracę, zniechęcają młodych do tych zawodów. Skutecznej recepty wymaga również niepokojący odpływ wykształconych i doświadczonych pielęgniarek.

Niedobór pielęgniarek i położnych oraz zwiększające się zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze skłania do zastanowienia się nad zwiększeniem możliwości włączenia opiekunów medycznych do zabezpieczenia usług opiekuńczych osobom chorym i niesamodzielnym, wykonywanych aktualnie w zakładach opiekuńczych<sup>6</sup>.

Należy przypomnieć, że Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przygotowała raport na temat zabezpieczenia społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarskie i położnicze<sup>7</sup>, zawierający rekomendacje ogólne i szczegółowe oraz kierunki działania, jakie należy podjąć w celu poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia. Z posiadanych informacji wynika, że Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w marcu bieżącego roku przedstawiła Panu Ministrowi projekt rozwiązań systemowych, który powinien stanowić podstawę do jak najszybszego podjęcia decyzji uzdrawiających sytuację zawodową pielęgniarek i położnych, a tym samym przywracających bezpieczeństwo pacjentów<sup>8</sup>.

Lekarze oraz pielęgniarki i położne odgrywają w społeczeństwie szczególną rolę, powierza się im zdrowie, które jest jedną z najwyższych wartości człowieka. Tak więc zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego powinno stanowić najistotniejszy element systemu ochrony zdrowia.

---

<sup>5</sup> Działania te zostały omówione szczegółowo w odpowiedzi Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2016 r. (ZPG.0214.1.2016) na wystąpienie RPO z dnia 24 marca 2016 r. w sprawie zapewnienia opieki zdrowotnej oraz pomocy osobom starszym (V.7010.19.2016)

<sup>6</sup> Problem włączenia opiekunów medycznych do zabezpieczenia usług opiekuńczych był przedmiotem wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministerstwa Zdrowia (pismo z dnia 22 października 2015 r. - V.7010.117.2015)

<sup>7</sup> Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pt. „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarskie i położnicze” (Warszawa, maj 2015 r.),

<sup>8</sup> Stanowisko Nr 1 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 30 maja 2016 r. w sprawie strajku pielęgniarek i położnych w Instytucie „Pomniku - Centrum Zdrowia Dziecka”

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2014, poz. 1648 ze zm.), **zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie podnoszonych problemów, a także przekazanie informacji odnośnie działań i zamierzeń resortu zdrowia w kwestii rozwiązania problemu niedoboru pielęgniarek i położnych oraz przeciwdziałania luce pokoleniowej w tej grupie zawodowej.**

/-/ Adam Bodnar



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 11 kwietnia 2017 r.

**Adam Bodnar**

**V.7010.112.2015.EO**

**Pan**  
**Konstanty Radziwiłł**  
**Minister Zdrowia**  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

W nawiązaniu do moich dotychczasowych wystąpień<sup>1</sup> dotyczących problematyki przestrzegania praw kobiet ciężarnych i rodzących pragnę przedstawić Panu Ministrowi swoje kolejne spostrzeżenia dotyczące tego zagadnienia. W niniejszej korespondencji pragnę poruszyć w sposób kompleksowy temat efektywności funkcjonowania standardów opieki okołoporodowej, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132, dalej też jako „standardy opieki okołoporodowej”).

### **1. Uwagi ogólne**

Jak wynika z napływających do mojego Biura sygnałów, standardy te nie są powszechnie realizowane przez szpitale. Z informacji przedstawionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>2</sup> oraz z opublikowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli wyników kontroli funkcjonowania opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych<sup>3</sup> wynika,

---

<sup>1</sup> Wystąpienie z dnia 26 września 2016 r. nr V.7010.70.2016 oraz wystąpienie z dnia 28 września 2016 r. nr V.7013.60.2016

<sup>2</sup> Wyniki ankiety NFZ dotyczącej opieki nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem: <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/przyszle-mamy-coraz-bardziej-swiadome-swoich-praw-wynika-z-ankiety-przeprowadzonej-przez-nfz.6886.html>

<sup>3</sup> Informacja o wynikach kontroli NIK nr ewid: P/15/065 z dnia 27 lipca 2016 r. w sprawie „Opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych”, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/065/>

że standardy opieki okołoporodowej są nie tylko nieprzestrzegane, ale i wiedza o ich istnieniu bywa znikoma zarówno wśród samych pacjentek, jak i personelu medycznego.

W tym zakresie pragnę bliżej przedstawić wyniki kontroli i wnioski Najwyższej Izby Kontroli dotyczące funkcjonowania części aspektów opieki okołoporodowej zawartych we wskazanym powyżej raporcie.

## **2. Dokumentowanie udzielonych świadczeń zdrowotnych**

Warto zwrócić uwagę, że podstawową kwestią związaną z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest prawidłowe i rzetelne dokumentowanie przeprowadzanych czynności medycznych. Rzetelnie sporządzona dokumentacja medyczna jest podstawą do m.in. późniejszej oceny prawidłowości i jakości udzielonych świadczeń zdrowotnych. Jak wskazała Najwyższa Izba Kontroli we wniosku pokontrolnym kierowanym do Pana Ministra, między standardami opieki okołoporodowej, a przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), istnieją rozbieżności, co do zakresu odnotowywanych danych medycznych. W tym aspekcie istnieje potrzeba dostosowania karty obserwacji porodu o możliwość zamieszczenia w jej treści wszystkich czynności wynikających ze standardów opieki okołoporodowej. Brak spójności między tymi regulacjami wpływa negatywnie na efektywność standardów opieki okołoporodowej.

## **3. Poszanowanie praw pacjentek do godności i intymności**

### **- warunki udzielania świadczeń**

Kolejną negatywną kwestią obrazującą niską skuteczność standardów opieki okołoporodowej, na którą zwróciła uwagę Najwyższa Izba Kontroli, są częste przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych kobietom rodzącym w warunkach naruszających ich poczucie godności i intymności. W wielu przypadkach udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z porodem odbywa się w pomieszczeniach szpitalnych (wieloosobowych salach porodowych, pokojach badań), których specyfika utrudnia respektowanie praw pacjentek do godności i intymności. W mojej opinii, wzmocnieniem obowiązujących regulacji, w tym ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186), służyłyby zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie



szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739). Przedmiotem zmian w ww. rozporządzeniu powinno być wprowadzenie gwarancji prawnych zapewniających pacjentkom prawo do intymności i godności na salach porodowych i w pokojach badań.

#### **- możliwość wyboru płci lekarza**

Na realizację prawa do poszanowania godności i intymności rodzących kobiet wpływa też rzeczywista możliwość wyboru płci lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w trakcie porodu. Nie budzi wątpliwości, że dla części kobiet kwestia, czy w trakcie porodu będą pozostawały pod opieką lekarza czy lekarki, ma duże znaczenie. Zdaję sobie sprawę, że w wielu przypadkach możliwość wyboru płci osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych przy porodzie może być ograniczona z uwagi na struktury zatrudnienia personelu medycznego. Kwestia możliwości wyboru przez pacjentkę płci osoby udzielającej świadczeń powinna być jednak bezwzględnie brana pod uwagę w przypadku, gdy kobieta rodząca doświadczyła przemocy seksualnej. W takiej sytuacji poddanie się badaniom, które przeprowadza mężczyzna – lekarz położnik, może stanowić dla pacjentki dodatkową traumę.

