



RZZR.6621.22.2024.JK
Warszawa, 18 grudnia 2024

Pan
Marcin Wiącek
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku,
w odpowiedzi na pismo, znak: V.7010.68.2024.ETP, z 14 listopada br. w sprawie przedstawionych problemów i rekomendacji w obszarze opieki okołoporodowej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień i informacji o planowanych przez resort zdrowia działaniach w zakresie poprawy opieki okołoporodowej.

Kwestie i trudności związane z realizacją opieki okołoporodowej, które stanowiły 21 lutego br. przedmiot dyskusji Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, są znane Ministerstwu Zdrowia, a ich analiza i zaproponowanie stosownych rozwiązań znajduje się w kompetencjach interdyscyplinarnego zespołu ekspertów do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2024 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 35 i 98). Zespół na bieżąco, podejmuje tematy zgłaszane przez jego Członków, starając się wspólnie, znaleźć konkretne propozycje rozwiązań. Zidentyfikowane problemy opieki okołoporodowej, które wskazał Pan Rzecznik zostaną również poddane do rozpatrzenia w dalszych jego pracach, aby kobiety w ciąży i dzieci otrzymały odpowiednią do swoich potrzeb i wysokiej jakości opiekę zdrowotną.

Chciałabym w tym miejscu skoncentrować się na działaniach już podjętych przez resort zdrowia, na pakiecie zmian „Świadoma, bezpieczna ja”, który w zakresie opieki okołoporodowej skoncentrował się na zapewnieniu wszystkim kobietom w ciąży dostępu do bezpłatnych badań prenatalnych – niezależnie od swojego wieku, jak również zwiększeniu dostępu do znieczulenia przy porodzie drogami natury.

Zgodnie z programem badań prenatalnych określonym przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 maja 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. 2024 poz. 767), już od 5 czerwca 2024 r. każda kobieta, która jest w ciąży, może wykonać badania prenatalne bezpłatnie. W celu ich wykonania potrzebne jest tylko skierowanie od lekarza prowadzącego ciążę, które zawiera informację o zaawansowaniu ciąży. Skierowanie do programu badań prenatalnych może wystawić każdy lekarz prowadzący ciążę, zarówno w ramach prywatnej opieki zdrowotnej, jak i w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Odnosnie problemu znieczuleń do porodu zostały podjęte działania, aby poród nie był traumatycznym przeżyciem, a kobiety miały realną możliwość skorzystania z analgezji regionalnej. To prawo musi być respektowane. Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1324) wskazują wprost, że każda rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego, jak również przystępnej informacji o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w podmiocie leczniczym. Zgodnie z przepisami, rodząca ma możliwość skorzystania zarówno z metod niefarmakologicznych, jak również analgezji wziewnej, regionalnej, miejscowej lub stosowanych opioidów z wykluczeniem stosowania domięśniowego. Znieczulenie przy porodzie w sposób formalny jest wymieniane jako jedno ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych jednak dostępność do tego świadczenia była bardzo mała. Należy wskazać, że w tym samym stanie prawnym znajdowały się szpitale, które zapewniały znieczulenie zewnątrzoponowe do większości porodów, jak i takie, które nie zapewniały go wcale. W związku z tym od 1 lipca br. wprowadzony został system¹ nagradzania szpitali za zwiększenie odsetka znieczuleń w porodach naturalnych. Premia może wynieść nawet 21%. Premia dotyczy zwiększenia udziału znieczuleń zewnątrzoponowych lub podpajęczynówkowych (w uzasadnionych medycznie przypadkach) w ogólnej liczbie porodów naturalnych, w konkretnym szpitalu. Premia jest przyznawana w trzech progach:

- udział znieczuleń powyżej 10%: współczynnik korygujący (premiowy) wynosi 12%
- udział znieczuleń powyżej 20%: współczynnik korygujący (premiowy) wynosi 19%
- udział znieczuleń powyżej 35%: współczynnik korygujący (premiowy) wynosi 21%.

