



Ministerstwo Zdrowia  
Departament Nadzoru i Kontroli

NKW.051.925.2021.AW

Warszawa, 20 września 2021 r.

**Pani**  
**Joanna Pietrusiewicz**  
**Prezes**  
**Fundacji Rodzić po Ludzku**  
**ePUAP**

Szanowna Pani Prezes,

Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia działając na podstawie art. 247 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego<sup>1</sup>, informuje, iż złożony przez Panią w dniu 22 sierpnia 2021 r. za pośrednictwem platformy ePUAP wniosek w sprawie „*podjęcie pilnych inicjatyw prawodawczych i nadzorczych w związku z opublikowanymi 10 grudnia 2020 r. wynikami kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli, której przedmiotem była ocena panujących w Polsce standardów „Opieki nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń”*”, po jego wnikliwej analizie, został uznany za częściowo zasadny.

Ponadto, prosimy o przyjęcie szczegółowych wyjaśnień – opracowanych przez Departament Zdrowia Publicznego, do zadań którego należy m.in. właśnie prowadzenie spraw związanych z opieką zdrowotną nad kobietami w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkami.

#### **Wyjaśnienia do punktu 1.:**

Organizacja udzielania świadczeń w sytuacjach szczególnych stanowi ważną część obowiązujących przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>2</sup>, których przestrzeganie jest obowiązkiem wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. Kobiety w sytuacji szczególnej, o której mowa w części XV ww. rozporządzenia, powinny zostać jak najszybciej otoczone wsparciem psychologicznym oraz odpowiednią do ich stanu zdrowia i potrzeb opieką zdrowotną. Należy pamiętać, że opieka psychologa powinna być dostępna dla wszystkich pacjentek, które doświadczają straty dziecka, bez względu na czas ich hospitalizacji i poziom

<sup>1</sup> t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 735.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2018 r., poz. 1756.

referencyjności oddziału ginekologiczno-położniczego. Jednocześnie powinny zostać im udzielone wszelkie informacje zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak i przysługujących prawach, w szczególności wynikających z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczących sytuacji, w jakiej się znalazły, jak również o możliwości pochówku.

Rodzice mają bowiem prawo do pochówku dziecka, bez względu na czas trwania ciąży. Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi<sup>3</sup>, za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży. Zwłoki dzieci martwo urodzonych są chowane przez osoby uprawnione, o których mowa w art. 10 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych<sup>4</sup>. Przepisy dopuszczają zatem możliwość pochowania (na podstawie karty zgonu) także w przypadku poronienia w bardzo wczesnym okresie ciąży.

Ponadto, zgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej<sup>5</sup>, szpital jest zobowiązany do należytego przygotowania zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania. Zwłoki niepochowane przez podmioty, o których mowa w art. 10 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, albo nieprzekazane uczelni lub federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki, są chowane przez gminę właściwą ze względu na miejsce zgonu (art. 10 ust. 3). W tym celu niezbędna jest współpraca pomiędzy szpitalem, w którym pozostawiane są ciała dzieci urodzonych w wyniku poronienia lub martwo urodzonych oraz gminą.

W związku z wynikami przeprowadzonej przez NIK kontroli pn.: *„Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień, śmierci dziecka po porodzie i martwych urodzeń”* został opracowany komunikat, który miał na celu zwrócenie szczególnej uwagi oraz wzmożenie nadzoru w podmiotach leczniczych w zakresie poszanowania praw pacjentek w przypadkach poronień, śmierci dziecka po porodzie i martwych urodzeń oraz zapewnienie właściwej opieki i wsparcia, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Przypomina również, że rodzice mają prawo do pochówku dziecka, bez względu na czas trwania ciąży, co powinno zapewnić jednolity i zgodny z obowiązującymi przepisami,

<sup>3</sup> Dz. U. z 2001 r., Nr 153, poz. 1783 ze zm.

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1947).

