

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2015 r.

w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 788 i 905) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się standard postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Standard stosuje się w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia bólu porodowego w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

§ 3. W okresie 7 lat od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia położna, która:

- 1) nie posiada tytułu magistra położnictwa,
- 2) nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki,
- 3) nie ukończyła kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki,
- 4) nie ukończyła kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii,
- 5) nie ukończyła kursu specjalistycznego w zakresie analgezji porodu

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

– może wykonywać zadania położnej anestezjologicznej wobec rodzącej, u której zastosowano analgezję regionalną, pod warunkiem, że legitymuje się udokumentowanym 5–letnim stażem pracy w bloku porodowym.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia

**Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym**

DYREKTOR
Departamentu Prawnego

Władysław Kuzon
radca prawny

K. Boranin
07.09.2015
e-mail

Strona 2 z 1 **ZASTĘPCA DYREKTORA**
Departamentu Prawnego

Alina Budaszczyńska-Makulska

7.09.2015.

Projekt z dnia 01 września 2015 r.

Standard postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego

I. Postanowienia ogólne

1. Łagodzenie bólu porodowego stanowi jeden z elementów świadczenia zdrowotnego, scharakteryzowanego procedurą medyczną jako poród samoistny i obejmuje wszystkie metody, których skuteczność została udowodniona naukowo.
2. Użyte w standardzie określenia oznaczają:
 - 1) lekarz położnik – lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lub odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie położnictwa i ginekologii pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii;
 - 2) lekarz prowadzący analgezję zewnątrzoponową porodu – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii; lub posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, po ukończeniu drugiego roku szkolenia, pod warunkiem, że znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
 - 3) położna anestezjologiczna – położną posiadającą tytuł magistra położnictwa lub, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;
 - 4) pielęgniarka anestezjologiczna – pielęgniarkę, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
 - 5) położna – położną, która ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie analgezji porodu;
 - 6) lekarz neonatolog – lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii;
 - 7) lekarz pediatra – lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii.

3. W podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, zwanym dalej „podmiotem leczniczym”, posiadającym oddział położniczy opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający niniejszy standard i dostępne w podmiocie leczniczym metody łagodzenia bólu porodowego.
4. Uzgodniony pomiędzy zatrudnionymi w podmiocie leczniczym przedstawicielami lekarzy prowadzących analgezję zewnątrzoponową porodu, lekarzy położników, lekarzy neonatologów lub lekarzy pediatrów, położnych i pielęgniarek oraz położnych anestezjologicznych i pielęgniarek anestezjologicznych tryb postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu leczniczego, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych.
5. Kierownik podmiotu leczniczego w porozumieniu z lekarzem kierującym zespołem położniczym oraz lekarzem kierującym zespołem anestezjologii i intensywnej terapii, położną oddziałową oddziału położniczego lub bloku porodowego oraz pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii jest obowiązany zapewnić odpowiedni personel do realizacji świadczeń, określony w ust. 6.
6. Lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, dziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zapoznają się z trybem postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa w ust.4 potwierdzając to własnoręcznym podpisem.
7. Kierownik podmiotu leczniczego udostępnia zainteresowanym informację o dostępnych w tym podmiocie metodach łagodzenia bólu porodowego przez zamieszczenie na stronie internetowej tego podmiotu oraz wywieszenie na tablicy ogłoszeń w siedzibie tego podmiotu.
8. Rodzącej przyjmowanej do podmiotu leczniczego w celu porodu, przekazuje się w sposób dla niej zrozumiały informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w podmiocie leczniczym. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie leczniczym oraz zapewniają rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu.

