



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 22-12-2021 r.

**Marcin Wiącek**

**V.7010.207.2021.ETP**

**Pan  
dr n. ekon. Adam Niedzielski**

Minister Zdrowia  
via ePUAP

*Wielce Szanowny Panie Ministrze,*

z obywatelskich sygnałów napływających do mnie oraz raportu Fundacji „Rodzić po Ludzku”<sup>1</sup> wynika, że w publicznych szpitalach nie są przestrzegane prawa pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem podczas pandemii COVID-19.

W pierwszej kolejności pragnę zauważyć, że analiza przepisów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wskazuje, że kobieta rodząca ma w ich świetle status pacjenta oraz osoby, której należy się szczególna ochrona.

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. Warunki i zakres udzielania wymienionych świadczeń określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z póź.zm.). Zgodnie z przepisami tej ustawy prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają m.in. kobiety w ciąży (art.47c ust.1 pkt1).

Organizacja opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej została określona w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r. poz. 1756 ze zm., dalej:

---

<sup>1</sup> Raport opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego, [https://www.rodzicpoludzku.pl/images/FRPL\\_RAPORT\\_2021.pdf](https://www.rodzicpoludzku.pl/images/FRPL_RAPORT_2021.pdf)

rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej). Zgodnie z rozporządzeniem realizacja praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej polega w szczególności na: respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych.

W czasie pandemii COVID-19 wyłoniły się problemy związane z ograniczonym dostępem do świadczeń zdrowotnych dla kobiet w ciąży, do najpoważniejszych z nich należało: proponowanie teleporady zamiast wizyty w przychodni, odwoływanie części wizyt, utrudnienia w zakresie kontaktu z przychodnią lub zapisania się do określonego lekarza, wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę czy zawieszenie działania oddziału położniczego.

Moje obawy budzą doświadczenia kobiet rodzących oraz personelu medycznego przedstawione w raporcie, które odbiegały znacząco od powyższych standardów. W szczególności kobiety rodzące siłami natury przedstawiały, że możliwość towarzyszenia kobiecie podczas porodu została w związku z pandemią znacznie ograniczona. Z tego względu kobiety, rodziły same – stało się tak w przypadku 62% rodzących podczas pandemii COVID-19. Gwarantowany według Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej dostęp kobiety w czasie fizjologicznego porodu do picia i jedzenia nie był w pełni zapewniony – pacjentki deklarowały, że podczas porodu mogły pić (85%) i jeść (28%). Nieznacznie rzadziej natomiast mogły zmieniać pozycję (70%). W sposób znaczący na możliwość jedzenia i picia podczas porodu wpływa obecność osoby towarzyszącej – wyniki badań pokazują, że kobiety, które rodziły z kimś bliskim, częściej deklarowały, że mogły jeść lub pić, w porównaniu z ankietowanymi, które rodziły same. Nacięcie krocza to jedna z interwencji medycznych, która powinna być wykonywana tylko w uzasadnionych medycznie przypadkach. Wśród badanych w 2021 r. 50,6% deklarowało, że miały nacinane krocze. Należy zwrócić uwagę, że częściej niż co dziesiąta kobieta nie była pytana o zgodę na wykonanie tej czynności. W odniesieniu do swobodnego przyjmowania pozycji w II okresie porodu 28,9% ankietowanych wskazywało, że nie miały możliwości wyboru takiej pozycji. Alarmujące jest również, że w dalszym ciągu występuje duża liczba kobiet, które doświadczają przemocy werbalnej podczas pobytu w szpitalu.

Niemniej pandemia COVID-19 spowodowała, że wykonywanie zawodu medycznego stało się zadaniem niezwykle trudnym ze względu na zagrożenie zakażeniem, brak danych dotyczących sposobu leczenia i postępowania terapeutycznego, natężenie pracy. Placówki podczas pandemii musiały mierzyć się z wieloma trudnościami z jednoczesną niewystarczającą pomocą zewnętrzną.

