

Dorota Karkowska  
**Sprawowanie  
przez położną  
opieki nad kobietą  
w ciąży fizjologicznej**

Dorota Karkowska  
**Sprawowanie  
przez położną  
opieki nad kobietą  
w ciąży fizjologicznej**

 Fundacja  
Rodzić po Ludzku

**Analiza prawna**

**Redakcja: Urszula Kubicka-Kraszyńska**  
**Korekta: Agnieszka Wądołowska**  
**Projekt graficzny: Anna Kalisz**

Warszawa 2015  
©Copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku  
ISBN 978-83-60971-23-9



Fundacja Rodzić po Ludzku  
00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15  
Tel. 22 887 78 76  
[www.rodzicpoludzku.pl](http://www.rodzicpoludzku.pl)  
[fundacja@rodzicpoludzku.pl](mailto:fundacja@rodzicpoludzku.pl)

*Projekt realizowany w ramach programu  
Obywatele dla Demokracji finansowanego z funduszy EOG.*



<b>I.</b>	<b>Wprowadzenie</b> .....	6
1.	Źródła normatywne kształtujące status położnej .....	6
2.	Położna jako samodzielny zawód medyczny .....	11
<b>II.</b>	<b>Wykonywanie zawodu położnej</b> .....	16
1.	Zatrudnienie w podmiocie leczniczym .....	16
2.	Praktyka zawodowa .....	19
3.	Ogłaszanie się i reklama .....	21
<b>III.</b>	<b>Sprawowanie przez położną opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej</b> .....	24
1.	Zakres przedmiotowy zawodu „położna” .....	24
2.	Pojęcie „ciąża fizjologiczna” .....	28
3.	Wybór położnej jako osoby sprawującej opiekę nad kobietą w ciąży .....	29
4.	Zakres czynności wykonywanych przez położną w związku ze sprawowaniem opieki nad kobietą w ciąży .....	31
5.	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne oraz zasady ich wykonywania .....	32
6.	Położna ubezpieczenia zdrowotnego .....	36
7.	Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych .....	38
<b>IV.</b>	<b>Prawo do wystawiania recept</b> .....	39
1.	Ordynacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych .....	39
2.	Zawieranie umów upoważniających z NFZ .....	41
3.	Reklama produktów leczniczych .....	43
	<b>Podsumowanie</b> .....	45
	<b>Rekomendacje</b> .....	47



# I. Wprowadzenie

W ostatnich latach organizacje międzynarodowe zajmujące się problematyką zdrowia nadają coraz większą rangę problemom pracowników medycznych. Wyniki badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) mówią, że w różnym stopniu dotyczy to każdego kraju świata<sup>1</sup>. Uznając znaczenie sytuacji demograficznej dla właściwego działania systemów zdrowotnych, WHO podjęła inicjatywę przygotowania w skali globalnej kompendium wiedzy o pracownikach ochrony zdrowia<sup>2</sup>. Jednym z działań odpowiadających na wyzwania związane z narastającym kryzysem kadrowym było także opracowanie przez Komisję Europejską dokumentu pt. *European Commission Green Paper on the European Workforce for Health*, w którym podjęto próbę usystematyzowania działań ukierunkowanych na poprawę sytuacji pracowników ochrony zdrowia<sup>3</sup>. Dokumenty te zalecają m.in. podejmowanie lub inicjowanie działań na rzecz poprawy warunków pracy osób wykonujących zawody medyczne. Niniejsza analiza uwarunkowań prawnych zawodu położnej w świetle obowiązujących w Polsce przepisów stanowi głos w tej dyskusji.

## 1. Źródła normatywne kształtujące status położnej

Położna to jeden z podstawowych, obok lekarza i pielęgniarki, zawodów medycznych w polskim systemie ochrony zdrowia. Na podstawie przyjętej w 1991 r. ustawy po raz pierwszy w Polsce grupa zawodowa położnych została zorganizowana w ramach samorządu zawodowego<sup>4</sup>, natomiast ustawą z 1996 r.<sup>5</sup> uregulowano jej status zawodowy.

---

<sup>1</sup> Zgodnie z przyjętymi założeniami WHO zaleciła realizowanie następujących działań: podwyższenie rangi politycznej problemu niedoboru kadr medycznych, zwiększenie/utrzymanie przepływu zasobów kontrolowanej migracji; poszerzenie światowej bazy wiedzy. Strategie na arenie międzynarodowej powinny respektować równe prawa pracowników migrujących, a państwa rekrutujące powinny określić uwarunkowania prawne, gwarantujące pracownikom poszanowanie ich praw. WHO, Human Resources for Health in the WHO European Region, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.

<sup>2</sup> WHO, *Global Atlas of the Health Workforce*, 2009, <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>.

<sup>3</sup> European Commission, *Green Paper on the European Workforce for Health*, Brussels 2008. W dokumencie poddano analizie: zmiany demograficzne, także wśród pracowników opieki zdrowotnej, możliwości w zakresie zdrowia publicznego, szkolenia, kierowanie mobilnością pracowników, migrację oraz system gromadzenia danych wspierających podejmowanie decyzji przez kluczowych decydentów.

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.).

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 15 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410 z późn. zm.). Na skutek tego straciło moc rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych.



Położna uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły położnych, która jest uczelnią prowadzącą kształcenie na kierunku położnictwo na poziomie studiów pierwszego stopnia oraz na poziomie drugiego stopnia i zgodnie z ustawą o szkolnictwie wyższym otrzymuje odpowiednio tytuł licencjata lub magistra (art. 53 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, dalej: u.z.p.p.)<sup>6</sup>.

Fundamentalne założenia dla prawnego statusu zawodu położnej zawiera już Konstytucja RP z 1997 r.<sup>7</sup>, odnosząc się zarówno do statusu zawodowego osób wykonujących zawód położnej, jak do charakteru relacji pomiędzy osobami wykonującymi zawód położnej a pacjentkami i osobami im bliskimi, oraz do innych osób biorących udział w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych kobietom w ciąży.

W ustawie zasadniczej czytamy o zapewnieniu każdemu wolności wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy oraz, że nikomu, z wyjątkiem przypadków określonych w ustawie, nie można zabronić wykonywania zawodu (art. 65 ust. 1 Konstytucji RP)<sup>8</sup>. Z gwarancji konstytucyjnej korzystają nie tylko osoby podejmujące pracę w charakterze pracowników, ale również osoby trudniące się działalnością zawodową poza stosunkiem pracy, m.in. wykonujące zawód położnej w ramach praktyki zawodowej. Korzystanie ze swobodnego dostępu do pracy ma swoje granice, wyznaczone z jednej strony właściwościami danej osoby (zwłaszcza jej kwalifikacjami zawodowymi oraz warunkami psychofizycznymi), a z drugiej strony właściwościami samej pracy. W szczególności odnosi się to do przestaniek dostępności do określonych zawodów, w tym do zawodu położnej. Z natury zawodu położnej wynika potrzeba prawnej reglamentacji dostępu do niego. Zgodnie z oceną Trybunału Konstytucyjnego „konstytucyjna gwarancja wolności wykonywania zawodu nie tylko nie kłóci się z regulowaniem przez państwo wielu kwestii związanych z samym wykonywaniem zawodu, jak i statusem osób go wykonujących, ale wręcz stwarza potrzebę istnienia pewnej reglamentacji”<sup>9</sup>. Dzieje się tak choćby za sprawą interesów innych podmiotów, będących odbiorcami dóbr (usług) wytwarzanych przez osoby uprawnione do wykonywania zawodu<sup>10</sup>. Zgodnie z linią orzecniczą Trybunału Konstytucyjnego ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw (a więc również wolności wykonywania zawodu) mogą być ustanowione „tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób” oraz „nie mogą naruszać istoty wolności i praw”. Ingerencja ustawodawcy w sferę swobody dostępu do wykonywania zawodu nie może być zatem arbitralna<sup>11</sup>. Ponadto przesłanki dostępności do wykonywania określonych prac nie mogą mieć charakteru

<sup>6</sup> Kształcenie położnych jest zgodne z dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005 z późn. zm., s. 22).

<sup>7</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)

<sup>8</sup> Szeroko omawia Z. Góral, *O kodeksowym katalogu zasad indywidualnego prawa pracy*, Warszawa 2011 r. s. 106 - 120.

<sup>9</sup> Wyrok TK z dnia 21 maja 2002 r., K 30/01, OTK-A 2002, nr 3, poz. 32.

<sup>10</sup> Wyrok TK z dnia 23 czerwca 2005 r., K 17/04, OTK-A 2005, nr 6, poz. 66.

<sup>11</sup> Wyrok TK z dnia 19 marca 2001 r., K 32/00, OTK 2001, nr 3, poz. 50.



dyskryminacyjnego, powinny być racjonalne i proporcjonalne do wartości (interesów) konkurencyjnych, ochronę których mają zapewnić, muszą się charakteryzować przejrzystością<sup>12</sup>, być „jasne, przewidywalne oraz adekwatne do istoty i charakteru tego, a nie innego zawodu”<sup>13</sup>.

Natomiast wśród wolności prawnie chronionych i praw osobistych, które mają istotne odniesienie dla kształtowania modelu opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży należy wymienić w szczególności: prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego oraz decydowania o swoim życiu osobistym (art. 18 i 47 Konstytucji RP). Należy również wskazać wolności i prawa społeczne, sprowadzające się w głównej mierze do nałożenia na państwo obowiązku zapewnienia różnorodnych świadczeń obywatelom stającym się pacjentami, przede wszystkim urzeczywistnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Szczególne rozwiązania natomiast mogą dotyczyć dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej nad dziećmi i kobietami ciężarnymi (art. 68 ust. 2 i ust. 3 Konstytucji RP). Potwierdza to również art. 71 ust. 2 Konstytucji stwierdzając, że matka przed i po urodzeniu ma prawo do szczególnej pomocy władz publicznych, której zakres ustala ustawa.

Ponadto, obowiązująca Konstytucja RP uznała wprost źródło prawa międzynarodowego za źródło prawa polskiego. Ratyfikowane przez Polskę umowy międzynarodowe stanowią część krajowego porządku prawnego i są bezpośrednio stosowane, chyba że ich stosowanie zależy od wydania ustawy (art. 91 ust. 1 Konstytucji)<sup>14</sup>. Z uwagi na ochronę prawnego statusu kobiety w ciąży ważne w zakresie wykonywania zawodu położnej są zatem uregulowania powszechnego prawa międzynarodowego, przede wszystkim Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (dalej: MPPOiP)<sup>15</sup> oraz Międzynarodowy Pakt Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych (dalej: MPPESiK)<sup>16</sup>. W ramach MPPOiP istotne są przede wszystkim: prawo do poszanowania integralności psychicznej, fizycznej i moralnej (zakaz tortur - art. 7), prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego (art. 9 ust. 1), prawo do prywatności (art. 17). Natomiast w ramach MPPESiK z uwagi na obowiązek poszanowania przez położną praw pacjentki w ciąży interesujące jest przede wszystkim prawo do korzystania z najwyższej osiągalnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego (art. 12 ust. 1)<sup>17</sup>. Szczególną uwagę należy zwrócić na Konwencję w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet<sup>18</sup> z 1979 r. oraz Konwencję o prawach dziecka<sup>19</sup> z 1989 r. - określające

<sup>12</sup> Wyrok TK z dnia 26 kwietnia 1999 r., K 33/98, OTK 1999, nr 4, poz. 71.

<sup>13</sup> Wyrok TK z dnia 23 czerwca 2005 r., K 17/04, OTK-A 2005, nr 6, poz. 66.

<sup>14</sup> P. Sarnecki, *Prawo konstytucyjne RP*, wyd. VI, Warszawa 2006, s. 55.

<sup>15</sup> Polska ratyfikowała pakt 3 marca 1977 r. (Dz. U. Nr 38, poz. 167 i załączniki).

<sup>16</sup> Polska ratyfikowała pakt 3 marca 1977 r. (Dz. U. Nr 38, poz. 169 i załączniki).

<sup>17</sup> Ten zapis paktu stanowi rozwinięcie wcześniejszych deklaracji, tzn. art. 55 Karty Narodów Zjednoczonych, że ONZ będzie popierała rozwiązania międzynarodowe zagadnień zdrowia publicznego; por. też J. Machowski, *Prawa człowieka*, Warszawa 1968, s. 75.

<sup>18</sup> Polska ratyfikowała Konwencję w 1980 r. (Dz. U. z 1982 r. Nr 10, poz. 71, załącznik).

<sup>19</sup> Ratyfikowana przez Polskę 30 września 1991 r. (Dz. U. Nr 120, poz. 527).



w sposób szczególnie ochronę kobiet i dzieci w zakresie opieki zdrowotnej, a tym samym wpływające na podejmowane decyzje w zakresie opieki nad kobietą i jej dzieckiem w okresie ciąży. W ramach europejskiej przestrzeni prawnej kluczowe znaczenie ma: Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z 1950 r.<sup>20</sup>, a w szczególności przewidziana ochrona prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego (art. 5) oraz prawa do poszanowania życia prywatnego (art. 8). Natomiast - pomimo nieratyfikowania przez Polskę - istotne znaczenie dla kształtowania się standardów przestrzegania praw pacjentki w ciąży korzystającej z systemu opieki zdrowotnej ma Konwencja Rady Europy o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny z 1997 r.<sup>21</sup>.

Na gruncie prawa polskiego zasady i warunki wykonywania zawodu położnej reguluje ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz akty wykonawcze do tej ustawy. Ustawa powyższa została opublikowana w Dzienniku Ustaw z dnia 23 sierpnia 2011 r., a zaczęła obowiązywać od dnia 1 stycznia 2012 r. (Dz.U. 2011., Nr 174, poz. 1039)<sup>22</sup>. W art. 2 u.z.p.p. wyraźnie stanowi, że zawód położnej jest samodzielnym zawodem medycznym i może go wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania takiego zawodu (art. 28 u.z.p.p.). Na mocy art. 102 ust. 1 u.z.p.p. do czasu wydania nowego rozporządzenia wykonawczego obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. W sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (dalej: r.r.z.ś). Istotne znaczenie ma wydane na podstawie art. 15a ust. 8 pkt 1 i 2 u.z.p.p. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz. U. 2015, 1739).

Kolejnym kluczowym aktem prawnym jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: u.dz.l.) regulująca prawne formy wykonywania zawodu położnej (art. 5 u.dz.l.). Na podstawie art. 22 ust. 5 tej ustawy Minister Zdrowia wydał w formie rozporządzenia powszechnie obowiązujące standardy prawne określające zasady i zakres podejmowania działań medycznych w okresie sprawowania opieki nad kobietą w ciąży (rozporządzenie wykonawcze z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, Dz. U. Nr 187, poz. 1259, dalej: standardy). Zasady wykonywania samodzielnego zawodu położnej w odniesieniu do fundamentalnych praw

---

<sup>20</sup> A. Bisztyga, *Geneza Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności oraz Europejskiego Trybunału Praw Człowieka*, Prawa Człowieka 1994, nr 1.