II. Metody łagodzenia bólu porodowego

1. Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu:
 - 1) utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, w szczególności: spacer, kołysanie się, przyjmowanie pozycji kucznej lub pozycji wertykalnych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, w szczególności takich jak gumowa piłka, worek sako, drabinki, sznury porodowe, krzesła porodowe;
 - 2) techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;
 - 3) masaż relaksacyjny;

- 4) ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu;
 - 5) metody fizjoterapeutyczne;
 - 6) przezskórna stymulacja nerwów (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation - TENS);
 - 7) immersja wodna;
 - 8) akupunktura.
2. Farmakologiczne metody łagodzenia bólu, mające udokumentowaną skuteczność kliniczną w łagodzeniu bólu porodowego:
 - 1) analgezja wziewna;
 - 2) dożylny lub domięśniowy stosowanie opioidów;
 - 3) analgezja regionalna.

III. Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu

1. Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu są stosowane przez osobę sprawującą opiekę, odpowiedzialną za prowadzenie porodu fizjologicznego, zgodnie z wymaganiami standardu postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem. Dobór metody uzgadniany jest z rodzącą.
2. Zakres i częstość monitorowania stanu rodzącej oraz płodu w czasie stosowania niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego powinny uwzględniać aktualny stan kliniczny rodzącej oraz być zgodne z wymaganiami standardu postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem.

IV. Farmakologiczne metody łagodzenia bólu

1. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu wymaga wdrożenia indywidualnego schematu postępowania, odpowiedniego do zastosowanej metody i stanu klinicznego rodzącej. Przed zastosowaniem tych metod rodząca musi uzyskać od lekarza informację na temat wpływu danej metody na przebieg porodu i dobrostan płodu, a także wystąpienia możliwych powikłań i skutków ubocznych. Rodząca musi wyrazić pisemną zgodę na zastosowanie danej metody.
2. Za prawidłowy przebieg porodu, w którym dla złagodzenia bólu porodowego są zastosowane środki farmakologiczne, w tym analgezja regionalna, odpowiedzialny jest lekarz położnik. Za realizację procedury analgezji regionalnej odpowiedzialny jest lekarz prowadzący analgezję zewnątrzoponową porodu.

3. W zakresie działań mających na celu łagodzenie bólu porodowego metodami farmakologicznymi prowadzący poród lekarz położnik współpracuje z:
 - 1) lekarzem prowadzącym analgezę zewnątrzoponową porodu;
 - 2) położną oraz położną anestezjologiczną albo pielęgniarką anestezjologiczną;
 - 3) lekarzem neonatologiem lub lekarzem pediatrą.
4. Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego są wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod niefarmakologicznych lub wystąpienia wskazań medycznych do ich zastosowania. Rozpoczęcie farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego każdorazowo jest poprzedzone badaniem położniczym i przeprowadzoną przez lekarza położnika udokumentowaną oceną natężenia bólu lub identyfikacją wskazań medycznych oraz uzyskaniem zgody rodzącej na zastosowanie proponowanej metody.
5. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wymaga, w czasie stosowania tych metod, nadzoru lekarza położnika i położnej oraz dodatkowego monitorowania rodzącej i płodu, obejmującego:
 - 1) u rodzącej:
 - a) ocenę funkcji układu oddechowego, w tym liczby oddechów oraz saturacji krwi, i pulsoksymetrię przez co najmniej 6 godzin od ostatniej dawki stosowanego opioidu, uwzględniającą rodzaj zastosowanego opioidu i drogi jego podania,
 - b) ocenę funkcji układu krążenia, obejmującą pomiary ciśnienia tętniczego i tętna nie rzadziej niż co 1 godzinę, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej;
 - 2) płodu – ocenę czynności serca płodu nie rzadziej niż co 15 minut.
6. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą odnotowują podejmowane działania mające na celu łagodzenie bólu porodowego oraz ocenę stanu rodzącej i płodu w karcie obserwacji przebiegu porodu oraz w przypadku zastosowania analgezji zewnątrzoponowej - w karcie przebiegu znieczulenia.

V. Analgezja wziewna

Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego analgezji wziewnej wymaga dodatkowego monitorowania stanu ogólnego rodzącej i płodu, w sposób określony w części IV ust. 3 oraz ze względu na zwiększoną częstość występowania bradykardii płodu wymagane jest monitorowanie KTG, a w szczególnych przypadkach wdrożenie dodatkowych metod monitorowania stanu płodu.

