

# RAPORT

## Monitoring dostępności do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ w Polsce



październik 2015

Opracowanie: Małgorzata Darmas i Julia Wygnańska  
Konsultacja merytoryczna: Joanna Pietrusiewicz  
Redakcja: Zespół Fundacji Rodzić po Ludzku  
Korekta: Bożena Hulewicz  
Opracowanie graficzne: Anna Kalisz



Fundacja  
Rodzić po Ludzku

00-150 Warszawa  
ul. Nowolipie 13/15  
Tel. (022) 887 78 76

[www.rodzicpoludzku.pl](http://www.rodzicpoludzku.pl)  
[www.GdzieRodzic.info](http://www.GdzieRodzic.info)  
[fundacja@rodzicpoludzku.pl](mailto:fundacja@rodzicpoludzku.pl)



Projekt współfinansowany z funduszy EOG  
w ramach Programu **Obywatele dla Demokracji**.

# Podziękowanie

Pragniemy serdecznie podziękować: grupie szkoleniowej pracującej w ramach kursu internetowo-stacjonarnego „Na straży“ 2014/2015 (prowadzonego w partnerstwie Sieci Obywatelskiej - Watchdog Polska, Stowarzyszenia Homo Faber i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka) w składzie: Małgorzata Borecka, Maria Ryll, Julia Wygnańska oraz członkinie Fundacji Rodzić po Ludzku, która rozpoczęła prace przygotowawcze do monitoringu; ankieterkom, bez których pracy i ogromnego zaangażowania realizacja monitoringu nie byłaby możliwa; dr Adrianie Bartnik za konsultacje merytoryczne na temat narzędzi monitoringu; firmie Millward Brown Poland za przygotowanie próby do badania oraz konsultacje merytoryczne w pierwszej fazie badania; Bartoszowi Pilitowskiemu z Fundacji Court Watch Polska za wskazówki przy analizie wyników monitoringu; Stowarzyszeniu Sieć Obywatelska – Watchdog Polska za pomoc i wsparcie merytoryczne na wszystkich etapach prowadzonego monitoringu; Antoninie Doroszewskiej za konsultacje socjologiczne; sponsorom, gdyż badanie oraz publikacja raportu były możliwe dzięki środkom finansowym z Funduszy EOG w ramach Programu Obywatele dla Demokracji.

# Spis treści

|   |    |
|---|----|
| <b>1. Wstęp</b> .....   | 5  |
| 1.1. Cel badania .....  | 5  |
| 1.2. Uzasadnienie podjęcia działań .....  | 5  |
| 1.3. Metodologia .....  | 7  |
| <b>2. Główne wnioski</b> .....  | 8  |
| 2.1. Czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa .....   | 8  |
| 2.2. Przyjmowanie kobiet w ciąży – szczególna ochrona?.....   | 8  |
| 2.3. Prywatnie zawsze szybciej .....  | 9  |
| 2.4. Informowanie o wymaganych dokumentach .....  | 9  |
| 2.5. Dezinformowanie w sprawie konieczności posiadania ubezpieczenia .....  | 9  |
| 2.6. Konsternacja w sprawie położnej .....  | 10 |
| <b>3. Rekomendacje</b> .....  | 11 |
| <b>4. Szczegółowe wyniki monitoringu</b> .....  | 12 |
| 4.1. Czas oczekiwania na 1. wizytę u lekarza ginekologa w ramach NFZ .....  | 12 |
| 4.2. Wpływ podejrzenia bycia w ciąży na czas oczekiwania na 1. wizytę<br>u ginekologa w ramach NFZ w Polsce .....                     | 14 |
| 4.3 Wpływ “9. tygodnia” na czas oczekiwania na 1. wizytę u lekarza giniekologa<br>w ramach NFZ w Polsce .....                         | 15 |
| 4.4. Odrębne zasady przyjmowania dla kobiet w ciąży w placówkach<br>ginekologiczno-położniczych w Polsce .....                        | 15 |
| 4.5. Wizyty prywatne w placówkach z kontraktem z NFZ .....  | 17 |
| 4.6. Dokumenty wymagane w czasie wizyty .....   | 19 |
| 4.7. Ubezpieczenie zdrowotne kobiety w ciąży .....  | 20 |
| 4.8. Konsternacja w sprawie położnej .....  | 22 |
| <b>Zakończenie</b> .....  | 24 |
| <b>English Summary</b> .....  | 25 |
| <b>Załącznik nr 1</b> – Kwestionariusz do badania „Monitoring dostępności do usług<br>ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ” ..... | 27 |
| <b>Załącznik nr 2</b> – Tabele.....   | 28 |

# 1. Wstęp

Monitoring został przeprowadzony w ramach projektu prowadzonego przez Fundację Rodzić po Ludzku. Projekt ten dotyczy działań związanych z wdrożeniem Standardów Opieki Okołoporodowej, a współfinansowany jest z Funduszy EOG w ramach programu Obywatele dla Demokracji. Prace nad przygotowaniem do monitoringu rozpoczęła grupa szkoleniowa, która powstała w ramach kursu internetowo-stacjonarnego „Na straży” 2014/2015, prowadzonego w partnerstwie Sieci Obywatelskiej – Watchdog Polska, Stowarzyszenia Homo Faber i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. Na podstawie wyników monitoringu został opracowany raport, który opisuje kwestie dostępności do opieki medycznej dla kobiet w ciąży w poradniach NFZ. Wyniki monitoringu są podstawą do dalszych działań rzeczniczych Fundacji na rzecz polepszenia jakości opieki okołoporodowej w Polsce.

## 1.1. Cel badania

Nadrzędnym celem przeprowadzonego monitoringu było zbadanie dostępności do usług ginekologiczno-położniczych w Polsce w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W szczególności chodziło o sprawdzenie, jaki jest średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza ginekologa oraz czy czas ten zależy od prawdopodobieństwa bycia w ciąży. Ponadto celem monitoringu było zdiagnozowanie tych sytuacji, w których dostęp do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ jest utrudniony.

Dodatkowe cele:

- ustalenie, czy istnieją specjalne procedury dotyczące przyjmowania przez lekarza ginekologa-położnika kobiet w ciąży;
- oszacowanie średniego czasu oczekiwania na prywatną wizytę u lekarza ginekologa-położnika (jeśli przychodnia prowadzi prywatne wizyty);
- określenie przeciętnej ceny prywatnej wizyty u lekarza ginekologa-położnika;
- sprawdzenie, czy przychodnie uwzględniają prawo kobiet nieubezpieczonych do korzystania z bezpłatnej opieki okołoporodowej;
- sprawdzenie, czy w przychodni jest możliwość skorzystania z wizyty u położnej.

## 1.2. Uzasadnienie podjęcia działań

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji każdej kobiecie będącej obywatelką Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od jej sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W art. 68 ust. 3 zaś ustawodawca konstytucyjny przyznał prawo do szczególnej opieki zdrowotnej kobietom w ciąży i dzieciom. Rozwinięcie tego zapisu znajduje się w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 r.<sup>1</sup>. Tym samym każda kobieta w okresie ciąży, porodu i połogu ma prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zarówno wówczas, gdy jest objęta powszechnym (obowiązkowym i dobrowolnym) ubezpieczeniem zdrowotnym, jak również bez względu na tytuł ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadzie finansowania z budżetu państwa (art. 2 ust. 1 pkt 4). Z przepisów tych bezpośrednio wynika obowiązek państwa objęcia szczególną ochroną kobiet już w okresie ciąży, w czasie porodu oraz w połogu (do 42. dnia po porodzie).

<sup>1</sup>DzU z 2004 r. nr 210, poz. 2135.

Do Fundacji Rodzić po Ludzku docierały liczne głosy od kobiet mówiące o tym, że na wizytę u lekarza ginekologa w ramach NFZ w celu potwierdzenia ciąży trzeba bardzo długo czekać. Nikt do tej pory tego nie sprawdzał, nie ma żadnych badań na ten temat. Dlatego też Fundacja Rodzić po Ludzku zdecydowała się zweryfikować te doniesienia i zbadać czas oczekiwania na wizytę u ginekologa w celu potwierdzenia ciąży. Zgodnie z ustawą z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych<sup>2</sup>, aby rodzic mógł skorzystać z jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. becikowego), kobieta musi pozostawać pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu. Ponadto, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r.<sup>3</sup> (tzw. Standardami Opieki Okołoporodowej), zaleca się, aby do 10. tygodnia ciąży kobieta została skierowana na określone badania diagnostyczne i konsultacje medyczne. Stąd celowe stało się sprawdzenie, czy kobieta, która deklaruje, że może być w 9. tygodniu ciąży, ma szansę szybko dostać się do ginekologa. Ponadto z raportu profesora Michała Troszyńskiego<sup>4</sup> wynika, że prawie połowa ciąż w Polsce jest prowadzona w gabinetach prywatnych.

---

<sup>2</sup>DzU z 2003 r. nr 228, poz. 2255.

<sup>3</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 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, DzU z 2012 r., poz. 1100.

<sup>4</sup>Prof. dr hab. n. med. Michał Troszyński, „Stan ludnościowy, umieralność okołoporodowa i opieka przedporodowa, Polska 1950 i 1999–2012”, zaprezentowany w czasie XVII Ogólnopolskiej Konferencji Fundacji Rodzić po Ludzku „Być położną dziś i jutro – jak sprostać wymaganiom współczesności”, Warszawa 19–20 listopada 2013 r.

Nie wiadomo dokładnie, co jest tego przyczyną – czy przeszkodę stanowią trudności z dostaniem się do ginekologa w ramach NFZ, czy może brak zaufania kobiet do publicznej służby zdrowia. Aby móc podjąć działania rzecznicze w tej kwestii, konieczne było zdobycie wiedzy na temat możliwych utrudnień w dostępie do publicznej opieki ginekologiczno-położniczej. Jednym z takich utrudnień mógłby być długi czas oczekiwania na wizytę u ginekologa.

Kolejną potrzebę stanowiła konieczność przyjrzenia się kwestii dostępności do opieki położnej. Z doniesień medialnych, z relacji kobiet i z badania przeprowadzonego przez Leokadię Jędrzejewską<sup>5</sup> – Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego – wynika, że znikomy procent lekarzy kieruje kobietę do położnej POZ, mimo że mają taki obowiązek zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. Kobiety często nie wiedzą, że mogą skorzystać z wizyty u położnej. Zdarza się również, że położna nie jest w ogóle dostępna w danej placówce i kobieta nie wie, gdzie w takim razie może się udać, aby skorzystać z przysługującego jej prawa. Należało zweryfikować i te doniesienia.

---

<sup>5</sup>Badanie przeprowadzone przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego Leokadię Jędrzejewską w 2014 r. Badanie przeprowadzone na podstawie danych otrzymanych z oddziałów wojewódzkich z NFZ.

### 1.3. Metodologia

W ramach monitoringu przeprowadzono badanie ilościowe na próbie reprezentatywnej dla ogółu placówek ginekologiczno-położniczych w Polsce zakontraktowanych przez NFZ w 2015 r. Spośród 2724 obiektów wylosowano 500-elementową próbę placówek odzwierciedlającą strukturę populacji pod względem wielkości miejscowości i województwa (tj. przykładowo – liczba wykonanych telefonów w danym województwie była proporcjonalna do liczby placówek w tymże województwie). Ostatecznie zrealizowano 454 wywiady telefoniczne, co stanowi wystarczającą podstawę do szacowania wyników na całą populację i przyjrzenia się potencjalnym różnicom. Wzięto pod uwagę 4 rodzaje wielkości miejscowości i 6 regionów w Polsce: centralny, południowy, wschodni, północno-zachodni, południowo-zachodni i północny. Tabele przedstawiające dobór obiektów w regionach oraz podział na regiony znajdują się w załącznikach (Tabele A i B). Szczegółowe wyniki monitoringu znajdują się w tabelach w załącznikach (Tabele 1–17).

Wywiady były realizowane według scenariusza, metodą telefoniczną, przez 15 przeszkolonych wolontariuszek. Wcielały się one w rolę kobiety chcącej zapisać się na wizytę do ginekologa, podejrzewającej, że jest w ciąży, prawdopodobnie w jej 9. tygodniu.

