



OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SŁUPSKU

76-200 SŁUPSK ul. Poniatowskiego 4 NIP 839 196 85 71 tel. (59) 842 78 63
NUMER KONTA: PKO I O/Słupsk 90 1020 4649 0000 7202 0003 1898 fax (59) 727 34 60
L. Dz. 1881/2025 Słupsk, dnia 18.11.2025 r.

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Warszawie

Dotyczy: pisma znak NIPiP-NRPiP-DM.0023.145.2025.MK w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (nr w wykazie MZ 1846).

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 4 listopada 2025 r., Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Słupsku, po wnikliwej analizie przedłożonego projektu rozporządzenia wprowadzającego nowe świadczenie „Opieka nad kobietą w ciąży lub kobietą rodzącą realizowana przez położną” (Lp. 72), niniejszym zgłasza stanowczy sprzeciw wobec procedowania tego aktu prawnego w obecnym kształcie. Projekt ten, choć deklaratywnie ma na celu poprawę dostępności świadczeń na terenach wykluczonych komunikacyjnie (tzw. białe plamy), w rzeczywistości stanowi systemową degradację opieki okołoporodowej, stwarzając bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia matek oraz noworodków, a także narażając personel medyczny i podmioty lecznicze na nieakceptowalne ryzyko prawne i finansowe.

Poniżej przedstawiono szczegółowe uzasadnienie stanowiska Rady, integrujące aspekty kliniczne, organizacyjne oraz ekonomiczne, wraz z propozycją niezbędnych zapisów korygujących, o ile Ministerstwo Zdrowia zdecyduje się na kontynuację prac nad tym wadliwym projektem.

I. Uzasadnienie merytoryczne i systemowe

- 1. Iluzoryczne bezpieczeństwo i naruszenie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (SOOO)**

Wprowadzenie opieki realizowanej wyłącznie przez położną w strukturach Izby Przyjęć (IP) lub Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), bez zaplecza w postaci bloku operacyjnego, oddziału neonatologicznego oraz stałej obecności lekarza anestezjologa

i neonatologa, stoi w rażącej sprzeczności z obowiązującym standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej. Projekt ten legalizuje de facto „poziom 0” referencyjności, który nie spełnia minimalnych wymogów bezpieczeństwa przyjętych w cywilizowanym świecie medycznym.

W sytuacji nagłej, takiej jak krwotok, rzucawka, czy wypadnięcie pępowiny, kluczowym czynnikiem decydującym o przeżyciu jest czas dotarcia do sali operacyjnej (tzw. czas decyzja-cięcie). Proponowane rozwiązanie wydłuża ten czas drastycznie. Zamiast bezpośredniego transportu pacjentki z domu do ośrodka specjalistycznego, tworzy się dodatkowy punkt triage’u w IP/SOR. Położna w takiej placówce, po zdiagnozowaniu zagrożenia, musi dopiero wezwać transport. Generuje to opóźnienie wynikające z podwójnego przeładunku pacjentki i oczekiwania na karetkę, co w stanach nagłych jest błędem w sztuce usankcjonowanym prawnie. Jak słusznie zauważają podmioty lecznicze z terenu działania OIPiP w Słupsku, proponowany model nie eliminuje zagrożeń, lecz je potęguje.

2. Aspekty finansowe i organizacyjne – ryzyko dla szpitali powiatowych
Projektodawca w Ocenie Skutków Regulacji całkowicie pomija realne koszty funkcjonowania takiego rozwiązania. Wymagania sprzętowe (inkubator transportowy, stanowisko do resuscytacji, KTG, USG) to jednorazowy wydatek rzędu kilkuset tysięcy złotych, którego źródła finansowania nie wskazano. Co ważniejsze, projekt generuje ogromne koszty stałe (utrzymanie gotowości personelu, amortyzacja sprzętu, media) przy braku możliwości generowania przychodu z procedur (brak porodów, brak zabiegów).

Okręgowa Rada wnosi uwagę, iż podmioty lecznicze, które zlikwidowały oddziały położnicze z powodów ekonomicznych, nie będą w stanie sfinansować „punktów położniczych” bez gwarancji pełnego pokrycia kosztów gotowości. Szpitale powiatowe z naszego regionu wskazują na brak jasności co do stawek jednostkowych. Czy NFZ zapłaci za „pusty przebieg”, czyli dyżur położnej, podczas którego nie zgłosi się żadna pacjentka? Jeśli finansowanie będzie oparte na wykonaniu usługi (fee-for-service), doprowadzi to do błyskawicznego zadłużenia szpitali, które będą musiały utrzymywać kadrę i sprzęt „w gotowości” dla incydentalnych przypadków.

Ponadto, wymóg prowadzenia poradni w godzinach 8:00–18:00 (czyli 50 godzin tygodniowo) jest nierealny kadrowo i finansowo dla mniejszych podmiotów leczniczych, które obecnie kontraktują poradnie np. na 20 godzin tygodniowo. Rozszerzenie tego wymiaru bez dodatkowych, znacznych środków, jest niemożliwe do realizacji.

3. Degradacja kompetencji i odpowiedzialność położnych

Zgodnie z uwagami płynącymi ze środowiska szpitalnego, położna przyjmująca poród raz na miesiąc lub rzadziej (co jest specyfiką „białych plam”) traci biegłość w działaniu i rutynę niezbędną do zapewnienia bezpieczeństwa. Projekt MZ 1846 zmusza położne do pracy w warunkach skrajnego stresu i samotności zawodowej. Wymaga od nich samodzielnej resuscytacji noworodka, oceny stanu położniczego i decyzji o transporcie, bez wsparcia lekarza.