<sup>21</sup> *Europejskie standardy bioetyczne...*

<sup>22</sup> Z wyjątkiem art. 95 i 99 u.z.p.p., które to przepisy weszły w życie z dniem ogłoszenia przedmiotowej ustawy, a dotyczyły Centrum Kształcenia Podyplomowego/programów kształcenia podyplomowego. Na podstawie art. 103 u.z.p.p. traci moc ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 5 lipca 1996 r.





pacjenta i swobody w zakresie kształtowania relacji z pacjentem w ramach podejmowanych czynności medycznych<sup>23</sup> określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm., dalej: u.p.p.). Na podstawie tej ustawy wydane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 177 z późn. zm.), które przesądza o dokumentacji medycznej prowadzonej przez położną.

Status prawny położnej jako świadczeniodawcy reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm., dalej: u. ś.o.z.) oraz akty wykonawcze wydane przez Ministra Zdrowia na podstawie delegacji zawartych w tej ustawie i zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Szczególne znaczenie ma tutaj rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2015, poz. 1400, dalej: r.o.w.u.).

Ponadto, analiza statusu zawodowego położnej w zakresie prowadzenia ciąży i porodu wymaga uwzględnienia przepisów w następujących aktach prawnych, które jednak pozostają poza zakresem przedłożonej analizy:

1. ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 947 z późn. zm.);
2. ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1384 z późn. zm.);
3. ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.);
4. ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 184 z późn. zm.);
5. ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.);
6. ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 464).

---

<sup>23</sup> Analiza zasad wykonywania zawodów medycznych w relacji z prawami pacjenta została szeroko przeprowadzona we wcześniejszej publikacji, D. Karkowska *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Z uwagi na temat pracy ograniczam się tylko do wykorzystania wniosków z wcześniejszego opracowania.



## 2. Położna jako samodzielny zawód medyczny

Na gruncie polskiego prawa medycznego ustawodawca *expressis verbis* odnośnie zawodu położnej przyjął bezpośrednią formułę, iż zawód położnej jest samodzielnym zawodem medycznym (art. 2 u.z.p.p.)<sup>24</sup>, także w zakresie sprawowania opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej.

Istotne jest tu rozważenie co najmniej dwóch kryteriów.

Według pierwszego kryterium fakt, że zawód położnej został uznany za „samodzielny”, m.in. w zakresie sprawowania opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej oznacza, że istotą tego zawodu jest „realizacja” stanu rzeczy, czy też dobra o znaczeniu szczególnie doniosłym z punktu widzenia ustawodawcy. „Szczególne znaczenie”, jak wyżej wskazano, wynika z norm wyższego rzędu w hierarchii źródeł prawa – konstytucji oraz regulacji europejskich i międzynarodowych. Tym szczególnym dobrem dla ustawodawcy jest optymalne zaspokojenie potrzeb społecznych (bezpieczeństwa zdrowotnego), a tym samym realizacja zadań państwa w zakresie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP), zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP) oraz urzeczywistnienie praw człowieka i obywatela do optymalnej ochrony życia prywatnego i rodzinnego oraz ochrony wolności osobistej i prawa do samostanowienia. Dodatkowo, można także odwołać się do różnego rodzaju okoliczności występujących poza systemem prawa, a związanych z udokumentowanymi korzyściami dla zdrowia publicznego wynikającymi ze stałego rozwoju zawodu położnej, uwzględniającego postęp nauk społecznych i medycznych.

Wedle drugiego kryterium, chodzi o stwierdzenie zachodzenia określonej zależności czy związku między normą „zawód położnej jest zawodem samodzielnym”, a grupą innych norm. Chodzi tu o sytuacje, w której określone normy mogą być traktowane albo jako normy potwierdzające daną zasadę prawną, albo też jako normy ustanawiające „wyjątki” od owej zasady. Przy takim ujęciu chodzi o określony podsystem w ramach całego systemu norm prawnych.

W odniesieniu do pierwszego kryterium, stanowisko w tej sprawie powinno być (i jest) oparte o przesłanki zarówno obiektywne, jak i determinowane indywidualną skalą ocen interpretatora (przynajmniej częściowo). Argumentem co prawda nie decydującym, ale którego nie można pominąć, są okoliczności poprzedzające i towarzyszące wprowadzeniu

---

<sup>24</sup> Ustawa o pielęgniarstwie i położnictwie z 1996 r. stanowiła w art. 2: „Zawody pielęgniarstwa i położnictwa są zawodami samodzielnymi”. W literaturze pielęgniarstwiej samodzielność w rozumieniu tego artykułu ujęto jako prawo decydowania o sposobie realizacji celów wyznaczonych przez system ochrony zdrowia, jak również samodzielność jako decydowanie o całej grupie zawodowej. Szerzej A. Piątek, *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarzek i położnych w świetle Ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa, Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarzek i położnych. Postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prewencja wykroczeń zawodowych*, G. Rogala-Pawelczyk (red.), Warszawa 2008, s. 30.

do obecnego ustawodawstwa przepisów statuujących samodzielność położnej. Badania historii medycyny dowodzą, iż proces kształtowania się samodzielności zawodowej położnej ma tysiącletnią tradycję, a współcześnie wiąże się w nierozdzielny sposób z rozwojem medycyny naukowej, nauki o zdrowiu i innych nauk pokrewnych oraz wykształceniem odrębnych systemów nabywania kwalifikacji i uprawnień zawodowych, które gwarantują uzyskanie przez osoby przygotowujące się do wykonywania zawodu położnej koniecznego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej. Współczesne tempo rozwoju naukowo-technicznego wymusza podział czynności zawodowych nie tylko w obrębie grupy kluczowej, jaką są lekarze, na poszczególne specjalności lekarskie, ale również pomiędzy lekarzami a innymi zawodami medycznymi, które nabyły potrzebną wiedzę i kwalifikacje zawodowe. W tym przypadku chodzi o podział kompetencji pomiędzy środowiskiem lekarskim a środowiskiem położnych. Za przyjęciem zasady samodzielności jako wartości nadrzędnej (celu) przemawia przyjęcie prawnych standardów wykonywania zawodów medycznych, wysoki stopień profesjonalizmu zawodowego i aktywne współdziałanie samodzielnego zawodu położnej w ramach zespołu terapeutycznego<sup>25</sup>. Współcześnie w krajach Europy Zachodniej obserwuje się ewolucję rozumienia zawodów medycznych w kierunku uznawania znaczenia i roli innych niż lekarze profesjonalistów medycznych. Zachęca się do tworzenia zespołów terapeutycznych, niebędących tylko wykonawcami poleceń lekarza, ale również partnerami, upoważnionymi do wypowiedzania opinii i zgłaszania propozycji postępowania z pacjentem. Praca w zespole terapeutycznym sprawia, że proces udzielania świadczenia zdrowotnego kobiecie w ciąży jest bardziej całościowy, ponieważ swój wkład merytoryczny wnosi więcej zaangażowanych i kompetentnych osób, z korzyścią dla pacjentki<sup>26</sup>. O kształcie tych stosunków w dużym stopniu przesądzają przepisy, określające zakres samodzielności i obowiązek współpracy w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego przez osoby sprawujące opiekę nad kobietą w ciąży.

Można zatem postawić tezę, że jeżeli samodzielność prawną zawodu położnej uznajemy za istotną „wartość” w powyższym rozumieniu, to ogólna norma ustanawiająca tę samodzielność ma szczególne znaczenie w całościowym kształcie systemu norm regulujących sposób funkcjonowania opieki zdrowotnej. Urzeczywistnienie tej „wartości” staje się w tej sytuacji swoistą koniecznością, co wyznacza zarówno kierunek prawotwórstwa, jak i metody działania podmiotów uczestniczących w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Samodzielność zawodu położnej nie może być traktowana jako cel sam w sobie – służy ona realizacji zasady optymalnego zaspokojenia potrzeb społecznych i wymaga spełnienia określonych warunków profesjonalizmu zawodowego.

Kwestia zasadności traktowania normy statuującej „zawód położnej jest samodzielnym zawodem medycznym” jako zasady prawnej, wymaga analizy tej normy także według drugiego z wyżej wspomnianych kryteriów. Chodzi o ustalenie związku między normą

---

<sup>25</sup> M. Bogusz, *Standardy akredytacyjne a opieka pielęgniarska – aspekty organizacyjne i praktyczne*, Antidotum 2002, nr 9, s. 41–47.

<sup>26</sup> J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Warszawa 2009, s. 71; szeroki zakres samodzielności cechuje zawód pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty w Szwecji. Por. P. Sozański, *Praca w Szwecji*, *Służba Zdrowia* 17-20, z 7 marca 2005 r.; W. Mojsa, *Ocena wpływu struktury organizacyjnej podstawowej opieki zdrowotnej na satysfakcję zawodową pielęgniarek*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin–Polonia* 2005, vol. LX, SUPPL. XVI, 330, s. 484.



samodzielności zawodu położnej a grupą innych norm, czyli analizę tzw. otoczenia prawnego zawodu położnej. Przepisy te można ująć w ramach co najmniej czterech grup.

**Po pierwsze**, przepisy, które można odczytać jako udzielające upoważnienia (kompetencji) położnej do oznaczonego działania medycznego, ze wskazaniem okoliczności, w których upoważnienie to jest „ograniczone” określonymi wyjątkami. Przepisy precyzują granice upoważnienia (kompetencji) do podejmowania i realizowania decyzji mieszczących się pod względem merytorycznym w zakresie działania zawodu położnej. Zakres upoważnienia położnej do samodzielnego wykonywania określonych czynności zawodowych jest wynikiem ingerencji ustawodawcy, zarówno w formie ustawy, jak i ustawowego upoważnienia Ministra Zdrowia w formie aktu wykonawczego po uzgodnieniu z przedstawicielami samorządów zawodowych zawodów medycznych (art.6 u.z.p.p.). Należy zauważyć, iż brak jest wyraźnego przepisu ustanawiającego bezpośrednio upoważnienie do sprawowania nadzoru ze strony innych zawodów medycznych, w szczególności lekarza. Jednak w orzecznictwie sądowym i doktrynie prawa niejednokrotnie podkreślano kompetencje lekarza do sprawowania takiego nadzoru z uwagi na posiadane kwalifikacje<sup>27</sup>. Wykładnia celowościowa i systemowa przepisów prawa medycznego też nie pozwalają na jednoznaczne wyłączenie takiego nadzoru.

Na tle przyjętych rozwiązań prawnych w literaturze wyszczególnia się trzy rodzaje czynności, które określają stopień samodzielności położnych:

- 1) niezależne interwencje, które mogą być podejmowane samodzielnie (z inicjatywy położnej) przez położne zgodnie z zakresem zawodowych kompetencji;
- 2) zależne interwencje, czyli działania wykonywane wyłącznie na zlecenie lekarza (z inicjatywy lekarza);
- 3) współzależne interwencje, czyli czynności wykonywane na podstawie współpracy z lekarzem czy wręcz z interdyscyplinarnym zespołem leczącym, inaczej terapeutycznym (wspólne uzgodnienia zespołu)<sup>28</sup>.

**Po drugie**, przepisy dotyczące form organizacyjno-prawnych wykonywania samodzielnego zawodu położnej. Ustawodawca wyraźnie akcentuje samodzielny charakter wykonywania zawodu położnej bez względu na prawną formę wykonywania zawodu, czyli zarówno w warunkach pełnej samodzielności, jak i w ramach stosunku pracy. Zasada samodzielności łączy się z prawnym obowiązkiem „osobistego” wykonywania zawodu bez względu na dopuszczalną prawnie formę wykonywania zawodu. Świadczenie usług osobiście wynika z treści przepisów prawa regulujących samodzielność zawodową położnej, ze specyfiki i charakteru czynności zawodowych związanych z wykonywaniem tego zawodu. Pozwala to na postawienie tezy, że także w ramach pracy zależnej, położna nadal wykonuje zawód samodzielny. Co oznacza, że co prawda w przypadku zatrudnienia pracowniczego

<sup>27</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Taki sobie casus... – Całkowity brak nadzoru lekarza nad porodem*, <http://www.oil.org.pl/jsp/bot/drukuj>, dostęp z 7 listopada 2007 r.

<sup>28</sup> W. Kapała, M. Sawicka, *Pielęgniarka orkiestra*, Menedżer Zdrowia 2005, nr 10, s. 72.



położna nie ma swobody organizowania pracy, ale zachowuje niezależność intelektualną w wykonywaniu czynności zawodowych, tzw. autonomiczne podporządkowanie.

**Po trzecie**, przepisy dotyczące zasad wykonywania samodzielnego zawodu położnej w odniesieniu do fundamentalnych praw pacjentki i swobody w zakresie kształtowania relacji z pacjentką, w ramach podejmowanych czynności medycznych<sup>29</sup>. Rola tych przepisów polega na tym, że wynika z nich nakaz czynienia w określony sposób użytku z przyznanej kompetencji. Szczególne miejsce wśród przepisów zawartych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej zajmuje rozdział drugi zatytułowany „Zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej”. Sytuacja prawna w tym względzie wymaga uwzględnienia również regulacji prawnych przyjętych ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozważenia uprawnień i samodzielności położnej w relacji z pacjentką i innymi grupami zawodów medycznych.

**Po czwarte**, rozważenia wymagają przepisy określające kompetencje podmiotów „zewnętrznych” do decydowania w sprawach samodzielnego zawodu położnej. Chodzi tu w szczególności o kompetencje podmiotów publicznych odpowiedzialnych z mocy ustawy za organizację i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. W Polsce obecnie jest to przede wszystkim Minister Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Ważne jest oznaczenie kompetencji decyzyjnych tych podmiotów w zakresie oddziaływania na urzeczywistnianie ustawowej samodzielności położnej. Duże znaczenie ma tu interwencja państwa polegająca na tworzeniu organizacyjnych i finansowych uwarunkowań udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wykonywania funkcji nadzorczych i kontrolnych nad zasadnością udzielania tych świadczeń. Istotne jest to, aby interwencje te zapewniały utrzymanie optymalnych standardów w opiece zdrowotnej, co jest konieczne, ponieważ pacjentka nie jest w stanie dokonać oceny jakości usługi opieki zdrowotnej.

Próbując zrekonstruować na podstawie obowiązujących przepisów treść zasady samodzielności zawodu położnej w obszarze prowadzenia ciąży fizjologicznej, można dążyć do skonstruowania formuły wyrażającej zasadę tej samodzielności. Byłaby ona przydatnym narzędziem służącym prawidłowemu stosowaniu norm, które szczegółowo określają sytuację prawną położnej. Przy czym nie chodzi tutaj o to, by formuła wyrażająca tę zasadę „opisywała” dokładnie zakres samodzielności zawodu. Istotne jest, aby przy użyciu tej formuły można było we właściwy sposób interpretować przepisy, które określają granice samodzielności położnej. Wydaje się, że formuła wyrażająca treść zasady, o którą nam chodzi, powinna mieć następujący kształt: **„W myśl zasady samodzielności prawnej zawód położnej powinien być uznany za uprawniony do podejmowania i realizowania działań we wszystkich sprawach mieszczących się w obszarze sprawowania opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej i porodu fizjologicznego, oraz opieki nad noworodkiem zgodnie z przepisami prawa i w celu wykonywania zadań zawodowych, polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i upoważnieniem”**.