Metodę tę wybrano ze względu na obiektywność oceny kontaktu pacjentek z placówkami służby zdrowia oraz możliwość zebrania prawdziwych doświadczeń kobiet w odróżnieniu od teoretycznych deklaracji na temat obowiązujących procedur. Pytania w scenariuszu zostały sformułowane w taki sposób, by odzwierciedlały realną sytuację zapisywania się na wizytę u lekarza ginekologa. Scenariusz wywiadu stanowi załącznik nr 1.

Łatwość realizacji badania oraz relatywnie niski koszt dotarcia do respondentów stanowiły dodatkowe argumenty przemawiające za wyborem metody telefonicznej.

Telefony były wykonywane w godzinach pracy przychodni. Jeżeli telefon nie odpowiadał, procedura nakazywała ponawianie prób dodzwonienia się do wylosowanej placówki. Wykonywano w sumie maksymalnie 10 prób. Po 10. nieskutecznej próbie dana placówka była uznawana za „nieudaną próbę” i nie była brana pod uwagę przy analizie wyników. (Odsetek nieudanych prób wyniósł 9,2%). Każda próba dodzwonienia się była odnotowywana w kwestionariuszu (jej data i godzina).

Badanie zostało zrealizowane w drugim kwartale 2015 roku (13 kwietnia–30 maja).

Przygotowanie i sposób realizacji badania został skonsultowany z Millward Brown Poland.

## 2. Główne wnioski

Analiza szczegółowych wyników monitoringu prowadzi do następujących wniosków:

### 2.1. Czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa

Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza ginekologa w ramach NFZ w Polsce wynosi 18 dni, bez względu na to, czy jest się w ciąży, czy nie. W połowie placówek nie czeka się dłużej niż 7 dni (mediana 7). Wyniki te relatywnie dobrze świadczą o dostępie do tej usługi w skali kraju, choć w porównaniu z czasem oczekiwania na wizytę prywatną w tych samych placówkach, wynoszącym średnio 3 dni, są znacznie gorsze. Zespół przygotowujący monitoring arbitralnie uznał, że czas 4 tygodni i dłużej jest zbyt długim czasem oczekiwania na wizytę do lekarza w ramach NFZ. Badanie wykazało, że w 1/4 placówek czeka się miesiąc i dłużej. Największy odsetek przychodni, w których czas oczekiwania jest tak długi, odnotowano w regionie centralnym oraz południowo-zachodnim (po 30%). W skrajnych przypadkach czas oczekiwania przekraczał 7 miesięcy (385, 243 i 209 dni!). Przypadki te oceniamy jako niedopuszczalne. Tak długi czas oczekiwania zdecydowanie stanowi dużą barierę dla kobiet w dostępie do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ i często może powodować konieczność skorzystania z wizyty prywatnej. Warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną kwestię: zarówno wyniki badań profesora Troszyńskiego, jak i badania „Bezpieczny fotel?” Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton<sup>6</sup>, wskazują, że prawie połowa kobiet w Polsce, idąc do ginekologa, wybiera gabinet prywatny.

<sup>6</sup> „Bezpieczny fotel? Kampania na rzecz dobrej opieki ginekologicznej”, Raport Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton, 2014; [http://ponton.org.pl/sites/ponton/files/bezpieczny\\_fotel\\_raport2014.pdf](http://ponton.org.pl/sites/ponton/files/bezpieczny_fotel_raport2014.pdf)

Wyniki badań Grupy Ponton wskazują, iż główną przyczyną tego wyboru jest większe poczucie bezpieczeństwa kobiet korzystających z usług prywatnych. W ich przekonaniu gwarantują wyższy standard opieki oraz bardziej indywidualne podejście do pacjentki. Publiczna ochrona zdrowia zaś, zdaniem tych kobiet, oznacza bardzo długi czas oczekiwania na wizytę. W związku z tym nasuwa się jeszcze jeden wniosek. Niniejszy monitoring wykazał 18 dni jako średni w skali kraju czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa. Dla pacjentek jest to nadal zbyt długi okres, dlatego, między innymi, wybierają gabinet prywatny. Należałoby zatem uznać, że czas ten jest za długi, a optymalny czas oczekiwania na wizytę u ginekologa w ramach NFZ nie powinien przekraczać 2 tygodni. Wtedy nie stanowiłby bariery w dostępie do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ.

### 2.2. Przyjmowanie kobiet w ciąży – szczególna ochrona?

Deklaracja kobiety, że podejrzewa, że jest w ciąży, nie ma żadnego wpływu na skrócenie czasu oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w przychodni publicznej w Polsce. Sytuacja wygląda podobnie, kiedy kobieta deklaruje, że jest, w dość zaawansowanym jak na pierwszą wizytę, 9. tygodniu ciąży. Choć nie ma prawnego zapisu nakazującego przyjęcie kobiety na wizytę przed 10. tygodniem ciąży, to jednak brak wpływu obydwu deklaracji na termin wizyty należy interpretować jako możliwą barierę w dostępie do usług ginekologiczno-położniczych dla tej grupy pacjentek, które zgodnie z Konstytucją RP powinny być objęte szczególną ochroną. Średni, 18-dniowy czas oczekiwania dla kobiet, które są już w 9. tygodniu ciąży, zdecydowanie ogranicza im dostęp do uzyskania tzw. becikowego. Warunkiem otrzymania tego świadczenia jest udokumentowanie odbycia pierwszej wizyty u ginekologa-położnika przed 10. tygodniem ciąży.



Nie ma także prawnego obowiązku tworzenia odrębnych zasad przyjmowania kobiet w ciąży. Jako dobrą praktykę oceniamy zatem, zaobserwowane podczas badania, istnienie odrębnych zasad przyjmowania kobiet w ciąży w 23% placówek NFZ w Polsce. Nie są to jednak żadne odrębne, spisane standardy. Są to zachowania wynikające zazwyczaj z uprzejmości i życzliwości personelu medycznego oraz dotyczą tylko kolejnych wizyt u ginekologa (gdy kobieta jest już pacjentką danej przychodni). Mimo to, niezaprzeczalnie są czynnikiem ułatwiającym dostęp do świadczeń ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ.

### 2.3. Prywatnie zawsze szybciej

Wyniki monitoringu wyraźnie wskazują, że w przychodniach, w których oprócz wizyt w ramach NFZ dostępne są także wizyty prywatne (co miało miejsce w 1/3 placówek w Polsce), czas oczekiwania na nie jest zdecydowanie krótszy (średnio 3 dni, maks. 29 dni). Znacznie krótsze terminy dla wizyt prywatnych, czyli tych opłacanych bezpośrednio przez pacjentki, zwiększają dostęp do usług ginekologiczno-położniczych z jednej strony, z drugiej zaś – świadczą o jego nierównym charakterze. Koszt wizyty (nawet 200 zł) może bowiem stanowić barierę finansową dla mniej zamożnych kobiet. Tymczasem obowiązkiem państwa jest zapewnić równy i bezpłatny dostęp do opieki medycznej wszystkim kobietom. Jest to obszar wymagający poprawy.

Należy zwrócić szczególną uwagę na region południowo-zachodni, w którym najczęściej w Polsce w placówkach NFZ informowano kobiety o możliwości zapisania się również na wizytę prywatną (61% placówek) i w którym taka wizyta możliwa jest w dniu rozmowy (32%) lub w ciągu następującego po niej tygodnia (56%), podczas gdy na wizytę w ramach NFZ trzeba czekać średnio 16 dni, a w 30% placówek ponad 4 tygodnie. Zdecydowanie wymaga to podjęcia działań ze strony państwa.

### 2.4. Informowanie o wymaganych dokumentach

W zdecydowanej większości placówek (78%) prawidłowo informuje się pacjentki o dokumentach, które są niezbędne do odbycia pierwszej wizyty w ciąży w ramach usług finansowanych przez NFZ. Według prawa powinien być wymagany jedynie dowód tożsamości. 5% placówek nie wymaga żadnego dokumentu. Niestety, 15% placówek przekazuje błędną informację o konieczności przedstawienia także innych dokumentów, takich jak karta chipowa czy NIP pracodawcy. Po pierwsze – jest to niezgodne z prawem i świadczy o niedoinformowaniu osób zapisujących na wizyty w placówkach, po drugie – stanowi utrudnienie dla pacjentek i barierę w dostępie do świadczeń ginekologiczno-położniczych.

### 2.5. Dezinformowanie w sprawie konieczności posiadania ubezpieczenia

Na ostrą krytykę zasługuje fakt, iż ponad połowa poradni ginekologiczno-położniczych w Polsce (55%) wykazuje brak znajomości przepisów obowiązującego prawa, błędnie informując kobiety, że do skorzystania z bezpłatnej opieki ginekologiczno-położniczej w ciąży niezbędne jest posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego. Stoi to w sprzeczności z przepisami prawa, w których świetle każda kobieta w ciąży ma prawo do bezpłatnych świadczeń. Fakt wprowadzania w błąd pacjentek wpływa negatywnie na ocenę dostępności do usług ginekologiczno-położniczych w Polsce. Kobieta posiadająca środki finansowe prawdopodobnie skorzysta w takiej sytuacji z usług prywatnych, przeznaczając swoje pieniądze na coś, co, zgodnie z wolą ustawodawcy, miało być jej przywilejem i wyrazem szczególnej ochrony państwa dla stanu, w którym się znajduje.

Kolejną dużą barierą wynikającą z chaosu informacyjnego jest brak wiedzy o tym, jak postępować z kobietą zgłaszającą się do przychodni, która podejrzewa, że jest w ciąży, ale nie jest to przypuszczenie potwierdzone, a ponadto nie ma ubezpieczenia. W placówkach nie wiedzą, czy kobiecie w takiej sytuacji należy się bezpłatne świadczenie, czy nie. Pacjentka nie musi tego wiedzieć, personel medyczny owszem.

## 2.6. Konsternacja w sprawie położnej

W 51% poradni NFZ w Polsce jest dostępna położna, do której można przyjść na wizytę. Taka usługa położnej najbardziej dostępna jest w regionie południowym (70%) oraz na wsi (68%) (bardziej niż w miastach). Należy zaznaczyć jednak, że pytanie o chęć zapisania się na wizytę do położnej wywoływało sporą konsternację u osób rejestrujących pacjentki na wizyty w przychodni. Osoby te były często zaskoczone chęcią zapisania się do położnej, nie wiedziały, o jaką położną dokładnie chodzi, nie potrafiły udzielić rzetelnej informacji na temat, gdzie, jeśli nie w ich placówce, oraz kiedy i w jakim zakresie ciężarna ma prawo skorzystać ze świadczeń oferowanych przez położną. Kobieta, która wyrazi chęć skorzystania z wizyty u położnej, narażona jest na chaos informacyjny panujący wśród osób pracujących w rejestracji przychodni. Pacjentka nie ma obowiązku wiedzieć, do jakiej konkretnie położnej chce się zapisać, natomiast o tych możliwościach powinna zostać poinformowana w rejestracji placówki, do której się zgłasza. Jeśli położna nie jest dostępna w danej przychodni (nie ma takiego obowiązku prawnego), kobieta powinna zostać skierowana do innej placówki, gdzie jest taka możliwość.

W tym miejscu należy przypomnieć, że wykonywanie zawodu położnej, zgodnie z ustawą z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej<sup>7</sup>, polega między innymi na rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych do monitorowania ciąży fizjologicznej. W obecnym stanie prawnym prowadzenie ciąży przez położną nie jest finansowane ze środków publicznych, choć położna jest samodzielnym zawodem medycznym i ma pełne, wymagane do tego kompetencje. Z kolei położna Podstawowej Opieki Zdrowotnej realizuje kompleksową, pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną, obejmującą m.in. edukację w zakresie planowania rodziny, opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu. W ramach świadczeń w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób zadania położnej obejmują m.in. przygotowanie do porodu oraz edukację w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety. Natomiast w zakresie świadczeń diagnostycznych zadania położnej to m.in. monitorowanie ciąży fizjologicznej i wykonywanie badania położniczego. Ponadto położna ma zadania w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych, na które składa się m.in. opieka pielęgnacyjna nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> DzU z 2011r., nr 174, poz. 1039.