### **4. Model porodu fizjologicznego versus jego medykalizacja**

#### **- uwagi ogólne**

Funkcjonowanie standardów opieki okołoporodowej jest nieefektywne także w aspekcie rosnącej medykalizacji porodu fizjologicznego. Poród fizjologiczny powinien się odbyć siłami natury bez nieuzasadnionych interwencji medycznych. Stanowi o tym wprost pkt 1 Postanowień ogólnych standardów opieki okołoporodowej. Z jego treści wynika, że standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem określają poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności. Modelowy poród fizjologiczny jest porodem niskiego ryzyka od momentu

jego rozpoczęcia do zakończenia. Po odbyciu porodu fizjologicznego, z prawidłowo donoszonej ciąży, zarówno matka, jak i noworodek powinni być w dobrym stanie zdrowia.

### **- rutynowe zabiegi: przykłady i przyczyny**

Tymczasem z przytaczanego już raportu NIK, skarg napływających do mojego Biura oraz sygnałów zgłaszanych przez organizacje pozarządowe<sup>4</sup> wynika, że są zabiegi, które personel medyczny traktuje jak stały element porodu fizjologicznego, bez względu, czy istnieje potrzeba ich zastosowania, czy nie. Szczególnie częste są przypadki podawania oksytocyny w kroplówce, czy nacinania krocza. Podanie oksytocyny przyspiesza poród, ale kilkakrotnie zwiększa też odczuwany przez kobietę ból. Bywa, że kobieta po zaaplikowaniu jej oksytocyny obawiając się natężenia bólu prosi o podanie znieczulenia farmakologicznego. Otrzymanie takiego znieczulenia złagodzi ból, ale może przyczynić się też do przedłużenia porodu i kolejnych interwencji medycznych.

Na przyspieszenie porodu wpływa też wykonanie zabiegu nacięcia krocza. Tymczasem jednak, wykonanie takiego zabiegu niejednokrotnie niesie za sobą powikłania dla pacjentki. W wielu przypadkach na przyspieszenie porodu oraz łatwiejsze i bezpieczniejsze jego zakończenie mogłaby wpłynąć zmiana pozycji u rodzącej z horyzontalnej na wertykalną i danie kobiecie możliwości swobodnego poruszania się, gdy na danym etapie porodu jest to możliwe.

Przyczyną takiego stanu rzeczy są wielokrotnie utrwalone nawyki personelu medycznego<sup>5</sup>, a stosunkowo krótki czas obowiązywania standardów opieki okołoporodowej nie zmienił diametralnie istniejącego stanu rzeczy. Pokazała to kontrola NIK. Problemy w tym zakresie sygnalizują mi też same kobiety.

## **5. Karmienie naturalne**

Realizacja standardów opieki okołoporodowej nie przynosi spodziewanych efektów także w aspekcie propagowania naturalnego karmienia noworodków i niemowląt. Wyróżnić w tym zakresie można kilka problemów. Niejednokrotnie istniejące finansowe niedomagania szpitali sprzyjają wybieraniu tańszych rozwiązań, także w zakresie edukacji laktacyjnej i dokarmiania noworodków oraz niemowląt mlekiem modyfikowanym. Niski koszt zakupu mleka modyfikowanego, a nawet

---

<sup>4</sup> artykuł „Medycyna tak, medykalizacja nie” źródło: strona Fundacji „Rodzić po ludzku”. <http://www.rodzicpoludzku.pl/Przeglad-prasy/Medycyna-tak-medykalizacja-nie.html>

<sup>5</sup> vide op.cit.

darowizny takiego produktu przez producentów dla szpitali powodują, że wygodniej i taniej, choć wbrew standardom opieki okołoporodowej, jest promować sztuczną formę karmienia dzieci<sup>6</sup>.

Ponadto dla wielu szpitali realizowanie w powyższym zakresie standardów opieki okołoporodowej jest finansowo nieopłacalne. W chwili obecnej placówki medyczne nie są w żaden sposób zachęcane do np. zatrudniania osób wykwalifikowanych w sprawach udzielania kobietom porad laktacyjnych (np. tzw. edukatorów laktacyjnych). Nie dostrzegają również potrzeby przeprowadzania okresowych szkoleń personelu pielęgniarskiego i położniczego w tej materii. Poprawie tego stanu rzeczy nie służy również brak banków mleka kobiecego na terenie województw.

## **6. Plan porodu**

Do mojego Biura zgłaszają się też pacjentki sygnalizujące przypadki naruszania standardów opieki okołoporodowej w zakresie respektowania przygotowanego planu porodu. Warto pamiętać, że plan porodu jest kompleksowym dokumentem, w którym kobieta zawiera swoje oczekiwania wobec porodu. Może być on opracowany wspólnie z lekarzem prowadzącym ciążę lub położną. Przebieg porodu może się oczywiście różnić od oczekiwań określonych w planie. Jednakże wzięcie pod uwagę przez personel medyczny planu, tam gdzie jest to możliwe, wpływa na poczucie bezpieczeństwa samej pacjentki i standard przestrzegania jej praw pacjenta. Lekceważące potraktowanie przez personel przedłożonego przez kobietę planu porodu stawia pacjentkę w sytuacji przedmiotowej. Kobieta może mieć wtedy odczucie, że nie ma żadnego wpływu na przebieg porodu, co niewątpliwie może wpłynąć na jej relacje z personelem medycznym, a sam poród uczynić traumatycznym doświadczeniem.

## **7. Kontakt „skóra do skóry” (tzw. kangurowanie)**

Podczas prac ministerialnego *Zespołu do spraw monitorowania i opracowania rozwiązań na rzecz poprawy opieki okołoporodowej*, pojawiały się głosy ekspertów wskazujących na nieprawidłowe praktyki w zakresie przestrzegania prawa kobiety do nieprzerwanego dwugodzinnego kontaktu z noworodkiem, gwarantowanego przepisami standardu opieki okołoporodowej. Niejednokrotnie personel medyczny zabiera noworodka od matki zaraz po urodzeniu, w celu wykonania potrzebnych pomiarów.

---

<sup>6</sup> vide informacja o wynikach kontroli NIK, str. 12

Pewne czynności w tym zakresie można jednak wykonać, gdy dziecko znajduje się na brzuchu matki, nie utrudniając tym samym pierwszego kontaktu. Charakter pierwszego kontaktu „skóra do skóry” jest nie do powtórzenia, a wykonanie określonych badań, czy pomiarów u noworodka możliwe jest w późniejszym czasie. Utrwalone nawyki personelu medycznego i niewątpliwa troska o dobro noworodka nie mogą pozostawać w sprzeczności z uprawnieniami kobiet rodzących.

## **8. Kontakty z rodziną i bliskimi na oddziale**

Swoiste problemy z zapewnieniem poczucia godności i intymności pacjentkom mają też miejsce podczas kontaktów hospitalizowanych kobiet z odwiedzającymi je członkami rodziny lub innymi osobami bliskimi. Ze względów lokalowych część szpitali dysponuje wieloosobowymi salami poporodowymi. W takich sytuacjach goście jednej pacjentki są osobami obcymi dla innych przebywających na tej sali pacjentek. Stan bezpośrednio po porodzie jest dla kobiety często trudny i może ona wymagać w tym okresie spokoju. Towarzystwo obcych kobiecie osób, np. w trakcie karmienia dziecka, może wpływać na jej poczucie intymności. Kwestia ta nie zawsze jest logistycznie rozwiązywana w sposób komfortowy dla zainteresowanych pacjentek.

W mojej opinii na poziom realizacji standardów opieki okołoporodowej, poza wymienionymi powyżej, składają się ponadto następujące czynniki.