---

<sup>29</sup> Analiza zasad wykonywania zawodów medycznych w relacji z prawami pacjenta została szeroko przeprowadzona w publikacji, D. Karkowska *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Z uwagi na temat pracy ograniczam się tylko do wykorzystania wniosków z wcześniejszego opracowania.*



Jest to formuła ujęta w postaci ogólnej, prawnie wiążącej dyrektywy postępowania. Z tej ogólnej dyrektywy można wyprowadzić dyrektywy bardziej szczegółowe. Należy zwrócić uwagę na co najmniej podwójny aspekt omawianej zasady: pozytywny i negatywny. Aspekt pozytywny wyznacza pewien stan rzeczy szczególnie przez ustawodawcę preferowany, do którego zapewnienia należy dążyć w miarę możliwości i w granicach celowości. Z tego punktu widzenia zasada samodzielności posiada znaczenie zwłaszcza jako wytyczna dla prawodawcy. Aspekt negatywny polega na ustanowieniu swego rodzaju „bariery” wobec mogących ewentualnie pojawić się w praktyce tendencji zmierzających bądź to do ograniczenia zakresu kompetencji zawodu położnej, bądź do naruszenia jego wyłączności w realizacji służących mu uprawnień. Zasada samodzielności może pełnić funkcję „bariery”, ponieważ stanowi wiążącą dyrektywę interpretacyjną służącą właściwemu odczytywaniu norm prawnych regulujących sposób funkcjonowania zawodu położnej.

Reasumując, „adresatami” zasady „zawód położnej jest samodzielnym zawodem medycznym” są zarówno osoby wykonujące ten zawód, jak i podmioty stanowiące „otoczenie” tych zawodów. Zasada samodzielności stanowi dla osób wykonujących zawód położnej swego rodzaju dyrektywę interpretacyjną, wedle której powinny one rozstrzygać swoje własne wątpliwości co do tego czy są, czy też nie są kompetentne (upoważnione) do podjęcia decyzji w danej sprawie. Oznacza to również, że osoba wykonująca samodzielny zawód położnej nie może przerzucić na inny podmiot odpowiedzialności za ewentualne niekorzystne wyniki swojej działalności. Z drugiej strony, położne do których ustawodawca odniósł zasadę samodzielności, odnoszą również korzyści płynące z omawianej zasady. Korzyści te są konsekwencją tego, że inne podmioty funkcjonujące w otoczeniu prawnym zawodu położnej są również prawnie związane określonymi dyrektywami postępowania, zarówno w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, jak i podejmowania decyzji o statusie prawnym zawodów medycznych.

W świetle kwalifikacji zawodów i specjalności z 2010 r. zawód położnej nie stanowi średniego personelu ochrony zdrowia, natomiast został on ujęty wyłącznie w grupie specjalistów do spraw zdrowia<sup>30</sup>, rozumianych jako zawody wymagające posiadania wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, umiejętności oraz doświadczenia w zakresie nauk technicznych, przyrodniczych, społecznych, humanistycznych i pokrewnych. Główne zadania to praktyczne zastosowanie koncepcji i teorii naukowych, powiększanie dotychczasowego stanu wiedzy poprzez badania oraz systematyczne nauczanie w tym zakresie<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Z chwilą wejścia w życie klasyfikacji zawodów i specjalności z 2004 r., czyli od 1 stycznia 2005 r., ustawodawca odstąpił od klasyfikowania położnych jako średniego personelu ochrony zdrowia. Zmiany w zakresie klasyfikowania pielęgniarek i położnych wprowadzono stopniowo: do dnia 1 stycznia 2003 r. klasyfikowano je wyłącznie jako średni personel, a od tej daty do 30 stycznia 2004 r. zarówno w grupie specjalistów, jak i w grupie technicy i inny średni personel.

<sup>31</sup> Ustawodawca w ramach Klasyfikacji zawodów i specjalności z 2010 r. nie posługuje się terminem „zawód medyczny”, lecz bardzo szerokim terminem „specjaliści do spraw zdrowia i inni specjaliści ochrony zdrowia”. Struktura klasyfikacji jest wynikiem grupowania zawodów na podstawie podobieństwa kwalifikacji zawodowych wymaganych dla realizacji zadań danego zawodu (specjalności), z uwzględnieniem obydwu aspektów kwalifikacji, tj. ich poziomu i specjalizacji. Podstawowym kryterium wyodrębnienia grup wielkich jest poziom klasyfikacji zawodowych niezbędny do wykonania zadań i obowiązków, a nie sposób, w jaki te kwalifikacje są osiągnięte.

## II. Wykonywanie zawodu położnej

Wykonywanie zawodu położnej odbywa się w oparciu o odpowiednią infrastrukturę organizacyjno-prawną. Prawo dopuszcza wiele form wykonywania zawodu położnej: poprzez zatrudnienie w podmiocie leczniczym w ramach zawartej umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo w ramach praktyki zawodowej (art. 19 ust. 1 u.z.p.p.). Każda położna ma możliwość wyboru określonej formy wykonywania zawodu.

### 1. Zatrudnienie w podmiocie leczniczym

Osoby wykonujące zawód położnej mogą być zatrudnione zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i na podstawie umowy cywilnej. W tym drugim przypadku może to nastąpić także poprzez tzw. samozatrudnienie, czyli prowadzenie indywidualnej praktyki zawodowej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (art. 18 ust. 4 i art. 19 ust. 4 u.dz.l.). W doktrynie prawa umowę taką klasyfikuje się jako zatrudnienie niepracownicze typu cywilnoprawnego, zwane także zatrudnieniem cywilnoprawnym lub umową cywilnoprawną o zatrudnienie<sup>32</sup>.

Praca położnej w podmiocie leczniczym nie musi mieć charakteru pracowniczego<sup>33</sup>. Wybór rodzaju podstawy prawnej zatrudnienia należy do zainteresowanych stron (art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 300 k.p.)<sup>34</sup>. Przepisy nie zawierają ani domniemania stosunku pracy, ani fikcji prawnej jego nawiązania<sup>35</sup>. Nie wprowadzają też pierwszeństwa umowy o pracę przed umowami cywilnoprawnymi czy zezwolenia na zawieranie umów cywilnoprawnych tylko wtedy, gdy umowa o pracę nie może mieć zastosowania. Przepisy nie zabraniają stronom zawierania umowy cywilnoprawnej tam, gdzie istnieje wybór skorzystania z przepisów kodeksu cywilnego albo z przepisów kodeksu pracy. To właśnie dzięki zasadzie

---

<sup>32</sup> A. Suport, *Zatrudnienie pracownika i zatrudnienie niezależne* (w:) *Referaty na VI Europejski Kongres Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego*, Warszawa, 13–17 września 1999, s. 144. także. Z. Kubot, *Formy zatrudnienia lekarzy w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, PiM 2000, nr 5, vol. 2, s. 132; A. Wiśniewski, *Umowa o pracę a umowy cywilne*, Rzeczypospolita z 19 sierpnia 1996 r.

<sup>33</sup> Wyrok SN z dnia 9 grudnia 1999 r., I PKN 432/99, OSNAP 2001, nr 9, poz. 310.

<sup>34</sup> Wyrok SN z dnia 13 kwietnia 2000 r., I PKN 594/99, *Prawo Pracy i Prawo Socjalne – Przegląd Orzecznictwa* 2001, nr 7–8, s. 3.

<sup>35</sup> Ł. Pisarczyk, *Różne formy zatrudnienia*, Warszawa 2003; także M. Natęcz, *Prawo pracy po zmianach*, cz. II, *Mon. Praw.* 2002, nr 22, poz. 1028, s. 13.



swobody umów strony mogą dowolnie ukształtować stosunek prawny w sposób, który im najbardziej odpowiada.

W doktrynie prawa pracy dominuje pogląd, że decydujący przy wyborze rodzaju umowy (umowy o pracę czy umowy cywilnoprawnej) jest nie rodzaj czynności wykonywanych w ramach umowy, lecz sposób realizacji umowy i zakres swobody stron w jej wykonywaniu<sup>36</sup>. Praca świadczona na podstawie umowy prawa cywilnego nie narusza art. 24 Konstytucji RP, a zróżnicowanie sytuacji prawnej pracownika w porównaniu z sytuacją prawną zleceniobiorcy strony umowy cywilnoprawnej nie stanowi naruszenia art. 32 Konstytucji RP<sup>37</sup>.

Zatrudnienie pracownicze podlega systematyzacji w ustawodawstwie prawa pracy, co stanowi kryterium określające zakres stosowania tego prawa. Doktryna polskiego prawa pracy odwołuje się, podobnie jak prawo wspólnotowe, do pojęcia stosunku pracy, którego pochodną jest definicja pracownika podporządkowanego, a zatrudnienie pracownicze jest utożsamiane z pracą podporządkowaną<sup>38</sup>. Tym samym zasadniczym kryterium pozwalającym odróżnić pracownika umownego od niezależnego jest podporządkowanie pracownika pracodawcy, a charakterystyka umowy o pracę wymaga analizy relacji władzy/podporządkowania. Na gruncie polskiego ustawodawstwa każdy pracownik to osoba podejmująca się pracy „na rzecz pracodawcy za wynagrodzeniem i pod jego kierunkiem” (art. 22 § 1 k.p.)<sup>39</sup>. Dodatkowym kryterium pracy świadczonej w ramach stosunku pracy jest fakt (konieczność) wyznaczania przez pracodawcę czasu i miejsca wykonywania pracy<sup>40</sup>.

W orzecznictwie sądowym oraz doktrynie prawa pracy pojawiają się wystarczające argumenty, aby stwierdzić, iż w świetle obowiązującego stanu prawnego przedmiotem stosunku pracy położnej są: dobrowolność zobowiązania zachodząca między dwoma podmiotami, zwanymi pracownikiem i pracodawcą; osobisty charakter świadczenia pracy; odpłatność pracy (zatrudnienie za wynagrodzeniem); praca na rzecz i pod kierownictwem pracodawcy (w doktrynie ujęte jako: podporządkowanie pracownika poleceniom pracodawcy w procesie wykonywania pracy); ciągły, powtarzalny charakter (trwałość) wzajemnych zobowiązań podmiotów; swoisty rozkład odpowiedzialności za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań (ryzyko podmiotu zatrudniającego); zobowiązanie się pracownika do starannego działania w procesie pracy; praca określonego rodzaju oraz w miejscu i czasie

<sup>36</sup> Ł. Pisarczyk, *Różne formy zatrudnienia...*; także M. Nałęcz, *Prawo pracy po zmianach...*, s. 14.

<sup>37</sup> Wyrok SN z dnia 7 października 2004 r., II PK 29/04.

<sup>38</sup> W. Jaśkiewicz, C. Jackowiak, W. Piotrowski, *Prawo pracy. Zarys wykładu*, Poznań 1967, s. 5; M. Świącicki, *Prawo pracy*, Warszawa 1968, s. 14; Z. Salwa, *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 1995, s. 40–41; U. Torbus, *Podporządkowanie pracownika pracodawcy jako cecha stosunku pracy* (w:) L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), *Współczesne problemy...*, s. 138 i n.

<sup>39</sup> Brzmienie art. 22 § 1 k.p. zostało nadane przywołanemu przepisowi przez ustawę z dnia 26 lipca 2002 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 135, poz. 1146 z późn. zm.), a jednym z założeń tej zmiany miałyby być precyzyjne oddzielanie pracowniczych i niepracowniczych form zatrudnienia.

<sup>40</sup> M. Gersdorf, K. Rączka, J. Skoczyński, *Kodeks pracy...*, s. 77.



wyznaczonym przez pracodawcę<sup>41</sup>. Cechy te są istotne dla każdej umowy o pracę, niezależnie od jej rodzaju<sup>42</sup>. Przy jednakowym nasileniu tych cech w porównywanych typach umów o rodzaju zawartej umowy może rozstrzygać jej nazwa (art. 22 § 1<sup>1</sup> k.p.)<sup>43</sup>.

Jednocześnie rozwój niepracowniczych form zatrudnienia zawodów medycznych, w tym dotyczących osób wykonujących zawód położnej, prowadzi do zacierania linii demarkacyjnej między zatrudnieniem pracowniczym i niepracowniczym. Najwyraźniej jest to widoczne w sposobie ujmowania podporządkowania osób wykonujących zawód położnej w podmiotach leczniczych.

Sąd Najwyższy w motywach jednego ze swoich orzeczeń użył sformułowania „podporządkowanie autonomiczne<sup>44</sup>”, na oznaczenie podporządkowania pracownika polegającego na określeniu przez pracodawcę czasu pracy i wyznaczaniu zadań, natomiast nieingerowania co do sposobu ich realizacji. Zgodnie z oceną SN pracownik ma pewien zakres swobody, zwłaszcza jeżeli wykonuje zawód twórczy czy prace koncepcyjne<sup>45</sup>. W takich przypadkach kryterium ingerencji podmiotu zatrudniającego w sposób wykonywania pracy staje się bezużyteczne<sup>46</sup>. Wprowadzenie podporządkowania autonomicznego jest wynikiem orzecznictwa sądowego i nie stanowi niezależnej instytucji prawa<sup>47</sup>, ale istotnie zmienia dotychczasowe tradycyjne podejście do stosunku pracowniczego.

Zmiany w zakresie podporządkowania w sektorze opieki zdrowotnej zachodzą dwutorowo. Po pierwsze, dawne sformalizowane struktury organizacyjne szpitali, oparte na systemie hierarchicznej zależności między pracownikami, zastępuje się nowoczesnym systemem zależności opartym na wzajemnych powiązaniach z wykorzystywaniem wiedzy i doświadczenia pracowników medycznych będących ekspertami w określonej dziedzinie. Po drugie, kierownictwo pracodawcy (podporządkowanie) widoczne jest wyraźnie w stosunku

---

<sup>41</sup> Wyrok SN z dnia 7 października 2009 r. (teza pierwsza), III PK 38/09, OSP 2010, z. 11, poz. 115; A. Drozd, *Przemiany pojęcia „stosunek pracy” – wpływ orzecznictwa czy prawa sędziowskiego* (w:) L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), *Współczesne problemy...*, s. 67–79.

<sup>42</sup> Wyrok SN z dnia 28 października 1998 r., I PKN 416/98, OSNP 1999, nr 24, poz. 775. Najbardziej istotne cechy stosunku pracy określone zostały w przepisie art. 22 § 1 k.p.; wyrok SN z dnia 14 lutego 2001 r., I PKN 256/00, OSNP 2002, nr 23, poz. 564.

<sup>43</sup> Wyrok SN z dnia 9 grudnia 1999 r., I PKN 432/99. Część przesłanek stosunku pracy nie jest wywodzona jedynie z treści art. 22 k.p., ale z analizy szeregu innych przepisów prawa pracy.