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711).

sposób postępowania szpitali ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i po poronieniu. Komunikat został przekazany konsultantom krajowym w dziedzinach: położnictwa i ginekologii, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, perinatologii oraz za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia wśród szpitali posiadających oddziały ginekologiczno-położnicze.

Mając na uwadze powyższe wnioski w zakresie podjęcia „inicjatywy prawodawczej w celu opracowania jednolitych i wiążących wszystkie szpitale publiczne i niepubliczne standardów (instrukcji) postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i po poronieniu” nie znajduje uzasadnienia, z uwagi na funkcjonujące w tym zakresie regulacje.

### **Wyjaśnienia do punktu 2.:**

Obowiązek przekazywania pacjentkom w sytuacji szczególnej informacji na temat ich praw jako pacjentek, prawa do pochówku oraz praw do świadczeń socjalnych wynika wprost z przepisów powoływanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Kobiecie w sytuacji szczególnej (rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi) udziela się wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak i przysługujących jej prawach. Przepisy precyzują, że należy udzielić jej również wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku.

Jednocześnie jako zbiór wytycznych dla personelu medycznego, jak również niezbędne informacje dla pacjentek i jej bliskich znajdujących się w tak szczególnie trudnej sytuacji, jaką jest poronienie lub urodzenie martwego dziecka, powstają dokumenty opracowane przez ekspertów we współpracy z urzędami wojewódzkimi. Jeden z nich jako przykład dobrych praktyk („*Niekorzystne zakończenie ciąży – rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego*”), został zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (link: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-matki-i-dziecka>).

Z informacji uzyskanych od Wojewodów wiemy, że wiele podmiotów leczniczych korzysta z opracowanych na potrzeby poszczególnych województw rekomendacji dobrych praktyk postępowania z pacjentkami w sytuacji niepowodzeń położniczych dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych, współpracuje z organizacjami pozarządowymi udzielającymi wsparcia kobietom w sytuacjach szczególnych, udziela wsparcia psychologicznego oraz wyczerpujących informacji dotyczących dalszej pomocy psychologicznej oraz przysługujących prawach. Podmioty lecznicze współpracują z hospicjami perinatalnymi i hospicjami dla dzieci, w celu zapewnienia kompleksowej opieki oraz rozdają materiały informacyjne dotyczące postępowania po stracie dziecka (poradniki, broszury).

Mając na uwadze powyższe, złożony wniosek także w tej części nie znajduje uzasadnienia.

### ***Wyjaśnienia do punktu 3.:***

W 2019 r. w Polsce w podmiotach leczniczych pracowało 7079 lekarzy z dziedziny położnictwa i ginekologii. Ta grupa zawodowa charakteryzowała się wysokim średnim wiekiem tj. 57,63 lat, a udział lekarzy w wieku emerytalnym stanowił 35%, co może świadczyć o wystąpieniu w niedługim czasie braków kadrowych w tej dziedzinie. Do 2024 r. 1518 lekarzy z dziedziny położnictwa i ginekologii osiągnie wiek emerytalny, a zakłada się, że do tego czasu 1159 lekarzy uzyska tytuł specjalisty w tej dziedzinie. Do zapewnienia wymienialności pokoleniowej brakuje więc 359 lekarzy. Średnio lekarz z tej dziedziny pracował w więcej niż w jednym miejscu (1,48). Należy zaznaczyć, że liczba kadry na 100 tys. ludności różni się pomiędzy województwami – występuje znaczące zróżnicowanie regionalne. Najwyższym wskaźnikiem charakteryzowało się województwo mazowieckie (24,4), a najniższym województwo kujawsko-pomorskie (14,9).

W ramach dziedziny położnictwa i ginekologii nie otrzymano odpowiedzi od konsultanta krajowego w sprawie rekomendowanej liczby lekarzy. Natomiast w dziedzinie perinatologii z rekomendacji konsultanta wynika, że brakuje specjalistów w tej dziedzinie - wskaźnik rekomendowanej liczby lekarzy na 100 tys. ludności przez konsultanta krajowego wynosi 0,5, a liczba lekarzy na 100 tys. ludności w 2019 r. wynosiła 0,2.