<sup>8</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej; DzU nr 214, poz. 1816

### 3. Rekomendacje

Przedstawione wyżej główne wnioski z monitoringu skłaniają do sformułowania kilku rekomendacji, których wdrożenie poprawiłoby dostęp do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ w kraju:

**1.** Konieczne jest wprowadzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia rozwiązań pozwalających skrócić czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ, w tych rejonach Polski, w których przekracza on 4 tygodnie. Wyżej przedstawione wnioski pokazują jednak, że jest to prawdopodobnie nadal zbyt długi czas oczekiwania na wizytę, co zniechęca kobiety do korzystania z publicznej służby zdrowia. Optymalny czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ nie powinien przekraczać 2 tygodni. Stąd, rekomenduje się, aby Narodowy Fundusz Zdrowia podjął działania w celu osiągnięcia takiego rezultatu. Jednym z rekomendowanych rozwiązań mogących usprawnić system kolejkowy w usługach ginekologiczno-położniczych, byłoby umożliwienie prowadzenia ciąży przez położną w ramach NFZ. Konieczne byłoby umieszczenie tego świadczenia w koszyku świadczeń gwarantowanych. Mogłoby to spowodować, że czas oczekiwania do lekarza ginekologa byłby krótszy, ale także dałoby to kobiecie realną możliwość wyboru osoby sprawującej nad nią opiekę w okresie ciąży, co jest, notabene, zapisem obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r., tzw. Standardów Opieki Okołoporodowej. Stąd rekomenduje się, aby Ministerstwo Zdrowia podjęło działania legislacyjne w tej kwestii.

**2.** Bezwzględnie potrzebna jest kampania informacyjna przeprowadzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a skierowana do świadczeniodawców usług ginekologiczno-położniczych na temat wymaganych dokumentów podczas 1. wizyty kobiety u lekarza ginekologa, a także, lub przede wszystkim, w kwestii ubezpieczenia kobiet w ciąży. Konieczne jest również stworzenie jasnych wytycznych dla pracowników przychodni wskazujących, jak postępować z kobietami, które zgłaszają się do przychodni i podejrzewają, że są w ciąży, ale nie jest to jeszcze potwierdzona informacja, a ponadto nie mają ubezpieczenia.

**3.** Rekomenduje się przeprowadzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia rzetelnej kampanii edukacyjnej skierowanej do świadczeniodawców usług ginekologiczno-położniczych na temat roli położnej, jej kompetencji oraz zakresu zadań położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Należy edukować, kiedy i w jakim wymiarze kobieta może skorzystać ze świadczeń położnej i kiedy powinna być do niej skierowana.

## 4. Szczegółowe wyniki monitoringu

### 4.1. Czas oczekiwania na 1. wizytę u lekarza ginekologa w ramach NFZ

Ankieterka, która wcieliła się w rolę kobiety dzwoniącej do placówki ginekologiczno-położniczej, rozpoczęła rozmowę od pytania:

*Chciałabym zapisać się na wizytę do ginekologa. Kiedy jest najbliższy wolny termin?*

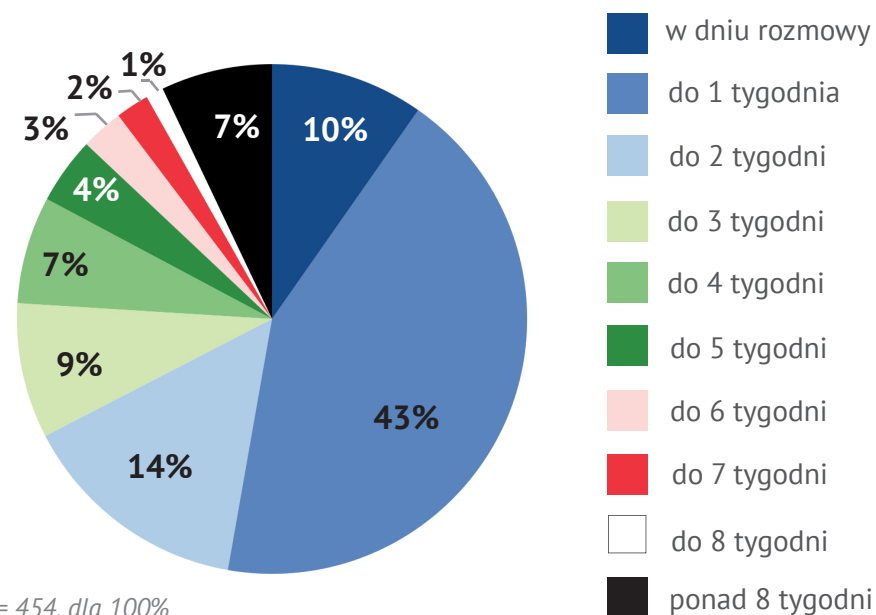
Średni czas oczekiwania na 1. wizytę u lekarza ginekologa w ramach NFZ w Polsce wynosi **18 dni**. W połowie poradni czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa (bez względu na to, czy dzwoniąca zadeklarowała, że jest w ciąży czy nie) nie przekroczył 7 dni (mediana 7). Minimalny czas oczekiwania na wizytę u ginekologa to 1 dzień (15% badanych placówek), natomiast najdłuższy czas oczekiwania w jednej placówce wyniósł **385, 243 i 209 dni**.

W **43%** placówek w Polsce czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w ramach publicznego ubezpieczenia wynosi nie dłużej niż **tydzień**. W prawie 10% placówek jako dostępny termin wizyty podano dzień, w którym odbywała się rozmowa. W 14% placówek czeka się do 2 tygodni, w 9% zaś do 3 tygodni. W niemal **25%** placówek w Polsce na wizytę u ginekologa trzeba czekać **4 tygodnie** i więcej (Tabela 1).

Powyższe dane zostały przedstawione na poniższym wykresie.

#### WYKRES 1.

*Czas oczekiwania w tygodniach na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w Polsce*

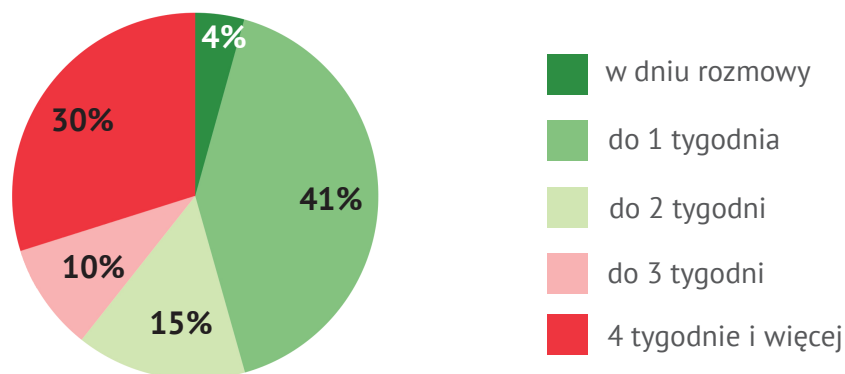


*N = 454, dla 100%*

Rozkład czasu oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w regionach centralnym oraz wschodnim został przedstawiony poniżej. Regiony te zostały wybrane ze względu na znaczne różnice w wynikach pomiędzy sobą, pozostałe regiony prezentują zbliżone do siebie wyniki. (Tabele z wynikami ze wszystkich regionów dostępne są w załącznikach – Tabela 2).

## WYKRES 2.

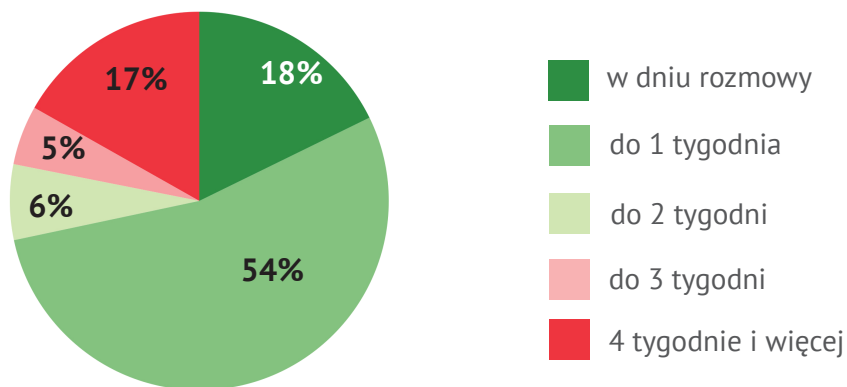
Czas oczekiwania w tygodniach na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w regionie centralnym



N = 94, dla 100%

## WYKRES 3.

Czas oczekiwania w tygodniach na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w regionie wschodnim



N = 78, dla 100%

Z uzyskanej od Narodowego Funduszu Zdrowia odpowiedzi na wniosek o udostępnienie informacji publicznej wynika, że „nie ma standardu mówiącego o maksymalnym czasie oczekiwania w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej”. Dlatego zespół przygotowujący monitoring za zbyt długi czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa arbitralnie przyjął okres 4 tygodni i dłużej. Przy takim założeniu wynik 18 dni (czyli średni czas oczekiwania na taką wizytę w Polsce) nie jest długim czasem oczekiwania. Tym bardziej że w połowie przychodni czas ten nie przekroczył 7 dni. W 43% placówek w Polsce czeka się na wizytę u ginekologa do tygodnia, co należy uznać za wynik zadowalający i świadczący o dużej dostępności do usług ginekologiczno-położniczych. Trzeba jednak zaznaczyć, że prawie w 1/4 placówek w Polsce na wizytę do lekarza ginekologa czeka się miesiąc i dłużej. To zdecydowanie zbyt długo. Stanowi to powód, dla którego dostęp do usług ginekologiczno-położniczych może być w znacznym stopniu ograniczony. Należy także przyjrzeć się bliżej wynikowi prawie 10% placówek, w których, według badania, dostępny termin wizyty był możliwy w dniu rozmowy. W placówkach tych nie obowiązują zapisy, należy zgłosić się w danym dniu i czekać w kolejce. Może zatem zgłosić się taka liczba pacjentek, że lekarz nie zdąży przyjąć ich wszystkich podczas jednego dnia pracy. Nie można zatem uznać tego wyniku za gwarancję dostania się do lekarza, a tym samym, jakby się mogło wydawać, za bardzo dobrą dostępność do usług ginekologiczno-położniczych. Jeśli chodzi o poszczególne regiony, to najtrudniej doczekać się na wizytę u ginekologa w regionie centralnym. Chociaż w 41% placówek czas oczekiwania nie jest dłuższy niż tydzień, to jednak w 30% wydłuża się do ponad miesiąca. To zdecydowanie za długo. Sytuacja jest stosunkowo najlepsza w regionie wschodnim – tylko w 17% placówek czas oczekiwania na wizytę u ginekologa przekracza miesiąc, natomiast w ponad połowie placówek czeka się nie dłużej niż tydzień.

Szczególną uwagę trzeba zwrócić na te placówki, w których czas oczekiwania był skrajnie długi. Rok czekania na wizytę u ginekologa, jak również 243 oraz 209 dni to bardzo niepokojący wynik, który wymaga zdecydowanej interwencji i poprawy.

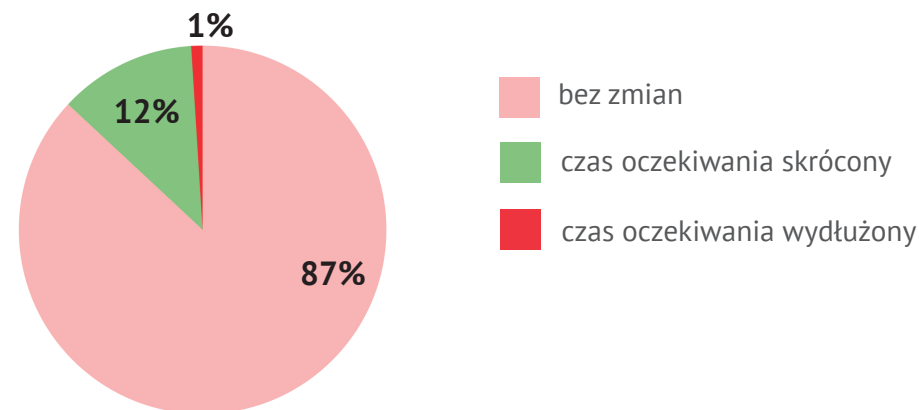
Reasumując, należy uznać, że w Polsce dostępność do usług ginekologiczno-położniczych, biorąc pod uwagę czas oczekiwania na wizytę u lekarza ginekologa, jest dobra. Jednak nie można zapominać o **1/4 placówek** w Polsce, gdzie czas oczekiwania wynosi miesiąc i dłużej, co zdecydowanie ogranicza dostęp do świadczeń ginekologiczno-położniczych. Ten system należy usprawnić.