Jednocześnie szpitale, które nie osiągną minimalnego progu 5% udziału znieczuleń w porodach naturalnych (w kwartale), otrzymają niższe wynagrodzenie za poród (o 5%). Należy przy tym zauważyć, że znieczulenie zewnątrzoponowe do porodów naturalnych jest dodatkowo finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Koszt takiego znieczulenia to ponad 1,1 tys. zł i jest dodawany do kosztu samego porodu. Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia, w miesiącach I-IX 2024 było 21 555 porodów ze znieczuleniem na 96 228 porodów drogami natury, co daje średnio 22,4% znieczulanych porodów (z tendencją rosnącą - sierpień 24,55%, dane za wrzesień niepełne) podczas, gdy w całym 2023 roku było 17% znieczuleń zewnątrzoponowych do porodów naturalnych.

Odnosząc się do rekomendacji pt. „Pakiet dla poprawy opieki okołoporodowej Fundacji Rodzić po Ludzku” w temacie podwyższenia wycen za procedury okołoporodowe (poród) oraz podwyższenia wycen za procedury dla położnych POZ, informuję, że w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zaplanowane są prace związane z ustaleniem taryf świadczeń obejmujących położnictwo i opiekę nad noworodkiem. W ramach przedmiotowych prac będą analizowane wyceny taryf świadczeń w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów z sekcji N oraz produktów rozliczeniowych w ramach Koordynowanej Opieki Nad Kobieta w Cięży (KOC).

W zakresie postulatu finansowania badania genetycznego dla kobiet doświadczających poronienia, wyjaśniam, że zgodnie z art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, świadczenie zdrowotne to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Badanie genetyczne tkanek płodu w celu ustalenia płci w przypadku martwego urodzenia ze względu na swój cel nie spełnia warunków określonych w ww. przepisie, zatem jego ewentualne sfinansowanie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia jest niemożliwe. Nie mniej jednak, w celu zapewnienia realizacji uprawnień rodzicielskich i pracowniczych uważam, że przedmiotowa kwestia powinna być uregulowana, aby umożliwić skorzystanie z uprawnień również w sytuacji wczesnych poronień. Kwestia tej regulacji nie leży jednak w kompetencjach Ministerstwa Zdrowia.

¹ zarządzenie Nr 53/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

W odniesieniu do rekomendowanych zmian w samym standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej, pragnę poinformować, że zostały podjęte prace nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, którego projekt w najbliższym czasie zostanie skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania. Zmiany obejmą m.in.:

- edukację przedporodową (czas rozpoczęcia i zakres edukacji),
- informowanie o szczepieniach zalecanych w okresie ciąży,
- włączenie profilaktyki wtórnej raka piersi u kobiet w ciąży w grupie ryzyka,
- plan porodu (określone zostaną jego najważniejsze elementy),
- zapoznanie z miejscem porodu (kobieta w ciąży zapozna się z nim bez przeszkód),
- działania, które wpłyną na większą dostępność do znieczulenia zewnątrzoponowego,
- zwrócenie szczególnej uwagi na potrzeby kobiet w sytuacjach szczególnych (w tym bezwzględny zakaz umieszczania kobiet w sytuacjach szczególnych w salach szpitalnych razem z kobietami w okresie ciąży bądź kobietami w połogu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka),
- zwiększenie zakresu profesjonalnej opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu dziecka, kobiety w połogu oraz kobiety w sytuacji szczególnej,
- zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych osobom ze szczególnymi potrzebami, (osobom, o których mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411),
- opiekę laktacyjną, której organizacja będzie przedstawiona w sposób kompleksowy, czytelny zapewniając odpowiednie warunki niezbędne dla prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka,
- zwrócenie uwagi na ochronę dzieci i ich matek przed przemocą domową,
- zmiany w zakresie świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych.