VI. Dożylna lub domięśniowa stosowanie opioidów

Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego leków z grupy opioidów wymaga dodatkowego monitorowania stanu rodzącej i płodu w sposób określony w części IV ust. 3. Ze względu na możliwą zwiększoną szybkość rozwierania szyjki macicy, a tym samym skrócenie trwania

pierwszego okresu porodu oraz sedację rodzącej należy uwzględnić aktywne prowadzenie porodu, uwzględniające poród w pozycji leżącej, częstszą kontrolę rozwarcia szyjki macicy i ciągłe monitorowanie KTG.

VII. Analgezja regionalna

1. Analgezja regionalna obejmuje:
 - 1) analgezję zewnątrzoponową;
 - 2) połączoną analgezję podpajęczynówkową i zewnątrzoponową;
 - 3) analgezję podpajęczynówkową;
 - 4) analgezję miejscową pod postacią blokady nerwu sromowego.
2. Świadczenia w zakresie analgezji regionalnej porodu są udzielane w warunkach umożliwiających bezpośredni dostęp przy łóżku porodowym do źródła tlenu, aparatu do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia tętniczego, pulsoksymetru i pompy infuzyjnej oraz dostępności do monitora EKG i elektrycznego urządzenia do odsysania, zestawu do resuscytacji krążeniowo-oddechowej, defibrylatora i leków.
3. Poród z zastosowaniem analgezji regionalnej jest prowadzony przez lekarza położnika.
4. Blokada nerwu sromowego jest wykonywana przez lekarza położnika i nie wymaga udziału lekarza prowadzącego analgezję zewnątrzoponową porodu.
5. Analgezję regionalną rozpoczyna się w aktywnej fazie I okresu porodu, przy rozwarciu 3-5 cm ujścia zewnętrznego szyjki macicy. W uzasadnionych medycznie przypadkach możliwe jest wcześniejsze rozpoczęcie analgezji.
6. Analgezja regionalna jest poprzedzona konsultacją anestezyjologiczną, przeprowadzoną na zlecenie lekarza położnika, nie później niż 30 minut od zgłoszenia lekarzowi prowadzącemu analgezję zewnątrzoponową porodu takiego zlecenia.
7. Przed zastosowaniem analgezji regionalnej rodząca uzyskuje od lekarza położnika informację o jej przebiegu, jej wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Warunkiem zastosowania analgezji regionalnej jest uzyskanie pisemnej zgody rodzącej.
8. Badania poprzedzające zastosowanie analgezji regionalnej:
 - 1) badanie fizykalne i ocena rodzącej według skali American Society of Anaesthesiology (ASA) oraz spełnienia kryteriów kwalifikacji do analgezji regionalnej porodu pod postacią blokady centralnej;
 - 2) badanie położnicze, oceniające postęp porodu, istniejące zagrożenia i stan płodu dokonane przez lekarza położnika, który będzie nadzorował przebieg porodu i w razie powikłań położniczych wdroży odpowiednie postępowanie;