#### 4.2. Wpływ podejrzenia bycia w ciąży na czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w Polsce

Po uzyskaniu informacji o najbliższym wolnym terminie wizyty u ginekologa, kobieta ujawniała, że podejrzewa, że jest w ciąży i pytała, czy fakt ten może przyspieszyć czas oczekiwania. Pytanie: *Wie Pani co, ale możliwe jest, że jestem w ciąży, bo zrobiłam test. Czy nie można by szybciej mnie zapisać?* W **87%** placówek w Polsce deklaracja kobiety, że podejrzewa, że jest w ciąży, **nie przyspiesza** terminu wizyty. Tylko w 12% przychodni możliwe jest w tej sytuacji przyspieszenie wizyty. W **1%** placówek fakt ten opóźnił termin wizyty u ginekologa (Tabela 3).

#### WYKRES 4.

Wpływ podejrzenia bycia w ciąży na czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w Polsce



N = 454, dla 100%

W Polsce kobieta, która podejrzewa, że jest w ciąży, właściwie nie może liczyć na przyspieszenie czasu oczekiwania na wizytę u lekarza ginekologa. W kilku wypadkach osoby dzwoniące usłyszały, że „można przyjść i spróbować pytać osobiście lekarza, czy przyjmie wcześniej”. (Z „Uwag” pozostawionych przez ankieterki). Nie gwarantuje to jednak w żaden sposób wizyty u specjalisty. W 1% przychodni (4 placówki) ta informacja opóźniła wizytę, co wynikało z tego, że w tych przychodniach dostępny był tylko jeden lekarz, który zajmuje się prowadzeniem ciąży, i jego terminy były bardzo odległe.



### 4.3. Wpływ „9. tygodnia” na czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w Polsce

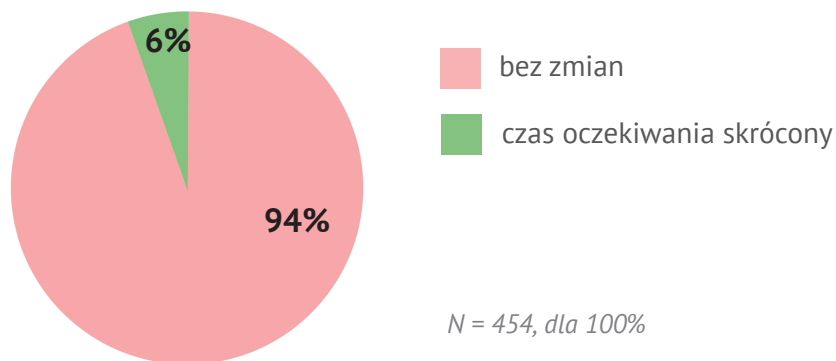
Jeśli termin był nadal odległy i podejrzenie bycia w ciąży nie przyspieszyło terminu wizyty, kobieta dzwoniąca mówiła, że prawdopodobnie jest już w 9. tygodniu ciąży i wie, że aby uzyskać zasitek, tzw. becikowe, należy zgłosić się do lekarza do 10. tygodnia ciąży. Zatem podejmowała jeszcze jedną próbę uzyskania szybszego terminu wizyty.

Pytanie: *Ale wydaje mi się, że to może być już 9. tydzień, a zależy mi na „becikowym”. Wiem, że powinnam być u lekarza przed 10. tygodniem, czy naprawdę nie dałoby się szybciej?*

Jedynie w **6% przypadków** informacja od kobiety, że być może jest już w 9. tygodniu ciąży, przyspieszyła termin wizyty (Tabela 4). W nieco więcej niż 1/3 tych przypadków możliwe było uzyskanie jeszcze bliższego terminu od przyspieszonego informacją o podejrzeniu bycia w ciąży. W pozostałych przypadkach przyspieszony był pierwszy uzyskany termin wizyty.

#### WYKRES 5.

Wpływ podejrzenia bycia w 9. tygodniu ciąży na czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w Polsce



W Polsce, jeżeli kobieta podejrzewa, że jest w 9. tygodniu ciąży, nie może w żaden sposób liczyć na przyspieszenie czasu oczekiwania na wizytę u lekarza ginekologa. Nie istnieją żadne prawne wytyczne, które nakazywałyby placówce zapisywać kobietę do 10. tygodnia ciąży na wizytę do ginekologa, gdyż to kobieta jest zobowiązana dopilnować terminu. Jednak fakt, że „9. tydzień” nie ma wpływu na czas oczekiwania na wizytę u ginekologa, zdecydowanie ogranicza dostęp do świadczeń ginekologiczno-położniczych. Powoduje to groźbę utraty przez kobietę świadczenia tzw. becikowego. Wiele kobiet, szczególnie tych, które są w ciąży po raz pierwszy, nie orientuje się od razu, że jest w ciąży. Jest bardzo prawdopodobne, że mogą dowiedzieć się o swoim stanie, dopiero kiedy będą w 9. tygodniu.

### 4.4. Odrębne zasady przyjmowania dla kobiet w ciąży w placówkach ginekologiczno-położniczych w Polsce

Ankieterki zadawały również pytanie o istnienie szczególnych zasad przyjmowania kobiet w ciąży w danej placówce.

Pytanie: *A są w ogóle u Państwa jakieś specjalne zasady przyjmowania kobiet w ciąży? To znaczy na przykład są przyjmowane poza kolejką?*

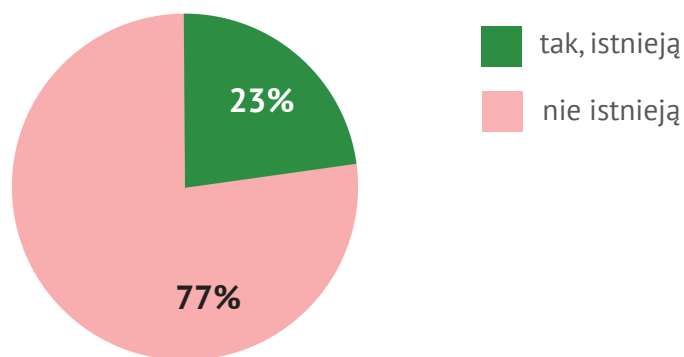
W 77% przychodni ginekologiczno-położniczych w Polsce nie istnieją żadne odrębne zasady dotyczące przyjmowania kobiet w ciąży. Istnienie takich zasad zadeklarowano w 23% przychodni. Jednak z analizy jakościowej odpowiedzi na to pytanie (ankieterki opisywały te zasady w osobnym polu) wynika, że w żadnej placówce zasady te nie są zapisane w jakimkolwiek odrębnym dokumencie czy regulaminie. Wynikają one raczej z praktyki postępowania w placówce. W żadnej placówce nie było odrębnych zasad dotyczących przyjmowania kobiet w ciąży na pierwszą wizytę do ginekologa. Pojawiały się one dopiero po stwierdzeniu ciąży, kiedy kobieta zostawała już pacjentką konkretnego lekarza (Tabela 5).

Ankieterki dzwoniące do przychodni usłyszały o następujących odrębnych zasadach przyjmowania kobiet w ciąży:

- po stwierdzeniu ciąży i założeniu karty ciąży kobiety są już przyjmowane według indywidualnych potrzeb/według wskazań lekarza;
- położna w czasie wizyty zapisuje kobietę od razu na kolejną wizytę;
- kobiety w ciąży przyjmowane są poza kolejnością;
- jeśli w danej placówce nie obowiązują w ogóle zapisy, dla kobiet w ciąży zarezerwowane są pierwsze godziny/zapisywane są na konkretne godziny, co daje gwarancję przyjęcia przez lekarza;
- w nagłych wypadkach (krwawienie, stan zagrożenia);
- można przyjść osobiście i poprosić lekarza o przyjęcie.

### WYKRES 6.

Odrębne zasady dotyczące przyjmowania kobiet w ciąży w placówkach NFZ w Polsce

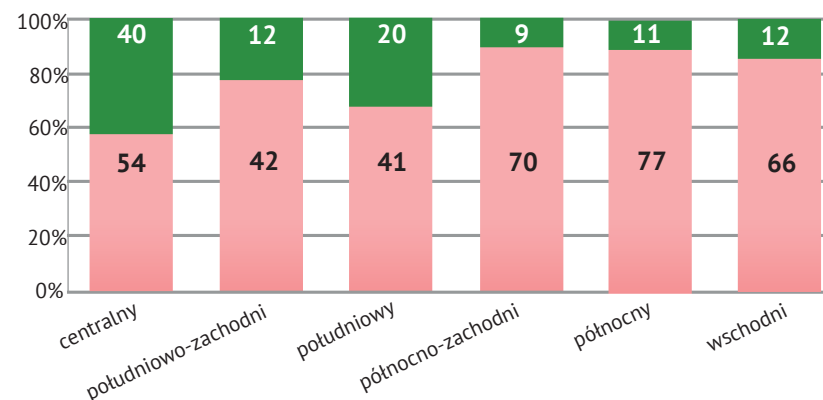


N = 454, dla 100%

Gdy poddajemy analizie rozkład odpowiedzi na to pytanie w poszczególnych regionach Polski, to okazuje się, że proporcjonalnie najczęściej placówek, w których zadeklarowano istnienie odrębnych zasad przyjmowania kobiet w ciąży, jest w regionie centralnym (40%), najmniej zaś w regionie północno-zachodnim (9%). Zbliżone wyniki pojawiły się w regionie północnym (11%) oraz w regionach wschodnim i południowo-zachodnim (po 12%) – (Tabela 6).

### WYKRES 7.

Odrębne zasady przyjmowania kobiet w ciąży w placówkach NFZ w poszczególnych regionach Polski



Wartości dla wykresów słupkowych

| Region              | N          | %           |
|---------------------|------------|-------------|
| centralny           | 94         | 21%         |
| południowo-zachodni | 54         | 12%         |
| południowy          | 61         | 13%         |
| północno-zachodni   | 79         | 17%         |
| północny            | 88         | 19%         |
| wschodni            | 78         | 17%         |
| <b>suma końcowa</b> | <b>454</b> | <b>100%</b> |

tak, istnieją  
nie istnieją



Nie ma prawnego obowiązku tworzenia odrębnych zasad dotyczących przyjmowania kobiet w ciąży. Narodowy Fundusz Zdrowia także nie określał zasad ani trybu zapisywania pacjentek do poradni ginekologiczno-położniczych (informacje uzyskane od NFZ w odpowiedzi na wniosek o udostępnienie informacji publicznej). Jednak brak konkretnych, spisanych zasad może utrudniać dostęp do przysługujących kobiecie w ciąży świadczeń. Państwo teoretycznie otacza kobiety w ciąży szczególną ochroną i opieką. Powinno zatem w pierwszej kolejności zadbać o to, aby szybki i łatwy dostęp do pierwszej, potwierdzającej ciążę, wizyty u ginekologa był zagwarantowany. Należy uznać za pozytywne, że w 23% placówek w Polsce istnieją jakiegokolwiek odrębne zasady przyjmowania kobiet w ciąży. Jednak w 77% placówek kobieta znajdująca się w tym szczególnym stanie nie może liczyć na specjalne traktowanie. Ponadto, zanotowane zasady nie mają sformalizowanego charakteru, z reguły są zależne od dobrej woli i uprzejmości personelu medycznego.

#### 4.5. Wizyty prywatne w placówkach z kontraktem z NFZ

W trakcie rozmowy telefonicznej padało także pytanie o możliwość zapisania się na wizytę prywatną. Ankieterki pytały, czy takie wizyty są w ogóle dostępne w danej placówce, na kiedy byłby termin i jaki jest koszt.