Spodziewam się, że nowy standard organizacyjny opieki okołoporodowej pozytywnie wpłynie również na wskaźniki karmienia piersią dzięki realizacji edukacji przedporodowej przez położną już od momentu potwierdzenia ciąży przez lekarza położnika lub położną. Aktualne przepisy umożliwiają jej rozpoczęcie dopiero od 21 tygodnia ciąży. Edukacja przedporodowa pełni ważną rolę w przygotowaniu kobiety w ciąży i osoby jej bliskiej do sprawowania opieki nad noworodkiem, powinna też wpłynąć na zmniejszenie liczby interwencji medycznych, do których należy również podanie dziecku preparatu do początkowego żywienia niemowląt. Dodatkowo, zlikwidowanie konieczności czekania ze skierowaniem kobiety w ciąży do położnej aż do II trymestru ciąży powinno pozytywnie wpłynąć na wypełnianie obowiązku przez lekarza położnika kierowania kobiet w ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Oczekuję, że więcej kobiet skorzysta z edukacji przedporodowej, mając możliwość korzystania z niej przez całą ciążę. Ponadto, planuje się wydzielenie w standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej odrębnej części, w której opisana zostanie standardowa opieka laktacyjna, która w sposób kompleksowy, czytelny przedstawi wymagania co do warunków i organizacji pracy personelu medycznego na każdym etapie opieki okołoporodowej w tym zakresie. Nowy standard będzie kładł nacisk na wsparcie w laktacji i rozwiązywanie problemów z nią związanych na wszystkich etapach opieki okołoporodowej. Dodatkowo, w celu wyeliminowania sytuacji, w której matka nie mogłaby uzyskać wsparcia w karmieniu piersią z uwagi na brak np.: w porze nocnej edukatora do spraw laktacji, jako obowiązek wskazano całodobowe wsparcie położnej sprawującej opiekę nad matką i noworodkiem w trakcie jej pobytu w szpitalu w zależności od potrzeb kobiety. Położną w sprawowaniu opieki laktacyjnej w oddziale położniczym powinien wspierać edukator do spraw laktacji. Standard rozszerzy również zakres informacji przekazywanych przez lekarza matce, która podjęła decyzję o podawaniu dziecku preparatu do początkowego żywienia niemowląt o:

- możliwe konsekwencje społeczne i ekonomiczne ich stosowania;
- ryzyko, jakie niosą dla zdrowia niemowlęcia niewłaściwa żywność lub metoda karmienia, w tym niewłaściwe zastosowanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt;
- możliwe negatywne skutki dla karmienia piersią w przypadku częściowego karmienia za pomocą butelki oraz trudności w powrocie do karmienia piersią, jeżeli zostanie podjęta decyzja o karmieniu sztucznym.

Planowane są także zmiany umożliwiające odbywanie wizyt patronażowych położnej podstawowej opieki zdrowotnej u dzieci urodzonych przedwcześnie lub długotrwale hospitalizowanych. W aktualnym stanie prawnym, takie wizyty mogły mieć miejsce do ukończenia przez dziecko 8. tyg. życia, nie obejmowały zatem dzieci przedwcześnie urodzonych, które opuszczają szpital po upływie powyższego terminu. Wizyty patronażowe zapewnią także odpowiednie wsparcie w karmieniu piersią tych dzieci, które do tej pory nie mogły korzystać z profesjonalnej opieki położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu.

Odnosząc się do rekomendacji dotyczącej powołania krajowego konsultanta ds. laktacji, wyjaśniam, że zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2024 r. poz. 69.), konsultantem może być osoba, która posiada tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, a w przypadku braku specjalisty w danej dziedzinie - w dziedzinie pokrewnej, oraz daje rękojmię należytego i bezstronnego wykonywania zadań konsultanta. Konsultanci krajowi powoływani są w danych dziedzinach medycyny, farmacji lub innych dziedzinach mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, zgodnie z dziedzinami określonymi w rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Mając na uwadze powyższe oraz fakt, iż w obowiązującym porządku prawnym brak jest specjalizacji w dziedzinie laktacji, nie ma możliwości powołania konsultanta krajowego w tej dziedzinie.