<sup>44</sup> A. Drozd zwraca uwagę, iż zestawienie przymiotnika „autonomiczny” z pojęciem ustawowym „na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem” wskazuje na działalność prawotwórczą SN, którą można by uznać za przejaw prawa sędziowskiego; *Przemiany pojęcia „stosunek pracy” – wpływ orzecznictwa czy prawa sędziowskiego* (w:) *Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych*, L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), Warszawa 2011, s. 79.

<sup>45</sup> Wyrok SN z dnia 7 września 1999 r., I PKN 277/99, OSNAPiUS 2001, nr 1, poz. 18.

<sup>46</sup> Ł. Pisarczyk, *Różne formy zatrudnienia*, Warszawa 2003, s. 16.

<sup>47</sup> Zwraca się uwagę, że samo zestawienie słów „podporządkowanie autonomiczne” jest mało trafne, wewnętrznie sprzeczne i znaczy tyle, co „podporządkowanie niezależne, samodzielne”. T. Liszcz, *W sprawie podporządkowania pracownika* (w:) *Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych*, L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), Warszawa 2011, s. 121. Odmiennie L. Mitrus, *Podporządkowanie pracownicze jako zmieniająca się cecha stosunku pracy* (w:) *Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych*, L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), Warszawa 2011, s. 126.



do pracowników medycznych niskiego szczebla, zwłaszcza wykonujących prace mało zindywidualizowane. Poza typowy kanon pracy podporządkowanej wykraczają natomiast zawody medyczne o specjalistycznych kwalifikacjach, wykonujący pracę koncepcyjną, którymi pracodawca niekiedy nie jest w stanie merytorycznie kierować.

Od osób wykonujących zawód położnej, oprócz kwalifikacji i umiejętności, wobec szybkiego postępu nauki wymaga się abstrakcyjnego myślenia, rozumowania, wyobraźni, logicznego myślenia, planowania. Dlatego w dobie profesjonalizacji poszczególnych grup zawodów medycznych, konstrukcja podporządkowania autonomicznego ma odniesienie nie tylko do lekarzy, ale również pielęgniarek i położnych. Rodzaj pracy wymagający wysokich specjalistycznych kwalifikacji i warunki, w jakich jest wykonywana, powodują faktyczną rezygnację pracodawcy z kierowania nią, bądź istotne ograniczenia tego kierownictwa. Upowszechnienie rezultatów postępu cywilizacyjnego i technologicznego stwarza możliwość udzielania coraz bardziej wyrafinowanych procedur diagnostycznych i leczniczych. Rośnie zapotrzebowanie na wysoko kwalifikowanych pracowników szpitali, o najwyższym poziomie wiedzy medycznej. Generalnie rzecz biorąc, można postawić tezę, że im większa profesjonalizacja w zakresie samodzielności zawodu położnej, tym mniejszy powinien być zakres jego podporządkowania pracowniczego. Ze względu na charakter wykonywanej pracy, położne dysponują niezależnością merytoryczną co do podejmowanych decyzji związanych z opieką nad kobietą, czyli co do sposobu wykonywania pracy, jednakże pozostają one w zależności „formalnej” wobec pracodawcy. Z uwagi na profesjonalizację procesu sprawowania opieki nad kobietą w ciąży, można względem położnych przyjąć idee autonomicznego podporządkowania. Nie pozwala to jednak na przyjęcie tezy, że wobec położnych jako pracowników medycznych podporządkowanie pracownicze zostaje całkowicie wyłączone<sup>48</sup>.

## 2. Praktyka zawodowa

Wykonywanie zawodu położnej w formie praktyk należy do tradycyjnych form świadczenia usług medycznych i obecnie może, ale nie musi, być wyłącznym miejscem wykonywania dla tego zawodu.

Wybór formy praktyki zawodowej zależy od tego, czy położna wykonuje zawód samodzielnie, czy wspólnie z inną położną, oraz czy posiada specjalizację. Przyjmując kryterium organizacyjno-prawne ustawodawca wyróżnia: indywidualną i grupową praktykę położnej (art. 5 ust. 2 pkt 2 u.d.z.l.). Z uwagi na kryterium miejsca wykonywania indywidualnej praktyki zawodowej i posiadanie specjalizacji wyróżnia się: 1) indywidualną praktykę położnej, 2) indywidualną specjalistyczną praktykę położnej, 3) indywidualną praktykę położnej wyłącznie w miejscu wezwania, 4) indywidualną specjalistyczną praktykę położnej w miejscu wezwania, 5) indywidualną praktykę położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie

<sup>48</sup> Z. Hajn, *Głosa do wyroku SN z dnia 16 grudnia 1998 r., II UKN 394/98*, OSP 2000, nr 12, poz. 177.

podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, 6) indywidualną specjalistyczną praktykę położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem. Natomiast grupowa praktyka zawodowa położnej może przybrać jedną z trzech form: spółki cywilnej, partnerskiej lub spółki jawnej (art. 5 ust. 2 pkt 2 u.d.z.).

Wykonywanie praktyki indywidualnej w należącym do niej pomieszczeniu nie zostało ograniczone wyłącznie do tego pomieszczenia. Jej nazwa: „indywidualna praktyka położnej” wskazuje na brak ograniczeń, jakim zostały poddane praktyki wykonywane w warunkach szczególnych, których nazwy zawierają słowo „wyłącznie”. Dlatego praktyka indywidualna może być wykonywana także w warunkach szczególnych, tzn. w miejscu wezwania, jak również w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. Natomiast praktyki w warunkach szczególnych zostały ściśle ograniczone do tych warunków. Żadna z nich nie może być wykonywana w warunkach przewidzianych dla praktyki innego rodzaju, np. praktyka na wezwanie nie może być wykonywana w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego i odwrotnie (art. 20 u.d.z.). Praktyka grupowa może być również wykonywana poza należącymi do niej pomieszczeniami (na wezwanie), lecz nie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

Rozpoczęcie wykonywania praktyki zawodowej przez położną jest uzależnione od spełnienia wymogu posiadania co najmniej dwuletniego doświadczenia w wykonywaniu zawodu (art. 19 ust. 1 pkt 2 u.d.z.). Wykonywanie zawodu w formie praktyki zawodowej podlega nadzorowi właściwego organu prowadzącego rejestr tych praktyk, czyli okręgowej radzie pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca wykonywania praktyk zawodowych (art. 106 ust. 1 pkt 2 i 3 u.d.z.).

Forma prowadzenia praktyki ma duże znaczenie z punktu widzenia odpowiedzialności za ewentualne szkody, których pacjent doznał w trakcie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. W przypadku praktyki indywidualnej położna ponosi odpowiedzialność osobistą, podobnie jest w przypadku prowadzenia praktyki na zasadach spółki partnerskiej. W tym przypadku każdy partner udziela świadczeń zdrowotnych we własnym imieniu i ponosi odpowiedzialność za czynności przez siebie wykonane. Pacjent korzysta nie z usług praktyki spółki partnerskiej, lecz z usług partnera-wspólnika jako osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w praktyce mieszczącej się w lokalu spółki partnerskiej. Partner nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez pozostałych partnerów w spółce. Nie ponosi również odpowiedzialności za zobowiązania spółki będące następstwem działań lub zaniechań osób zatrudnionych przez spółkę na podstawie umowy o pracę lub innego stosunku prawnego, które podlegały kierownictwu innego partnera przy świadczeniu usług, które związane były z przedmiotem działalności spółki (art. 95 § 1 k.s.h.)<sup>49</sup>.

W spółce cywilnej wspólnicy odpowiadają za zobowiązania spółki bez ograniczeń, jest to odpowiedzialność osobista i solidarna. Wspólnicy odpowiadają zarówno majątkiem wspólnym (czyli tzw. majątkiem spółki), jak i każdy z osobna swym majątkiem nienależącym do wspólności. Wierzycielowi przysługuje w tym zakresie pełna swoboda wyboru,

---

<sup>49</sup> Szeroko na ten temat M. Aślanowicz, *Spółka partnerska*, Warszawa 2004.



z którego majątku chce uzyskać zaspokojenie, w szczególności żaden przepis nie nakazuje mu najpierw sięgnąć do majątku spółki, a dopiero w razie niezaspokojenia z niego wierzytelności do majątku odrębnego wspólników. Stąd też odpowiedzialność wspólników ma charakter bezpośredni<sup>50</sup>. Za błąd w sztuce jednego z lekarzy czy jednej z pielęgniarek lub położnych-wspólników odpowiadają wszyscy wspólnicy, w przeciwieństwie do zasad odpowiedzialności w spółce partnerskiej. W przypadku spółki jawnej wspólnicy ponoszą odpowiedzialność: osobistą, solidarną, nieograniczoną i subsydiarną. W porównaniu ze spółką cywilną w odniesieniu do spółki jawnej odpowiedzialność solidarna jest modyfikowana przez art. 31 k.s.h., zgodnie z którym obowiązuje zasada odpowiedzialności subsydiarnej. Wierzyciel spółki może prowadzić egzekucję z majątku wspólnika dopiero wówczas, gdy egzekucja z majątku spółki okaże się bezskuteczna.

Prowadzący praktykę zawodową musi zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (art. 19 ust. 1 pkt 7, ust. 3 pkt 1, ust. 5 u.d.l.). Pacjent ma prawo wystąpić z wnioskiem do podmiotu wykonującego działalność leczniczą w celu udzielenia mu niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia przez ten podmiot (art. 14 ust. 2 pkt 2 u.d.l.). Poinformowanie poszkodowanego o szczegółach dotyczących polisy nie oznacza natomiast, że roszczenie poszkodowanego zostało uznane przez podmiot leczniczy, jak i ubezpieczyciela.

Każda praktyka zawodowa, niezależnie od rodzaju i kategorii zawodowej osoby ją prowadzącej, musi posiadać regulamin organizacyjny. Zakres regulacji takiego regulaminu jest podobny, jednakże węższy niż dla podmiotów leczniczych, i obejmuje: firmę albo nazwę podmiotu, cele i zadania podmiotu, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz, w przypadku pobierania opłat, wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami prawa, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością (art. 24 ust. 3 u.dz.l.).

### 3. Ogłaszanie się i reklama

Pacjentka ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez dany podmiot sprawujący opiekę nad kobietami w ciąży, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot. Jednocześnie zgodnie z art. 14 u.d.l. podmiot wykonujący działalność leczniczą, w tym praktyka zawodowa położnych może podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych z zastrzeżeniem, że treść i forma tych informacji nie mogą nosić cech reklamy (art. 14 ust. 1 u.d.l.). Informacje te mają być udostępniane na tych samych zasadach, co informacje

<sup>50</sup> J. Jacyszyn, M. Skory (red.), *Prawo spółek. Wybrane zagadnienia*, Bielsko-Biała 2001, s. 61.



o prawach pacjenta (art. 12 u.p.p.). A zatem informacje kierowane do pacjentki w ciąży nie mogą mieć cechy reklamy, tj. najogólniej informacje nie mogą być przekazywane w sposób i formie, która zachęca do korzystania ze świadczeń zdrowotnych u danego podmiotu, lub do korzystania z konkretnych świadczeń zdrowotnych. Informacje te nie mogą także zawierać obietnic, informacji o jakości świadczenia zdrowotnego czy jakości sprzętu medycznego wykorzystywanego do wykonania tego świadczenia<sup>51</sup>.

Jednocześnie zakaz reklamy kierowany do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, nie stanowi przeszkody w zasięgnięciu przez pacjenta dodatkowych informacji. Zgodnie z art. 14 ust. 2 u.d.z.l. pacjent ma prawo do otrzymania, na swój indywidualny wniosek: szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod; niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych oraz do informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym tego podmiotu. Ponadto, podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje Krajowemu Punktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, na ich wniosek, dane dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielonych wskazanym we wniosku pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cen tych świadczeń. Dane te przekazuje się w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku (art. 14 ust. 3 i 4 u.d.z.l.).

Zgodnie z §11 r.o.w.u. świadczeniodawca, który podpisał umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ma obowiązek na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym zamieścić tablicę ze znakiem graficznym Funduszu (według wzoru określonego przez Prezesa Funduszu). Jeżeli w jednym budynku przyjmują świadczeniodawcy i podmioty, które nie zawarły z Funduszem umowy, znak graficzny NFZ powinien być umieszczony w sposób jednoznacznie wskazujący, który z podmiotów udziela świadczeń na podstawie umowy.

W miejscu udzielania świadczeń świadczeniodawca jest zobowiązany do podania do wiadomości informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych ich zakresach. W szczególności istotne jest przekazanie pacjentowi informacji dotyczących:

- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej - także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca udzielania świadczeń;
- miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;

---

<sup>51</sup> M. Serwach, *Reklama gabinetu lekarskiego*, Medycyna Praktyczna 2013/01, źródło; Prawo.mp.pl.; Wyrok NSA w Szczecinie z dnia 18 kwietnia 2001 r. sygn. SA/Sz 2000/00.



- zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
- trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy;
- praw pacjenta;
- zasad potwierdzania prawa do świadczeń;
- adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- numerów telefonów alarmowych 112 i 999 obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
- adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia;
- innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.

Z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń całodobowo, w sposób widoczny, także na zewnątrz budynku, świadczeniodawca jest zobowiązany umieścić:

- informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń;
- adresy oraz numery telefonów podmiotów udzielających świadczeń poza godzinami pracy określonymi w umowie, a w szczególności w dni wolne od pracy i w święta - w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- numery telefonów alarmowych ratownictwa medycznego, tj. 112 i 999.

Uszczegółowienie zakresu przekazywanych pacjentowi informacji od lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U, poz. 1248).

# III. Sprawowanie przez położną opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej

## 1. Zakres przedmiotowy zawodu „położna”

Ustalanie zakresu przedmiotowego zawodu położnej wymaga odniesienia zarówno do ogólnej definicji pojęcia zawodu, ogólnej definicji zawodu medycznego, jak i do szczegółowych przepisów prawa regulujących status zawodu położnej.

**Ogólna definicja zawodu** dla potrzeb rynku pracy wypracowana została w akcie wykonawczym. Brak jest natomiast ogólnej definicji ustawowej. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie kwalifikacji zawodów i specjalności z 2010 r. przez zawód rozumie się „zbiór zadań (zespół czynności) wyodrębnionych w wyniku społecznego podziału pracy, wykonywanych stale lub z niewielkimi zmianami przez poszczególne osoby i wymagających odpowiednich kwalifikacji (wiedzy i umiejętności), zdobytych w wyniku kształcenia lub praktyki. Wykonywanie zawodu stanowi źródło dochodów”<sup>52</sup>.