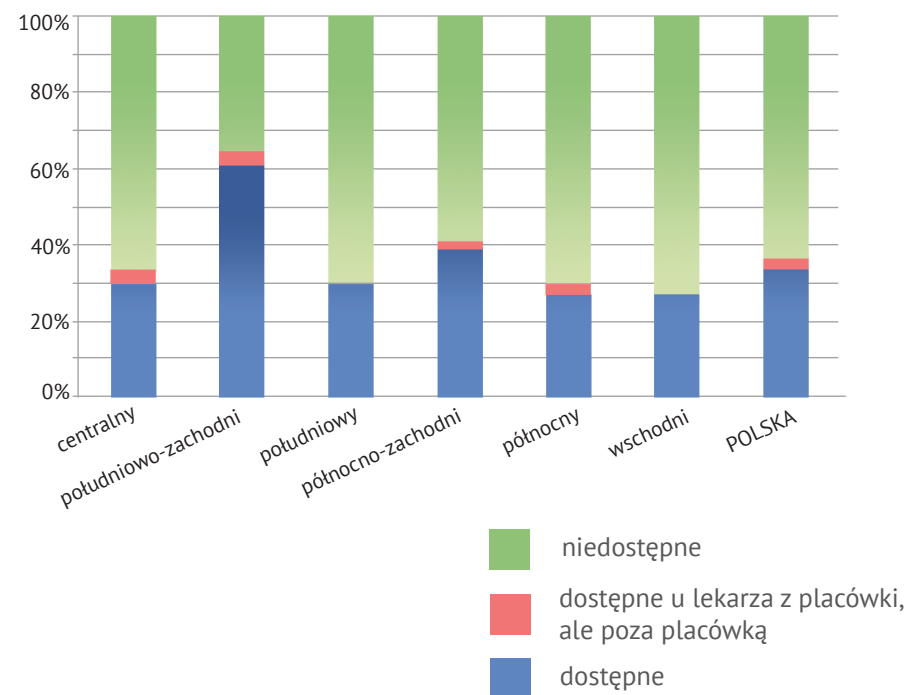
Pytanie: *Dobrze, a jakbym chciała zapisać się prywatnie, to na kiedy byłby termin? Ile kosztuje wizyta prywatna?(jeśli prowadzą prywatne wizyty).*

Ustalono, iż z wizyty prywatnej w Polsce można skorzystać w 34% placówek, które mają kontrakt z NFZ. W 2% placówek udzielono informacji, że lekarz pracujący w poradni przyjmuje również prywatnie poza przychodnią.

W sumie w 36% placówek kobieta starająca się zapisać na wizytę w ramach NFZ dowiadywała się, że możliwe są również wizyty prywatne (Tabela 7). Najczęściej możliwość ta występowała w regionie południowo-zachodnim (61% placówek), najrzadziej we wschodnim (27% placówek).

#### WYKRES 8.

*Dostępność wizyt prywatnych w placówkach z kontraktem z NFZ w poszczególnych regionach i w Polsce.*

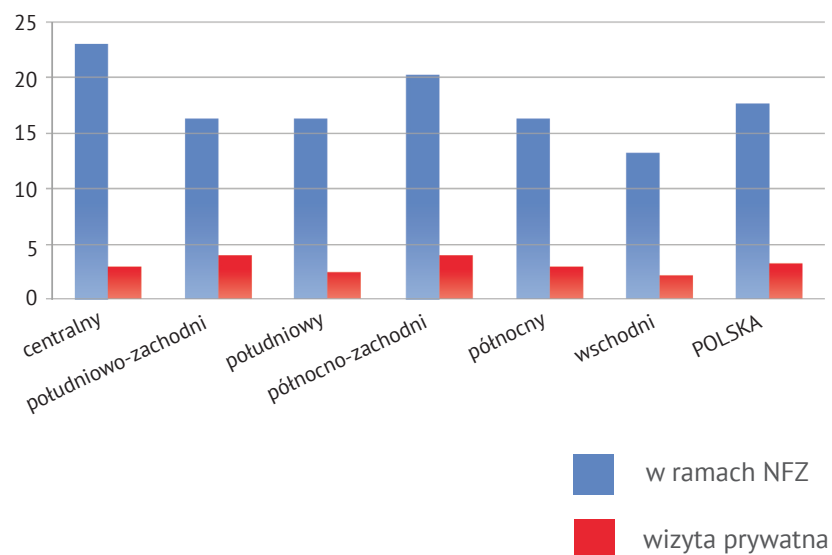


Ceny za wizytę prywatną wahały się od 30 do 200 zł. Czasami cena pierwszej wizyty różniła się od ceny następnych. Niekiedy wysokość stawki była uzależniona od dodatkowych badań wykonanych w trakcie wizyty. Kilka razy zdarzyło się, że osoba udzielająca informacji nie знаła dokładnej kwoty i informowała, że cenę ustali lekarz.

Średni czas oczekiwania na wizytę prywatną wyniósł **3 dni**. Ponad połowa tych wizyt była możliwa już następnego dnia (mediana 1), a maksymalny zaproponowany czas oczekiwania to 29 dni. Nie da się ukryć, iż są to znacznie krótsze terminy niż proponowane w ramach NFZ, co zostało zilustrowane na wykresie 9.

### WYKRES 9.

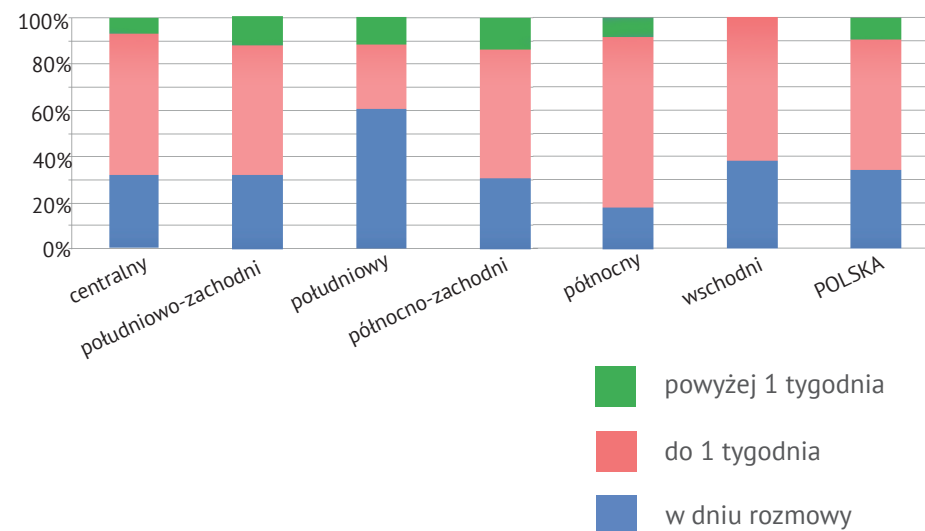
Porównanie średniego czasu oczekiwania (w dniach) na wizytę w ramach NFZ i prywatną.



Poszczególne regiony nieco się różniły pod tym względem. Najczęściej termin w dniu rozmowy był proponowany w regionie południowym, najrzadziej w północnym, w którym przeważnie proponowano terminy nie dłuższe niż tydzień (Tabela 9). Niepokojącą zbieżność zaobserwowano w regionie południowo-zachodnim, w którym znalazło się proporcjonalnie najwięcej placówek oferujących wizyty prywatne i jednocześnie wystąpił wysoki odsetek poradni o szczególnie długim okresie oczekiwania na wizyty w ramach NFZ – powyżej 4 tygodni w 20% placówek (Tabela 2). Analizując odpowiedzi na powyższe pytanie pod względem wielkości miast, najczęściej wizyty prywatne były możliwe w dużych miastach – powyżej 500 tys. mieszkańców (Tabela 10).

### WYKRES 10.

Odsetek placówek o danym czasie oczekiwania na wizytę prywatną w poszczególnych regionach i w Polsce.



Podsumowując, nie da się nie zauważyć, iż w placówkach posiadających kontrakt z NFZ na wizyty prywatne czeka się znacznie krócej – średnio tylko 3 dni, niż na wizyty świadczone w ramach usługi publicznej – średnio 18 dni. Cena 200 zł za wizytę może stanowić dla wielu kobiet poważną barierę w skorzystaniu z opieki prywatnej. Z kolei mając w perspektywie czas oczekiwania 3 czy 4 tygodnie, kobieta albo pójdzie do lekarza prywatnie, pogarszając swoją sytuację finansową, albo w ogóle zrezygnuje z jakiegokolwiek wizyty. Z powyższych danych także wynika, że wizyty prywatne są dostępne głównie w większych miastach. W mniejszych miastach i wsiach kobieta albo będzie musiała udać się do publicznej placówki, albo nie pójdzie wcale.

Reasumując, skoro na wizyty prywatne czeka się prawie pięć razy krócej, to może barierą w dostępie do publicznych placówek jest zbyt mała liczba kontraktów lub zbyt mała liczba zatrudnionych lekarzy ginekologów-położników? Trudno stawiać konkretną diagnozę, nie było to przedmiotem poniższego monitoringu. Z pewnością jednak możliwość skorzystania z wizyty prywatnej jest jakimś rozwiązaniem dla kobiety, która musiałaby czekać bardzo długo w przychodni publicznej. Nie jest to jednak rozwiązanie dla każdego, przede wszystkim ze względu na ograniczenia finansowe. Ponadto nie jest to rozwiązanie systemowe, poprzez które państwo zapewnia każdej kobiecie w ciąży równy dostęp do szczególnej ochrony i opieki medycznej.

#### 4.6. Dokumenty wymagane w czasie wizyty

Kolejną kwestią, która interesowała ankietkę, było pytanie o dokumenty, które musi przynieść na pierwszą wizytę. Pytanie: *Jeszcze chciałam zapytać, czy na pierwszą wizytę muszę przynieść jakieś dokumenty?*

W **89%** przychodni w Polsce wymieniono dokument potwierdzający tożsamość (głównie dowód osobisty), jako konieczny przy pierwszej wizycie u lekarza. W 9% placówek poinformowano, że nie potrzeba żadnego dokumentu ewentualnie trzeba podać numer PESEL, w 2% zaś nie uzyskano stosownej informacji (Tabela 11).

Spośród 90% odpowiedzi, w których wymieniono dokument tożsamości, sporadycznie sygnalizowano potrzebę dodatkowego dokumentu, m. in. dowodu ubezpieczenia (4%), wyników badań (3%) czy karty chipowej [sic!] (1%) lub innego, np. NIP-u pracodawcy.

Szczegóły tych odpowiedzi zostały przedstawione w poniższej tabelce.

| Czy na pierwszą wizytę muszę przynieść jakieś dokumenty?                  |      |
|---|------|
| nie   | 5%   |
| „nie są potrzebne żadne dokumenty, ale jednak PESEL – owszem”             | 4%   |
| tylko dokument tożsamości (głównie dowód osobisty)                        | 78%  |
| dokument tożsamości i dowód ubezpieczenia                                 | 4%   |
| dokument tożsamości i badania   | 3%   |
| dokument tożsamości i karta chipowa                                       | 1%   |
| dokument tożsamości i ewentualnie: badania, ubezpieczenie, NIP pracodawcy | 3%   |
| brak danych   | 2%   |
| Razem   | 100% |

Kobieta w ciąży jest objęta szczególną opieką państwa i nie musi mieć ubezpieczenia, aby móc korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.

Musi jedynie mieć obywatelstwo polskie oraz mieszkać na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Jasno wynika z tego, że zgłaszając się do lekarza, wystarczy mieć przy sobie dokument tożsamości potwierdzający powyższe informacje. Za pozytywny należy uznać fakt, że w 78% placówek publicznych w Polsce wymagany jest jedynie dowód tożsamości, a w 5% nie jest wymagany żaden dokument. Wszelkie inne dokumenty (badania, dowód ubezpieczenia, NIP pracodawcy) są niepotrzebne i taka informacja może wprowadzać kobietę w błąd, a tym samym stanowić ograniczenie jej dostępu do przysługującego jej świadczenia.

#### 4.7. Ubezpieczenie zdrowotne kobiety w ciąży

Ankieterka, która wcielała się w rolę kobiety podejrzewającej, że jest w ciąży, zadawała także pytanie, czy musi mieć ubezpieczenie zdrowotne.

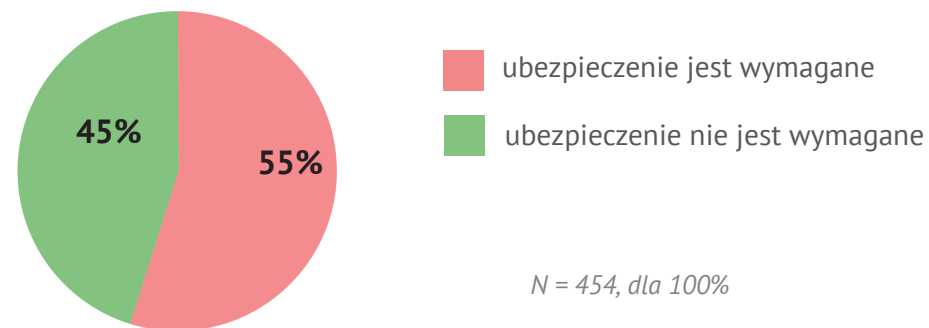
Pytanie: *A proszę mi powiedzieć, czy jeśli jestem w ciąży, to czy muszę być ubezpieczona? To znaczy chodzi mi o to, żebym mogła za darmo chodzić do ginekologa?*

**Niestety, aż 55% odpowiedzi było twierdzących. Ponad połowa publicznych placówek ginekologiczno-położniczych w Polsce błędnie informuje, że kobieta w ciąży musi być ubezpieczona, aby móc korzystać z państwowej opieki zdrowotnej (Tabela 12).**

Powyższe dane zostały przedstawione na wykresie.