## **9. Uwarunkowania prawne funkcjonowania standardów opieki okołoporodowej**

Same standardy opieki okołoporodowej nie przewidują sankcji za ich nieznaną i nieprzebranie przez personel medyczny oraz szpitale. Szpitalom nie zagrażają z tego tytułu żadne sankcje finansowane. Swojej roli nie odgrywają w tym zakresie także funkcjonujące modele odpowiedzialności odszkodowawczej szpitali, czy dyscyplinarnej personelu medycznego. Na poprawę stanu przestrzegania standardów opieki okołoporodowej nie wpływają również istniejące zasady sprawozdawczości szpitali. Sposób realizacji standardów opieki okołoporodowej przez szpitale nie znajduje odzwierciedlenia w rozliczeniu wykonania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

## **10. Możliwe przyczyny faktyczne braku realizacji standardów opieki okołoporodowej**

W wielu aspektach dotyczących przestrzegania praw pacjentek do poszanowania godności, intymności, wielokrotnie nie jest konieczne wydatkowanie przez szpital dodatkowych środków, a czasem jedynie zmiana podejścia do pacjentki, bądź przeorganizowanie przestrzeni na oddziale.

Kluczowa jest także znajomość standardów przez personel medyczny. Wprowadzie model postępowania określony w standardzie opieki okołoporodowej nie zawsze będzie mieć zastosowanie w konkretnej sytuacji, tym niemniej na personelu medycznym powinien ciążyć bezwzględny obowiązek posiadania wiedzy o przebiegu porodu i uprawnieniach kobiety rodzącej wynikających ze standardów opieki okołoporodowej. Jak wynika z ustaleń Najwyższej Izby Kontroli<sup>7</sup>, w wielu szpitalach w ogóle nie przeszkolono personelu medycznego w zakresie stosowania standardów opieki okołoporodowej, a w niektórych szkolenia miały miejsce w dwa do trzech lat (2014-2015) od wejścia w życie tych regulacji.

Ponadto, na efektywne wykonywanie standardów nie wpływa też niska świadomość samych pacjentek o istnieniu tych przepisów i uprawnień, jakie dzięki nim posiadają. Kobiety rodzące niejednokrotnie skupiają się przede wszystkim, co w pełni rozumiały, na bezpieczeństwie dziecka. Bywa, że własne bezpieczeństwo i prawo do godnego traktowania i szacunku jest przez nie postrzegane jako drugorzędne. Nieznajomość standardów opieki okołoporodowej przez same pacjentki, jak również szczególny charakter zdarzenia, jakim jest poród, wpływa też na to, że zdarza im się nie reagować na sytuacje, w których dochodzi do naruszania ich praw, w tym nieposzanowania ich intymności i godności. Tym bardziej zatem, to personel medyczny powinien zapewnić bezwzględne realizowanie standardów opieki okołoporodowej.

### **Podsumowanie**

Jestem świadomy planowanych zmian legislacyjnych w zakresie określania standardów organizacyjnych w wybranych dziedzinach medycyny. Swoje uwagi przedstawiłem już Panu Ministrowi w wystąpieniu z dnia 13 lutego 2017 r. (nr V.7010.102.2016). Jednak w chwili obecnej standardy opieki okołoporodowej są nadal obowiązującym prawem. Wciąż stoję na stanowisku, że określenie w formie prawnej modelowego sposobu postępowania medycznego dla przebiegu porodu fizjologicznego jest zasadne i korzystne dla pacjentek oraz personelu medycznego. Istnienie takich przepisów wyznacza określony, prawidłowy, model postępowania w

---

<sup>7</sup> Str. 20 Informacji o wynikach kontroli NIK.

przypadku porodu fizjologicznego. Tym niemniej, przyjęcie nawet najlepszych przepisów prawa nie gwarantuje jeszcze, że będą one w praktyce sprawić funkcjonować. W niniejszym wystąpieniu przedstawiłem Panu Ministrowi obszary opieki okołoporodowej, w których wciąż dochodzi do nieprawidłowości. Taki stan rzeczy potwierdzają zarówno skargi wpływające do mojego Biura, sygnały napływające od organizacji pozarządowych, jak i ustalenia poczynione przez organy władzy publicznej, jak Najwyższa Izba Kontroli, czy Narodowy Fundusz Zdrowia.

W mojej opinii, pomocnym instrumentem w ocenie efektywności standardów opieki okołoporodowej mogłaby być dokonywana okresowo, przez Ministra Zdrowia, ewaluacja samych regulacji i ich skuteczności, z uwzględnieniem opinii personelu medycznego i kobiet rodzących. Samo obowiązywanie tychże przepisów bez narzędzi służących kontroli ich skuteczności jest niewystarczające.

Tu muszę zwrócić również uwagę Pana Ministra na sygnalizowany od wielu lat przez środowisko medyczne problem starzenia i zmniejszania się liczby personelu medycznego, w szczególności pielęgniarek i położnych<sup>8</sup>. Praktycznie na terenie całego kraju nawet 90% pielęgniarek i położnych to osoby po 36. roku życia, z czego w niektórych województwach nawet 51 % tego personelu to osoby po 50. roku życia. Rodzi to poważne obawy, że w przeciągu najbliższych kilku, czy kilkunastu lat pacjenci, w tym kobiety ciężarne i rodzące zostaną pozbawieni podstawowej opieki pielęgnacyjnej. W analizowanym aspekcie, kwestia niedoboru personelu medycznego tego szczebla wpływa na efektywność wykonywania standardów opieki okołoporodowej. Jest to szczególnie istotne, jeżeli weźmie się pod uwagę, że standardy opieki okołoporodowej przyznają w trakcie porodu wiodącą rolę położnej. Pogłębiające się sukcesywnie niedobory kadrowe tzw. „białego personelu” i przepaść pokoleniowa w tym zawodzie nie wpłynę na poprawę jakości opieki okołoporodowej w dłuższej perspektywie. Problemy w tej materii sygnalizowałem już Panu Ministrowi w wystąpieniach z dnia 22 kwietnia 2015 r. (nr V.7010.47.2015) i z dnia 10 czerwca 2016 r. (nr V.7014.22.2016).

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2014 r. poz. 1648, z późn. zm.), zwracam się do Pana Ministra z prośbą o ustosunkowanie się do przedstawionego problemu i wskazanie, jakie konkretnie działania podejmuje Minister Zdrowia w celu realizacji zaleceń pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli i poprawy efektywności przepisów określających standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad

---

<sup>8</sup> Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 28 maja 2015 r. pt. „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych”. Raport dostępny jest pod adresem: [http://nipip.pl/wp-content/uploads/2016/08/Raport\\_2015\\_NiPiP-1.pdf](http://nipip.pl/wp-content/uploads/2016/08/Raport_2015_NiPiP-1.pdf)

noworodkiem. Będę wdzięczny także za poinformowanie, w jaki sposób zakończyły się prace *Zespołu do spraw monitorowania i opracowania rozwiązań na rzecz poprawy opieki okołoporodowej* oraz czy efekty tych prac są wykorzystywane w działaniach resortu zdrowia.

/-/ Adam Bodnar





**Pielegniarki i położne  
w wystąpieniach Rzecznika  
Praw Obywatelskich w latach  
2000-2015 (wybór wystąpień)**





Warszawa, dnia 21 XII 2000 r.

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

RPO/361927/2000/II/AP

00-090 Warszawa  
Al. Solidarności 77

Tel. centr. 827 62 61  
Fax 827 64 53

**Pan**  
**Jan Michna**  
**Inspektor Generalny**  
**Komendant Główny Policji**  
**w Warszawie**

Szanowny Panie Komendancie

W związku z akcją protestacyjną pielęgniarek i położnych, połączoną z blokadą mostów i ulic w Warszawie, zwróciła się do mnie przedstawicielka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, informując o przypadkach użycia wobec protestujących środków przymusu bezpośredniego oraz innych działaniach podjętych przez interweniujących funkcjonariuszy Policji. Z relacji tej wynikało, iż zdarzały się przypadki nadużycia tych środków, a także zatrzymywania niektórych z protestujących.