W odniesieniu do rekomendowanego wprowadzenia do ustawy o prawach pacjenta rozdziału dotyczącego prawa do godnego porodu i godnej opieki, informuję, że obowiązek poszanowania godności i prawa do intymności pacjentów wynika z Konstytucji RP oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581). Zgodnie z przepisami zawartymi w ww. ustawie, każdy pacjent, któremu udzielane są świadczenia zdrowotne ma prawo do poszanowania jego intymności i godności, a osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta. Godność stanowi najwyższą wartość człowieka. Została ona podniesiona do rangi konstytucyjnej i chroniona jest licznymi przepisami prawa. Natomiast intymność pacjenta, czyli bliskość, odnosić należy do wszelkich uczuć i działań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Na tak pojmowaną intymność składa się: dbanie o dobro pacjenta, szacunek dla pacjenta, zrozumienie jego sytuacji, wymiana intymnych informacji, uważanie pacjenta za podmiot o najwyższej wartości. Ustanowione w art. 20 prawo do poszanowania intymności i godności obliuguje osoby wykonujące zawód medyczny do powstrzymywania się od jakichkolwiek wypowiedzi i innych zachowań, które mogłyby być uznane za obraźliwe, szydercze, niegrzeczne. Osoby te powinny odnosić się z należyтым szacunkiem do każdego pacjenta niezależnie od jego wieku, płci, statusu społecznego, wykształcenia, koloru skóry, rasy, choroby, poglądów. Właściwe zachowanie personelu szpitali powinno wynikać z wysokiego poziomu kultury osobistej oraz organizacyjnej. Standardem zachowania tych osób powinna być (m.in.) uprzejmość, życzliwość i empatia. Zapewnienie wysokich standardów cywilizacyjnych nie wymaga zmian legislacyjnych a zmian kulturowych. Z tego powodu dodawanie nowych przepisów do już istniejących, np. rozdziału dotyczącego prawa do godnego porodu i godnej opieki nie wydaje się celowe.

W odniesieniu do wprowadzenia procedury antymobbingowych dla personelu medycznego, jak również obowiązkowych cyklicznych szkoleń dla personelu medycznego dotyczące przeciwdziałaniu przemocy i dyskryminacji zauważam, że ustawa o prawach

pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa prawa pacjenta, a nie personelu medycznego i podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Obowiązujące przepisy prawne chronią i zabezpieczają przede wszystkim interesy pacjenta. Natomiast od prowadzących działalność leczniczą podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych wymaga się należytego i profesjonalnego postępowania. Uznaje się że pacjent jest słabszą stroną w systemie, dlatego też chroniony jest mocniej przez przepisy prawa. Rekomendowana problematyka dotycząca szkoleń dla pracowników czy wprowadzenia procedur antymobbingowych ze względu na swój uniwersalny charakter zdecydowanie wykracza poza zakres przedmiotowy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wskazania wymaga również, iż zgodnie z art. 94³ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy pracodawca jest obowiązany przeciwdziałać mobbingowi, niemniej w Kodeksie pracy ustawodawca nie sprecyzował tego, w jaki sposób ww. przeciwdziałanie powinno być realizowane. Podkreślenia wymaga, iż z przepisów ww. ustawy nie wynika prawny obowiązek wprowadzenia procedury antymobbingowej ani organizowania obligatoryjnych dla wszystkich pracowników szkoleń z problematyki rozpoznawania i zapobiegania mobbingowi. Z powyższych względów każdy pracodawca powinien sam dokonać analizy i zastosować takie działania zapobiegawcze, jakie będą adekwatne do stopnia zagrożenia oraz do sytuacji, jaka występuje w danej jednostce. Dodatkowo zauważenia wymaga, iż Minister Zdrowia nie jest pracodawcą dla pracowników podmiotów leczniczych oraz nie jest odpowiedzialny za bieżące zarządzanie ww. podmiotami, organizowanie pracy osób w nich zatrudnionych oraz kierowanie nimi. Przykładowo, warto w tym miejscu wskazać na dyspozycję art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którą odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

Odnosząc się do rekomendacji dotyczącej „wzmocnienia roli położnej w systemie poprzez m.in. realne umożliwienie sprawowania opieki nad kobietą w ciąży przez położną, wypracowania norm zatrudnienia dla placówek położniczych i na oddziałach, promowania zatrudniania położnych na oddziałach obejmujących opieką noworodki i kobiety”, informuję, że zawód położnej jest samodzielny zawodem medycznym, regulowanym przepisami ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814 i 854). Zgodnie z art. 5 tej ustawy wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- 2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- 3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- 5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- 6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- 7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- 8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Położna w trakcie kształcenia zawodowego, prowadzonego w oparciu o standard kształcenia określony rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty

laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 755, z późn. zm.), nabywa wiedzę i umiejętności do wykonywania świadczeń zdrowotnych wobec kobiety ciężarnej, kobiety rodzącej, kobiety w okresie połogu i noworodka.

Powyższe znajduje odzwierciedlenie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, który wskazuje, że do sprawowania opieki nad kobietą i dzieckiem, zarówno podczas ciąży fizjologicznej, jak i w trakcie porodu uprawniona jest m.in. położna.