Polski ustawodawstwa wypracował natomiast ustawową **definicję zawodu medycznego**, zgodnie z którą, ilekroć w przepisach tej ustawy jest mowa o osobie wykonującej zawód medyczny, należy przez to rozumieć „osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę

---

<sup>52</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 82, poz. 537); wcześniejsze uregulowania to: rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 265, poz. 2644 z późn. zm.). Problem legalnej definicji zawodu na gruncie prawa polskiego porusza także K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 36–37. Autorka powołała się na legalną definicję pojęcia zawodu umieszczoną w instrukcji nr 58 przewodniczącego Komitetu Pracy i Płacy z dnia 31 października 1961 r.: „Pod zawodem lub specjalnością rozumie się oparte na kwalifikacjach (wiadomościach i umiejętnościach) wykonywanie w celach zarobkowych wynikającego z podziału pracy zespołu czynności (robót) społecznie użytecznych. Zawód jest pojęciem szerszym od specjalności”. Na podstawie tej definicji wyróżniono następujące elementy: wynikający z podziału pracy zespół czynności, społeczna użyteczność tych czynności, kwalifikacje (wiedza i umiejętności) niezbędne do ich wykonywania, systematyczność w wykonywaniu czynności, dochód uzyskiwany dzięki pracy.



legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny” (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.z.l.).

Jeżeli chodzi o szczegółową definicję zawodu położnej, to tu ustawodawca nie przyjął typowej definicji legalnej tego pojęcia, natomiast wskazuje bezpośrednio na elementy/czynności wchodzące w zakres wykonywania tego zawodu. Tym samym określono przedmiot (zakres) wykonywania zawodu położnej. Generalnie wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę mającą odpowiednie kwalifikacje i prawo wykonywania zawodu (art. 5 w zw. z art. 28 u.z.p.p.)<sup>53</sup>.

Reasumując, powyższe uwagi pozwalają na wyodrębnienie następujących elementów definicji zawodu położnej jako zawodu medycznego:

1. Udzielanie tych rodzajów świadczeń zdrowotnych, które wynikają ze społecznego podziału pracy i określane są zbiorem zadań (zespołem czynności). W tym zakresie położne należą do tej grupy zawodów medycznych, dla której zbiór zadań (zespół czynności) wynika z przyjętych uregulowań prawnych.
2. Zawód położnej jest wykonywany systematycznie, mowa jest o osobie „wykonującej” zawód medyczny.
3. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych jest warunek posiadania kwalifikacji zawodowych. Ustawodawca zalicza położne do tej grupy osób wykonujących zawody medyczne, która może udzielać świadczeń zdrowotnych na podstawie „uprawnienia” na zasadach określonych w przepisach prawa.
4. Ogólna definicja zawodu wskazuje na fakt, że osoba wykonująca zawód położnej uzyskuje z tej pracy dochód.

Zawód położnej jest zawodem medycznym, co oznacza, że jego wykonywanie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2 u.z.p.p. w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.z.l. oraz art. 5 ust.1 u.z.p.p.), a osoba zwracająca się o ich udzielenie lub z nich korzystająca, ma status pacjenta w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p.

---

<sup>53</sup> Artykuł 5 ust. 2 u.z.p.p. w skład pojęcia wykonywania zawodu położnej zalicza ponadto: 1) nauczanie zawodu położnej lub pielęgniarki oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego położnych lub pielęgniarek, 2) prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie wykonywania zawodu położnej, w szczególności opieki nad kobietą, noworodkiem lub rodziną, 3) kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek lub położnych, 4) zatrudnienie w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, 5) zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, 6) zatrudnienie w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia, 7) zatrudnienie w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych położnej określonych w ustawie, 8) zatrudnienie na stanowisku położnej w żłobku lub klubie dziecięcym, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, 9) sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu, 10) powołanie do pełnienia z wyboru funkcji związkowej poza zakładem pracy położnej, jeżeli z wyboru wynika obowiązek wykonywania tej funkcji w charakterze pracownika, albo pełnienie funkcji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej, jeżeli z pełnieniem tej funkcji jest związane zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy.





Świadczenia zdrowotne udzielane przez położną są jednym z trzech elementów konstytucyjnego pojęcia „świadczenie opieki zdrowotnej” (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP w zw. z art. 5 pkt 34 u.ś.o.z.). Ustawodawca wyraźnie odgranicza sferę usług – świadczenia zdrowotne *sensu stricto* od sfery towarów – świadczenia zdrowotne rzeczowe<sup>54</sup> oraz świadczenia towarzyszące<sup>55</sup>. Pojęcie „świadczenia zdrowotnego” nie jest zdefiniowane w ustawie o zawodach pielęgniarski i położnej, tylko w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej. Sięgając do ogólnej definicji „świadczeń zdrowotnych” w celu zdefiniowania zakresu przedmiotowego zawodu położnej, konieczna jest próba dokonania klasyfikacji odmian świadczeń zdrowotnych właściwych tylko dla analizowanego zawodu, nazywanych dalej: położnicze świadczenia zdrowotne.

Świadczenia zdrowotne wykonywane przez położną to działania medyczne, obejmujące różne formy działań, tylko przykładowo wyliczone przez ustawodawcę, prawnie dopuszczalne, polegające na oddziaływaniu na organizm ludzki z użyciem technik medycznych zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi i w zakresie posiadanych przez położną uprawnień (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.z.l. w zw. z art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Położnicze świadczenia zdrowotne mogą być udzielane wyłącznie przez osoby, na których ciąży obowiązek osobistego wykonywania zawodu. Według ustępu pierwszego art. 5 u.z.p.p. są to w szczególności:

- 1) **rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzenie w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;**
- 2) **kierowanie na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;**
- 3) prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowanie porodu naturalnego, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- 5) podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- 6) sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowanie przebiegu okresu poporodowego;
- 7) badanie noworodka i opieka nad nim oraz podejmowanie w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;

---

<sup>54</sup> Świadczenie zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze (art. 5 pkt 37 u.ś.o.z.).

<sup>55</sup> Świadczenie towarzyszące – zakwaterowanie i wyżywienie w podmiocie leczniczym opieki całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego (art. 5 pkt 38 u.ś.o.z.).



- 8) realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 9) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
- 10) profilaktyka chorób kobiecych i patologii położniczych;
- 11) rozpoznawanie u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;
- 12) sprawowanie opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;
- 13) prowadzenie działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:
  - a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
  - b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Pomimo przykładowego wyliczenia świadczeń zdrowotnych udzielanych przez położną w świetle art. 5 ust. 1 u.z.p.p. sformułować można jednoznaczny wniosek, iż zakres przedmiotowy wykonywania zawodu położnej obejmuje **sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, kierowanie na niezbędne badania** oraz prowadzenie/ /przyjmowanie porodu, a także prowadzenie działalności edukacyjno-zdrowotnej. Warto tu zwrócić uwagę, iż w myśl wykładni literalnej synonimem słowa „sprawowanie” jest słowo „prowadzenie”<sup>56</sup>.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położną kobiecie w ciąży musi następować z należytą starannością (art. 11 ust. 1 u.z.p.p. w zw. z art. 8 u.p.p.), z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej (art. 11 u.p.p.) oraz może być podejmowane tylko w celu określonym przez ustawodawcę (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.dz.l. w zw. z art. 8 u.p.p.). Osoby wykonujące zawód położnej muszą kierować się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodowe i dbałością o bezpieczeństwo pacjenta (art. 11 u.z.p.p. w zw. z art. 8 u.p.p.)<sup>57</sup>.

Położnicze świadczenia zdrowotne (działania medyczne) mogą być podejmowane tylko w celu określonym przez ustawodawcę (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.dz.l. w zw. z art. 8 u.p.p.), takim jak: zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawa stanu zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub wynikające z przepisów regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.dz.l.). Bez względu na to, czy świadczenie zdrowotne udzielane kobiecie w ciąży ma charakter jednorazowy czy ciągły, działania medyczne składają

<sup>56</sup> <http://www.synonimy.pl/synonim/sprawowanie/>, wejście na stronę czerwiec 2015 r.

<sup>57</sup> K. Wojtczak, Z. Leoński, *Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa–Poznań 1993, s. 7–35, za: M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 34–35; J. Bujny, *Prawa pacjenta, między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 110–116; D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, wyd. II, Warszawa 2012, s. 101 i n.



się na jeden cel, a zgodnie z obowiązującym stanem prawnym musi to być cel medyczny i musi on istnieć obiektywnie<sup>58</sup>. Dla osiągnięcia tego celu istotne są kompetencje i zasoby medyczne i techniczne osób biorących udział w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego kobiecie w okresie ciąży<sup>59</sup>. W zależności od tego, jak bardzo złożony jest medyczny cel danego świadczenia zdrowotnego, jego urzeczywistnienie może wymagać różnych działań<sup>60</sup>, zarówno ze strony położnej, jak i osób wykonujących inne zawody medyczne.

## 2. Pojęcie „ciąża fizjologiczna”

Zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej ciąża fizjologiczna oznacza ciążę przebiegającą w sposób prawidłowy (ust. 2 pkt. 5 - I Postanowienia ogólne standardów). Ustawodawca dla oceny, czy ciąża jest fizjologiczna posłużył się słowem „przebiegająca”. Jednocześnie ocena, że ciąża „przebiega” prawidłowo wymaga upływu „pewnego czasu”. Rozporządzenie nie zawiera żadnych wskazówek, co do długości okresu, po upływie którego można stwierdzić, iż ciąża przebiega prawidłowo. Brak takiej wskazówki w samym rozporządzeniu w sprawie standardów pozwala przyjąć, że kwestia ta została pozostawiona ocenie lekarza lub położnej, czyli osobom sprawującym opiekę nad kobietą w ciąży. Brak jest wyraźnych zasad współpracy w tym zakresie pomiędzy położną, a lekarzem. Ponadto, brak precyzyjności zdefiniowania ciąży fizjologicznej, pozostawia niedookreślony margines swobody, kiedy standardy mają zastosowanie, a kiedy nie. Z treści rozporządzenia o standardach nie wynika, od którego momentu osoby sprawujące opiekę są zobowiązane do stosowania wobec kobiety standardów opieki okołoporodowej. Brak jest w rozporządzeniu przepisu, który nakazywałby lekarzowi lub położnej przeprowadzenie badań potwierdzających w sposób pewny, iż kobieta jest w ciąży i można ją wyraźnie zaklasyfikować jako fizjologiczną, czyli ciążę, która w momencie jej stwierdzenia (rozpoznania) jest prawidłowa. Załącznik do rozporządzenia wskazuje jedynie na zalecane świadczenia profilaktyczne i działania w zakresie promocji zdrowia oraz badania diagnostyczne

---

<sup>58</sup> Na podstawie kryterium czasu świadczenia zdrowotne można podzielić na świadczenia jednorazowe i ciągłe. Ze świadczeniem jednorazowym mamy do czynienia w sytuacji, gdy jego spełnienie wymaga jednorazowego w zasadzie zachowania się dłużnika, choćby miało się na nie składać kilka czynności faktycznych (np. zbadanie, konsultacja i wypisanie recepty z instrukcją w przypadku grypy). Świadczenie ciągłe ma miejsce wówczas, gdy dłużnik jest zobowiązany do określonego zachowania (działania bądź zaniechania) przez pewien czas, i dodatkowo z uwagi na swój charakter nie może zostać spełnione jednorazowo (pobyt w szpitalu, badania, zabieg operacyjny, leczenie farmakologiczne).

<sup>59</sup> B. Detyna, J. Detyna, *Jakość usług medycznych...*, s. 40 i n.

<sup>60</sup> Realizacja jednego świadczenia może wymagać współpracy wielu osób, nie tylko podejmujących działania medyczne. Proces świadczenia zdrowotnych usług medycznych to inaczej suma czynności zawodowych wykonywanych przez różne zawody medyczne. Każdej czynności można zatem przypisać odpowiedni koszt wynikający z nakładów pracy kadry medycznej, zużywania leków czy innych materiałów medycznych, wykorzystywania sprzętu i urządzeń medycznych oraz powierzchni szpitala, a każdej usłudze działania, które są niezbędne dla jej świadczenia, C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne...*, s. 25 i n.



i konsultacje medyczne, wykonywane u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania.

Reasumując ten fragment opracowania, pod względem formalnym obecny stan prawny ustanawia bardzo precyzyjną linię demarkacyjną oddzielającą obszar, w którym opiekę może sprawować samodzielnie położna od obszaru, w którym tej opieki sprawować nie może. Kryterium podziału stanowią względy medyczne, tzn. objawy patologiczne w trakcie ciąży, których wystąpienie determinuje niezwłoczne przekazanie kobiety ciężarnej pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

### 3. Wybór położnej jako osoby sprawującej opiekę nad kobietą w ciąży

Grupa osób będących uprawnionymi do sprawowania opieki nad kobietą ciężarną jest ściśle doprecyzowana przez przepisy standardów - są to lekarze i położne. Zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej położna została zaliczona do „osób sprawujących opiekę”, tzn. sprawuje odpowiednio opiekę nad ciężarną i jest odpowiedzialna za prowadzenie porodu fizjologicznego (I Postanowienia ogólne ust. 2 pkt 7 standardów<sup>53</sup>). Elementem uzupełniającym tę definicję jest regulacja stanowiąca, że: „Realizacja praw pacjenta w przypadku sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży (...) polega w szczególności na (...) możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczenia, określonych w regulaminie porządkowym podmiotu wykonującego działalność leczniczą (pkt 12. 2 I Postanowienia ogólne standardów).

Standardy określają zasady postępowania w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt. 5 u.d.z.l w zw. z art. 22 ust. 5 u.d.z.l., czyli dla praktyk zawodowych położnych i praktyk zawodowych lekarzy, jak i dla podmiotów leczniczych, takich jak przychodnie i szpitale. Prawo kobiety do wyboru podmiotu sprawującego nad nią opiekę w trakcie ciąży jest ściśle i wzajemnie powiązane z obowiązkami podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, bezpieczeństwem zdrowotnym kobiety, należyta starannością i poszanowaniem etyki zawodowej (art. 6 i 8 u.z.p.p.). Położna z istoty swojego zawodu ma prawo sprawować opiekę nad kobietą w sytuacji ciąży zdiagnozowanej jako fizjologiczna bez względu na miejsce wykonywania zawodu, natomiast nie może takiej opieki sprawować w przypadku ciąży patologicznej (art. 5 ust.1 u.z.p.p. w zw. z art. 11 u.z.p.p.). Natomiast kobieta ma prawo swobodnego wyboru osoby sprawującej nad nią opiekę w czasie ciąży, zarówno spośród osób wykonujących zawód położnej, czy zawód lekarza w ramach praktyki zawodowej (w rozumieniu art. 18 i art. 19 u.d.z.l.), jak również spośród osób wykonujących zawód położnej czy lekarza w podmiotach leczniczych, jak przychodnia czy szpital. Należy tu zauważyć, iż skoro standardy opieki okołoporodowej przewidują takie rozwiązanie – to znaczy, że istnieją możliwości uszanowania woli pacjentki w tym względzie.