W 2019 r. w Polsce w podmiotach leczniczych pracowało 28006 położnych. Średnia wieku położnej jest niższa niż w przypadku lekarzy z dziedziny położnictwa i ginekologii

(47,36), aczkolwiek należy zwrócić uwagę, że 51% położnych jest powyżej 50 roku życia, a 15% znajduje się już w wieku emerytalnym - istnieje więc ryzyko spadku liczby położnych. Średnio położna pracuje w więcej niż jednym miejscu (1,58). Liczba położnych przypadających średnio na mieszkańca była zróżnicowana regionalnie. Najwyższym wskaźnikiem położnych na 100 tys. ludności charakteryzowało się województwo mazowieckie (135,9), a najniższym województwo warmińsko-mazurskie (59,2).

Rozwiązanie problemów, o których mowa w punkcie 3 wniosku dotyczy bardziej czynności organizacyjnych leżących po stronie podmiotów leczniczych. Zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym w tym za ustalanie prawidłowych norm, rozkładów i harmonogramów czasu pracy ponosi kierownik tego podmiotu. Od obu stron tj. pracodawcy i pracownika zależy na jakich warunkach podpisywana jest umowa dotycząca świadczenia pracy. O ile problematyka czasu pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym uregulowana jest w art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej który stanowi, że czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, a wymiar nieprzerwanego odpoczynku dobowego i tygodniowego przysługującego pracownikom, wynosi co najmniej 11 godzin w każdej dobie (odpoczynek dobowy) oraz co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku w każdym tygodniu, o tyle wymiar czasu pracy zleceniobiorcy nie jest w żaden sposób ograniczony. To od obustronnych ustaleń (między zleceniodawcą i zleceniobiorcą) zależy, przez ile godzin dziennie będzie wykonywane zlecenie.

Zauważenia wymaga, że przy wyborze podstawy prawnej świadczenia pracy obowiązuje zasada swobody umów, zatem strony mają co do zasady wybór w kwestii rodzaju umowy, na podstawie której ma być wykonywana praca. System polskiego prawa dopuszcza bowiem wykonywanie pracy zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i umowy cywilnoprawnej. Zawody pielęgniarki i położnej należą do grupy tzw. wolnych zawodów, co powoduje, że uregulowania prawne dotyczące tych profesji muszą pozostawiać swobodę m.in. co do wyboru formy ich wykonywania. Obowiązujące przepisy nie zakazują pielęgniarkom i położnym jako osobom fizycznym zawierania umów cywilnoprawnych z podmiotem leczniczym (art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy o zawodach

pielęgniarki i położnej<sup>6</sup>). W takiej formule - pomimo braku w tym zakresie uregulowań - mogą zawierać również umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarze i lekarze dentyści.

Jednocześnie podkreślenia wymaga, iż umowa cywilnoprawna nie może być zawierana w zamian umowy o pracę, nawet jeżeli obie strony wyrażają na to zgodę. Tym samym nie można zawierać umowy cywilnoprawnej w sytuacji, gdy stosunek łączący obie strony jest *de facto* stosunkiem takim samym jak stosunek pracy. Jednocześnie pielęgniarki i położne zobowiązane są wykonywać zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, o czym stanowi art. 11 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Analogiczne przepisy zawiera art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty<sup>7</sup>, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek kierować się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych. Nadmienić również należy, iż zgodnie z art. 2 ustawy o prawach pacjenta<sup>8</sup>, przestrzeganie praw pacjenta jest ustawowym obowiązkiem wszystkich uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Niezależnie od powyższego, podejmowane są działania mające na celu zwiększenie liczby lekarzy oraz pielęgniarek i położnych, dzięki czemu zwiększy się liczba personelu medycznego w systemie opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do lekarzy, do takich działań zaliczyć należy zwiększanie przyjęć na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny, prowadzone w formie stacjonarnej w języku polskim. W roku akademickim 2015/2016 na ww. kierunkach ustalono limit 7550 miejsc, natomiast na rok akademicki 2020/2021 ustalono limit 9717 – zatem limit przyjęć zwiększył się o 2167 miejsc. Należy także zauważyć, że od 2015 r. zwiększyła się również liczba wydziałów lekarskich na uczelniach - w 2015 r. kształcenie na kierunku lekarskim prowadziło 15 uczelni, zaś w 2020 r. już 22 uczelnie prowadzi kształcenie