W zakresie „promowania zatrudniania położnych na oddziałach obejmujących opieką noworodki i kobiety”, uprzejmie informujemy, że ustawą o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw - uchwaloną na 21 posiedzeniu Sejmu w dniu 8 listopada 2024 r. i przekazaną do podpisu Prezydenta RP - do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wprowadzono przepis umożliwiający położnym, w uzasadnionych przypadkach wynikających z braku możliwości podjęcia zatrudnienia jako położna, realizację świadczeń zdrowotnych wobec wszystkich pacjentów - niezależnie od płci i wieku, pod warunkiem ukończenia kursu uzupełniającego w zakresie pielęgniarstwa dla położnych. Położne, które nie ukończą ww. kursu, będą mogły wykonywać świadczenia zdrowotne - zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi - w stosunku do określonej grupy świadczeniobiorców. Ministerstwo Zdrowia wspiera i buduje pozytywny wizerunek położnych, aby ich wiedza i kompetencje były właściwie wykorzystane w opiece nad kobietą w okresie okołoporodowym.

W nawiązaniu do niewłaściwego diagnozowania depresji czy traumy porodowej konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii przypomina o obowiązkowej, w standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej, ocenie ryzyka i nasilenia objawów depresji między 11 a 14 tyg. ciąży oraz między 33 a 37 tyg. ciąży i miesiąc po porodzie w trakcie wizyty patronażowej. Takie badania przesiewowe, kwestionariuszowe w ocenie konsultanta krajowego są standardem jeśli chodzi o badania przesiewowe i są wystarczające do wykazania osób, u których może istnieć ryzyko zaburzeń depresyjnych. Po takim badaniu przesiewowym, jeśli istnieje takie ryzyko, kobiety bez względu na fazę ciąży, powinny być skierowane do specjalisty psychiatrii. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że kobieta w ciąży otrzymuje świadczenia specjalistyczne poza kolejnością. Zarówno więc w sytuacjach pilnych jak i w sytuacji gdy badanie przesiewowe wykaże ryzyko istnienia zaburzeń depresyjnych kobieta może zgłosić się do specjalisty poza kolejnością. W sytuacjach dotyczących poronienia lub urodzenia martwego dziecka, konsultant potwierdził zasadność umieszczania kobiet w odpowiednich salach, tak by nie pogłębiać traumy.

W wystąpieniu poruszył Pan również problem niedostatecznego monitorowania realizacji standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, w tym brak sankcji za jego nieprzestrzeganie przez personel medyczny oraz podmioty lecznicze. Wskazał Pan, cyt.: „ Szpitalom nie grożą z tego tytułu żadne sankcje finansowe”. Należy wyraźnie podkreślić, że standard jest aktem prawnym powszechnie obowiązującym, w związku z tym przestrzeganie przepisów określonych w ww. rozporządzeniu jest obowiązkiem podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. Informacje na temat stosowania standardu uzyskiwane są z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz od konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinach medycyny właściwych dla opieki okołoporodowej. Wnikliwą bieżącą analizę realizacji założeń standardu organizacyjnego prowadzi konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego. Z jej analiz wynika, że większość podmiotów wykonujących działalność leczniczą posiada i monitoruje wskaźniki opieki okołoporodowej. Wskaźniki dotyczące opieki okołoporodowej, które najczęściej podlegają monitorowaniu w podmiotach leczniczych obejmują:

- odsetek porodów siłami natury;
- odsetek cięć cesarskich;
- liczbę porodów przed 32 tyg.;
- liczbę noworodków w tym przedwcześnie urodzonych;

- amniotomię;
- indukcję i stymulację porodu oksytocyną;
- analgezję regionalną; analgezję wziewną; stosowanie opioidów;
- nacięcie krocza;
- liczba noworodków karmionych piersią;
- satysfakcję z opieki okołoporodowej;
- kontakt skóra do skóry.