Ponadto, z relacji podawanych w mediach wynika, że w stosunku do protestujących były podejmowane działania prewencyjne na terenie całego kraju, które polegały na odblokowywaniu przejść granicznych i dróg publicznych, a nadto legitymowaniu protestujących na terenie szpitala w Poznaniu.

W związku z powyższym zwracam się z uprzejmą prośbą o poinformowanie mnie:

- jakie działania zostały podjęte przez funkcjonariuszy Policji wobec protestujących pielęgniarek i położnych,

- czy znajdują potwierdzenie informacje o przypadkach przekroczenia uprawnień przez funkcjonariuszy Policji w czasie wymienionych zdarzeń.

Jednocześnie będę zobowiązany za przedstawienie oceny zasadności i legalności środków przymusu bezpośredniego użytych wobec protestujących.

Łączę wyrazy szacunku

/-/Prof. dr Andrzej Zoll



Warszawa, 16 kwietnia 2002 r.

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

*Prof. dr Andrzej ZOLL*

00-090 Warszawa

Tel. centr. 551 77 00

Al. Solidarności 77

Fax 827 64 53

35508

RPO/376048/2001/VIII/JP

Pan  
prof. Mariusz Łapiński  
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

W ostatnich dniach nasiliły się protesty pielęgniarek niezadowolonych z niewywiązywania się pracodawców z obowiązku wypłaty podwyżki wynagrodzenia zagwarantowanej ustawą z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 5, poz. 45).

Pragnę zatem nadmienić, iż z wyjaśnień Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia zamieszczonych w „Służbie Zdrowia” nr 21-22/2001 wynika, że podwyżka wynagrodzeń w zakładzie, do którego mają zastosowanie zapisy przedmiotowej ustawy, może być zróżnicowana, przy zachowaniu minimum 203 zł brutto podwyżki. Regulacja wynagrodzeń wprowadzona przed wejściem w życie przedmiotowej ustawy nie zwalnia pracodawców z obowiązku podwyższenia przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia o kwotę 203 zł brutto od dnia 1 stycznia 2001 r. Wszelkie zaś kwoty wzrostu wynagrodzeń wprowadzone po 1 stycznia 2001 r. w wyniku wcześniejszych porozumień stanowią realizację zapisu ustawy (częściową, wymagającą uzupełnienia, jeśli kwota wynegocjowana jest niższa niż 203 zł lub całkowitą, jeśli kwota wynegocjowana jest równa lub wyższa niż 203 zł).

Należy podkreślić, że również Sąd Najwyższy odpowiadając na pytanie prawne Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi podjął w dniu 10 stycznia 2002 r. uchwałę w składzie 3 sędziów, zgodnie z którą „Przepis art. 4a ust. 1 ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu

przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1995 r. Nr 1, poz. 2 ze zm.) stanowi podstawę indywidualnych roszczeń pracowników zatrudnionych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej o podwyższenie w 2001 r. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za pracę o kwotę nie niższą niż 203 zł w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy" (sygn. akt III ZP 32/01). W celu uniknięcia „lawiny” indywidualnych pozwów kierowanych do sądów pracy wskazanym byłoby odgórne podjęcie działań mających na celu pilną realizację w/w przepisu ustawy.

Będę zobowiązany za poinformowanie mnie o podjętych przez Pana Ministra przedsięwzięciach w tym zakresie.

Z wyrazami szacunku

/-/ Prof. dr Andrzej Zoll



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

*Prof. dr Andrzej ZOLL*

00-090 Warszawa

Tel. centr. 551 77 00

Al. Solidarności 77

Fax 827 64 53

Warszawa, 5 listopada 2002 r.

35805

RPO/419725-I/02/AA

Pan  
Profesor MARIUSZ ŁAPIŃSKI  
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

W związku z prośbą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o pomoc w rozwiązaniu problemu zapewnienia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (kopia pisma w załączeniu), dnia 24 października br. spotkałem się z przedstawicielkami Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych reprezentującymi województwo mazowieckie, wielkopolskie i dolnośląskie. Podczas tego spotkania przedstawicielki Naczelnej Izby przedstawiły problemy nurtujące środowisko pielęgniarskie, zwracając szczególną uwagę na:

1. nieprzestrzeganie w niektórych publicznych zakładach opieki zdrowotnej zasad i praw pracowniczych, w tym szczególnie do godziwego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych (nie są wypłacane na bieżąco wynagrodzenia nawet w minimalnej wysokości, w wielu szpitalach pielęgniarki i położne nie otrzymują wynagrodzenia od ponad 3 miesięcy). Na tę okoliczność Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych przedstawiła wniosek z prośbą o podjęcie działań w celu respektowania praw pracowniczych (kopia pisma w załączeniu). Po zbadaniu tego problemu w skali kraju, zamierzam przedstawić go Prezesowi Rady Ministrów.

2. nieprzestrzeganie przez pracodawców przepisów dotyczących zapewnienia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej.

Z treści § 7 obowiązującego w tej materii rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz. 1314) wynika,

że minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładzie powinien ustalić jego kierownik w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia. Zdaniem samorządu pielęgniarek i położnych, przepis ten nie jest respektowany, co zagraża zdrowiu i życiu pacjentów korzystających ze świadczeń zakładów opieki zdrowotnej. Z powołanego wyżej pisma Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wynika, że Rada podejmowała interwencje w tej sprawie w Ministerstwie Zdrowia, ale bez oczekiwanego rezultatu.

Nie ulega wątpliwości, że problem ten wymaga rozwiązania. Podzielić bowiem trzeba stanowisko samorządu pielęgniarek i położnych, iż zaniechanie wdrażania wspomnianych norm zatrudnienia zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjentów. Dodać wypada, że w świetle § 1 cytowanego rozporządzenia, normy ustala się "w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do stanu zdrowia pacjentów i potrzeb pielęgnacyjnych".

Uważam zatem za niezbędne ustawowe określenie obowiązku ustalania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej oraz zapewnienie prawnych gwarancji przestrzegania ustalonych norm zatrudnienia - w drodze stosownej zmiany przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 z póź.zm.).

3. ogromne zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej województwa dolnośląskiego oraz limity Dolnośląskiej Kasy Chorych, które powodują obciążanie ubezpieczonych kosztami świadczeń specjalistycznych, rehabilitacji oraz przysługujących bezpłatnie świadczeń stomatologicznych. O zbadanie tej sprawy oraz podjęcie działań w kierunku respektowania ustawowych praw ubezpieczonych zwróciłem się do Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

4. trudności z zapewnieniem opieki medycznej w domach pomocy społecznej, brak rozporządzenia wykonawczego przewidzianego w tej sprawie w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Zdaniem samorządu pielęgniarek i położnych, mieszkańcy domów pomocy społecznej nie mają zapewnionej właściwej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, zarówno ze strony powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak i ze strony poszczególnych domów (niezbędnych usług pielęgnacyjnych). Występują przypadki, gdy pielęgniarkom proponuje się stanowiska opiekunek, bez możliwości wykonywania wyuczonego zawodu oraz kontynuowania pracy zawodowej bez obawy utraty dotychczasowych uprawnień.