---

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 479 ze zm.).

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.).

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 849).

na ww. kierunku studiów. Stworzeniu odpowiednich warunków do kształcenia i pozostawania kadry lekarskiej w kraju posłużą znowelizowane przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Znowelizowana ustawa zakłada między innymi uelastycznienie i poprawę warunków kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów oraz zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w systemie ochrony zdrowia. Wprowadzono możliwość szybszego o rok przystępowania przez studentów do Lekarskiego Egzaminu Końcowego i do Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (na ostatnim roku studiów) oraz lekarzy do Państwowego Egzaminu Specjalistycznego (na ostatnim roku szkolenia specjalizacyjnego), co ostatecznie zwiększy corocznie liczbę nowych lekarzy specjalistów. Dokonano zmian w przebiegu stażu podyplomowego wprowadzając część spersonalizowaną stażu, co pozwoli młodym lekarzom na lepszy wybór kierunków ich późniejszej specjalizacji. Nastąpi zmiana naboru na wolne miejsca specjalizacyjne z dotychczasowego naboru wojewódzkiego na nabór centralny z możliwością wyboru miejsca specjalizacyjnego na terenie całego kraju. Uproszczone zostały także zasady dotyczące zatrudniania lekarzy posiadających dyplomy uzyskane w krajach spoza UE, co stwarza jednocześnie szybszą możliwość powrotu do kraju obywateli polskich kształcących się zagranicą. Wprowadzono wiele ułatwień w odbywaniu szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim i pozarezydenckim.

Ponadto, w ostatnim czasie resort zdrowia wraz z resortem edukacji opracował projekt ustawy o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Projekt ten dotyczy możliwości uzyskania kredytów przez studentów odbywających kształcenie na studiach na kierunku lekarskim prowadzone w formie niestacjonarnej, w języku polskim, na uczelniach publicznych i niepublicznych. W ww. projekcie przewiduje się, że studenci, którzy zdecydują się na skorzystanie z kredytu na studia medyczne, uzyskają możliwość pokrycia częściowego albo całkowitego kosztu kształcenia na studiach ze środków pochodzących z budżetu państwa, a następnie po spełnieniu warunków określonych w projektowanej ustawie, jego częściowego lub całkowitego umorzenia. Ww. kredyt będzie miał preferencyjny charakter przejawiający się, m.in.: niskim oprocentowaniem, możliwością wystąpienia przez kredytobiorcę o wcześniejsze rozpoczęcie spłaty kredytu, możliwością wydłużenia lub skrócenia okresu spłaty kredytu, możliwością obniżenia wysokości miesięcznej raty kredytu, a w przypadku trudnej sytuacji życiowej kredytobiorcy możliwością zawieszenia spłaty kredytu wraz z odsetkami na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. Przewiduje się, że o kredyt na studia medyczne będą mogli

ubiegać się studenci, którzy rozpoczęli studia przed rokiem akademickim 2021/2022, jak również podejmujący studia począwszy od roku akademickiego 2021/2022. Przyjęte w opisanym projekcie regulacje z pewnością będą stanowić istotny czynnik zmierzający do podejmowania studiów medycznych w naszym kraju oraz przyczynią się do wzrostu liczby specjalistów, w szczególności w dziedzinach priorytetowych tj. dziedzinach, w których istnieją znaczne niedobory kadrowe.