#### WYKRES 11.

*Wymagania dotyczące ubezpieczenia kobiet w ciąży w placówkach ginekologiczno-położniczych w Polsce*



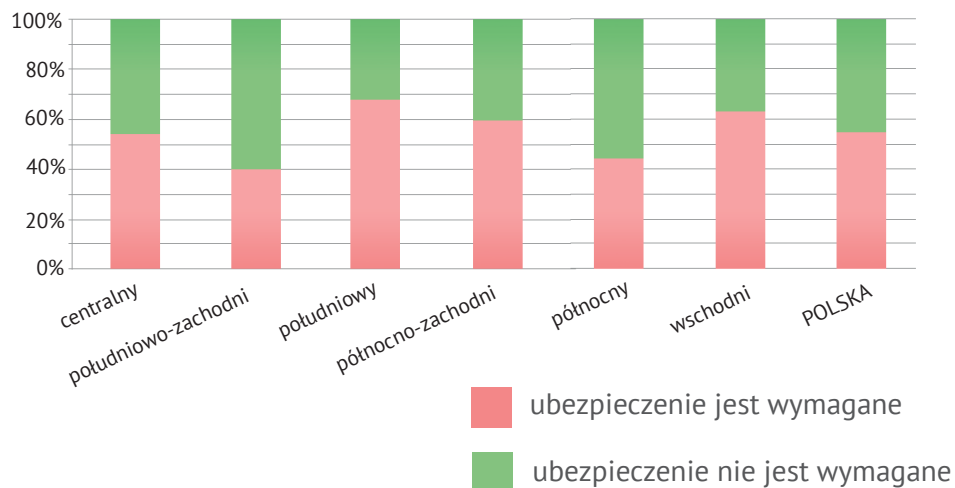
Analizując odpowiedzi na powyższe pytanie pod względem podziału na regiony, można zauważyć, że najczęściej błędnej odpowiedzi twierdzącej udzielano w regionach południowym (67%) oraz wschodnim (63%).

W regionach południowo-zachodnim oraz północnym nieco ponad połowa placówek prawidłowo informowała, że kobieta w ciąży nie musi być ubezpieczona (Tabela 13).

Dane te pokazuje poniższy wykres.

## WYKRES 12.

Wymagania dotyczące ubezpieczenia kobiet w ciąży w placówkach ginekologiczno-położniczych w poszczególnych regionach Polski.



W uzupełnieniu odpowiedzi na to pytanie kobiety przeprowadzające badanie usłyszały wiele sprzecznych informacji, które zamieszczały dodatkowo w rubryce „Uwagi”, m.in.:

- oczywiście, że trzeba być ubezpieczonym, każdy musi;
- jeśli kobieta nie ma ubezpieczenia, to pierwsza wizyta będzie płatna, a potem już na Fundusz;
- trzeba dopytać w czasie wizyty, ale wolimy, jak kobieta jest ubezpieczona;
- pierwsza wizyta bezpłatna (jeśli bez ubezpieczenia), jeśli lekarz stwierdzi ciążę, a jeśli nie stwierdzi, to trzeba zapłacić;
- właściwie to nie musi być ubezpieczona, ale mogą robić problemy przy porodzie;

- jak tak można bez ubezpieczenia, trzeba się chociaż zarejestrować w Urzędzie Pracy jako bezrobotna / trzeba sobie załatwić zaświadczenie z Urzędu Pracy;
- jeśli w EWUŚ wyskoczy się na czerwono, podpisuje się takie zaświadczenie;
- niech pani pójdzie najpierw prywatnie, żeby stwierdzić ciążę, to potem już będzie można bezpłatnie;
- Niby przysługuje opieka ginekologiczna w ciąży, ale wie pani, jakoś to trzeba załatwić, na kuroniówkę się zapisać czy do kogoś, nie można tak cały czas być nieubezpieczoną;
- nie wiem, muszę dopytać / nie wiem, proszę zadzwonić później, to będzie osoba, która wie.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 4 Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo, poza osobami ubezpieczonymi obowiązkowo lub dobrowolnie, także osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie **ciąży, porodu lub połogu**:

- a) mające obywatelstwo polskie lub
- b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy albo ochronę uzupełniającą bądź zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

**Zatem ponad połowa publicznych placówek ginekologiczno-położniczych w Polsce nie zna obowiązującego prawa, źle informuje pacjentki, a tym samym wprowadza je w błąd.**

Może to poważnie ograniczać ich dostęp do przysługujących im świadczeń. Z zebranych informacji wynika, że w tej kwestii panuje duży chaos

informacyjny. Spory dylemat stanowi pierwsza wizyta – osoby rejestrujące pacjentki nie wiedzą, co przysługuje kobiecie, która zgłasza się na wizytę do ginekologa, nie jest ubezpieczona, podejrzewa, że jest w ciąży, ale nie jest to informacja potwierdzona przez lekarza. Stąd pojawiały się informacje, że pierwsza wizyta będzie płatna, a następnie już bez opłat. Osoby rejestrujące polecały także „załatwić sobie” zaświadczenie z Urzędu Pracy albo z innego źródła. Często także po prostu nie znają odpowiedzi na to pytanie, konsultowały to z innymi osobami albo polecały dopytać podczas wizyty. Takie sprzeczne informacje z pewnością powodują dezorientację i niepokój u kobiety, szczególnie nieubezpieczonej. Z informacji uzyskanej od Narodowego Funduszu Zdrowia (na podstawie wniosku o informację publiczną) wynika, że **„moment, od którego kobieta ciężarna powinna pozostawać pod opieką medyczną** w rozumieniu art. 9 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 28 lutego 2013 r. o świadczeniach rodzinnych, rozpoczyna się w chwili jej zgłoszenia się w ciąży do lekarza lub położnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych czy leczenia szpitalnego, **a więc od chwili rejestracji we właściwej placówce medycznej, a nie od chwili pierwszego badania lekarskiego**”. Jeśli kobieta nie ma ubezpieczenia, ale podejrzewa, że jest w ciąży, pierwsza wizyta u ginekologa potwierdzająca jej stan powinna być bezpłatna. Jeśli natomiast lekarz nie potwierdziłby ciąży, osoba taka będzie zobowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia. Reasumując, prawo jest jasne i stanowisko NFZ także, jednak widać wyraźnie, że osoby prowadzące rejestrację wizyt w przychodniach są w tej kwestii niedoedukowane. Wprowadzanie kobiet w błąd w tak ważnej sprawie może stanowić dla nich poważną barierę w dostępie do przysługujących im świadczeń.

## 4.8. Konsternacja w sprawie położnej

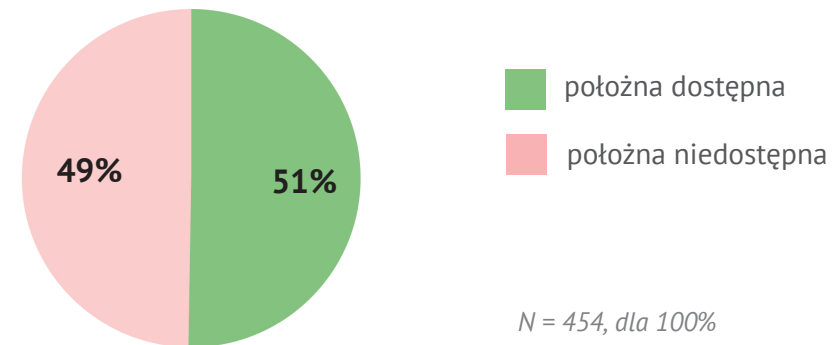
Ostatnią kwestią poruszaną przez ankieterki było pytanie o położną i możliwość zapisania się do niej na wizytę. Pytanie: *To jeszcze mam pytanie, czy u Państwa mogę zapisać się do położnej? Takiej, do której mogę chodzić w ciąży. Jakbym chciała zapisać się dziś, to na kiedy byłby termin?*

Dzwoniąca nie precyzowała, o jaką położną jej dokładnie chodzi. Mówiła po prostu, że wie o możliwości skorzystania z takich wizyt i chciałaby się zapisać do położnej.

W nieco ponad połowie placówek w Polsce jest możliwość skorzystania z wizyty u położnej (51%) (Tabela 14).

### WYKRES 13.

*Dostępność położnej w placówce ginekologiczno-położniczej w ramach NFZ w Polsce*



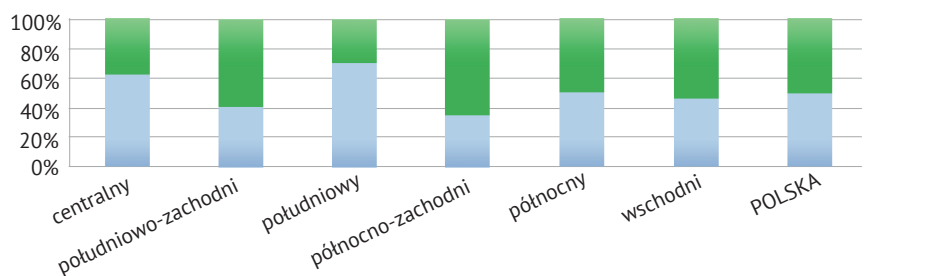
Wizyty u położnej są najbardziej dostępne w południowym regionie Polski (70% odpowiedzi na „tak”). Najwięcej odpowiedzi, że nie ma możliwości zapisania się na wizytę u położnej, pojawiło się w regionie północno-zachodnim – 66% (Tabela 15).

Dane te prezentuje poniższy wykres.



## WYKRES 14.

Dostępność położnej w placówce ginekologiczno-położniczej w ramach NFZ w poszczególnych regionach Polski



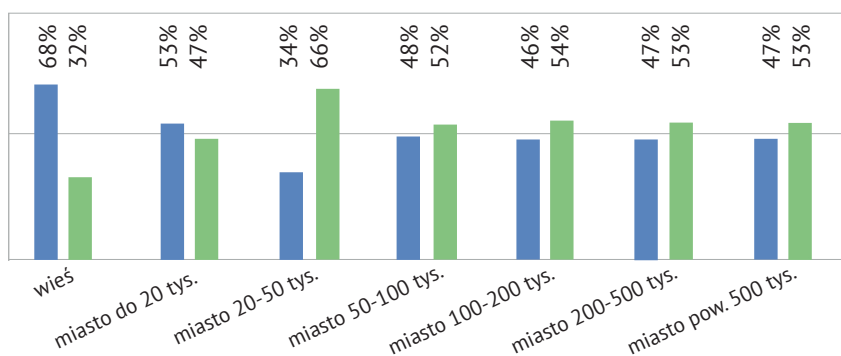
Proporcjonalnie najwięcej placówek, w których możliwa jest wizyta u położnej, jest na wsiach, najmniejsza zaś dostępność wizyty u położnej jest w miastach od 20 do 50 tys. mieszkańców. (Tabela 16).

■ położna niedostępna  
■ położna dostępna

(dla wykresów 14. i 15.)