Można odwrócić w tym miejscu problem i zapytać, czy pacjentka w świetle przyjętych uregulowań zawsze ma prawo do wyboru osoby sprawującej nad nią opiekę w trakcie ciąży? Zależy to od rodzaju placówki leczniczej. Jest oczywiste, że zgłaszając się do położnej praktykującej indywidualnie pacjentka niejako automatycznie dokonuje wyboru osoby położnej. Podobnie może być, gdy zgłasza się do spółdzielni i rejestruje u określonej położnej.

Inaczej rzecz się ma w podmiotach leczniczych, tj. przychodniach i szpitalach, gdzie urzeczywistnienie prawa kobiety do takiego wyboru może być uzależnione od uwarunkowań organizacyjnych w podmiocie leczniczym, a usankcjonowanych w formie przyjętego i wdrożonego w życie regulaminu organizacyjnego. W praktyce może, choć nie musi, oznaczać to niejako „z góry” pozbawienie kobiety prawa wyboru konkretnej osoby, która miałyby sprawić opiekę nad nią w trakcie ciąży fizjologicznej.

Standardy dopuszczają możliwość wprowadzenia w podmiotach leczniczych ograniczeń mających jedynie uzasadnienia natury „organizacyjnej”. Oznacza to, iż szczególnie w dużych placówkach medycznych zatrudniających wiele osób, trudno jest przyznać pacjentce absolutne prawo wyboru konkretnej osoby (z imienia i nazwiska), która będzie sprawowała nad nią opiekę. Co do zasady, jeżeli kobieta nie godzi się na osobę konkretnej położnej czy konkretnego lekarza, może po prostu odmówić zgody na udzielanie przez nich świadczeń zdrowotnych. Taka ocena wynika przede wszystkim z faktu, iż relacja między pacjentką a położną (lekarzem) w przychodni czy szpitalu, udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie ma na ogół charakteru kontraktowego. Mimo to jednak powiązania faktyczne i prawne między tymi podmiotami niewątpliwie powinny być oparte o zaufaniu. Zatem jako zasadę ogólną należałoby by przyjąć możliwość wyboru konkretnej położnej (czy konkretnego lekarza), jako osoby mającej sprawować nad tą kobietą opiekę w trakcie ciąży.

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, zarówno lekarz, jak i położna mają ustawowe kompetencje do sprawowania opieki nad kobietą w sytuacji ciąży zdiagnozowanej jako fizjologiczna. Standardy narzucają podmiotom leczniczym obowiązek wypracowania zasad udzielania położniczych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z ich kwalifikacjami i uprawnieniami (art. 22 ust. 5 u.d.z.l. i art. 17 ust. 1 pkt 3 w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.z.l.). Regulamin nie może zawierać postanowień sprzecznych z powszechnie obowiązującym prawem, w szczególności z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej i z przepisami rozporządzenia w sprawie standardów. Dlatego jeżeli placówka lecznicza zatrudnia zarówno położne, jak i lekarzy, to regulamin organizacyjny nie może zawierać zapisów ograniczających kompetencje zawodowe żadnej z tych grup zawodowych.

Instrumentem, który pozwala usunąć wszelkie wątpliwości w tym względzie, na tle obecnego stanu prawnego, są standardy opieki okołoporodowej. Nie można również uniemożliwiać pacjentkom dokonywania tego rodzaju wyboru, poprzez stosowanie formularzy przeznaczonych do wyrażania zgody wyłącznie na wybór lekarza, z pominięciem położnych zatrudnionych w danej placówce, a mających kompetencje do sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży fizjologicznej. Upatruje się w takim oświadczeniu aktu zrzeczenia się prawa. Jednocześnie należy uznać, że jest to dopuszczalne i objęte uprawnieniem pacjentki



w ramach jej autonomii woli.

Warto jednakowoż zauważyć, iż w obecnym stanie prawnym prawo wyboru osoby sprawującej opiekę jest ograniczone z uwagi na fakt, iż prowadzenie ciąży przez położną nie jest objęte finansowaniem przez NFZ, co zostanie omówione w dalszej części opracowania.

#### **4. Zakres czynności wykonywanych przez położną w związku ze sprawowaniem opieki nad kobietą w ciąży**

Sformułowania ustawowe dotyczące zakresu czynności położnej w związku z opieką sprawowaną nad kobietą w okresie ciąży mają charakter ogólny, a ich uszczegółowienie następuje w wydanym rozporządzeniu wykonawczym określającym dokładnie poszczególne czynności, do jakich jest uprawniona położna oraz niezbędne do nich kwalifikacje (np. konieczność ukończenia odpowiedniego kursu lub posiadania specjalizacji). Art. 6 u.z.p.p. zawiera upoważnienie ustawowe dla Ministra właściwego do spraw zdrowia, aby po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych określił w drodze rozporządzenia:

- 1) rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez położną;
- 2) wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- 3) rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- 4) wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez położną - biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków.

Obecnie nadal na mocy art. 102 ust. 1 u.z.p.p. do czasu wydania nowego rozporządzenia wykonawczego obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (dalej: r.r.z.ś). A zatem pomimo upływu ponad czterech lat od wejścia ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Minister Zdrowia nie wydał nowego rozporządzenia regulującego zakres samodzielnie udzielanych świadczeń zdrowotnych przez położną.



Natomiast dział II załącznika rozporządzenia w sprawie standardów zawiera tabelę zatytułowaną: *Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania*. Tabela ta składa się z trzech kolumn: kolumna nr 1 określa termin badania, kolumna nr 2 wskazuje świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia, natomiast w kolumnie nr 3 określono badania diagnostyczne i konsultacje medyczne, które zaleca się do wykonania u kobiet w ciąży.

Tym samym zakres świadczeń, który został określony w przywołanej tabeli w II dziale załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów, określono jako **zakres świadczeń zalecanych** z precyzyjnym wskazaniem w kolumnie nr 1, kiedy te świadczenia mają być wykonywane. Ustawodawca posługując się przymiotnikiem „zalecany” przyjął iż „zakres świadczeń” określony w załączniku jest: celowy, korzystny, należyty, pomocy, potrzebny, pożądany, wskazany, rekomendowany<sup>61</sup>, ale nie obowiązkowy bezwzględnie. Pojawia się jednak pytanie o adresata przeprowadzenia tych świadczeń? Czy chodzi tu o sytuację, w której ustawodawca zaleca osobom sprawującym opiekę przeprowadzenie u kobiety danych świadczeń, nie czyniąc z tego ich obowiązku? Gdyby odpowiedź na to ostatnie pytanie była twierdząca (czyli osoba sprawująca opiekę nie ma obowiązku zlecenia wymienionych badań i konsultacji), to ustawodawca wykazałby się brakiem racjonalności. I tym samym cel standardów, jakim ma być zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentki i jej dziecka staje pod znakiem zapytania.

## 5. Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne oraz zasady ich wykonywania

Standardy szczegółowo odnoszą się do przebiegu wszystkich trymestrów ciąży, której poszczególne okresy podzielone są wedle tygodni. Schemat prowadzenia ciąży opiera się na, przypadających na określony przedział tygodni, świadczeniach profilaktycznych wykonywanych przez lekarza lub położną, działaniach w zakresie promocji zdrowia oraz badaniach diagnostycznych i konsultacjach medycznych.

Kolumna nr 2 dział II załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów określa zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia, które mają być wykonywane u kobiety w ciąży przez lekarza i położną.

Kolumna nr 3 dział II załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów określa badania diagnostyczne i konsultacje medyczne, które mają być wykonywane u kobiet w ciąży. Precyzyjnie określono przedziały czasowe okresu ciąży u kobiety i rodzaje badań diagnostycznych i konsultacji medycznych. Ustawodawca nie określił *expressis verbis*,

<sup>61</sup> <http://www.synonimy.proffnet.com/zalecany.html> data wejścia na stronę 14 stycznia 2013 r.



w porównaniu ze świadczeniami profilaktycznymi określonymi w kolumnie nr 2, kto ma zlecać wykonywanie tych badań diagnostycznych i konsultacji medycznych. Z regulacji prawnej zawartej w dziale II załącznika do rozporządzenia pod tabelą zatytułowaną *Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania*, wynika, że badania dodatkowe może zlecić osoba sprawująca opiekę, czyli lekarz lub położna (w rozumieniu pkt 2.7 I Postanowienia ogólne), natomiast brak wskazówki, kto ma wykonywać konsultacje medyczne.

O ile nie było żadnych wątpliwości co do uprawnienia lekarza do zlecenia badań diagnostycznych (art. 2 ust. 1 u.z.l.), to kwestia uprawnienia położnej do zlecenia badań diagnostycznych nie była tak oczywista. Zasadnicza zmiana w tym zakresie nastąpi z dniem 1 stycznia 2016 r.

Ustawa przewiduje, iż w zakresie przedmiotowym zawodu, położna jest uprawniona do prowadzenia w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej (art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 u.z.p.p.). W akcie wykonawczym sprecyzowano, iż położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie **świadczeń diagnostycznych** w szczególności (§ 6 pkt 2 r.r.z.ś.):

a) pobierania materiałów do badań i wykonywanie testów diagnostycznych:

- ciążowego;
- na obecność białka w moczu;
- oznaczenie poziomu glukozy we krwi;

b) kierowania na badania diagnostyczne lub pobierania materiałów do badań diagnostycznych (krew: morfologia, cukier, test obciążenia glukozą, przeciwciała anty Rh, HBS, odczyn serologiczny w kierunku kiły, test na fenylketonurię, test na hypotyreozę; mocz – badanie ogólne; wydzielina z dróg rodnych – GC i stopień czystości pochwy, cytologia szyjki macicy);

c) pobierania materiałów do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocina, wydzielina z dróg rodnych, inne wydzieliny);

d) wykonywania i interpretacji badań służących do oceny stanu zdrowia płodu i ciężarnej, polegających na:

- badaniu położniczym zewnętrznym;
- badaniu położniczym wewnętrznym;
- kardiokardiofonografii.

W praktyce jednak położna nie miała dotąd możliwości wydania pacjentce skierowania na wyżej wymienione badania diagnostyczne. W świetle dotychczas obowiązujących przepisów regulujących powszechny system świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, położna nie była podmiotem uprawnionym



do wydawania skierowania na wykonanie świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej. Uprawnienie takie miał jedynie lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego (art. 32 u.ś.o.z.). Ponadto, osobą uprawnioną do wykonywania badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej (w rozumieniu art. 2 u.d.l.) jest diagnosta laboratoryjny na podstawie zgody pacjenta lub zlecenia lekarskiego (art. 25 u.d.l.). W tej sytuacji położna mogła jedynie wskazać pacjentce w ciąży, jakie badania diagnostyczne należy wykonać. Aby jednak badania były refundowane przez Fundusz, pacjentka musiała uzyskać skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub od felczera ubezpieczenia zdrowotnego.

Z dniem 1 stycznia 2016 r. sytuacja położnych w tym zakresie zmienia się diametralnie. Zgodnie z art. 15a ust. 6 u.z.p.p. położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku położnictwo uzyskuje prawo do wystawiania skierowania na wykonywanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Wykaz badań diagnostycznych, na które położna będzie mogła wystawiać skierowania, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia wydane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 15a ust. 8 u.z.p.p. z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz. U. 2015, 1739). Położną uprawnioną do wydawania skierowań na badania diagnostyczne refundowane ze środków publicznych może być tzw. położna ubezpieczenia zdrowotnego (o której mowa poniżej).

Jednocześnie ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) nie definiuje pojęcia „skierowania”, czy też „skierowania położnej ubezpieczenia zdrowotnego”. Zgodnie z orzecznictwem sądowym, skierowanie, o którym wyżej mowa, jest aktem kończącym określoną procedurę medyczną. Zgodnie z art. 5 pkt. 42 u.ś.o.z. „procedura medyczna” oznacza postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej, przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych. Z prawnego punktu widzenia skierowanie na badania jest aktem wiedzy<sup>62</sup>. Warunkiem materialnym (merytorycznym) wydania takiej decyzji jest wynik przeprowadzonej procedury medycznej, w rozpatrywanym przypadku - postępowania diagnostycznego, przesądzającego o skierowaniu na takie badania. Akt wiedzy, jakim jest skierowanie lub odmowa skierowania na określone badania, może być obarczony błędem medycznym. Zakres tego błędu może być różny.

Wedle standardów bardzo istotna jest identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych przeprowadzana przez osobę sprawującą opiekę nad kobietą w ciąży, czyli położną lub lekarza. Standardy dzielą czynniki ryzyka

<sup>62</sup> Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, z dnia 27 września 2005 r. VI SA/Wa 828/05, LEX nr 195027.



z uwagi na sposób ich identyfikacji. Pierwszy rodzaj to identyfikacja na podstawie wywiadu, a więc badania podmiotowego, które przeprowadzane jest w każdym z 7 etapów ciąży. Drugi to te czynniki ryzyka, które mogą być rozpoznane w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badań diagnostycznych. Biorąc pod uwagę realizację prawa do świadomego udziału w opiece okołoporodowej, wszystkie zdefiniowane czynniki ryzyka zarówno dla kobiety ciężarnej, dla płodu i powodzenia samego porodu muszą być wnikliwie omówione z ciężarną. Powyższe ma na celu podjęcie przez kobietę świadomej decyzji o wyborze miejsca porodu, która z uwagi na te czynniki może podlegać określonym ograniczeniom. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia położna musi każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej (Załącznik do rozporządzenia w sprawie standardów: III. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych).

W tym miejscu należy również podkreślić, iż postanowienia standardów odnoszą się zwykle do sytuacji przeciętnej, najczęściej występującej. W praktyce występują również sytuacje odbiegające od przeciętnej i wtedy postępowanie może, a nawet powinno odbiegać od zalecanego. I tu kluczową kwestią będzie postępowanie położnej zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej (art. 4 u.z.l.; art. 11 ust. 1 u.z.p.p.). „Osoba sprawująca opiekę (...) może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub połogu” (część II załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów, pod tabelą zatytułowaną *Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania*). Położna ma ustawowy obowiązek udzielić pacjentce informacji o jej stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki podczas ciąży (art. 16 ust. 1 pkt 2 u.z.p.p.). W sytuacji, w której ustawodawca stwarza prawną możliwość wyboru przez pacjentkę położnej jako osoby prowadzącej ciążę, położna, kierując się nakazem dbania o dobro pacjentki, wybiera i proponuje tę spośród możliwych metod diagnostycznych lub terapeutycznych, która jest najbardziej korzystna dla tej pacjentki. Odmienny system, oparty na założeniu, że wyboru dokonuje sama pacjentka, bez jakiegokolwiek sugestii ze strony położnej, nie odpowiadałby realiom społecznym i wbrew pozorom nie urzeczywistniałby zasady autonomii woli pacjenta<sup>63</sup>. Jednocześnie nie można zmuszać pacjentki do poddania się czynnościom medycznym tylko dlatego, że zostały zapisane w standardach. Należy uszanować wolę pacjentki, a osoba wykonująca zawód medyczny ma prawo ingerowania w nią tylko w sytuacjach ściśle przez prawo przewidzianych ze względu na dobro pacjentki<sup>64</sup>.