W odniesieniu do pielęgniarek i położnych na uwagę zasługują działania mające na celu m.in. zachęcenie młodych osób do podejmowania kształcenia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo podejmowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) tj. wsparcie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego pielęgniarek i położnych ze środków Unii Europejskiej („kierunek zamawiany”, stypendia, centra symulacji medycznej, dofinansowanie kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych – związanych z zaspokojeniem potrzeb epidemiologiczno - demograficznych). Wsparcie dla kształcenia zawodowego, w tym kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych będzie kontynuowane również w ramach planowanych programów współfinansowanych ze środków unijnych w ramach:

- Krajowego Planu Odbudowy – stypendia, mentoring dla studentów pielęgniarstwa;
- REACT-EU – wsparcie kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych dla pielęgniarek i położnych;
- Nowa Perspektywa Finansowa 2021-2027 (Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 - FERS) – kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

W 2020 r. zrealizowano kampanię medialną promującą zawody pielęgniarki i położnej #Stawiam na przyszłość. Kontynuacja kampanii planowana jest także w roku bieżącym.

Należy również podkreślić, iż liczba szkół kształcących pielęgniarki wzrosła z 74 uczelni w 2014 r. do 107 uczelni w 2020 r. (33 uczelnie więcej). Istotnie wzrosło zainteresowanie studiami pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. W roku akademickim 2015/2016 liczba studentów na kierunku pielęgniarstwo I stopnia wynosiła 5935 osób, a w roku 2020/2021 – 8202. Dodatkowo w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych Minister Zdrowia corocznie dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne dla tych grup zawodowych w ramach posiadanych środków finansowych

przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa. W roku bieżącym wysokość środków finansowych na to zadanie wynosi 10 000 000 zł. Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2021 r.<sup>9</sup>, koszt dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego za cały okres trwania specjalizacji dla pielęgniarki, położnej rozpoczynającej specjalizację w 2021 r. – wyniesie 3 950 zł.

Niezależnie od powyższego, w związku z sytuacją epidemiczną w kraju i potrzebą zabezpieczenia kadr medycznych, na właściwym poziomie w systemie ochrony zdrowia, wprowadzono rozwiązania dla zawodu pielęgniarki i położnej m.in.:

- umożliwienie pielęgniarkom i położnym, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, powrotu do czynnego wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, na uproszczonych zasadach,
- umożliwienie zatrudnienia, w trybie uproszczonym, w polskim systemie opieki zdrowotnej pielęgniarek i położnych, posiadających kwalifikacje uzyskane poza terytorium Unii Europejskiej, na określony zakres czynności, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą oraz w czasie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, w podmiocie leczniczym przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19, po spełnieniu niezbędnych warunków.

W świetle przedstawionych faktów, wniosek w zakresie „*podjęcia inicjatywy prawodawczej w celu wyeliminowania nadmiernie długiej, przekraczającej wymiar 12 godzin na dobę pracy lekarzy, pielęgniarek i położnych zatrudnionych w szpitalach na podstawie umów cywilnoprawnych*”, wydaje się trudny do przeprowadzenia. Proponowana zmiana wymaga wielokierunkowych działań i wyważenia z jednej strony zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom wynikającej ze sprawowanej nad nimi opieki i leczenia, z drugiej strony zaś zapewnienia swobody wykonywania zawodu pielęgniarkom, położnym i lekarzom.

Niemniej jednak, na zmianę sytuacji powinny mieć wpływ podejmowane działania mające na celu zwiększenie liczby lekarzy oraz pielęgniarek i położnych, dzięki czemu zwiększy się liczba personelu medycznego w systemie opieki zdrowotnej.

---

<sup>9</sup> Dz. Urz. Min. Zdr. z 2020 r., poz. 111.