Jednocześnie należy zauważyć, że ustawodawca nie zdecydował się na wprowadzenie konkretnych rozwiązań mających równocześnie zapewnić bezpieczeństwo epidemiczne, jak

i odpowiednią realizację praw pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzeniu w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. W związku z brakiem jasnych regulacji ustawowych dyrektorzy szpitali, którzy byli odpowiedzialni za zapewnienie odpowiedniego bezpieczeństwa w kierowanych przez nich jednostkach, w swoich działaniach opierali się przede wszystkim na wytycznych krajowych konsultantów czy Ministerstwa Zdrowia, które nie zastąpią powszechnie obowiązującego prawa.

Pragnę zasygnalizować najważniejsze problemy prawne zgłaszane przez pacjentki do mojego biura oraz podnoszone w przedmiotowym raporcie odnoszące się do opieki okołoporodowej podczas pandemii COVID-19.

### **1. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.**

W związku z zastąpieniem w znacznej części tradycyjnej formy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej teleporadami, kobiety w ciąży wielokrotnie przedstawiały brak możliwości zrealizowania świadczenia, spotkania się z lekarzem lub wykonania zalecanych badań. Powyższy problem był sygnalizowany w korespondencji do Pana Ministra<sup>2</sup>. Wówczas Rzecznik nadmienił, iż występują sytuacje w których poradnie anulują wizyty kontrolne, odwoływane są również badania diagnostyczne dla kobiet w ciąży takie jak USG, zamykane są ginekologiczne gabinety lekarskie. Jednocześnie występują sytuacje, w których teleporada oraz odwołanie czy przesunięcie wizyty są niemożliwe.

Rekomendowana ścieżka postępowania dla kobiet w ciąży wydana 20 marca 2020 r. przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników (PTGiP) zakładała m.in. odstępianie od typowego schematu wizyt kontrolnych oraz większe możliwości w zakresie odbywania wizyt w sposób zdalny. Brak jest aktualizacji powyższych wytycznych oraz usystematyzowania kwestii standardu opieki w czasie ciąży. W konsekwencji partnerzy kobiet w ciąży zostali niemal całkowicie pozbawieni możliwości uczestniczenia w badaniach (również prenatalnych), pacjentki skarżyły się na brak wykonania u nich standardowej liczby badań USG oraz problemy z wykonywaniem badań laboratoryjnych. Należy podkreślić, że niektóre rekomendacje Towarzystwa są sprzeczne ze Standardem Opieki Okołoporodowej, a w konsekwencji przyczyniły się do nieprzestrzegania Standardu w czasie pandemii COVID-19. Wobec czego, doszło do nieakceptowalnej sytuacji, w której rekomendacje Towarzystwa Ginekologicznego mają większy wpływ na kształtowanie rzeczywistości w zakresie opieki okołoporodowej niż przepisy prawa.

Problematyczne okazało się również przyjmowanie do porodu pacjentek z podejrzeniem zakażenia lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Wówczas brak był wiedzy co do kierunku postępowania, zarówno ze strony pacjentek, jak i

---

<sup>2</sup> Pismo z dnia 12 listopada 2020 r. V.7013.145.2020.ET/GH/PM.

podmiotów leczniczych, czy w takiej sytuacji rodząca powinna zgłosić się do najbliższego szpitala zakaźnego (które nie zawsze były wyposażone w oddziały położniczo-ginekologiczne), czy na oddział w tzw. białym szpitalu.

Odrębnym problemem było uzyskanie wsparcia od położnej POZ w trakcie ciąży lub już po urodzeniu dziecka. Zgodnie z dotychczas obowiązującymi przepisami położna POZ powinna odbyć nie mniej niż cztery wizyty patronażowe w miejscu zamieszkania albo pobytu kobiety. Tymczasem rekomendacje<sup>3</sup> wskazywały, że w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentkami przebywającymi w domach należy zastosować możliwość wykonywania i rozliczania wizyt/porad położnej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Jak zostało zalecone w wytycznych pierwsza wizyta patronażowa powinna odbyć się w warunkach domowych po uprzednim telefonicznym zebraniu wywiadu epidemicznego. Niemniej czas tej wizyty powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, nie przekraczający 15 minut. Z przedstawionych Rzecznikowi informacji wynika, że pomimo tych wytycznych wiele położnych odmawiało realizowania wizyt patronażowych, szczególnie w przypadku pacjentek chorych na COVID-19.