Podzielam pogląd, iż wejście w życie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w istotny sposób utrudniło dostęp mieszkańców domów pomocy społecznej oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych do świadczeń zdrowotnych. Wadliwe rozwiązanie tej kwestii oraz występujące trudności, zarówno w odniesieniu do dorosłych mieszkańców domów pomocy społecznej, jak i niepełnosprawnych dzieci przebywających w placówkach opieki całodobowej, wielokrotnie sygnalizowałem kolejnym Ministrom



Zdrowia oraz Ministrowi Pracy i Polityki Społecznej. Otrzymałem wówczas zapewnienie o rozwiązaniu tego problemu poprzez zwiększenie motywacji lekarzy sprawujących opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej (zwiększenie stawki kapitałowej) oraz zmianę ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w kierunku uregulowania w akcie wykonawczym - zakresu świadczeń udzielanych mieszkańcom domów pomocy społecznej oraz placówek opiekuńczo - wychowawczych na terenie tych domów i placówek oraz ustalenie warunków dostępu do tych świadczeń. Przez ponad rok obowiązywania delegacji do wydania rozporządzenia przewidzianego w tej sprawie na podstawie art. 31g noweli z dnia 20 lipca 2001 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 88, poz. 961), dotychczas nie został wydany stosowny akt prawny.

W tym stanie rzeczy, a także wobec możliwego opóźnienia wejścia w życie przepisów przygotowywanej ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, konieczne jest niezwłoczne przygotowanie i wydanie powołanego rozporządzenia. Niezbędne jest również zapewnienie ustawowego rozwiązania podnoszonego problemu w przygotowywanej ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia.

5. pielęgniarki podnosiły również problem:

- mizerności finansowej służby zdrowia oraz niskich stawek przewidzianych w kontraktach kas chorych na świadczenia zdrowotne,
- braku polityki państwa/regionu w zakresie opieki zdrowotnej,
- pasywności organów samorządu terytorialnego prowadzących zakłady opieki zdrowotnej w rozwiązywaniu problemów nurtujących te zakłady,
- braku stabilności zawodowej - podejmowania działań w kierunku ograniczenia dotychczasowej, wypracowanej w reformie ochrony zdrowia, samodzielności pielęgniarek i położnych (koncepcja kompleksowej opieki zdrowotnej),
- dostępu do kształcenia zawodowego,
- dramatu szkolnictwa medycznego (małe zainteresowanie zawodem, obecny system kształcenia licencjackiego wydłuża drogę do zawodu), co rodzi poważne obawy odnośnie możliwości sprostania w niedalekiej przyszłości zapotrzebowaniu na pielęgniarki i położne w kraju,
- restrukturyzacji szpitali - zmniejsza się zwykle ilość łóżek, a zatem i zatrudnienie pielęgniarek, nie dokonuje się natomiast w oczekiwanym i możliwym zakresie przekształceń w kierunku zapewnienia opieki długoterminowej i paliatywnej,
- pomniejszania roli, a nawet lekceważenia opinii i wniosków pielęgniarek i położnych w zakresie poprawy dotychczasowych rozwiązań, przepisów prawnych, rozstrzygnięć dotyczących środowiska,
- pomijania samorządu pielęgniarek i położnych przy realizacji ich ustawowych zadań (np. przy opracowywaniu przez niektórych wojewodów planów minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie opieki pielęgniarskiej i położnych).

W odczuciu pielęgniarek, ta grupa zawodowa ponosi największe koszty reformy opieki zdrowotnej. W środowisku pogłębia się zatem frustracja, poczucie bezsilności, braku bezpieczeństwa, bezkarności pracodawców, kas chorych i decydentów.

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (j.t. Dz.U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o rozważenie problemów sygnalizowanych przez samorząd pielęgniarek i położnych oraz ewentualne spotkanie w tej sprawie z przedstawicielkami Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, a także o spowodowanie podjęcia niezbędnych w tym zakresie działań, w tym szczególnie legislacyjnych. Będę wdzięczny za przekazanie stanowiska Pana Ministra w omawianych sprawach.

Załącznik – 2

Z wyrazami szacunku

/-/



Warszawa, dnia 2 listopada 2005 r.

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

*Prof. dr hab. Andrzej ZOLL*

RPO-516411-X/05/T G

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

Pan  
Prof. dr hab. Zbigniew RELIGA

Minister Zdrowia

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i dentysty (Dz. U. Nr 175, poz. 1461) w art. 1 pkt 20 nadała nowe brzmienie dotychczasowemu art. 27a ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 57 poz. 602, ze zm.). W myśl zmienionego przepisu, indywidualna praktyka, indywidualna specjalistyczna praktyka oraz grupowa praktyka pielęgniarek, położnych nie może być wykonywana w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Nowa regulacja wchodzi w życie w dniu 1 stycznia 2006 r.

Zgodnie z wcześniej obowiązującym brzmieniem przepisu, zakaz taki obejmował wyłącznie wykonywanie grupowej praktyki pielęgniarek i położnych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Zatem nowa regulacja w sposób istotny powiększyła zakres właściwości tego przepisu, wprowadzając zarówno ograniczenia dotyczące zatrudnienia pielęgniarek i położnych wykonujących indywidualną i indywidualną specjalistyczną praktykę, jak też rozszerzając zakres podmiotów, w których nie może być wykonywana indywidualna i indywidualna specjalistyczna oraz grupowa praktyka pielęgniarek i położnych na wszystkie zakłady opieki zdrowotnej - szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, sanatoria, prewentoria, przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, pogotowie ratunkowe, laboratoria diagnostyczne, pracownie protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakłady rehabilitacji leczniczej, żłobki i inne zakłady, spełniające warunki określone w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 ze zm.). W tej sytuacji, wszystkie wymienione publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, mogą zatrudniać pielęgniarki i położne wyłącznie na podstawie umowy o pracę.

Wprowadzona zmiana dotyczy około 20 tys. na ogólną liczbę 220-250 tys. pielęgniarek i położnych, które skorzystały ze stworzonych przez prawo możliwości wykonywania zawodu pielęgniarki w formie indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki oraz grupowej praktyki pielęgniarek i położnych. W licznych skargach wpływających z tego środowiska podnosi się, że wprowadzona zmiana - mimo drastycznego ograniczenia prawa do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej - nie ma wpływu na sposób wykonywania obowiązków. Zawód pielęgniarki jest wprowadzonym zawodem samodzielnym (art. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej), ale w określonym zakresie w procesie leczenia pielęgniarka jest podporządkowana lekarzowi. Podporządkowanie administracyjne i wynikające stąd konsekwencje prawne nie stoją na przeszkodzie samodzielności zawodu, gdyż również lekarz na oddziale podlega ordynatorowi i musi realizować ustalony przez niego przebieg leczenia. W skargach od kierownictw zakładów opieki zdrowotnej wyrażane są obawy, że wejście w życie znowelizowanego przepisu będzie skutkowało nie tylko dezorganizacją pracy, ale spowoduje konieczność wypowiedzenia zawartych wcześniej umów cywilno-prawnych i nawiązania umów o pracę z personelem pielęgniarskim. W wielu wypadkach wpłynie to znacząco na sytuację finansową zakładów opieki zdrowotnej, zaś skutki ekonomiczne wprowadzanego przepisu nie zostały zbadane.

Uprzejmie informuję Pana Ministra, że dokonawszy stosownych analiz, w dniu 13 października 2005 r. skierowałem do Trybunału Konstytucyjnego wnioski o stwierdzenie niezgodności wskazanego na wstępie art. 1 pkt 20 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. z wzorcami konstytucyjnymi określonymi w art. 22 w zw. z art. 31 ust. 3, z art. 2 i z art. 119 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Jednakże złożenie wniosku nie ma wpływu na zbliżający się termin wejścia kwestionowanego przepisu w życie.

Wejście w życie budzącej poważne wątpliwości natury konstytucyjnej zmiany art. 27a ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej spowoduje nieodwracalne skutki zarówno dla zainteresowanego środowiska społeczno - zawodowego jak i zakładów opieki zdrowotnej. Na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 14 poz. 147) zwracam się więc do Pana Ministra o rozważenie możliwości pilnego podjęcia działań natury legislacyjnej, zmierzających do skreślenia przedmiotowego art. 1 pkt 20 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r., bądź też do zmiany terminu wejścia w życie tego przepisu na czas po rozpoznaniu sprawy przez Trybunał Konstytucyjny.