Tym samym „zalecane świadczenia zdrowotne” stanowią zakres świadczeń, które osoba sprawująca opiekę jest prawnie zobowiązana zaproponować kobiecie w ciąży do wykonania, ale kobieta musi wyrazić na nie poinformowaną zgodę. Pacjentka powinna

---

<sup>63</sup> B. Janiszewska, *Obowiązek informacyjny a zaniechanie zabiegu*, (w:) *Prawo wobec medycyny i biotechnologii*. Zbiór orzeczeń z komentarzami, pod. red. M. Safjana, Warszawa 2011 r.

<sup>64</sup> A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 122.

otrzymać informacje o konieczności ich wykonania. A zatem chodzi o świadczenia „zalecane” kobiecie przez osoby sprawujące opiekę. Brak zaproponowania realizacji świadczeń należy rozpatrywać w kategoriach naruszenia standardów, czyli przepisów prawa. Ponadto, osoba sprawująca opiekę, z uwagi na stan zdrowia ciężarnej lub gdy wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub połogu, powinna zlecić przeprowadzenie dodatkowych badań, innych niż te wymienione w tabeli w II dziale.

Ustawodawca w bardzo enigmatyczny sposób wskazuje, kiedy należy zastosować „dodatkowe procedury” wykraczające poza niniejsze standardy. Zgodnie z treścią załącznika do rozporządzenia (pkt 3 – I Postanowienia ogólne): „Ingerencja w naturalny proces ciąży, (...) wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem. Uzasadniona konieczność ingerencji w naturalny proces ciąży (...), w szczególności leczenie cukrzycy ciężarnych, (...), oznacza, że ciąża (...) wymaga zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza niniejsze standardy”.

Z uwagi na temat analizy należy podkreślić prawną odpowiedzialność położnej za postępowanie zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

## 6. Położna ubezpieczenia zdrowotnego

Dotychczasowa analiza zagadnienia pozwala na stwierdzenie, iż nowelizacja ustawy o pielęgniarstwie i położnictwie w zakresie kierowania pacjentką na badania diagnostyczne, w sposób jednoznaczny pozwala na profesjonalne prowadzenie ciąży fizjologicznej przez położną, a pacjentka ma wybór, kto będzie osobą sprawującą nad nią opiekę w tym okresie. Ponadto, dla zapewnienia gwarancji tej opieki przepisy pozwalają na stworzenie modelu opieki nad kobietą w ciąży w oparciu o partnerską współpracę położnych i lekarzy. Dotychczas jednak NFZ nie zawierał z położnymi umów na tego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej, choć z prawnego punktu widzenia nie ma żadnych przeszkód prawnych, aby umożliwić położnym samodzielne wykonywanie zawodu i urzeczywistnić przyjęty stan prawny.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem (art. 132 ust. 1 i ust. 3 *a contrario* u.ś.o.z.).

Osoba wykonująca zawód położnej może uzyskać status położnej ubezpieczenia zdrowotnego na dwa sposoby. Po pierwsze, poprzez uzyskanie statusu świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 132 ust. 3 *a contrario* u.ś.o.z.). Po drugie, gdy położna jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 5 pkt. 26 u.ś.o.z.). Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń



opieki zdrowotnej na zasadach określonych w stosownych przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 132 ust. 2 u.ś.o.z.).

Kontrakty, czyli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawiera się w trybie konkursu ofert albo rokowań. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców określa Prezes NFZ, wydając odpowiednie zarządzenia. Są one jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania (art. 146 i 147 u.s.o.z.). NFZ udostępnia je co roku na swoich stronach internetowych w dziale „Kontraktowanie”.

Konkursu ofert ani rokowań nie przeprowadza się przy zawieraniu umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (poz). Ustawodawca w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U, poz. 1248) nie obejmuje szczegółowego zakresu zadań położnej podstawowej opieki zdrowotnej w porównaniu z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005, Nr 214, poz.1816). Obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2013 r. w części I załącznika 3 wskazuje jedynie, iż świadczenia gwarantowane udzielane przez położną podstawowej opieki zdrowotnej obejmują: wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych; wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie; wizytę patronażową, zgodnie z warunkami określonymi w przywołanym rozporządzeniu oraz wizytę profilaktyczną.

Pacjentki dokonują wyboru położnej p.o.z. poprzez złożenie pisemnego oświadczenia woli, zwanego deklaracją wyboru. Deklaracja wyboru nie wiąże pacjentki w zakresie opieki nocnej i świątecznej (art. 28 ust. 1 i art. 56 ust. 1, 1a i 3 u.ś.o.z.). Kobieta dokonując wyboru, może wybrać:

1) położną wykonującą zawód u świadczeniodawcy, jednocześnie wybór lekarza, pielęgniarki p.o.z. lub położnej p.o.z. może mieć miejsce u tego samego świadczeniodawcy, albo u różnych świadczeniodawców, albo

2) położną, która jest stroną umowy z NFZ i uzyskała tytuł świadczeniodawcy.

Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru położnej, nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 złotych. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybraną położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy. Opłata stanowi przychód podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (art. 28 u.s.o.z.).

„Osoba sprawująca opiekę (...) jeśli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, kieruje kobietę w okresie pomiędzy 21-26 tyg. ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką w miejscu, w którym będzie przebywała po porodzie”

(Część II załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów, pod tabelą zatytułowaną *Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania*).

## 7. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W Polsce świadczenia opieki zdrowotnej są w kluczowym zakresie finansowane ze środków publicznych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.), a każda kobieta w ciąży ma prawo do opieki w czasie ciąży, albo z tytułu objęcia ją obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, albo z innego tytułu (art. 2 ust. 1 pkt 1 i pkt 4 u.ś.o.z.). Zasady dostępu do zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w związku z ciążą, finansowanych ze środków publicznych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2015, poz. 1400). Jednocześnie standardy opieki okołoporodowej określone przez Ministra Zdrowia mają charakter prawa powszechnie obowiązującego, co oznacza, iż są wiążące w swojej treści zarówno dla Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i dla realizatorów umów zawartych z Funduszem. Tym samym w sytuacji, gdy ustawodawca kreuje normatywne standardy postępowania medycznego, wyznacza jednocześnie granice świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z § 5.1. r.o.w.u.: świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu (...)”. Powyższe unormowania o charakterze ogólnym są uściślone na poziomie zarządzeń Prezesa NFZ zarówno w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, jak i przy świadczeniach udzielanych w warunkach szpitalnych. W odniesieniu do szczegółowych uregulowań tych zagadnień należy sięgnąć do Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zabezpieczających świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie sprawowania opieki nad kobietą w ciąży na rok 2016 r. Pomimo braku wątpliwości na gruncie obowiązującego stanu prawnego co do możliwości zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na świadczenia udzielane przez położną w ramach sprawowania przez nią samodzielnej opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2015, poz. 1400) brak jest określenia zasad współpracy pomiędzy położną a lekarzem. Na przykład w § 12. ust. 1. r.o.w.u. mowa jest, iż: „Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia



szpitalnego, dołącza do skierowania: 1) kopię wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będących w jego posiadaniu, umożliwiającym lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania; 2) istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu. W przypadku skierowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego przez felczera ubezpieczenia zdrowotnego przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio(...)”. Podobny zapis powinien dotyczyć opieki w relacjach położna – pacjentka – lekarz. Brak określenia wyraźnych zasad wzajemnej komunikacji może stanowić poważne utrudnienie w praktycznej współpracy.

## IV. Prawo do wystawiania recept

### 1. Ordynacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

Odrębnego omówienia wymaga fakt, iż od dnia 1 stycznia 2016 r. położne, po spełnieniu odpowiednich warunków, uzyskują prawo do ordynowania leków i wyrobów medycznych, czyli prawo do wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne. Tym samym ustawodawca rozszerzył krąg osób uprawnionych do wystawiania recept, o którym mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (dalej: u.p.f.). Szczegółowe regulacje w tym zakresie zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz. U. 2015, 1739). Przy wystawianiu zleceń i recept na wyroby medyczne pielęgniarki i położne powinny korzystać z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Należy tu wskazać na dwie sytuacje.

**Po pierwsze**, zgodnie z art. 15a ust. 1 u.z.p.p. w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych położna posiadająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku położnictwo

oraz położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa **ma prawo samodzielnie:**

1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty;

2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty.

Przed dokonaniem samodzielnej ordynacji leków lub wyrobów medycznych położna jest zobowiązana do uprzedniego, osobistego fizykalnego zbadania pacjentki w ciąży (art. 15b ust. 1 u.z.p.p.). Natomiast położna bez dokonania osobistego badania pacjentki, może wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjentki odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W sytuacji kontynuacji leczenia, recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

1) osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;

2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

Upoważnienie lub oświadczenie odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjentki albo dołącza do tej dokumentacji. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjentki albo dołącza do tej dokumentacji (art. 15b ust. 2-5 u.z.p.p.).

**Po drugie**, zgodnie z art. 15a ust. 2 u.z.p.p. w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji położna posiadająca dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku położnictwo ma prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, niezbędne do **kontynuacji leczenia**. A zatem mowa jest tu o sytuacji kontynuowania leczenia wcześniej zaordynowanego przez lekarza. Ustawodawca nie przewiduje w tych sytuacji przesłanki uprzedniego zbadania pacjentki.

Wspólną przesłanką dla dwóch opisanych powyżej sytuacji jest ustawowy obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego przez położne, zarówno te, które będą samodzielnie ordynować leki i wyroby medyczne, jak i te, które będą wystawiać recepty jako kontynuację leczenia w zakresie zlecenia lekarskiego. Jednak kursu takiego nie będą musiały odbyć położne, które wiedzę odpowiadającą programowi kursu nabeżdą w ramach kształcenia w szkole położnych (art. 15a ust. 7 u.z.p.p.).



Pomimo, iż ustawodawca wyodrębnia dwie grupy położnych uprawnionych do ordynowania leków i wyrobów medycznych, to z punktu widzenia odpowiedzialności prawnej takie wyodrębnienie nie ma zasadniczo znaczenia. Zarówno w przypadku, gdy położna samodzielnie podejmuje decyzję o wyborze kuracji i ordynuje leki, jak w sytuacji, gdy podejmuje tylko decyzję o kontynuacji leczenia w zakresie zlecenia lekarskiego, ponosić będzie odpowiedzialność prawną za ewentualne szkody z tym związane.

Podobnie, jak obecnie lekarze, położne mogą w takim przypadku zostać pociągnięte do odpowiedzialności cywilnej i karnej. Dokładne omówienie tego zagadnienia przekracza zakres tej analizy, natomiast można wskazać jedynie na ogólne przesłanki tej odpowiedzialności. Dla przypisania położnej odpowiedzialności cywilnej muszą zaistnieć następujące przesłanki: wina, szkoda oraz występujący między zawinionym postępowaniem położnej a szkodą tzw. adekwatny związek przyczynowy. „Wina obejmuje zarówno element obiektywny (bezprawność), czyli naruszenie reguł prawidłowego postępowania, jak również subiektywny (przypisywalność) w postaci np. niedbalstwa czy lekceważenia obowiązków”. Z kolei w przypadku odpowiedzialności karnej, muszą występować łącznie następujące przesłanki: błąd, negatywne następstwa dla zdrowia lub życia pacjenta (np. uszkodzenie ciała, spowodowanie śmierci), wina, a także związek przyczynowy między błędem a negatywnymi następstwami.

Natomiast różnica w zakresie odpowiedzialności może polegać na tym, iż w przypadku podjęcia samodzielnej decyzji co do zastosowanego leczenia położna ponosi odpowiedzialność sama, a w przypadku kontynuacji leczenia w ramach realizacji zlecenia lekarskiego, trzeba będzie rozważyć zarówno postępowanie lekarza, jak i położnej.

## 2. Zawieranie umów upoważniających z NFZ

Położne, które będą chciały wystawiać recepty będą musiały zawierać umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z art. 48 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (dalej: u.r.l.), **umowa upoważniająca położną do wystawiania recept refundowanych zawierana będzie na czas nieokreślony**. Będzie ona określać w szczególności:

- 1) zobowiązania położnej oraz Funduszu;
- 2) miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego;
- 3) kary umowne;
- 4) warunki jej wypowiedzenia albo rozwiązania.

Umowa ta uszczegółowi zobowiązania położnych, ponadto określi wysokość kar umownych oraz wskaże, za nieprzestrzeganie których postanowień umowy będą one nakładane.



Obecnie umowa na realizację recept zawierana z lekarzami umożliwia Funduszowi nakładanie kar umownych za:

- 1) każdą nieprawidłowo wystawioną receptę - 200 zł;
- 2) a także dodatkowo za każde z następujących, stwierdzonych w okresie objętym kontrolą, nieprawidłowości:
  - a) ustalenie lub oznaczenie poziomu odpłatności niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
  - b) nieprowadzenie dokumentacji medycznej,
  - c) prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z przepisami prawa mającymi wpływ na prawo do refundacji, wysokość dopłaty pacjenta lub kwotę refundacji,
  - d) brak niezwłocznego zgłoszenia utraty lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
  - e) nieudostępnienie dokumentacji medycznej w trakcie kontroli,
  - f) udostępnienie osobom trzecim druków recept,
  - g) ponowne wykorzystanie recepty numerowanej,
  - h) niepowiadomienie NFZ o utracie recept.

Ponadto kara 100 zł obowiązuje za niepowiadomienie NFZ o zmianie danych osobowych lekarza, w tym adresu do korespondencji, a 700 zł za niezawarcie aneksu wskazującego nowe miejsce udzielania świadczeń. Wskazać należy również, że wyżej wymienione kary sumują się.

Umowę na wystawianie recept refundowanych przez położną zawierać będzie dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przez położną. W przypadku, gdy właściwym do zawarcia umowy będzie więcej niż jeden dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, umowa będzie zawierana z każdym z tych dyrektorów.

W przypadku wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne, na położną nałożono obowiązek odnotowywania na recepcie odpłatności, jeśli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w co najmniej dwóch odpłatnościach, o których mowa w art. 6 ust. 2 u.r.l. (art. 15a ust. 4 u.z.p.p.).

Położna, wystawiając receptę, jest obowiązana do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej pacjentki przyczyny dokonania adnotacji o niemożności dokonania zamiany przepisanego leku (art. 15a ust. 5 u.z.p.p.).

Szczegółowe zasady wystawiania recept przez pielęgniarki i położne określi rozporządzenie Ministra Zdrowia wydane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 15a ust. 8 u.z.p.p.