## **2. Ograniczenia w dostępności porodów z wybraną osobą towarzyszącą – porodów rodzinnych.**

Problem porodów z osobą towarzyszącą był już sygnalizowany w licznych wystąpieniach Rzecznika do Pana Ministra, niemniej w dalszym ciągu problem ten pojawia się w kierowanych do mnie skargach obywateli. W pierwszej kolejności należy podkreślić, że pacjentki, jak i środowisko związane z opieką zdrowotną wskazują na występujący w szpitalach świadczących usługi z zakresu ginekologii i położnictwa chaos i dezinformację w kwestii porodów z osobą towarzyszącą. Tym samym zarówno ochrona praw kobiet oraz ich ograniczenia w Polsce mogą być na nierównym poziomie<sup>4</sup>. Moje zastrzeżenia w dalszym ciągu wzbudza procedura polegająca na tym, że porody mogą odbywać się z obecnością osoby bliskiej, pod warunkiem, że osoba ta posiada aktualny wynik testu PCR w kierunku COVID -19<sup>5</sup>.

Problem ten wydaje się być wciąż aktualny. Nadal bowiem otrzymuję sygnały, że co prawda dany podmiot leczniczy utrzymał porody rodzinne z osobą towarzyszącą, ale przy jednoczesnym obowiązku posiadania przez osobę towarzyszącą testu PCR w kierunku

---

<sup>3</sup> Rekomendacje Konsultantki Krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Położnych Rodzinnych oraz Polskiego Towarzystwa Położnych z 1 kwietnia 2020 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-w-stanie-epidemii-wirusa-sarscov2-dla-polozonych2>

<sup>4</sup> Pismo z dnia 12 listopada 2020 r. V.7013.145.2020.ET/GH/PM.

<sup>5</sup> Problem ten był przedmiotem korespondencji kierowanej przez RPO do MZ i NFZ - pismo z dnia 3 czerwca 2020 r. V.7010.114.2020.ET oraz pismo z dnia 8 lipca 2020 r. V.7010.125.2020.ET.

COVID-19<sup>6</sup>. W konsekwencji czego, osoba towarzysząca, aby móc uczestniczyć w porodzie rodzinnym jest zobowiązana do przedstawienia testu PCR w kierunku COVID-19 wykonanego na maksymalnie 72h przed porodem. Koszt takiego testu to 350-600 zł. W przypadku planowanego porodu naturalnego oznaczałoby to konieczność wykonania testu co ok. 2 dni w okresie 2 tygodni poprzedzających planowany termin porodu, a w przypadku opóźnienia porodu możliwe kolejne 2 tygodnie do rozpoczęcia porodu.

Obostrzenie to nie jest zawarte w zaleceniach w sprawie możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii COVID-19 Krajowego Konsultanta w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Perinatologii z dnia 16 września 2021r<sup>7</sup>.

Jednocześnie podkreślić należy, że niektórzy świadczeniodawcy upatrują przyczynę tego problemu w samym sposobie finansowania testów przeciw COVID-19<sup>8</sup>. Testy przeciw COVID-19 wykonane pacjentom są w pełni finansowane przez NFZ, za to testy wykonane osobom towarzyszącym nie posiadają źródła takiego finansowania.

### **3. Konieczność zakrywania nosa i ust maseczką w trakcie pobytu w szpitalu.**

Zgodnie z § 25 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861, dalej: rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów), do dnia 31 stycznia 2022 r. nakazuje się zakrywanie, przy pomocy maseczki, ust i nosa: w miejscach ogólnodostępnych, w tym m.in. w budynkach użyteczności publicznej przeznaczonych na potrzeby: opieki zdrowotnej.

Zdaniem Fundacji sala porodowa nie jest miejscem ogólnodostępnym, a co z tym związane, kobieta rodząca w I, II lub III okresie porodu nie jest zobligowana do zasłaniania nosa ani ust<sup>9</sup>. Niniejsze stanowisko koresponduje z wytycznymi Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii z dnia 27 kwietnia z 2020 r. stanowiącymi, że w przypadku indywidualnej sali porodowej kobieta rodząca w I, II lub III okresie porodu może przebywać bez maski ochronnej. Należy również zauważyć, że brak jest w tym zakresie jasnych regulacji chociażby w rozporządzeniu w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów.