/-/



Warszawa, 20/06/2007r.

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

*dr Janusz KOCHANOWSKI*

**RPO-561619-II/07/TG**

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

Pan  
Janusz KACZMAREK

Minister Spraw Wewnętrznych  
i Administracji

*Szanowny Panie Ministrze,*

Doniesienia mediów o przebiegu i skutkach interwencji sił porządkowych, podjętej w godzinach rannych w dniu 20 czerwca br. w związku z demonstracją pielęgniarek przed gmachem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, budzą zaniepokojenie z punktu widzenia ochrony praw i wolności obywatelskich.

Na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 14 poz. 147), zwracam się więc do Pana Ministra o szczegółowe wyjaśnienia dotyczące przebiegu interwencji. Proszę też o stanowisko Pana Ministra w kwestii adekwatności zastosowanego sposobu i środków użytych w czasie interwencji do sytuacji i rzeczywistych zagrożeń dla porządku publicznego.

Z wyrazami szacunku  
/-/



Warszawa, 20/06/2007r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA  
Rzecznik Praw Obywatelskich

*dr Janusz KOCHANOWSKI*

RPO-561619-II/07/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Pan Inspektor  
Jacek OLKOWICZ  
Komendant Stołeczny Policji  
ul. Nowolipie 2  
00-150 WARSZAWA

***Szanowny Panie Inspektorze,***

Doniesienia mediów o przebiegu i skutkach interwencji sił porządkowych, podjętej w godzinach rannych w dniu 20 czerwca br. w związku z demonstracją pielęgniarek przed gmachem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, budzą zaniepokojenie z punktu widzenia ochrony praw i wolności obywatelskich.

Na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 14 poz. 147), zwracam się więc do Pana Komendanta o szczegółowe wyjaśnienia dotyczące przebiegu interwencji. Proszę też o stanowisko Pana Komendanta w kwestii adekwatności zastosowanego sposobu i środków użytych w czasie interwencji do sytuacji i rzeczywistych zagrożeń dla porządku publicznego.

***Z wyrazami szacunku***  
***/-/***



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

*dr Janusz KOCHANOWSKI*

**RPO-599677-VI/08/AB**

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

Warszawa, *11/03/2009*

**Pan**  
**Jan Vincent-Rostowski**  
**Minister Finansów**  
**Warszawa**

*Wielce Łanowy Panie Ministrze.*

Pragnę powrócić do sprawy zwolnienia od podatku dochodowego od osób fizycznych przychodu - w postaci nieodpłatnego świadczenia - osiąganego przez lekarzy i pielęgniarki uczestniczących w bezpłatnych formach kształcenia w dziedzinie opieki paliatywnej, organizowanych przez Warszawskie Hospicjum dla Dzieci. W odpowiedzi z dnia 23 grudnia 2008 r. (znak: DD3/033/113/IMD/08/BMI 9-1435) zostałem poinformowany, że zajęcie stanowiska przez Pana Ministra w tej sprawie będzie możliwe po uzyskaniu wszelkich niezbędnych informacji dotyczących działań związanych z realizacją Rekomendacji Rec(2003)24 w zakresie szkoleń.

Termin składania zeznań za 2008 r. upływa 30 kwietnia 2009 r. i tylko do tej daty jest dopuszczalne wydanie rozporządzenia o zaniechaniu poboru podatku od przychodów uzyskanych w 2008 r.

Za ich zwolnieniem od podatku oraz wydaniem rozporządzenia o zaniechaniu jego poboru od omawianej kategorii przychodów uzyskanych w 2008 r. przemawia uzasadniony interes publiczny, jakim jest stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju opieki paliatywnej.

Mając powyższe na uwadze, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 z późn. zm.), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o poinformowanie mnie na jakim etapie zaawansowania są ustalenia, o których zostałem powiadomiony oraz czy podjął Pan Minister decyzję w sprawie wydania rozporządzenia i wystąpienia z inicjatywą ustawodawczą mającą na celu wprowadzenie zwolnienia od podatku przychodów osiąganych przez lekarzy i pielęgniarki uczestniczących w bezpłatnych szkoleniach z zakresu opieki paliatywnej ?

Łukasz Wójcik  
Pan Minister





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

**RPO-614538-X/09/AA**

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00

Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, 23 października 2009 r.

Pani

EWA KOPACZ

MINISTER ZDROWIA

*Wam wszystkim Pani Minister*

Uprzejmie informuję Panią Minister, że Rzecznik Praw Obywatelskich otrzymuje listy (przykładowe kopie w załączeniu), w których podnoszone są zastrzeżenia do decyzji w sprawie zaprzestania z dniem 31 grudnia 2009 r. zawierania i kontynuowania umów o świadczenia z zakresu pielęgniarstwa opieki domowej w POZ, realizowane metodą zadaniową według wykonania wycenionego punktowo katalogu świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, dotychczas realizowanych na podstawie zarządzenia Nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

W myśl przepisów tego zarządzenia, pielęgniarstwo domowe w POZ oznacza realizowane przez pielęgniarkę w domu/miejscu pobytu świadczeniobiorcy, świadczenie opieki zdrowotnej dla osób w każdym wieku, u których stwierdza się ograniczenie sprawności psychofizycznej spowodowane procesem chorobowym i którego ocena stanu samoobsługi, według skali Barthel wynosi nie więcej niż 60 punktów. Produkt ten miał za zadanie poszerzyć ograniczoną dostępność do opieki pielęgniarstwa pacjentów, których pielęgnacją zajmowały się dotychczas pielęgniarki środowiskowo - rodzinne, sprawujące opiekę nad liczną populacją.

Zdaniem skarżących, taki model opieki nad osobami niesprawnymi lub sparaliżowanymi z niewydolnym układem oddechowo - krążeniowym, często z demencją starczą lub innymi zaburzeniami psychogeriatrycznymi, został dobrze przyjęty przez pacjentów i ich rodziny, a także przez pielęgniarki, które upatrywały w prowadzonym modelu opieki, możliwość samodzielnego wykonywania zawodu oraz rozwoju zawodowego. Obecnie, w skali całego kraju oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia związane są blisko 500 umowami o udzielanie świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki domowej POZ, a zatem należy domniemywać, że taką formę wykonywania zawodu realizuje kilka tysięcy pielęgniarek, obejmując opieką co najmniej 20 - 30 tysięcy pacjentów przy założeniu, że każda pielęgniarka wykonuje świadczenia u 5 - 8 pacjentów.

W tym celu, wiele pielęgniarek rozwiązało dotychczasowe stosunki pracy i podjęło działalność w formie indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych lub niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Pielęgniarki pozyskały i wyremontowały niezbędne pomieszczenia a także podjęły konieczne kształcenie podyplomowe w celu uzyskania odpowiednich kwalifikacji i uprawnień zawodowych. Realizacja powyższych działań wiązała się z poniesieniem znacznych kosztów.

Omawiany problem podnoszony był również w doniesieniach prasowych, m.in. w artykule zamieszczonym w „Dzienniku Gazeta Prawna” z dnia 16-18 października 2009 r. pt. „Pielęgniarki środowiskowe znikną z domów pacjentów” (kopia artykułu w załączeniu).