- 3) liczba płytek krwi w surowicy krwi (badanie ważne 24 godziny od momentu jego wykonania).
9. W przygotowaniu i wykonaniu blokady centralnej pod postacią założenia cewnika w przestrzeni zewnątrzoponowej i prowadzeniu analgezji regionalnej z lekarzem prowadzącym analgezję zewnątrzoponową porodu współpracuje położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna.
10. Lekarz prowadzący analgezję zewnątrzoponową porodu może prowadzić więcej niż jedną analgezję porodu jednocześnie pod warunkiem, że uzna takie postępowanie za bezpieczne dla nadzorowanych przez niego rodzających.
11. Podczas porodu z zastosowaniem analgezji zewnątrzoponowej rodząca pozostaje pod opieką położnej anestezjologicznej. Położna anestezjologiczna sprawująca opiekę nad rodzącą w warunkach analgezji regionalnej współpracuje w zakresie realizacji funkcji leczniczych i diagnostycznych z lekarzem położnikiem i lekarzem prowadzącym analgezję zewnątrzoponową porodu, z uwzględnieniem podawania leków do przestrzeni zewnątrzoponowej zgodnie z zaleceniem lekarskim. Położna anestezjologiczna sprawuje opiekę nad jedną rodzącą w warunkach analgezji regionalnej.
12. Rodzącej otrzymującej analgezję regionalną należy założyć kartę przebiegu znieczulenia, w której są dokumentowane wyniki oceny klinicznej dokonanej przed założeniem cewnika do analgezji regionalnej, w tym wyniki badań określonych w ust. 8, dawkowanie leków znieczulenia miejscowego i innych leków, wartości monitorowanych parametrów funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania.
13. Po podaniu leków znieczulenia miejscowego do przestrzeni zewnątrzoponowej rodząca musi znajdować się pod bezpośrednim nadzorem lekarza prowadzącego analgezję zewnątrzoponową porodu przez co najmniej 30 minut.
14. Monitorowanie funkcji życiowych:
- 1) przed rozpoczęciem analgezji regionalnej konieczna jest w szczególności kontrola:
 - a) ciśnienia tętniczego krwi mierzonego w przerwie międzyskurczowej (SAP/DAP),
 - b) czynności serca (HR),
 - c) saturacji krwi obwodowej (SpO₂),
 - d) częstości akcji serca płodu (FHR);
 - 2) pomiary parametru wymienionego w pkt 1 lit. a należy powtarzać nie rzadziej niż co 5 minut od podania dawki leku miejscowo znieczulającego inicjującej analgezję przez co najmniej 30 minut do momentu stabilizacji parametrów rodzącej i płodu;
 - 3) ocena stanu rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej powinna być dokonywana nie rzadziej, niż co 90 minut przez lekarza prowadzącego analgezję zewnątrzoponową porodu

i w czasie rzeczywistym poprzez ciągły i bezpośredni nadzór położnej anestezyjologicznej lub pielęgniarki anestezyjologicznej;

- 4) wyniki pomiarów, w tym ocena rozprzestrzeniania analgezji regionalnej, ocena poziomu złagodzenia bólu, jego jakości oraz zdolności rodzącej do przemieszczania się, powinny być odnotowywane w karcie przebiegu znieczulenia;
- 5) przy każdym kolejnym podaniu dawki leków znieczulenia miejscowego należy monitorować czynność serca rodzącej oraz płodu.

15. Opieka nad położnicą i noworodkiem po analgezji regionalnej obejmuje:

- 1) pozostawanie położnicy i noworodka pod nadzorem położnej i opieką lekarza położnika, lekarza neonatologa albo lekarza pediatry, lekarza prowadzącego analgezję zewnątrzoponową porodu, do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej;
- 2) monitorowanie u położnicy wysycenia krwi tlenem i częstość oddechu, nie krócej niż przez 6 godzin od podania ostatniej dawki leku znieczulenia miejscowego;
- 3) dokonanie u noworodka należytej wstępnej oceny jego stanu według skali Apgar, a następnie podjęcie czynności wymienione w przepisach określających standard postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem.

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.) minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Wyżej wymienione upoważnienie ustawowe ma charakter fakultatywny. Minister Zdrowia, kierując się dążeniem do poprawy jakości świadczeń opieki zdrowotnej, związanych z opieką okołoporodową, podjął decyzję o wykorzystaniu tego upoważnienia do określenia standardu postępowania medycznego w dziedzinie analgezji porodu w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Skuteczna i dobrze oceniana przez pacjentki analgezja porodu wymaga efektywnego połączenia działań lekarzy położników, położnych i lekarzy prowadzących analgezję zewnątrzoponową porodu. Wymaga też współpracy ze strony rodzącej i jej bliskich. Dziedzina ta nie była dotychczas uregulowana przepisami prawa powszechnie obowiązującego, zaś działania pracowników medycznych oparte były wyłącznie na wytycznych towarzystw naukowych, które stosowane były w sposób dowolny. Fakty te przyczyniły się do bagatelizowania przez pracowników medycznych bólu porodowego, co z kolei spowodowało u kobiet skojarzenia porodu z ogromnym bólem. W konsekwencji, wzrosły oczekiwania kobiet co do akceptowanych przez nie metod łagodzenia bólu porodowego, z wykazywaną preferencją metod inwazyjnych. Oczekiwania te przełożyły się na komercjalizację analgezji porodu - sprzeczną z obowiązującym prawem - stawiając w uprzywilejowanej pozycji kobiety lepiej sytuowane.