#### **Wyjaśnienia do punktu 4.:**

Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wprowadzający w komórkach organizacyjnych położnictwo i ginekologia (lp. 37), oraz położnictwo i ginekologia – drugi poziom referencyjny (lp. 38), minimalny warunek zapewnienia psychologa – w wymiarze co najmniej 0,5 etatu, który ma na celu zapewnienie pacjentkom hospitalizowanym na oddziałach położniczo-ginekologicznych jak najlepszą dostępność do opieki psychologicznej.

W dniu 18 sierpnia br. przedmiotowy projekt został przekazany do uzgodnień międzyresortowych oraz konsultacji ekspertom, organizacjom społecznym oraz innym zainteresowanym podmiotom albo instytucjom, których opinia jest pożądana z uwagi na treść projektu. W dniu 17 września br. upłynął termin przekazywania uwag.

Link do projektu znajduje się na poniższej stronie internetowej:

<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12350255>.

Dlatego też wniosek w powyższym zakresie uznaje się za zasadny.

#### **Wyjaśnienia do punktu 5.:**

Mając na uwadze szczególną sytuację rodzin znajdujących się w wyjątkowo trudnym dla nich położeniu (poronienia, urodzenia martwego dziecka, śmierci dziecka po porodzie, urodzenia dziecka chorego lub z wadami wrodzonymi) Minister Zdrowia w 2019 r. zwrócił się do wojewodów przypominając o potrzebie szczególnego traktowania kobiet, które znalazły się w tej trudnej sytuacji, konieczności otoczenia ich wsparciem psychologicznym oraz informowania o przysługujących im prawach. Wojewodowie zostali również zobowiązani do przekazania informacji w zakresie sposobów realizacji przez podmioty lecznicze przepisów, o których mowa w części XV standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Aktualnie planuje się ponowne wystąpienie do Wojewodów w powyższym zakresie, w celu ponownej oceny sytuacji w tym obszarze.

#### **Wyjaśnienia do punktu 6.:**

Zgodnie z art. 30 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej

Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Fizjoterapeutów oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzór książeczki zdrowia dziecka, uwzględniając rodzaje podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, a także konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej mającej istotne znaczenie dla szybkiego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Podkreślenia wymaga fakt, iż przepisy przywołanego rozporządzenia określają rodzaje i zakresy dokumentacji medycznej. Co prawda obowiązujące przepisy prawa nie zawierają definicji dokumentacji medycznej, niemniej jednak, biorąc pod uwagę brzmienie art. 25 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

- 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości;
- 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- 4) datę sporządzenia,

należy przyjąć, iż jest to dokumentacja zawierająca dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym, gromadzone i udostępniane na zasadach określonych w ww. ustawie.

Mając zatem powyższe na uwadze, wydaje się, iż umieszczenie w przepisach ww. rozporządzenia oświadczenia pacjentek o skorzystaniu w przypadku poronienia lub martwego urodzenia z prawa do pochówku dziecka lub rezygnacji z tego prawa, wykraczałoby poza delegację ustawową rozporządzenia, a tym samym nie znajduje uzasadnienia.

#### ***Wyjaśnienia do punktów 7.i 8.:***

Obecnie obowiązujące przepisy standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wskazują, aby kobiety w sytuacji szczególnej, w miarę możliwości nie były umieszczane

w sali razem z kobietami w okresie ciąży bądź w położu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka. Jednocześnie wszystkie badania i zabiegi powinny być wykonane w intymnej atmosferze. Kobiecie również należy umożliwić pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyraża taką potrzebę.