Kontrole realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, prowadzone są również przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W okresie od 2022 r. do I poł. 2024 r. przeprowadzono 12 kontroli realizacji umów w tym: 6 kontroli w ramach umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, 2 w ramach umów w rodzaju leczenia szpitalnego, a 4 w ramach obu umów. W przypadku 11 kontroli NFZ negatywnie ocenił realizację tych umów w okresie kontrolowanym, a w przypadku 1 kontroli pozytywnie z nieprawidłowościami. Do najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości należały:

- prowadzenie dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa (brak oświadczenia pacjenta, brak wpisów w dokumentacji indywidualnej, skreślenia bez autoryzacji osoby dokonującej zmiany);
- nieprawidłowe zakwalifikowanie i sprawozdanie do rozliczenia świadczeń zrealizowanych u kobiet w poszczególnych okresach ciąży;
- udzielanie świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych oraz prowadzenie działań w zakresie promocji zdrowia w sposób nieodpowiadający standardowi organizacyjnemu opieki okołoporodowej;
- brak wymaganego wyposażenia w sprzęt lub aparaturę medyczną;
- udzielanie świadczeń przez personel medyczny w wymiarze czasu pracy niezgodnym z umową.

Po przeprowadzeniu kontroli przekazano kontrolowanym świadczeniodawcom zalecenia pokontrolne wskazujące na konieczność:

- udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontrolowanego zakresu zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej,
- kwalifikowanie zrealizowanych świadczeń do prawidłowego produktu rozliczeniowego zgodnie z zasadami rozliczania świadczeń, określonymi w aktualnym w danym okresie rozliczeniowym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej.

We wskazanych postępowaniach na kontrolowane podmioty kary umowne w wysokości 170 803 zł. Podmioty zostały też wezwane do korekty dokumentów rozliczeniowych, w tym raportów statystycznych w kontrolowanym zakresie świadczeń. W tym samym okresie do Centrali NFZ wpłynęło 21 skarg dotyczących realizacji standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Najczęstsza problematyka skarg to:

- trudności w uzyskaniu świadczeń w zakresie badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży,
- wyznaczenie odległego terminu udzielenia świadczenia,
- pobranie opłaty za świadczenia gwarantowane,
- trudności w uzyskaniu wizyt patronażowych,
- pobranie opłaty za USG ciążarnej,
- pobranie opłaty za poradę lekarza ginekologa i leczenie szpitalne ciężarnej.

Zastrzeżenia dotyczące nieprzestrzegania praw pacjenta i standardów opieki okołoporodowej są przekazywane do Rzecznika Praw Pacjenta, który jest powołany do ochrony praw pacjentów, jak również podejmowania interwencji, udzielania informacji o przysługujących środkach prawnych oraz obowiązujących regulacjach w tym obszarze.

Zwiększanie świadomości pacjentów o organizacji opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu i opieki nad noworodkiem, praw pacjenta i przysługujących świadczeń zdrowotnych jest także podstawową rolą opracowanego w ramach Narodowego Programu Zdrowia, w 2023 r. informatora „ABC opieki okołoporodowej”. Wersja elektroniczna informatora dostępna jest m.in. na stronie Ministerstwa Zdrowie (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/opieka-okoloporodowa>). Informator jest dostępny także u świadczeniodawców posiadających umowę zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie specjalistycznych porad w zakresie położnictwa i ginekologii (AOS) oraz u położnych podstawowej opieki zdrowotnej. W latach 2024-2025 Informator będzie sukcesywnie drukowany i rozprowadzany w ilości 185 tys. szt. rocznie.

Poprawa sytuacji kobiet w ciąży i po porodzie wymaga ścisłej współpracy zarówno Ministerstwa Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjentów ale również organizacji pacjentów, podmiotów leczniczych oraz konsultantów krajowych. Platformą do wysłuchania potrzeb i oczekiwań kobiet w okresie okołoporodowym, wymiany doświadczeń i dobrych praktyk była wspólnie zorganizowana z Rzecznikiem Praw Pacjentów konferencja pn. „Realizacja standardu opieki okołoporodowej kluczem do bezpieczeństwa i satysfakcji kobiet”, która odbyła się 22 listopada br. w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Ideą tej inicjatywy było zaprezentowanie kierunków zmian w standardzie opieki okołoporodowej, a także wywołanie dyskusji na temat potrzeb kobiet w okresie okołoporodowym.

Mam nadzieję, że zarówno planowane zmiany w standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej jak również praca ekspertów Zespołu do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet przyczynią się do większego bezpieczeństwa i komfortu rodzących kobiet i ich nowonarodzonych dzieci, aby poród był dobrym doświadczeniem dla każdej rodzącej kobiety i jej najbliższych.

Z wyrazami szacunku

Izabela Leszczyna
Minister Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/