Określenie w powszechnie obowiązującym akcie prawnym standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego wiąże się z nałożeniem na pracowników medycznych obowiązku podjęcia udokumentowanych działań ukierunkowanych na złagodzenie tego bólu i możliwością wyboru metody jego łagodzenia. Rozwiązanie takie spowoduje, że każda pacjentka będzie miała dostęp do adekwatnych dla jej potrzeb i stanu klinicznego świadczeń w zakresie analgezji porodu. Rozwiązanie takie jest też zaspokojeniem oczekiwań kobiet, wyartykułowanych w licznych publikacjach prasowych oraz na forach internetowych. Podstawową przesłanką

takiego podejścia jest fakt, że poród związany jest z odczuwaniem przez kobietę rodzącą bólu. Ból porodowy jest zjawiskiem fizjologicznym o złożonym mechanizmie, a każda z rodzących kobiet reaguje na ten stan w sposób odmienny, nie tylko w sferze somatycznej, ale i psychoemocjonalnej.

Efektywne łagodzenie bólu porodowego wiąże się z prawidłowym przygotowaniem kobiety ciężarnej do porodu oraz nawiązaniem prawidłowych relacji pomiędzy osobą prowadzącą poród a pacjentką. W projekcie uwzględniono fakt, że prawidłowe przygotowanie kobiety rodzącej obejmuje dostarczenie jej kompletnej i zrozumiałej dla niej informacji na temat metod łagodzenia bólu porodowego, ich skuteczności i działań niepożądanych, na każdym etapie podejmowania decyzji w tym względzie. Zgodnie z dostępną wiedzą medyczną istnieje szereg uznanych i sprawdzonych metod walki z bólem, które mogą być wykorzystywane podczas porodu fizjologicznego oraz porodu powikłanego. Bezsprzeczne pozostaje, że konieczność zastosowania farmakologicznych metod łagodzenia bólu wskazuje na niefizjologiczny przebieg porodu lub ich użycie może spowodować, że w dalszej części poród będzie przebiegał w sposób niefizjologiczny, a kobieta rodząca wymaga szczególnej opieki, której zakres nie był dotychczas uregulowany przepisami prawa. Działania mające na celu łagodzenie bólu powinny być prowadzone zarówno podczas porodu o przebiegu fizjologicznym, jak i porodu o przebiegu niefizjologicznym. Terapia przeciwbólowa prowadzona przez osobę prowadzącą poród, może być modyfikowana odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i jej potrzeb podczas trwania porodu.

Przedmiotowy standard jest wynikiem prac Grupy Roboczej powołanej decyzją Ministra Zdrowia, składającej się z lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, położnictwa i ginekologii, neonatologii oraz przedstawicielek pielęgniarek i położnych. Przedstawia model opieki analgetycznej podczas porodu, z uwzględnieniem analgezji regionalnej porodu. Standard ten jest komplementarny do standardu określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100). Definiuje zalecane metody łagodzenia bólu

porodowego, zakres współpracy pracowników medycznych sprawujących opiekę nad rodzącą i ich kwalifikacje, odpowiedzialność za przebieg porodu z zastosowaniem tych metod, zakres i sposób monitorowania rodzącej i płodu. W postanowieniach przedmiotowego rozporządzenia uwzględniono różnice poziomu nadzoru nad rodzącą poszczególnych pracowników medycznych, przy czym bezpośredni nadzór oznacza stałą obecność przy rodzącej odpowiedniego pracownika, w odróżnieniu od nadzoru niedookreślonego, który nie wiąże się z koniecznością stałej obecności pracownika. Ze względu na stanowisko Rządowego Centrum Legislacji wyeliminowane zostały postanowienia (zawarte w dokumencie przyjętym przez Grupę Roboczą oraz pierwotnej wersji projektu) opisujące sposób organizacji opieki analgetycznej podczas porodu.