Obecnie prowadzone są prace nad nowym „Rządowym programem kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2021-2023 r.”, w ramach którego planuje się utworzenie Centrów Zdrowia Prokreacyjnego. W ww. podmiotach zakłada się m.in. zapewnienie pacjentkom roniącym i rodzącym martwe dzieci oraz ich rodzinom osobnego pomieszczenia umożliwiającego godne przeżycie porodu i pożegnanie się z dzieckiem (tzw. „pokoju pożegnań”). Zapewnienie godnych warunków, pożegnania się ze zmarłym dzieckiem, powinno pomóc pacjentkom w sytuacji szczególnej i osobom im bliskim w przeżyciu tak ogromnej tragedii, jaką jest śmierć dziecka.

Należy przy tym zaznaczyć, że prace nad programem mają charakter wstępny, ostateczne jego zapisy ukształtują się po uzyskaniu stosownej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Jednocześnie propozycja wprowadzenia bezwzględnego zakazu umieszczania kobiet po poronieniu lub martwym urodzeniu w salach szpitalnych razem z kobietami w okresie ciąży bądź kobietami w położu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka, zostanie rozważona przy najbliższej nowelizacji standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

### **Wyjaśnienia do punktu 9.:**

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. - Prawo o aktach stanu cywilnego<sup>10</sup>, karta urodzenia dziecka jest jednym z dokumentów, obok protokołu zgłoszenia urodzenia, na podstawie których sporządza się akt urodzenia. Płeć jest kluczową informacją, możliwą do ustalenia wyłącznie przez podmiot leczniczy, determinującą możliwość sporządzenia aktu urodzenia. Określenie płci jest niezbędne dla rejestracji urodzenia, ponieważ płeć należy do określenia stanu cywilnego i wiąże się z nadaniem imienia oraz ustaleniem formy gramatycznej nazwiska.

Natomiast problem przedstawiony w nadesłanym wniosku, sprowadza się do kwestii uzyskania świadczeń z tytułu martwo urodzonego dziecka, którego płci nie da się ustalić.

---

<sup>10</sup> t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 709.

Zmiana przepisów powinna zatem dotyczyć regulacji związanych z wypłatą świadczeń, a nie przepisów ustawy – Prawo o aktach stanu cywilnego.

Jednocześnie informujemy, że w Senacie RP jest obecnie procedowany projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z objęciem prawem do zasiłku pogrzebowego nowej grupy uprawnionych (druk nr 380), który dotyczy przedmiotowej kwestii.

#### ***Wyjaśnienia do punktu 10.:***

Zgodnie z art. 33 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, 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.

Ponadto, osoba bliska, na życzenie pacjenta, może być obecna również przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Prawo to, w myśl art. 5 ww. ustawy, może jednak zostać ograniczone w wyjątkowych przypadkach, tj. w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego, ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, czy też możliwości organizacyjne podmiotu. Decyzje w tym zakresie podejmuje kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz, uwzględniając przede wszystkim dobro pacjentów takiej placówki. Należy jednak zaznaczyć, że przepis ten zezwala jedynie na ograniczenie, a nie na całkowite wyłączenie możliwości korzystania z poszczególnych praw pacjenta. Niemniej jednak kierownicy i personel podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego powinni umożliwiać i wspierać obecność osoby bliskiej przy pacjentce zwłaszcza w sytuacjach szczególnych, do których zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi. Wyjątkowo trudna sytuacja tych osób wymaga dołożenia wszelkich starań, aby kobieta mogła korzystać ze wsparcia osoby bliskiej w możliwie krótkim czasie po stracie, oczywiście przy uwzględnieniu jej preferencji i potrzeb. Obecność osoby bliskiej znacznie obniża poziom lęku, zmniejsza jej poczucie osamotnienia, a wspólne przeżycie pożegnania ma znaczenie dla zacieśniania więzi między rodzicami i przeżywania żałoby. Dlatego należy stworzyć kobiecie możliwość pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich nawet w czasie epidemii.

Pomimo, że do Departamentu Zdrowia Publicznego nie wpływały dotychczas sprawy świadczące o problemie w czasie epidemii z zapewnieniem możliwości obecności osoby bliskiej w sytuacji szczególnej, zostanie w tej sprawie wystosowane pismo do konsultanta krajowego ds. ginekologii i położnictwa przypominające, że kwestie te wymagają szczególnego podejścia, zwłaszcza w czasie epidemii.