Z faktem zawarcia przez położną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, łączy się zobowiązanie do poddawania się kontroli przeprowadzanej lub zlecanej przez NFZ w zakresie wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego



przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne (art. 48 ust. 7 u.r.l.). Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, kontrola ordynacji lekarskiej przeprowadzana przez NFZ obejmuje m.in. badanie zgodności danych zamieszczonych na receptce z prowadzoną dokumentacją medyczną, prawidłowości wystawienia recepty oraz zgodności jej wystawienia z przepisami prawa. NFZ sprawdza np. zasadność wyboru leków i wyrobów medycznych, która jest z kolei ściśle powiązana ze wskazaniami refundacyjnymi, w których lek jest finansowany ze środków publicznych. A zatem NFZ weryfikuje, czy przepisany na receptce lek został zaordynowany pacjentowi, który posiadał cechy określone we wskazaniach refundacyjnych sprecyzowanych w obwieszczeniu ministra właściwego do spraw zdrowia zawierającym listę leków, względem których wydano decyzję o objęciu refundacją. Tym samym położne wystawiające recepty refundowane będą musiały znać aktualne wykazy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i prawidłowo dokonywać wpisów w dokumentacji medycznej, które uzasadnią zastosowanie leku u konkretnego pacjenta zgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi. Będą też rozliczane za nieprawidłowe wypisanie recepty.

### 3. Reklama produktów leczniczych

Prawo położnych do samodzielnego ordynowania leków oraz wyrobów medycznych oznacza zmianę postrzegania ich statusu jako potencjalnych adresatów ofert firm farmaceutycznych. Dlatego należy tu podkreślić, iż położnych będą od 1 stycznia 2016 r. dotyczyły m.in. zapisy odnoszące się do reklamy produktów leczniczych kierowanej do profesjonalistów. Istotne jest zatem, aby położne znały w tym zakresie obowiązujące przepisy i je przestrzegały.

Reklamą produktu leczniczego jest działalność polegająca na informowaniu lub zachęcaniu do stosowania produktu leczniczego, mająca na celu zwiększenie: liczby przepisywanych recept, dostarczenia, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych. Reklama ta dzieli się na reklamę skierowaną do ogółu społeczeństwa oraz reklamę kierowaną do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi (art. 52 ust. 1 u.p.f.).

Wśród form reklamy skierowanej do osób uprawnionych do wystawiania recept aktualnie można wyróżnić m.in.:

- 1) reklamę produktu leczniczego;
- 2) odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept przez przedstawicieli handlowych lub medycznych;
- 3) dostarczanie próbek produktów leczniczych;
- 4) sponsorowanie spotkań promocyjnych dla osób upoważnionych do wystawiania recept;

- 5) sponsorowanie konferencji, zjazdów i kongresów naukowych dla osób upoważnionych do wystawiania recept.

Reklama adresowana do profesjonalistów ma zupełnie inny charakter, niż reklama kierowana do konsumentów. Kierowana jest do fachowców i w znacznie większym stopniu może być traktowana jako przekaz informacyjny. Zgodnie z przepisami ustawy Prawo farmaceutyczne, reklama produktu leczniczego kierowana do osób uprawnionych do wystawiania recept powinna zawierać informacje zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego i informację o przyznanej kategorii dostępności, a w przypadku produktów leczniczych umieszczonych na wykazach leków refundowanych - również informację o cenie urzędowej detalicznej i maksymalnej kwocie dopłaty ponoszonej przez pacjenta (art. 54 ust. 1 u.p.f.). Dokumentacja przekazywana „profesjonalistom” powinna zgodnie zawierać informacje rzetelne, aktualne, sprawdzalne i na tyle kompletne, aby umożliwić odbiorcy dokonanie własnej oceny wartości terapeutycznej produktu leczniczego, a także informacje o dacie jej sporządzenia lub ostatniej aktualizacji. Prawo farmaceutyczne nakazuje również, aby cytaty, tabele i inne ilustracje pochodzące z piśmiennictwa naukowego lub innych prac naukowych były wiernie odtworzone oraz zawierały wskazanie źródła. Zasady prowadzenia reklamy skierowanej do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi uszczegóławia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych. Zgodnie z §12 ust. 1 tego rozporządzenia reklama skierowana do profesjonalistów musi zawierać następujące dane:

- 1) nazwę produktu leczniczego i nazwę powszechnie stosowaną,
- 2) skład jakościowy i ilościowy w odniesieniu do substancji czynnych oraz tych substancji pomocniczych, które mają istotne znaczenie dla właściwego stosowania produktu leczniczego,
- 3) postać farmaceutyczną,
- 4) wskazanie lub wskazania terapeutyczne do stosowania,
- 5) dawkowanie i sposób podawania,
- 6) przeciwwskazania,
- 7) specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania,
- 8) działania niepożądane,
- 9) wskazanie podmiotu odpowiedzialnego,
- 10) numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu i nazwę organu,
- 11) informacje, o których mowa w art. 54 ust. 1 u.p.f.



## Podsumowanie

Zasady wykonywania zawodu położnej mają charakter obligatoryjny (obowiązkowy)<sup>65</sup>, na osobach wykonujących ten zawód ciąży prawny obowiązek ich stosowania<sup>66</sup>. Jest to standard wymagany przepisami prawa i co do zasady nie można prawnych zasad wykonywania zawodu zaniechać lub ich odmówić, powołując się na odmienne pozaprawne tradycje wykonywania określonego zawodu<sup>67</sup> lub zwyczaj panujący w miejscu wykonywania zawodu, czy na odmienne rozumienie zasad etyki zawodowej. Zasady te mają charakter powszechny. W zakresie przyjętym przez ustawodawcę, dotyczą wszystkich osób wykonujących zawód położnej i obowiązują niezależnie od prawnej formy wykonywania zawodu (status pracowniczy, status niepracowniczy, status przedsiębiorcy). Zasady te mają charakter nadrzędny przed postanowieniami zawartymi w aktach regulujących wewnętrzne funkcjonowanie podmiotów będących miejscem wykonywania zawodu położnej. Wewnętrzne akty o charakterze organizacyjno-normatywnym nie mogą zawierać postanowień, które byłyby sprzeczne z zasadami wykonywania danego zawodu. Ten sam wymóg odnosi się do umów zawieranych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych. Postanowienia takich umów nie mogą być sprzeczne z zasadami wykonywania zawodu położnej. Co więcej, postanowienia aktów organizacyjno - normatywnych oraz postanowienia umów zawieranych ze świadczeniodawcami w ramach ubezpieczenia zdrowotnego muszą być tak sformułowane, aby ich wykonywanie umożliwiło rzeczywiste, a nie tylko formalne, przestrzeganie i respektowanie zasad w trakcie wykonywania zawodu położnej<sup>68</sup>.

Obowiązek respektowania zasady wykonywania zawodu położnej niezależnie od uwarunkowań organizacyjno-prawnych stanowi niezaprzeczalny wyraz samodzielności tego zawodu. Zasady te mają bezpośrednie zastosowanie w trakcie wykonywania zawodu,

---

<sup>65</sup> M. Żelichowski, *Zasady wykonywania zawodu lekarza – wprowadzenie*, Medycyna Praktyczna 2007, nr 1.

<sup>66</sup> Art. 53 u.i.l.: „Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie (...) przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”; art. 36 u.s.p.p.: „Członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej (...) za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej”; art. 45 u.i.a.: „Członkowie samorządu aptekarskiego podlegają odpowiedzialności zawodowej (...) za postępowanie sprzeczne (...) z przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu aptekarza”; art. 56 u.d.l.: „Diagności laboratoryjni podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej (...) za czyny sprzeczne z (...) przepisami dotyczącymi wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej”.

<sup>67</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 39 i n.

<sup>68</sup> M. Żelichowski, *Zasady wykonywania zawodu lekarza – wprowadzenie*, Medycyna Praktyczna 2007, nr 1.

nie podlegają modyfikacjom w ramach umowy pracowniczej czy cywilnoprawnej zawieranej przez osobę wykonującą zawód medyczny z podmiotem zatrudniającym, jak również nie podlegają modyfikacji w przypadku prowadzenia własnej działalności gospodarczej<sup>69</sup>. Nie podlegają także niekorzystnej modyfikacji w bezpośredniej umowie z pacjentem. Ewentualne postanowienia umów zawarte z osobami wykonującymi zawód położnej, które byłyby sprzeczne z tymi zasadami, nie są dla nich wiążące.

Uregulowania prawne funkcjonowania zawodu położnej wskazują na autonomię grupową, rozumianą jako prawo decydowania o sposobie organizowania i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Kryterium podziału działań medycznych pomiędzy poszczególne zawody medyczne i określenie katalogu wykonywanych samodzielnie przez położną świadczeń zdrowotnych w procesie opieki nad kobietą w ciąży musi uwzględniać zakres wiedzy i umiejętności nabytych przez osoby wykonujące zawód położnej w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego. W przypadku położnych kryterium to jest spełnione. Formułowane przez ustawodawcę w rozporządzeniu wykonawczym standardy ograniczające ustawowe uprawnienia osób wykonujących zawód położnej albo wprowadzanie zarządzeń Prezesa NFZ udaremniające samodzielne wykonywanie zawodu położnej może stanowić przyczynę stwierdzenia niezgodności tych aktów prawnych z Konstytucją RP<sup>70</sup>.

Proces profesjonalizacji grupy zawodowej położnych zmusza do rozstrzygnięcia trudnej kwestii podziału kompetencji zawodowych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych nad kobietą w okresie ciąży. W prawie pracy idea samodzielnego pracownika wykonującego zawód medyczny wyraża się w konstrukcji podporządkowania autonomicznego i jest kluczowym elementem najnowszych teorii zarządzania oraz wynikających z nich norm zarządzania wprowadzanych wewnątrz podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Władza nad pracownikiem medycznym w podmiocie leczniczym nie wynika już z tradycyjnej hierarchii zawodów medycznych, ale z faktu oceny przez przełożonych stosowania abstrakcyjnych norm regulujących proces świadczenia zdrowotnego.

---

<sup>69</sup> W uzasadnieniu wyroku z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, opubl. Prawo i Medycyna 2006, nr 2, s. 141, w związku ze sprawą tzw. ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych w sytuacji przypadku niecierpiącego zwłoki z art. 30 u.z.l., Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że lekarz bez względu na podstawę zatrudnienia ma w zakresie procedur medycznych samodzielność, gdyż obowiązek udzielania w takim przypadku pomocy lekarskiej jest jego własnym obowiązkiem.

<sup>70</sup> Na ten problem zwrócił uwagę TK w odniesieniu do podziału zakresu uprawnień pomiędzy lekarzy weterynarii oraz zawodowych techników weterynarii. Orzeczenia TK: z dnia 22 listopada 1993 r., U 7/92, OTK 1993, nr 2, poz. 38; z dnia 25 kwietnia 1995 r., U 9/94, OTK 1995, nr 1, poz. 11 oraz wyrok TK z dnia 18 marca 2003 r., K 50/01, OTK-A 2003, nr 3, poz. 21.



## Rekomendacje

1. Pomimo przykładowego wyliczenia świadczeń zdrowotnych udzielanych przez położną w świetle art. 5 ust. 1 u.z.p.p. z analizy tej ustawy wynika jednoznaczny wniosek, iż zakres przedmiotowy wykonywania zawodu położnej obejmuje **sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, kierowanie na niezbędne badania** oraz prowadzenie/przyjmowanie porodu, a także prowadzenie działalności edukacyjno-zdrowotnej. Zakres tych kompetencji musi być w sposób transparentny uregulowany w aktach wykonawczych.
2. W związku z wejściem w życie zmian prawnych umożliwiających położnym wystawianie skierowań na badania diagnostyczne i zawieranie umów na wystawianie recept refundowanych, konieczne jest przyspieszenie prac legislacyjnych w zakresie wydania nowego aktu wykonawczego przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 6 u.z.p.p. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez położną, z uwzględnieniem rozwiązań przyjętych w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej.
3. Konieczne jest wprowadzenie zmian w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Wprawdzie ustawodawca, jakim jest Minister Zdrowia podpisał dnia 20 września 2012 r. rozporządzenie 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 (Dz. U. 2012.1100), ale paradoksalnie przywołane rozporządzenie nie precyzuje wyraźnie reguł współpracy pomiędzy położną a lekarzem w sytuacji sprawowania opieki nad kobietą ciężarną. Natomiast takie zasady zostały wyraźnie ustalone odnośnie sprawowania opieki nad kobietą rodzącą.
4. Brak wyraźnego określenia zakresów obowiązków osób sprawujących opiekę nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej oraz podziału kompetencji pomiędzy położną a lekarzem, może w niektórych sytuacjach czynić te standardy mało czytelnymi i budzącymi praktyczne wątpliwości (pkt 7 I Postanowienia ogólne). W ramach standardów należy doprecyzować zakres czynności zawodowych wykonywanych przez położną w ramach opieki nad kobietą w okresie ciąży oraz określić zasady współpracy z lekarzem w zakresie konsultowania stanu zdrowia pacjentki, aby optymalnie monitorować przebieg ciąży.

5. Konieczne jest przygotowanie i zawarcie przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na opiekę położniczą sprawowaną przez położne. Wymaga to nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i rozszerzenia zakresu przedmiotowego tego rozporządzenia o zakres świadczeń opieki zdrowotnej świadczonych przez położne oraz uregulowanie zakresu współpracy położnej ubezpieczenia zdrowotnego z lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie opieki nad kobietą w ciąży oraz wydania stosowanych zarządzeń Prezesa NFZ.
6. W zakresie kompetencji do wystawiania recept brak jest przepisów przejściowych uwzględniających sytuację położnych z wieloletnim doświadczeniem zawodowym, ale bez tytułu licencjata lub magistra w zakresie położnictwa. Natomiast dla wszystkich położnych, które chcą ordynować samodzielnie leki, konieczne jest zapewnienie systematycznego kształcenia podyplomowego w zakresie farmacji. Uzyskiwanie takiej wiedzy tylko w ramach kształcenia w szkołach położnych uważam za całkowicie niewystarczające.
7. Doprecyzowania wymaga ustawowe uregulowanie prawa pacjentki do wyboru osoby sprawującej nad nią opiekę w trakcie ciąży. Prawo pacjentki do wyboru osoby sprawującej nad nią opiekę w trakcie ciąży powinna gwarantować ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wprowadzanie prawa wyboru osoby sprawującej opiekę nad kobietą aktem wykonawczym, który jednocześnie dopuszcza możliwość ograniczenia tego prawa regulacjami wewnętrznymi podmiotu leczniczego narusza zasady dobrej legislacji w demokratycznym państwie prawa.
8. Konieczna jest nowelizacja przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie prawa do wyrażania zgody na świadczenie zdrowotne oraz prawa do uzyskania informacji o stanie zdrowia. W sytuacji rozszerzenia zakresu kompetencji położnej w zakresie: przeprowadzania osobistego badania i *de facto* orzekania o stanie zdrowia, kierowania na badania diagnostyczne i ordynowania leków, ustawa ta wymaga stosownych zmian legislacyjnych, aby zagwarantować pacjentkom ich prawa.

## Dorota Karkowska

Doktor habilitowany nauk prawnych, profesor w Katedrze Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego, ekspertka w zakresie prawa medycznego, członkini Rady Fundacji Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, założycielka i członkini zarządu Fundacji Eksperci dla Zdrowia.



Fundacja  
Rodzić po Ludzku