W postanowieniach rozporządzenia uwzględniono 7 letni okres przejściowy, umożliwiający połączonym uzyskać kwalifikacji niezbędnych dla prawidłowej opieki nad kobietą rodzącą, u której zastosowano farmakologiczne metody łagodzenia bólu, czyli pełnienia funkcji położnej anestezjologicznej.

Przedmiotowa regulacja będzie miała wpływ na ujednoczenie organizacji i zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w okresie porodu we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, poprawę jakości opieki okołoporodowej oraz wyrównanie dostępności kobiet do analgezji porodu.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Cezary Cieślukowski – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Jolanta Czerbniak – radca Ministra w Departamencie Matki i Dziecka tel. (22) 5300205	Data sporządzenia 01.07.10.2015 r. Źródło: Art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 788 i 905) Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia: MZ 254
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Poprawa jakości opieki nad rodzącą, w zakresie łagodzenia bólu porodowego - z wykorzystaniem wszystkich dostępnych metod, których skuteczność jest naukowo udowodniona. Zapewnienie każdej pacjentce dostępu do adekwatnych dla jej potrzeb i stanu klinicznego świadczeń w zakresie analgezji porodu. Rozwiązanie takie jest też zaspokojeniem oczekiwań kobiet, wyartykułowanych w licznych publikacjach prasowych oraz na forach internetowych. Podstawową przesłanką takiego podejścia jest fakt, że poród związany jest z odczuwaniem przez kobietę rodzącą bólu. Ból porodowy jest zjawiskiem fizjologicznym o złożonym mechanizmie, a każda z rodzących kobiet reaguje na ten stan w sposób odmienny, nie tylko w sferze somatycznej, ale i psychoemocjonalnej.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wykorzystanie upoważnienia ustawowego dla Ministra Zdrowia do fakultatywnego określenia standardu postępowania medycznego w dziedzinie analgezji porodu w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, obejmującego usystematyzowanie zasad postępowania w przypadku nietolerancji przez kobietę rodzącą bólu porodowego, ze szczególnym uwzględnieniem zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego. Określenie warunków i wymagań jakie powinni spełniać świadczeniodawcy stosujący analgezję porodu. Przedmiotowa regulacja będzie miała wpływ na ujednoczenie organizacji i zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w okresie porodu we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, poprawę jakości opieki okołoporodowej oraz wyrównanie dostępności kobiet do analgezji porodu. Poprawa komfortu i bezpieczeństwa rodzących oraz ich dzieci.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak doświadczeń innych krajów.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Podmioty lecznicze posiadające w strukturze oddziały położnicze – personel medyczny udzielający świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej oraz opieki nad noworodkiem.	519	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzony przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia - stan na koniec roku 2013.	Określenie warunków i zasad i wymagań w zakresie opieki związanej z łagodzeniem bólu porodowego.
Kobiety podczas porodu fizjologicznego.	Ok. 285 000	Obliczenia własne MZ.	Wyrównanie i poprawa dostępu do analgezji porodu.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie prowadzono konsultacji poprzedzających przygotowanie projektu (tzw. pre-konsultacji). W dniu 18 czerwca 2012 r. projekt został skierowany do uzgodnień międzyministerialnych i konsultacji społecznych. W toku uzgodnień zewnętrznych i konsultacji społecznych wpłynęły uwagi zgłoszone przez 18 podmiotów. Istotną część tych uwag dotyczyła skutków finansowych rozwiązań zaprojektowanych w rozporządzeniu, szczególnie z antycypowanej konieczności zatrudnienia przez podmioty lecznicze dodatkowych specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz kosztów szkolenia położniczych – uwagi tego rodzaju zgłosiły centrale związków