Podsumowując należy dodać, iż Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby rodziny w wyjątkowo trudnym położeniu (poronienia, urodzenia martwego dziecka, śmierci dziecka po porodzie, urodzenia niepełnosprawnego dziecka) miały zagwarantowaną opiekę zdrowotną odpowiednią do ich stanu zdrowia, jak również opiekę psychologiczną.

Zdajemy sobie sprawę, iż doświadczenia z okresu porodowego zapadają na długo w pamięci oraz wywierają istotny wpływ na kondycję psychiczną i dalsze decyzje reprodukcyjne kobiet. Niezbędne zatem jest podjęcie wszelkich możliwych działań, aby prawo kobiet do profesjonalnej, uwzględniającej poszanowanie ich uczuć i godności, opieki zdrowotnej w tym ważnym dla nich i ich rodzin czasie, stało się powszechnym standardem.

Złożony przez Panią wniosek wskazuje na propozycje działań prawodawczych i nadzorczych w kwestiach związanych z opieką nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń, jednakże nie wszystkie proponowane inicjatywy są możliwe do zrealizowania i znajdują uzasadnienie w kompetencjach Ministra Zdrowia. Postulaty uznane za zasadne (postulaty nr 4, 5 i 10) znajdują się w trakcie realizacji. Część postulatów nie znajduje uzasadnienia (postulaty nr 1,2,6,9). Postulat nr 3 jest trudny do zrealizowania i tylko częściowo dotyczy działań leżących w zakresie Ministra Zdrowia. Postulaty nr 7 i 8, w ocenie Departamentu Zdrowia Publicznego, znajdują uzasadnienie, a ich realizacja zostanie rozważona przy najbliższej nowelizacji standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

*Z poważaniem*

Agnieszka Kocik

Naczelnik

/dokument podpisany elektronicznie/

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 RODO<sup>11</sup> informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Minister Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952), przy ul. Miodowej 15, z którym można kontaktować się listownie lub za pomocą e-mail: [kancelaria@mz.gov.pl](mailto:kancelaria@mz.gov.pl).
- 2) Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym mogą się Państwo kontaktować poprzez e-mail: [iod@mz.gov.pl](mailto:iod@mz.gov.pl) lub listownie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit c RODO w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (dział VIII Skargi i wnioski) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków.
- 4) Państwa dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy.
- 5) Nie przetwarzamy Państwa danych w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania. Nie przekazujemy Państwa danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
- 6) Państwa dane osobowe będą przechowywane na podstawie przepisów prawa o archiwizacji oraz zgodnie z obowiązującą w Ministerstwie Zdrowia instrukcją kancelaryjną.
- 7) Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
- 8) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa). Mogą to Państwo zrobić, jeśli uznają, że przetwarzamy dane osobowe z naruszeniem przepisów prawa.
- 9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże jest warunkiem rozpatrzenia Państwa skargi lub wniosku.

---

<sup>11</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1).

**Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:**

Identyfikator dokumentu	2622142.7944144.7652098
Nazwa dokumentu	NKW.051.925.2021.AW zawiadomienie o sposobie załatwienia wniosku.pdf
Tytuł dokumentu	NKW.051.925.2021.AW zawiadomienie o sposobie załatwienia wniosku
Sygnatura dokumentu	NKW.051.925.2021
Data dokumentu	2021-09-20
Skrót dokumentu	5A002703092C2FA5ECB1488CA72696917CE1EBFB
Wersja dokumentu	1.7
Data podpisu	2021-09-20 15:49:06
Podpisane przez	Agnieszka Kocik Naczelnik

EZD 3.104.37.37.14538

Data wydruku: 2021-09-21

Autor wydruku: Wziętek Aleksandra (Specjalista)