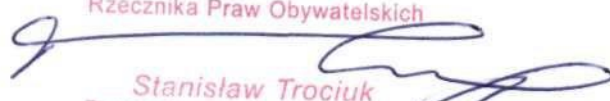
W opinii skarżących, decyzja w sprawie zaprzestania zawierania i kontynuowania umów o świadczenia z zakresu pielęgniarskiej opieki domowej w POZ, jako forma poszukiwania oszczędności w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, uderza w interesy jednej grupy zawodowej, narażając pielęgniarki na skutki nieprzewidywalne w momencie podejmowania decyzji o udzielaniu świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki domowej POZ. Decyzja ta stanowi również zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów, powodując ograniczenie dostępności do dotychczas oferowanych świadczeń, m.in. dla mieszkańców domów pomocy społecznej (część dotychczas udzielanych świadczeń nie będzie mogła być wykonywana w ramach proponowanej opieki długoterminowej, gdyż zakres świadczeń wykonywanych w formie pielęgniarskiej opieki domowej w POZ różni się od zakresu świadczeń opieki długoterminowej).

Zarzutom skarżących trudno odmówić racji, zważywszy na skalę problemu w odniesieniu do liczby zaangażowanych pielęgniarek i objętych ich opieką pacjentów.

Należy nadmienić, że pielęgniarki były motywowane do udzielania świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki domowej w POZ przez organy publiczne, w tym Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz władze samorządowe (starostów oraz prezydentów miast), zwłaszcza w odniesieniu do opieki nad pacjentami przebywającymi w domach pomocy społecznej.

W związku z powyższym, 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 zbadanie sprawy oraz zajęcie stanowiska, a także o przekazanie informacji odnośnie działań i zamierzeń resortu zdrowia w kwestii rozwiązania podnoszonego problemu z poszanowaniem praw pacjentów i interesów pielęgniarek.

*Z poważaniem*

Z upoważnienia  
Rzecznika Praw Obywatelskich  
  
Stanisław Trociuk  
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich



RZECZPOSPOLITA POLSKA  
Rzecznik Praw Obywatelskich

*Irena LIPOWICZ*

Warszawa, 2.XI.2010 r.

RPO-599677-VI/08/AB

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

**Pani**

**Ewa Kopacz**

**Minister Zdrowia**

**Warszawa**

*Szanowno Pani Minister*

W ramach statutowej działalności Warszawskie Hospicjum dla Dzieci organizuje bezpłatne szkolenia dotyczące opieki paliatywnej i hospicyjnej. Uczestnikami tych szkoleń są lekarze, pielęgniarki, a także inne osoby, w tym wolontariusze.

Z unormowań ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307 ze zm.) wynika, że uczestnicy szkoleń osiągają przychód w postaci nieodpłatnych świadczeń, który zwiększa ich zobowiązanie w podatku dochodowym od osób fizycznych.

W związku z działaniami podjętymi przez Rzecznika Praw Obywatelskich na wniosek Hospicjum - zmierzającymi do zainicjowania prac nad wprowadzeniem zwolnienia od podatku dla nieodpłatnych świadczeń osiągniętych z tytułu uczestniczenia w szkoleniach organizowanych przez Fundację - Minister Finansów przedstawił uwarunkowania umożliwiające zwolnienie przedmiotowych świadczeń od opodatkowania. Stanowisko Ministra Finansów zawiera skierowane do Pana Adama Franczaka Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pismo z dnia 11 sierpnia 2009 r. (znak: DD3/033/126/IMD/09/BMI 9-9628).

Minister Finansów konsekwentnie prezentuje pogląd, że podstawowym warunkiem wprowadzenia zwolnienia przedmiotowego jest kompleksowe uregulowanie

zasad organizowania szkoleń dla lekarzy, pielęgniarek i innych grup zawodowych uczestniczących w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wprowadzenie takich unormowań pozwoli na oszacowanie skutków regulacji i podjęcie ostatecznej oceny co do zasadności wprowadzenia zwolnienia podatkowego.

Do chwili obecnej Minister Finansów nie otrzymał odpowiedzi na pismo z dnia 11 sierpnia 2009 r. Nie zostały również uregulowane zasady kształcenia w dziedzinie opieki paliatywnej i hospicyjnej w odniesieniu do innych osób pracujących w hospicjach, które nie wykonują zawodów medycznych. Ministerstwo Zdrowia nie przekazało Ministrowi Finansów danych pozwalających na określenie skutków zwolnienia przedmiotowego dotyczącego nieodpłatnych świadczeń uzyskanych z tytułu uczestnictwa w szkoleniach z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. W tych okolicznościach wykluczone jest przygotowanie projektu zwolnienia tych świadczeń od podatku dochodowego od osób fizycznych.

Z przedstawionych względów - działając na podstawie art. 14 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.) - zwracam się do Pani Minister o rozważenie podjęcia prac nad odpowiednim uregulowaniem zasad prowadzenia szkoleń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz przekazania Ministrowi Finansów danych pozwalających na określenie skutków wprowadzenia omawianego zwolnienia.

*Łaura Wyrosty Szachniska*

*Leno. Filipow*



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Irena Lipowicz

Warszawa, 22 kwietnia 2015 r.

V.7010.47.2015.AA

Pan

**BARTOSZ ARŁUKOWICZ**

**Minister Zdrowia**

Jednym z elementów zapewnienia właściwego poziomu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest odpowiadające rzeczywistym potrzebom zatrudnienie w podmiotach leczniczych personelu pielęgniarskiego i położnych. Z informacji napływających do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wynika, że nie zawsze obsada pielęgniarska i położnych w podmiotach leczniczych zapewnia właściwą jakość opieki zdrowotnej. Ponadto, z danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wynika, że wciąż utrzymuje się tendencja polegająca na wzroście przeciętnego wieku pielęgniarek i położnych. Według tych danych, średnia wieku dla pielęgniarek wynosiła w 2008 r. 44,19 lat, zaś dla położnych 43,23 lata. Natomiast w 2013 r. średnia ta wynosiła dla pielęgniarek już 48,69 lat, zaś dla położnych 47,69 lat. Dane te w sposób oczywisty wskazują, że osoby młode nie chcą wykonywać tych zawodów, przede wszystkim ze względów finansowych.

Powyższa tendencja oznacza jednak, że **zapewnienie odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego i położnych w podmiotach leczniczych jest problemem strukturalnym. Zjawisko to ma również swój wymiar prawny**, to bowiem na władzy publicznej spoczywa obowiązek zapewnienia prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP). Dlatego też zwracam się o wskazanie czy i za pomocą jakich środków, kierowany przez Pana Ministra resort zamierza rozwiązać ten problem.

**W kontekście równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy też postrzegać zagadnienie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Zapewnienie minimalnego poziomu zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiocie leczniczym stanowi bowiem z punktu widzenia pacjenta formalną gwarancję standardu opieki pielęgniarskiej i położniczej.** Zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.), podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą stosuje minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Minimalne normy ustala kierownik tego podmiotu po zasięgnięciu opinii kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie tego podmiotu.

Z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej wynika, że minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych są ustalane wyłącznie przez podmioty niebędące przedsiębiorcami, a więc przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki budżetowe (art. 2 ust. 1 pkt 4 tej ustawy). Na pozostałe podmioty lecznicze ustawa nie nakłada takiego obowiązku.

Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). Ustawa ta, w art. 31d, upoważnia Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13 (m.in. w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej), wykazów świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem m.in. warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego. Postanowienia dotyczące liczby i kwalifikacji personelu niezbędnego dla zapewnienia opieki w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zawiera, wydane na podstawie tego upoważnienia, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1520 ze zm.). Rozporządzenie to stanowi, że zapewnienie opieki pielęgniarskiej lub położnych w zakresie nieuregulowanym w tym rozporządzeniu, następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej (§ 5). Zważyć wypada, że tylko to rozporządzenie wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej odwołuje się do minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej.