zawodowych oraz Ministerstwo Finansów. Zgłoszono też uwagi dotyczące zakresu dostępności lekarzy anestezjologów w blokach porodowych oraz zaangażowania w pracy dyżurowej w bloku porodowym pielęgniarek anestezjologicznych. Wnoszono (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego) o stworzenie możliwości zaangażowania w opiece nad rodzącą poddaną analgezji regionalnej położnych, które mają ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii oraz stworzenia możliwości doskonalenia zawodowego położnych w tej dziedzinie. Wskazywano też na niezgodne z techniką legislacji odniesienia do przepisów zawartych w wytycznych towarzystw naukowych oraz konieczność doprecyzowania przepisów dotyczących odpowiedzialności za przebieg porodu z zastosowaną analgezją regionalną. Uwagi bardzo istotne, z punktu widzenia koncepcji modelu opieki analgetycznej nad rodzącą, zgłosiło Rządowe Centrum Legislacji. Centrum to stwierdziło, że poza upoważnienie ustawowe wykraczają postanowienia załącznika do projektowanego rozporządzenia dotyczące: kwalifikacji personelu medycznego, organizacji systemu ochrony zdrowia, warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, regulacja stanowiąca o określeniu trybu postępowania medycznego w zakresie regulowanego standardu przez podmiot leczniczy oraz posługiwanie się odesłaniami do dokumentów mniemających charakteru powszechnie obowiązującego prawa.

Zgłoszone uwagi zostały w większości uwzględnione. W związku z tymi uwagami ponownie przeanalizowana została koncepcja modelu opieki analgetycznej nad rodzącą. W wyniku tej analizy odstąpiono od konieczności zapewnienia w bloku porodowym 24-godzinnego dyżuru lekarza anestezjologa oraz pielęgniarki anestezjologicznej. Postawiono wymóg dostępności lekarza anestezjologa w lokalizacji, z koniecznością zapewnienia rodzącej konsultacji anestezjologicznej nie później niż 30 minut od zgłoszenia takiego zlecenia dla anestezjologa. Rozszerzono zakres możliwości uzyskania przez położne kwalifikacji niezbędnych do sprawowania opieki nad rodzącą, u której zastosowano analgezję regionalną, zakładając, że położne dysponujące kwalifikacjami określonymi w rozporządzeniu będą mogły podjąć opiekę nad rodzącą poddaną analgezji regionalnej, jak również będą mogły zastąpić pielęgniarkę anestezjologiczną, projektowaną wcześniej do współpracy z lekarzem anestezjologiem. Rozwiązanie takie wpłynie na bardziej racjonalne wykorzystanie kadry medycznej oraz kosztów osobowych opieki nad rodzącą. Ponadto przedłużono do 7 lat czas uzyskania przez położne wymaganych kwalifikacji. W związku z uwagami Rządowego Centrum Legislacji, dokonano zmian redakcyjnych pozwalających na wyeliminowanie wskazanych błędów. Uzasadnienie projektu uzupełniono o informację Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącą szacunku kosztów porodu.

W związku ze zmianą uwarunkowań, związanych z wprowadzeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia odrębnego rozliczania znieczulenia zewnątrzoponowego wchodzącego w zakres porodu fizjologicznego, podjęta została decyzja o ponownym skierowaniu projektu do uzgodnień z członkami Rady Ministrów oraz konsultacji publicznych. Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) oraz § 4 i § 52 ust. 1 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979) projekt rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia i Rządowego Centrum Legislacji.

Równoległe z uzgodnieniami z członkami Rady Ministrów, projekt rozporządzenia został przesłany do opinii i konsultacji publicznych następującym podmiotom:

- 1) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 2) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związkowi Zawodowych;
- 4) Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”;
- 5) Polskiemu Towarzystwu Pielęgniarskiemu;
- 6) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 7) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 8) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 9) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
- 10) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) Związkowi Województw Rzeczypospolitej Polskiej;
- 12) Związkowi Powiatów Polskich;
- 13) Federacji Związków Pracodawców ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”
- 14) Głównemu Urzędowi Statystycznemu;
- 15) Związkowi Zawodowemu Anestezjologów;
- 16) Polskiemu Towarzystwu Ginekologicznemu;
- 17) Polskiemu Towarzystwu Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- 18) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie położnictwa i ginekologii;
- 19) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie perinatologii;
- 20) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 21) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie neonatologii;
- 22) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego;
- 23) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- 24) Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 25) Forum Związków Zawodowych;