Niestety, mimo iż o braku obowiązku noszenia maski w trakcie porodu zostali przez Ministerstwo Zdrowia poinformowani wszyscy ordynatorzy oddziałów ginekologiczno-

---

<sup>6</sup> V.7010.202.2021.ETP.

<sup>7</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen>

<sup>8</sup> V.7010.16.2021. ET

<sup>9</sup> Stanowisko Fundacji Rodzić po Ludzku z dnia 1 marca 2021 r. w sprawie obowiązku zasłaniania nosa i ust przy pomocy maseczki w czasie porodu.

położniczych, wciąż wiele z nich wymuszało (i wymusza) na rodzących noszenie maski w każdej z faz porodu.

#### **4. Cesarskie cięcie ze względów epidemicznych w przypadku rodzących zakażonych bądź z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2.**

Niepokojące są przedstawione informacje dotyczące braku publikacji zaleceń na stronie Ministerstwa Zdrowia od momentu powstania pandemii COVID-19 do połowy lipca 2020 r. dotyczących sposobu porodu przez kobietę zakażoną, bądź z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Jednocześnie w połowie marca 2020 r. w mediach społecznościowych pojawił się skan zaleceń podpisanych przez Konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz prezesa zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologii i Położników, w których rekomenduje się rozważenie zakończenia porodu cesarskim cięciem u kobiet zakażonych COVID-19. Twórcy zaleceń wskazywali na duże ryzyko zakażenia się dziecka od matki w przypadku porodu siłami natury, zmniejszenie ryzyka okołoporodowego zakażenia wewnątrzmacicznego w przypadku wykonania cesarskiego cięcia oraz mniejsze ryzyko zakażenia personelu szpitala. W związku z tym w poszczególnych szpitalach wykształciły się różne praktyki dotyczące sposobu zakończenia ciąży, w tym w wielu sytuacjach – uznanie zakażenia bądź podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 za wskazanie do przeprowadzenia cesarskiego cięcia.

Dopiero 15 lipca 2020 r. zostały wydane zalecenia<sup>10</sup> dotyczące metody ukończenia ciąży i porodu u pacjentek z rozpoznaniem/ podejrzeniem COVID-19. Zgodnie z nimi nie wskazuje się cięcia cesarskiego jako jedynej metody ukończenia ciąży i porodu u pacjentek z rozpoznaniem/podejrzeniem COVID-19, dopuszczając tym samym prowadzenie porodu drogami natury – w zależności od aktualnej sytuacji położniczej, z uwzględnieniem lokalnych warunków organizacyjnych, związanych ze stanem epidemii.

W związku z tym, że zalecenia wprost wskazywały na konieczność uwzględnienia lokalnych warunków organizacyjnych, zdarzały się sytuacje, w których w szpitalu przekształconym w szpital zakaźny nie było wyodrębnionej sali porodowej. Wówczas występowały szpitale, w których wszystkie porody pacjentek zakażonych lub podejrzanych o zakażenie COVID-19 były rozwiązywane cesarskim cięciem.

Chociaż postulat brania pod uwagę warunków organizacyjnych jako jednego z elementów wskazujących na konieczność wykonania cesarskiego cięcia nie jest akceptowalny, część szpitali uznawała zakażenie/podejrzenie zakażeniem COVID-19 za jedyny czynnik warunkujący wykonanie cesarskiego cięcia.

---

<sup>10</sup> Zalecenia opracowane przez Konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz Konsultanta krajowego w dziedzinie perinatologii dotyczące metody ukończenia ciąży i porodu u pacjentek z rozpoznaniem/ podejrzeniem COVID-19 dla lekarzy położników.

## **5. Kontakt skóra do skóry oraz kangurowanie.**

Problematyka istotności kontaktu „skóra do skóry” oraz tzw. kangurowania była podnoszona przez Rzecznika w piśmie do Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii<sup>11</sup>.