## WYKRES 15.

Dostępność położnej w placówce ginekologiczno-położniczej w ramach NFZ ze względu na klasę wielkości miast w Polsce



Tylko 11% przychodni, w których możliwa była wizyta u położnej, podało konkretny termin tej wizyty. Wśród tych wyników w ponad 60% tych przychodni czas oczekiwania na wizytę u położnej nie przekroczył 1 tygodnia, w 22% wizyta u położnej była możliwa od razu w dniu rozmowy. Tylko w 4% (2 placówki) czas oczekiwania był nie krótszy niż 3 tygodnie, a w 4% (2 placówki) nie krótszy niż 4 tygodnie (Tabela 17). Na temat usług położnej osoby dzwoniące usłyszały ponadto następujące informacje, które zamieściły w polu „Uwagi”:

- położna sama nie prowadzi ciąży, ale jest zawsze obecna w czasie wizyty u lekarza;
- do położnej można iść po wizycie, w czasie której lekarz stwierdzi ciążę;
- położna prowadzi edukację okołoporodową;
- nie ma zapisów na konkretne terminy do położnej, ale można zawsze przyjść i porozmawiać przed/po wizycie u lekarza lub w tzw. międzyczasie;
- jest położna, ale trzeba się z nią indywidualnie umówić na spotkanie;
- nie ma położnej, ale można złożyć deklarację wyboru położnej;
- do położnej środowiskowej to po 20./21./25. tygodniu ciąży;
- lekarz ma kontakty do położnej, to pada na wizycie.

Ankieterki, które wykonywały badanie, wielokrotnie zapisały w „Uwagach”, że to pytanie sprawiło wiele trudności osobom, z którymi rozmawiały, i wywoływało sporą dezorientację. Osoby rejestrujące często były zaskoczone pytaniem o położną i chęcią zapisania się do niej. Dopytywały, o jaką konkretnie położną chodzi, i mówiły, że do położnej kieruje się dopiero po 20. lub 21. tygodniu ciąży. **Należy jednak zauważyć, że kiedy położna była dostępna w poradni, często padała odpowiedź, że jest ona do dyspozycji w zasadzie od razu i przez cały czas, można zawsze do niej przyjść i porozmawiać. Ponadto informowano, że położna zawsze jest obecna w trakcie wizyty lekarskiej.**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>10</sup> nie jest konieczne, aby w poradni ginekologiczno-położniczej świadczeń udzielała położna. Pacjentka może wybrać położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo u różnych świadczeniodawców lub położną podstawowej opieki zdrowotnej będącą świadczeniodawcą.

Położna podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, realizuje kompleksową, pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną, współpracuje m.in. z lekarzem ginekologiem (położnikiem) udzielającym świadczeń specjalistycznych w zakresie jej zadań i położną zatrudnioną w specjalistycznej poradni położniczo-ginekologicznej.

## Zakończenie

Niniejszy raport przedstawia rezultaty monitoringu dostępności do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ w Polsce zrealizowanego przez Fundację Rodzić po Ludzku w drugim kwartale 2015 roku. Zamiarem Fundacji jest kontynuacja działań na rzecz poprawy jakości opieki okołoporodowej w Polsce, z wykorzystaniem wiedzy z niniejszego monitoringu.

Pragniemy, aby każda kobieta w Polsce miała dostęp do najwyższej możliwej jakości opieki przez cały okres ciąży, porodu i w czasie połogu. Chcemy, aby na każdym etapie spotykała się z szacunkiem i godnym traktowaniem. Prowadzone badania i powstające na ich podstawie raporty mają pokazywać, jaki jest stan rzeczywisty i co należy zmienić, aby sytuacja ulegała polepszeniu. Wierzymy, że dzięki niniejszemu badaniu decyzji w służbie zdrowia podejmą działania zmierzające do poprawy sytuacji w opiece okołoporodowej w Polsce.

---

<sup>11</sup> DzU, poz. 1413, z późn. zm.



## English Summary

The Childbirth with Dignity Foundation – within the framework of Citizens for Democracy project, co-financed by the EEA (European Economic Area) Fund – examined the availability of maternal health services provided by the National Health Fund (NFZ) in Poland. The survey was conducted from April 13th to May 30th, 2015.

The primary goal of the study was to examine the availability of maternal health services for pregnant women within the public health insurance in Poland. We analysed what is the average waiting time for the first visit to a gynaecologist and whether the date of an appointment was determined by the fact that a woman thought she might be pregnant. Another objective of the study was to analyse the situations when a pregnant woman faced difficulties in obtaining a gynaecologist-obstetrician care provided by the National Health Fund. The monitoring was conducted by 15 trained interviewers who made 454 telephone interviews. The following conclusions were drawn so that they will be applicable to every maternal health provider that has contract with the NFZ in Poland.

The results of our examination show that a woman has to wait 18 days, on average, for the first visit to a gynaecologist in the maternal healthcare facility under contracts of the NFZ in Poland, regardless whether a woman is pregnant or not. In half of the facilities the first visit would be appointed within 7 day period. The results seem to be satisfying, however, waiting time in the case of private medical care is still significantly shorter (about 4 days). Moreover, the study proved that in 25% of facilities in Poland waiting time counts to one month or even longer.

Such results were referred mostly in the central and south-west regions of Poland (30% each). In extreme cases waiting time exceeded 7 months (385, 243 and 209 days)! Such situations should be regarded as unacceptable. Undoubtedly, such a long time of waiting for an appointment makes a significant barrier in availability of maternal health care provided by the NFZ, and often can urge a woman to seek private health care services.

Another important question, showed by our examination, is the fact that more than half of the number of maternal health facilities (55%) are not well informed about the existing law and give wrong information to women by saying that they are obliged to possess health insurance in order to receive free maternal health care. Actually, according to law in force, every pregnant woman has the right for gynaecologist-obstetrician healthcare services free of charge during the whole period of pregnancy and the early period after childbirth. Giving wrong information can cause confusion in patients and forces them to seek maternal care provided by private facilities and pay for services that, as states the law, should be their privilege and expression of special care of the state towards pregnant women.

Women face similar confusion with obtaining a midwife care. Although 51% of facilities offer services of a midwife and it is possible to arrange a visit so that a pregnant woman can meet a midwife but asking for a midwife care caused confusion on registration. Actually, it is not a woman's obligation to know precisely what midwife she wants or can see because the staff is responsible for that matter. The staff should provide accurate information on where – if not in their facility – when, and to what extent

a woman has the right to benefit from midwife care services. The study showed that there is much confusion about that kind of maternal health services and pregnant women can have difficulties with the access to these services.

We have worked out recommendations based on the study conclusions whose implementation would improve availability of maternal healthcare services within the limits of the NFZ in the country and would improve the quality of maternal care in Poland.

In the first place the Childbirth with Dignity Foundation recommends that the NFZ introduces solutions that would shorten waiting time for the first visit to a gynaecologist/obstetrician within the NFZ, especially in these regions of Poland where it exceeds 4 weeks. We believe that the optimum waiting time for the first visit to the gynaecologist/obstetrician within the NFZ should not exceed 2 weeks. In order to obtain this goal there should be taken appropriate actions to get desired results.

One of the possible solutions for this situation could be including healthcare provided by a midwife into the NFZ guaranteed benefit basket. It may not only shorten a waiting time to visit a gynaecologist but it would enable women to choose their individual healthcare attendant during the whole period of pregnancy as it is stated in the current Regulations of the Ministry of Health of September 20th, 2012.

Another obstacle regarding maternal healthcare provided within the NFZ contract that should be removed are the gaps in the knowledge on health insurance of pregnant women showed by people working at the facility reception. There is an absolute need for information campaign carried by the National Health Fund (NFZ) on that issue and directed to maternal

health providers. Moreover, we recommend to develop guidelines for the facility staff in order to provide adequate care to women who come to medical facility because they suppose they are pregnant but their pregnancy has not yet been confirmed and who, in addition, do not have insurance.

The final recommendation is that the National Health Fund (NFZ) should conduct a reliable education campaign directed to providers of the gynaecology and obstetric healthcare services on the issue concerning midwives' role, their abilities and scope of their tasks in the Primary Health Care. Registration workers must know when and on what terms a pregnant woman can get midwife's attendance and when she should be referred to a midwife.

## ZAŁĄCZNIK NR 1 – Kwestionariusz do badania „Monitoring dostępności do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ”

kod placówki:  Data i godzina 1. próby:  Data i godzina 6. próby:   
kod Ankieterki:  Data i godzina 2. próby:  Data i godzina 7. próby:   
Data i godzina 3. próby:  Data i godzina 8. próby:   
Data i godzina 4. próby:  Data i godzina 9. próby:   
Data i godzina 5. próby:  Data i godzina 10. próby:

**1. Dzień dobry, chciałabym zapisać się na wizytę do ginekologa. Kiedy jest najbliższy wolny termin?**

(\*czy jest Pani u nas zapisana? – Nie jestem zapisana u Państwa/nie mam wybranego lekarza/dopiero się przeprowadziłam

\*Pani nazwisko. – Zofia Kowalska, ale chciałam jeszcze zapytać o kilka rzeczy

\*Jeśli termin jest szybki – do tygodnia – nie zapisuję się. – To super, ale jeszcze skonsultuję to z mężem, czy on wtedy może – przechodzę do pytania nr 4)

**2. Wie Pani co, ale możliwe jest, że jestem w ciąży, bo zrobiłam test. Czy nie można by szybciej mnie zapisać?** TAK, na kiedy:  NIE

3. (jeśli termin nadal jest dalszy niż tydzień)

**Ale wydaje mi się, że to może być już 9. tydzień, a zależy mi na „becikowym”. Wiem, że powinnam być u lekarza przed 10. tygodniem, czy naprawdę nie dałoby się szybciej?**

TAK, na kiedy:  NIE

**4. A są w ogóle u Państwa jakieś specjalne zasady przyjmowania kobiet w ciąży? To znaczy na przykład są przyjmowane poza kolejką?**

TAK, jakie:  NIE

**5. Dobrze, a jakbym chciała zapisać się prywatnie, to na kiedy byłby termin?** Termin:  NIE MAMY wizyt prywatnych

**6. Ile kosztuje wizyta prywatna? (jeśli prowadzą prywatne wizyty)** CENA:

**7. Jeszcze chciałam zapytać, czy na pierwszą wizytę muszę przynieść jakieś dokumenty?** JAKIE:

**8. A proszę mi powiedzieć, czy jeśli jestem w ciąży, to czy muszę być ubezpieczona?**

To znaczy chodzi mi o to, żebym mogła za darmo chodzić do ginekologa? TAK NIE

**9. To jeszcze mam pytanie, czy u Państwa mogę zapisać się do położnej?**

– Dlaczego? Jakiej? – Takiej, do której mogę chodzić w ciąży. TAK NIE

**10. Jakbym chciała zapisać się dziś, to na kiedy byłby termin?** Termin:

### **ZAKOŃCZENIE ROZMOWY:**

\*Dziękuję, to ja się jeszcze zastanowię.

\*\*Poszukam gdzie indziej, bo zależy mi na czasie.

Do widzenia.

## ZAŁĄCZNIK NR 2

### Tabela A.

Struktura wykonanych telefonów reprezentatywna dla bazy placówek

| 4 klasy wielkości miejscowości x 6 regionów |           |            |          |                   |                     |          |      |
|---|-----------|------------|----------|-------------------|---------------------|----------|------|
| Klasa wielkości miejscowości/Region         | centralny | południowy | wschodni | północno-zachodni | południowo-zachodni | północny | suma |
| 1 – wieś                                    | 14        | 19         | 20       | 10                | 7                   | 21       | 91   |
| 2 – miasta do 20 tys.                       | 36        | 21         | 35       | 47                | 28                  | 36       | 203  |
| 3 – miasta od 20 do 50 tys.                 | 17        | 22         | 30       | 23                | 14                  | 37       | 143  |
| 4 – miasta od 50 do 100 tys.                | 35        | 8          | 0        | 10                | 10                  | 0        | 63   |
| Suma  | 102       | 70         | 85       | 90                | 59                  | 94       | 500  |

### Tabela B.

6 regionów obejmuje 16 województw zdefiniowanych przez GUS

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>1. centralny</b>           | łódzkie<br>mazowieckie                                   |
| <b>2. południowy</b>          | małopolskie<br>śląskie                                   |
| <b>3. wschodni</b>            | lubelskie<br>podkarpackie<br>podlaskie<br>świętokrzyskie |
| <b>4. północno-zachodni</b>   | lubuskie<br>wielkopolskie<br>zachodniopomorskie          |
| <b>5. południowo-zachodni</b> | dolnośląskie<br>opolskie                                 |
| <b>6. północny</b>            | kujawsko-pomorskie<br>pomorskie<br>warmińsko-mazurskie   |