W związku z powyższym, proszę Pana Ministra o wskazanie przyczyn, z powodu których podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami a równocześnie realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, nie zostały objęte ustawowym obowiązkiem ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Proszę również o wskazanie, czy i w jakim zakresie podejmowane są czynności kontrolne mające na celu zbadanie, czy ustalane przez kierowników podmiotów leczniczych na podstawie art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej minimalne normy zatrudnienia odpowiadają kryteriom obowiązującego prawa, a ponadto czy normy te są przestrzegane. Jeśli takie czynności kontrolne były podejmowane, proszę Pana Ministra o przekazanie syntetycznych wyników tych kontroli.

W zakresie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych **zwrócić też chcę uwagę Pana Ministra na treść upoważnienia do wydania rozporządzenia zawartego w art. 50 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.** Zgodnie z tą treścią, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych związków zawodowych, określi w drodze rozporządzenia, sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach określonych w ust. 1, mając na celu zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. **Wątpliwości natury konstytucyjnej budzą wytyczne zawarte w tym upoważnieniu w postaci „zapewnienia właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych”.** W mojej ocenie, wytyczne te mają charakter całkowicie pozorny. Organ wydający rozporządzenie w świetle tych wytycznych powinien bowiem uwzględnić takie wartości jak „właściwa jakość świadczeń zdrowotnych” i „właściwa dostępność świadczeń zdrowotnych”. Tymczasem są to wartości, którymi organ wydający rozporządzenie w zakresie ochrony zdrowia musi się kierować niezależnie od tego, czy zostały one wymienione w treści upoważnienia. Wynikają one z norm rangi konstytucyjnej (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP) czy też norm rangi ustawy (np. art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Dz. U. z 2012 r. poz. 159, przyznający pacjentowi prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, art. 148 cytowanej wyżej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, stanowiący, że porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje m.in. dostępność i jakość udzielanych świadczeń). W istocie więc wytyczne te nie stanowią żadnej nowości normatywnej i są jedynie powtórzeniem tych elementów treściowych, które organ wydający rozporządzenie i tak musiałby brać pod uwagę ze względu na hierarchię źródeł prawa. Stawia to pod znakiem zapytania konstrukcję upoważnienia zawartego w art. 50 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej w zakresie, w jakim zawiera ono wytyczne do wydania rozporządzenia. Wytyczne te są bowiem – jak

już wskazałam – powtórzeniem wartości, które zostały już sformułowane przez prawodawcę co najmniej na poziomie ustawy. Poza tym sama istota regulacji dotyczącej minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych polega na tym, że normy te mają gwarantować właściwą jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych. Wytyczne zawarte w upoważnieniu powinny więc skupić się raczej na technicznych aspektach umożliwiających realizację tych wartości, a nie na ich powtarzaniu. Stąd też wytyczne zawarte w art. 50 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej budzą wątpliwości z punktu widzenia art. 92 ust. 1 Konstytucji RP.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 i art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2014 r., poz. 1648) **zwracam się do Pana Ministra o przedstawienie żądanych wyjaśnień oraz proszę o odniesienie się do sformułowanych przeze mnie ocen dotyczących treści upoważnienia zawartego w art. 50 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.**

/-/ Irena Lipowicz





RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Irena Lipowicz

Warszawa, 16 lipca 2014 r.

V.7010.75.2014.AA i V.7010.77.2014.AA

Pan

**BARTOSZ ARŁUKOWICZ**

**Minister Zdrowia**

Wydarzenia ostatnich miesięcy dotyczące nagłoŝnionych przez media przypadków wygłodzenia i ŝmierci dzieci skłaniają do zwrócenia uwagi na obowiążujący stan prawny w zakresie opieki medycznej nad dziećmi i stosowania w praktyce przepisów w tej materii. Po raz kolejny wydarzenia te pokazują jak wielkie znaczenie ma prawidłowe zorganizowanie i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w kaŝdym jego elemencie. Niedociągnięcia w tym zakresie bądź błąd w systemie może kosztować zdrowie lub życie dziecka.

W tym kontekście, podnieść należy, że **obowiążujące przepisy prawa i praktyka nie gwarantują ciągłości opieki zdrowotnej nad noworodkiem po opuszczeniu podmiotu leczniczego, co może skutkować niebezpieczeństwem dla dziecka.**

I tak, w myśl art. 28 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), świadczeniobiorca (ubezpieczony) ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tj. lekarza, pielęgniarki i położnej poz). Przyjęcie konstrukcji udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie dokonywanych przez świadczeniobiorcę korzystnych dla ubezpieczonego wyborów rodzi jednak rozmaite konsekwencje. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na fakt, że ustawa wyposaża świadczeniobiorcę w prawo wyboru, które może, ale nie musi być zrealizowane przez ubezpieczonego. Jak pokazuje praktyka, rodzice (przedstawiciele ustawowi) noworodków nie zawsze dokonują wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej na rzecz dziecka, nad którym sprawują opiekę.

Zaniechanie przez rodziców (opiekunów) dziecka wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej pozbawia noworodka profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248), tj. m.in. porady patronażowej lekarza, badań bilansowych, szczepień ochronnych, wizyt patronażowych położnej i wizyt patronażowych pielęgniarki.

Objęcia wszystkich noworodków ciągłą opieką zdrowotną nie gwarantuje również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r. poz. 1100). Według rozdziału IV (Połóg) załącznika do tego rozporządzenia, „położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu (...). Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez przedstawicieli ustawowych noworodka (...). Położna wykonuje nie mniej niż 4 wizyty - pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje ona położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej, równocześnie informując o tym fakcie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Po ukończeniu przez dziecko 6. tygodnia życia położna przekazuje opiekę nad nim pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej” (pkt 1, 7, 8, 11 i 12).

Termin pierwszej wizyty położnej u noworodka uzależniony jest od otrzymania przez położną zgłoszenia o porodzie oraz miejscu pobytu matki i dziecka w okresie połogu. Podmiot leczniczy zobowiązany do przekazania zgłoszenia o porodzie zwykle nie może powiadomić położnej rodzinnej, ponieważ w dniu wypisu ze szpitala rodzice (przedstawiciele ustawowi) noworodka nie zawsze są w stanie wskazać położną wybraną dla dziecka w myśl art. 28 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Według posiadanych informacji (przekazanych m.in. przez Narodowy Fundusz Zdrowia), najczęściej położne pozaczynają realizację świadczeń patronażowych z chwilą przekazania im stosownych informacji przez rodzica lub opiekuna prawnego dziecka.

Podane przykłady rozwiązań legislacyjnych i stosowania prawa w praktyce wskazują, że poza opieką medyczną pozostaje pewna grupa noworodków, w tym noworodki znajdujące się w domu bezpośrednio po opuszczeniu podmiotu leczniczego, a zatem wymagające szczególnej troski i opieki.

**Nie ulega wątpliwości, że noworodki powinny być objęte ciągłą profesjonalną opieką zdrowotną. Z pola widzenia służb medycznych nie powinny zniknąć noworodki znajdujące się w domu bezpośrednio po opuszczeniu podmiotu leczniczego oraz dzieci, których rodzice (opiekunowie) – z różnych powodów – nie dokonali wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub nie przejawiają aktywności i zainteresowania w zakresie zapewnienia dziecku opieki medycznej.**

Zważyć w tym miejscu wypada, że w myśl § 1 pkt 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126), poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3, zaliczona została do priorytetów zdrowotnych będących podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego.

W związku z powyższym, na podstawie art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), **zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o rozważenie podniesionych kwestii oraz podjęcie działań w kierunku zapewnienia dzieciom bezpieczeństwa zdrowotnego, w tym faktycznej ciągłości opieki zdrowotnej nad noworodkiem po opuszczeniu podmiotu leczniczego.** Oczekuję na informację w tej materii.

/-/ Irena Lipowicz