Jest to przeniesienie odpowiedzialności systemowej państwa na barki pojedynczych pielęgniarek i położnych. W przypadku powikłań (zgon matki lub dziecka), to położna oraz dyrektor szpitala staną przed prokuratorem. Sąd będzie oceniał ich działania przez pryzmat zachowania „należytej staranności”, której miernikiem jest SOOO, a nie wadliwe rozporządzenie. Szpital, podpisując kontrakt, świadomie godzi się na udzielanie świadczeń w warunkach niespełniających standardów bezpieczeństwa.

4. Logistyka transportu noworodka – pułapka proceduralna

Wykaz sprzętu obejmuje „inkubator transportowy”, jednak obsługa takiego inkubatora w transporcie wymaga zespołu o kompetencjach neonatologicznych (Zespół N). Szpital powiatowy bez oddziału nie posiada zespołu N. W praktyce oznacza to, że szpital musi kupić drogi sprzęt, który będzie stał bezużytecznie w Izbie Przyjęć, ponieważ do transportu wcześniaka i tak trzeba będzie wezwać zewnętrzny zespół neonatologiczny oddległego ośrodka wojewódzkiego. Czas oczekiwania na taki zespół może wynosić kilka godzin, podczas których położna będzie sama prowadzić wentylację noworodka. Jest to scenariusz bezpośrednio zagrażający życiu dziecka.

II. Wady legislacyjne

Okręgowa Rada zwraca uwagę na kompromitujący błąd w załączniku do projektu (Lp. 72, sekcja Personel), gdzie projektodawca powołuje się na „położne, o których mowa w art. 5 pkt 26 ustawy”. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nie posiada punktu 26 w artykule 5. Takie niechlujstwo legislacyjne uniemożliwia precyzyjną interpretację wymogów kwalifikacyjnych i dyskwalifikuje projekt w obecnym brzmieniu. Nadmierne używanie spójnika „lub” w opisie wymagań organizacyjnych wprowadza chaos interpretacyjny, na co słusznie wskazują zarządzający podmiotami leczniczymi.

III. Propozycja zapisów i rozwiązań zastępczych

Mając na uwadze powyższe, Okręgowa Rada rekomenduje całkowite odrzucenie projektu. Jeśli jednak Ministerstwo Zdrowia, ignorując głos środowiska, zdecyduje się na wdrożenie tej regulacji, Rada wnosi o obligatoryjne wprowadzenie do treści rozporządzenia następujących zapisów (klausul bezpieczeństwa), które minimalizują ryzyko dla pacjentów i personelu:

Proponowane zmiany w treści Załącznika (Lp. 72):

1. Wprowadzenie pilotażu (klausula wdrożeniowa):

„Świadczenie, o którym mowa w lp. 72, wdrażane jest w formie Programu Pilotażowego na okres 12 miesięcy w wybranych podmiotach leczniczych, które wyrażą dobrowolną wolę przystąpienia do programu. Rozszerzenie świadczenia na cały kraj możliwe jest wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej oceny skutków klinicznych i ekonomicznych pilotażu.”

Uzasadnienie: Pozwoli to zweryfikować, czy model ten w ogóle działa, bez narażania całego systemu na chaos, co postulują m.in. szpitale powiatowe z terenu działania OIPiP w Słupsku.

2. Gwarancja transportu (zmiana w sekcji „Wymagania”):

„Warunkiem realizacji świadczenia jest zapewnienie przez podmiot leczniczy lub dysponenta ZRM stacjonowania specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego (S) lub zespołu transportu sanitarnego dedykowanego dla położnictwa, w lokalizacji udzielania świadczenia, dostępnego w trybie natychmiastowego wyjazdu (czas wyjazdu do 60 sekund).”

Uzasadnienie: Eliminuje to czas oczekiwania na przyjazd karetki z zewnątrz. Bez karetki „pod drzwiami” IP/SOR, punkt ten jest śmiertelną pułapką.

3. Zapisy dotyczące finansowania (dodatkowy ustęp w rozporządzeniu):

„Finansowanie świadczenia opieki nad kobietą w ciąży lub rodzącą w IP/SOR odbywa

się na zasadzie ryczałtu dobowego za gotowość, pokrywającego pełne koszty wynagrodzenia personelu (położnych), amortyzacji sprzętu oraz utrzymania infrastruktury, niezależnie od liczby przyjętych pacjentek. Świadczenia wykonane (porady, transport, poród) finansowane są odrębnie.”

Uzasadnienie: Zabezpiecza to szpitale przed spiralą zadłużenia. Koszt utrzymania obsady 24/7 jest stały, niezależnie od tego, czy odbędzie się 0 czy 5 porodów w miesiącu.

4. Klauzula wyłączenia odpowiedzialności karnej (postulat do ustawy): Rada wnioskuję o wystąpienie do Ministra Sprawiedliwości o wykładnię, iż położna realizująca świadczenia w ramach Lp. 72, działając w systemie narzuconym rozporządzeniem (brak lekarza), nie może ponosić odpowiedzialności karnej za powikłania wynikające z braku dostępu do interwencji lekarskich (np. cięcia cesarskiego), o ile dochowała procedur przewidzianych dla swojego zakresu kompetencji.

Podsumowując, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Słupsku stoi na stanowisku, że walka z wykluczeniem komunikacyjnym nie może odbywać się kosztem standardów medycznych. Zamiast tworzyć protezy w postaci „punktów położniczych” w SOR, należy przeznaczyć środki na wzmocnienie transportu medycznego, aby każda kobieta mogła szybko i bezpiecznie dotrzeć do pełnoprofilowego oddziału położniczego.

Z poważaniem

Przewodniczący

**Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Słupsku**