## TABELE WYNIKÓW

**Tabela 1.**

*Czas oczekiwania w tygodniach na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w Polsce*

| Czas oczekiwania na pierwszą wizytę w tygodniach | N          | %          |
|--|------------|------------|
| w dniu rozmowy                                   | 43         | 9          |
| do 1 tyg.  | 197        | 43         |
| do 2 tyg.  | 65         | 14         |
| do 3 tyg.  | 40         | 9          |
| do 4 tyg.  | 32         | 7          |
| do 5 tyg.  | 19         | 4          |
| do 6 tyg.  | 12         | 3          |
| do 7 tyg.  | 9          | 2          |
| do 8 tyg.  | 5          | 1          |
| ponad 8 tyg.                                     | 32         | 7          |
| <b>Razem</b>                                     | <b>454</b> | <b>100</b> |

**Tabela 2.**

*Odsetek placówek w poszczególnych regionach i w Polsce o danym czasie oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w tygodniach*

| Czas oczekiwania na 1. wizytę w tygodniach w poszczególnych regionach i w Polsce | centralny   | południowo-zachodni | południowy  | północno-zachodni | północny    | wschodni    | POLSKA      |
|--|-------------|---------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| w dniu rozmowy   | 4%          | 11%                 | 8%          | 10%               | 7%          | 18%         | 9%          |
| do 1 tyg.  | 41%         | 33%                 | 46%         | 44%               | 40%         | 54%         | 43%         |
| do 2 tyg.  | 15%         | 17%                 | 10%         | 15%               | 22%         | 6%          | 14%         |
| do 3 tyg.  | 10%         | 9%                  | 11%         | 8%                | 10%         | 5%          | 9%          |
| do 4 tyg.  | 11%         | 9%                  | 5%          | 3%                | 8%          | 6%          | 7%          |
| powyżej 4 tyg.   | 19%         | 20%                 | 20%         | 20%               | 14%         | 10%         | 17%         |
| <b>Suma końcowa</b>  | <b>100%</b> | <b>100%</b>         | <b>100%</b> | <b>100%</b>       | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

**Tabela 3.**

Czy ciąża przyspiesza czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w Polsce?

| Czy ciąża przyspiesza czas oczekiwania? | N   | %   |
|---|-----|-----|
| NIE przyspiesza                         | 395 | 87  |
| TAK, przyspiesza                        | 55  | 12  |
| Opóźnia                                 | 4   | 1   |
| Razem                                   | 454 | 100 |

**Tabela 4.**

Czy 9. tydzień ciąży przyspiesza czas oczekiwania na 1. wizytę u ginekologa w ramach NFZ w Polsce?

| Czy 9. tydzień przyspiesza czas oczekiwania? | N   | %     |
|--|-----|-------|
| NIE przyspiesza                              | 429 | 94,49 |
| Tak, przyspiesza                             | 25  | 5,51  |
| Razem  | 454 | 100   |

**Tabela 5.**

Czy są odrębne zasady przyjmowania kobiet w ciąży w Polsce?

| Czy są odrębne zasady przyjmowania kobiet w ciąży? | N   | %   |
|--|-----|-----|
| Tak  | 103 | 23  |
| Nie  | 350 | 77  |
| Suma końcowa                                       | 454 | 100 |

**Tabela 6.**

Czy są odrębne zasady przyjmowania kobiet w ciąży? (podział ze względu na regiony w Polsce)

| Czy są odrębne zasady przyjmowania kobiet w ciąży? | Region    |                     |            |                   |          |          |        |
|--|-----------|---------------------|------------|-------------------|----------|----------|--------|
|  | centralny | południowo-zachodni | południowy | północno-zachodni | północny | wschodni | Polska |
| Tak  | 43%       | 22%                 | 33%        | 11%               | 13%      | 15%      | 23%    |
| Nie  | 57%       | 78%                 | 67%        | 89%               | 88%      | 85%      | 77%    |
| Suma końcowa                                       | 100%      | 100%                | 100%       | 100%              | 100%     | 100%     | 100%   |

**Tabela 7.***Czy są możliwe wizyty prywatne?*

| Czy są możliwe wizyty prywatne?             | N   | %   |
|---|-----|-----|
| Nie   | 290 | 64  |
| Tak   | 155 | 34  |
| Lekarz przyjmuje prywatnie poza przychodnią | 9   | 2   |
| Suma końcowa                                | 454 | 100 |

**Tabela 8.***Czy są możliwe wizyty prywatne? (podział ze względu na regiony Polski)*

| Czy są możliwe wizyty prywatne? |     |     |                  |              |
|---------------------------------|-----|-----|------------------|--------------|
| Region                          | Tak | Nie | poza przychodnią | Suma końcowa |
| centralny                       | 30% | 67% | 3%               | 100%         |
| południowo-zachodni             | 61% | 35% | 4%               | 100%         |
| południowy                      | 30% | 70% | 0%               | 100%         |
| północno-zachodni               | 39% | 59% | 1%               | 100%         |
| północny                        | 27% | 69% | 3%               | 100%         |
| wschodni                        | 27% | 73% | 0%               | 100%         |
| Polska                          | 34% | 64% | 2%               | 100%         |

**Tabela 9.***Czas oczekiwania na wizytę prywatną w tygodniach w placówkach, w których możliwe są wizyty prywatne (podział na regiony Polski)*

| Czas oczekiwania | Region    |                     |            |                   |          |          |        |
|------------------|-----------|---------------------|------------|-------------------|----------|----------|--------|
|                  | centralny | południowo-zachodni | południowy | północno-zachodni | północny | wschodni | Polska |
| w dniu rozmowy   | 32%       | 32%                 | 61%        | 30%               | 17%      | 38%      | 34%    |
| do 1 tyg.        | 61%       | 56%                 | 28%        | 57%               | 75%      | 62%      | 57%    |
| pow. 1 tyg.      | 7%        | 12%                 | 11%        | 13%               | 8%       | 0%       | 9%     |
| Suma końcowa     | 100%      | 100%                | 100%       | 100%              | 100%     | 100%     | 100%   |

**Tabela 10.**

Czy są możliwe wizyty prywatne? (podział ze względu na klasę wielkości miast Polski)

| Czy są możliwe wizyty prywatne? |     |     |                  |              |
|---------------------------------|-----|-----|------------------|--------------|
| Klasa wielkości                 | Tak | Nie | poza przychodnią | Suma końcowa |
| wieś                            | 15% | 80% | 5%               | 100%         |
| miasta do 20 tys.               | 27% | 71% | 2%               | 100%         |
| miasta od 20 do 50 tys.         | 40% | 58% | 2%               | 100%         |
| miasta od 50 do 100 tys.        | 50% | 50% | 0%               | 100%         |
| miasta od 100 do 200 tys.       | 31% | 64% | 5%               | 100%         |
| miasta od 200 do 500 tys.       | 38% | 62% | 0%               | 100%         |
| miasta pow. 500 tys.            | 60% | 40% | 0%               | 100%         |
| Suma końcowa                    | 34% | 64% | 2%               | 100%         |

**Tabela 11.**

Wymagane dokumenty na 1. wizycie u ginekologa w placówkach NFZ w Polsce (szczegółowo)

| Czy na pierwszą wizytę muszę przynieść jakieś dokumenty?                  |      |
|---|------|
| nie   | 5%   |
| „nie są potrzebne żadne dokumenty, ale jednak PESEL, badania – owszem”    | 4%   |
| tylko dokument tożsamości (głównie dowód osobisty)                        | 78%  |
| dokument tożsamości i dowód ubezpieczenia                                 | 4%   |
| dokument tożsamości i badania   | 3%   |
| dokument tożsamości i karta chipowa                                       | 1%   |
| dokument tożsamości i ewentualnie: badania, ubezpieczenie, NIP pracodawcy | 3%   |
| brak danych   | 2%   |
| Razem   | 100% |



**Tabela 12.**

*Wymagania dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego kobiet w ciąży w placówkach ginekologiczno-położniczych w Polsce*

| Czy jeśli jestem w ciąży to muszę być ubezpieczona? | N   | %   |
|---|-----|-----|
| Tak   | 249 | 55  |
| Nie   | 205 | 45  |
| Suma końcowa  | 454 | 100 |

**Tabela 13.**

*Wymagania dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego kobiet w ciąży w placówkach ginekologiczno-położniczych w Polsce (podział na regiony)*

| Czy jeśli jestem w ciąży, to muszę być ubezpieczona? |     |     |              |
|--|-----|-----|--------------|
| Region   | Tak | Nie | Suma końcowa |
| centralny  | 54% | 46% | 100%         |
| południowo-zachodni                                  | 41% | 59% | 100%         |
| południowy   | 67% | 33% | 100%         |
| północno-zachodni                                    | 59% | 41% | 100%         |
| północny   | 44% | 56% | 100%         |
| wschodni   | 63% | 37% | 100%         |
| Polska   | 55% | 45% | 100%         |

**Tabela 14.**

*Dostępność położnej w placówce ginekologiczno-położniczej w ramach NFZ w Polsce*

| Czy u państwa mogę zapisać się do położnej? | N   | %   |
|---|-----|-----|
| Tak   | 230 | 51  |
| Nie   | 224 | 49  |
| Suma końcowa                                | 454 | 100 |

**Tabela 15.**

*Dostępność położnej w placówce ginekologiczno-położniczej w ramach NFZ (podział ze względu na regiony Polski)*

| Czy u państwa mogą zapisać się do położnej? |     |     |              |
|---|-----|-----|--------------|
| Region                                      | Tak | Nie | Suma końcowa |
| centralny                                   | 62% | 38% | 100%         |
| południowo-zachodni                         | 41% | 59% | 100%         |
| południowy                                  | 70% | 30% | 100%         |
| północno-zachodni                           | 34% | 66% | 100%         |
| północny                                    | 50% | 50% | 100%         |
| wschodni                                    | 46% | 54% | 100%         |
| Polska                                      | 51% | 49% | 100%         |

**Tabela 16.**

*Dostępność położnej w placówce ginekologiczno-położniczej w ramach NFZ (podział ze względu na klasy wielkości miast w Polsce)*

| Czy u państwa mogą zapisać się do położnej? |     |     |      |
|---|-----|-----|------|
| Klasa wielkości miast                       | Tak | Nie | Suma |
| wieś  | 68% | 32% | 100% |
| miasta do 20 tys.                           | 53% | 47% | 100% |
| miasta od 20 do 50 tys.                     | 34% | 66% | 100% |
| miasta od 50 do 100 tys.                    | 48% | 52% | 100% |
| miasta od 100 do 200 tys.                   | 46% | 54% | 100% |
| miasta od 200 do 500 tys.                   | 47% | 53% | 100% |
| miasta pow. 500 tys.                        | 47% | 53% | 100% |
| Polska                                      | 51% | 49% | 100% |

**Tabela 17.**

*Czas oczekiwania na wizytę u położnej w tygodniach w placówkach NFZ, w których zadeklarowano możliwość wizyty u położnej i podano konkretny termin*

| Czas oczekiwania na wizytę u położnej w tygodniach | N  | %   |
|--|----|-----|
| w dniu rozmowy                                     | 11 | 22  |
| do 1 tyg.  | 31 | 62  |
| do 2 tyg.  | 4  | 8   |
| do 3 tyg.  | 2  | 4   |
| do 4 tyg.  | 2  | 4   |
| Suma końcowa                                       | 50 | 100 |

**Fundacja Rodzić po Ludzku** jest organizacją pozarządową pożytku publicznego działającą na rzecz kobiet w ciąży i matek małych dzieci.

Powstała w 1996 r., aby kontynuować działania zainicjowane przez grupę dziennikarzy i działaczy społecznych podczas pierwszej i drugiej akcji „Rodzić po Ludzku” (1994 r., 1995 r.). Zorganizowanie tych akcji zapoczątkowało zmiany w polskiej opiece okołoporodowej – nagłośnienie skandalicznych warunków porodu i naruszeń godności kobiet przełamało tabu wokół tych kwestii i spowodowało, że kobiety zaczęły głośno wyrażać swoje potrzeby i egzekwować należne im prawa.

Celem Fundacji jest, aby każda kobieta mogła urodzić swoje dziecko w godnych warunkach, otoczona szacunkiem oraz troskliwą i uważną opieką ze strony personelu, przy wsparciu bliskich jej osób. Misją Fundacji jest wzmocnienie i wspieranie kobiet w otwartym formułowaniu swoich potrzeb i domaganiu się respektowania swoich praw.

Fundacja Rodzić po Ludzku realizuje swoje cele poprzez działania edukacyjno-szkoleniowe oraz monitoring i rzecznictwo interesów kobiet – pacjentek opieki okołoporodowej.