Zgodnie z pierwszymi zaleceniami Konsultantki Krajowej<sup>12</sup> w dziedzinie neonatologii w przypadku kobiet zakażonych koronawirusem lub w okresie diagnozowania w kierunku COVID-19 zalecana jest izolacja dziecka od matki. W konsekwencji tych zaleceń również matki niezakażone były izolowane od dzieci.

Następnie zostały wydane zalecenia<sup>13</sup>, zgodnie z którymi postępowanie z noworodkiem urodzonym przez matkę zakażoną SARS-CoV-2 powinno zależeć przede wszystkim od stanu zdrowia matki i noworodka oraz od decyzji matki.

Niemniej z przekazanych Rzecznikowi informacji oraz skarg obywatelskich zostało uwidocznione, że pandemia COVID-19 w większości placówek uniemożliwiła kangurowanie przez ojców lub inne osoby bliskie dzieci urodzonych przez cesarskie cięcie.

## **6. Izolacja kobiet zakażonych wirusem SARSCoV-2 oraz ich dzieci w trakcie pobytu w szpitalu oraz karmienie piersią przez matki z podejrzeniem lub z potwierdzoną infekcją COVID-19.**

Pragnę zauważyć, że Rzecznik na problem separowania dzieci od matek w szpitalach położniczych zwrócił uwagę w korespondencji do Ministerstwa Zdrowia<sup>14</sup>. Wówczas Rzecznik nadmienił, m.in., że pierwszego kontaktu skóra do skóry, czy też pierwszego przystawienia dziecka do piersi nie da się powtórzyć, nie wspominając już o fakcie ogromnego cierpienia psychicznego zarówno kobiety jak i noworodka, którzy bez wyraźnego powodu zostają rozdzieleni oraz wskazał na zaktualizowane wytyczne dotyczące kontaktu matka – noworodek, które podkreślają znaczenie autonomii matki w procesie podejmowanych decyzji medycznych.

Niemniej, jak wynika z przedmiotowego raportu, pomimo jasnych zaleceń pojawiały się przypadki izolacji dzieci od matek w szpitalu wbrew ich woli, jak i informacje o pozbawianiu matek możliwości wypisania dziecka „na żądanie” do domu, w którym przebywają osoby objęte kwarantanną lub izolacją. W skrajnych przypadkach nie

---

<sup>11</sup> pismo z dnia 11.04.2017 r. do Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii (V.7010.112.2015.EO).

<sup>12</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-kobiet-w-okresie-okoloporodowym-w-zwiazku-z-zakazeniami-sars-cov-2>

<sup>13</sup> Zalecenia z dnia 29 września 2020 r. dotyczące sposobu postępowania w związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 (aktualizacja 12 listopada 2020 r.).

<sup>14</sup> Pismo z 19 maja 2020 r. dnia V.7018.389.2020. ET oraz pismo z dnia 19 października 2020 r. V.7010.207.2020.ET.

respektowano również pełnomocnictw do odbioru dziecka przez dalszych krewnych noworodka. Natomiast przegląd rekomendacji związanych z karmieniem piersią ukazuje, że wsparcie karmienia piersią przez matki zakażone SARS-CoV-2 było rozpatrywane przede wszystkim w kontekście ryzyka transmisji infekcji COVID-19, a nie w szerszej perspektywie zdrowia matki i dziecka, w której korzyści z karmienia naturalnego są bezsprzeczne zarówno dla jednostek, jak i dla zdrowia publicznego.

## **7. Odwiedziny oraz pobyt rodziców dzieci hospitalizowanych w szpitalu.**

Kwestię odwiedzin pacjenta w podmiocie leczniczym w czasie pandemii COVID-19 reguluje ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, dalej: ustawa o prawach pacjenta). Według przepisów powołanej ustawy, pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. (art. 33). Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu (art. 34). Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 (tj. w przypadku praw pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami), także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu (art. 5).

Rzecznik niejednokrotnie wskazywał, że powyższe ograniczenie nie może stwarzać rzeczywistego zagrożenia dla więzi pacjentów i ich bliskich. Jak i zwracał uwagę, że przyjęte rozwiązania ochrony życia rodzinnego dotyczą każdego pacjenta, a zatem również dzieci<sup>15</sup>.

Główny Inspektor Sanitarny w dniu 1 marca 2020 r. wydał wytyczne ograniczające możliwość wizyt osób trzecich w szpitalach, nie wprowadzając w tym zakresie żadnych wyjątków. Ta rekomendacja dotycząca konkretnie odwiedzin wpłynęła bezpośrednio na prawo do obecności osoby bliskiej (rodziców/opiekunów) i do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

---

<sup>15</sup> Pismo z dnia 12 listopada 2020 r. V.7013.145.2020.ET/GH/PM.



W tym kontekście należy zauważyć, że w związku z realizacją Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, w tym zaszczepieniem znaczącej części osób z grup ryzyka poważnych skutków zachorowania na COVID-19, opracowano rekomendacje dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych, z zachowaniem odpowiednich środków zapobiegania i kontroli zakażeń w tych jednostkach<sup>16</sup>. Powyższe rekomendacje nie dotyczą organizacji odwiedzin m.in. pacjentów małoletnich przebywających na oddziałach pediatrycznych (i innych oddziałach szpitalnych) przez ich rodziców lub opiekunów - zalecenia w tym zakresie zostały opublikowane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia<sup>17</sup> oraz brak jest rekomendacji i wytycznych w zakresie opieki rodziców nad noworodkami przebywającymi w szpitalach.

Brak wytycznych spowodował, że w wielu przypadkach dyrektorzy szpitali podejmowali decyzje o całkowitym zakazie odwiedzin i opieki nad hospitalizowanymi dziećmi przez ich rodziców – opiekunów prawnych.

Zaznaczył się również problem braku rekomendacji co do opieki pielęgnacyjnej oraz trudności z dostępem do opieki pielęgnacyjnej nad małoletnim pacjentem przebywającym w szpitalu dla jednego z rodziców podczas pandemii COVID-19<sup>18</sup>. Dochodziło do wzbudzających obaw sytuacji, w których jednej z rodziców otrzymywał informację, że w przypadku chęci „wymiany” rodzica opiekującego się dzieckiem, występuje konieczność posiadania przez tego rodzica (pomimo zaszczepienia przeciw COVID-19) negatywnego wyniku testu PCR przeciw COVID-19, który ma być zrobiony poza szpitalem. Powyższa praktyka była stosowana pomimo regulacji zawartych w § 8 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 320 ze zm.) stanowiących, że świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń.

## **8. Opieka nad kobietami w sytuacjach szczególnych (poronienie, narodziny dziecka martwego lub chorego).**

Przez cały czas trwania pandemii COVID-19 nie pojawiły się wytyczne i rekomendacje związane z postępowaniem personelu medycznego w sytuacjach

---

<sup>16</sup> Rekomendacje Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych w okresie epidemii COVID-19 w związku z postępowaniem realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 Warszawa 6 września 2021 r.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/rekomendacje-ministerstwa-zdrowia-i-glownego-inspektoratu-sanitarnego-dotyczace-odwiedzin-w-szpitalach-w-zwiazku-z-postepem-realizacji-narodowego-programu-szczepien>

<sup>17</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen> (pkt 6. Pediatria – materiały do pobrania).

<sup>18</sup> Pismo z dnia 14 października 2021 r. V.7013.92.2021.ETP.

szczególnych. Do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego lub chorego. W tym zakresie w kierowanych do mnie skargach w szczególności uwidocznił się problem utrudnionego dostępu do karty martwego urodzenia w sytuacji, gdy: pochówku dokonał szpital oraz płeć dziecka nie jest zanana – wówczas, kiedy rodzice życzą sobie wystawienie takiego dokumentu to badanie płci są zobligowani wykonać na własny koszt.

W świetle całokształtu przedstawionych okoliczności natury prawnej i faktycznej, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r. poz. 627 ze zm.), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w podnoszonych kwestiach dotyczących praw kobiet rodzących, dzieci oraz osób im najbliższych.

*Z wyrazami szacunku*

Marcin Wiącek

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-podpisano elektronicznie/