- 26) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 27) Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 28) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 29) Radzie Krajowej Federacji Konsumentów;
- 30) Konfederacji Pracodawców Polskich;
- 31) Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan;
- 32) Związkowi Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej;
- 33) Polskiemu Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali;
- 34) Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ;
- 35) Stowarzyszeniu Primum non Nocere;
- 36) Fundacji Rodzić po Ludzku;
- 37) Radzie Działalności Pożytku Publicznego;
- 38) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
- 39) Fundacji Pacjentów Polskich;
- 40) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)	
Dochody ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Saldo ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Źródła finansowania	<p>Projektowana regulacja nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa, ani dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Jest ona spójna z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.), określającym poród jako świadczenie gwarantowane. W związku z tym bezpłatne są wszystkie procedury medyczne związane z udzieleniem tego świadczenia. W przedmiotowym projekcie utrzymano określone w wyżej przytoczonym rozporządzeniu wymagania dotyczące dostępności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Specjalista ten powinien być dostępny w lokalizacji. Tak więc rozwiązania proponowane w przedmiotowym projekcie rozporządzenia nie wpłyną na wzrost kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych.</p> <p>Proponowana regulacja nie ma wpływu na sektor finansów publicznych w tym Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Zadania wiążące się z proponowaną regulacją finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W dniu 30 czerwca 2015 r. zarządzeniem nr 34/2015/DSOZ Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zmienił zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zmiany wprowadzane niniejszym zarządzeniem obejmują wprowadzenie odrębnego produktu rozliczeniowego do rozliczania znieczulenia stosowanego przy porodzie zakończonym drogami natury. Proponowane świadczenie „Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu niezawarte w wartości JGP”, umieszczone w katalogu świadczeń do sumowania. Świadczenie to jest dedykowane do sumowania z grupami JGP związanymi z porodem:</p> <p>1) N01- Poród;</p>												

- 2) N02- Poród mnogi lub przedwczesny;
- 3) N03- Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni;
- 4) N09- Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 6 dni;
- 5) N11- Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw;
- 6) N13- Ciężka patologia ciąży zakończona porodem zabiegowym > 3 dni.

Zgodnie ze stanowiskiem zawartym do uzasadnienia zmiany ww. zarządzenia, świadczenie „Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu nie zawarte w wartości JGP” wprowadzono w celu zapewnienia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej związanych z porodem, w szczególności z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego. Przyjęto, że co do zasady znieczulenie stanowi element postępowania medycznego wchodzącego w skład porodu, a jego koszt znajduje się w wycenie odpowiedniej jednorodnej grupy pacjentów (JGP). Z uwagi, iż na przestrzeni ostatnich lat o ok.40% wzrosła liczba porodów w znieczuleniu zewnątrzoponowym, uznano za niezbędne było stworzenie możliwości uzupełniającego rozliczenia kosztów znieczulenia w zakresie wykraczającym poza wartość zawierającą się w JGP. Ustalono wartość świadczenia na poziomie 8 punktów, która została zweryfikowana i określona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Z przedstawionej przez AOTMiT analizy wpływu na budżet NFZ i założeń, że tylko 16% rodzących siłami natury otrzyma znieczulenie zewnątrzoponowe w celu łagodzenia bólu porodowego, wynika, że odrębne finansowanie świadczenia „koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu nie zawarte w wartości JGP” będzie się wiązało z dodatkowymi wydatkami NFZ w wysokości 12,8 mln PLN w 2015 r., 11,9 mln PLN w 2016 r. Zmniejszanie się obciążenia wynika ze spadkowego trendu liczby porodów w Polsce. Natomiast przy założeniu, że 58% rodzących siłami natury otrzyma znieczulenie zewnątrzoponowe w celu łagodzenia bólu porodowego, to odrębne finansowanie przedmiotowego świadczenia będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami płatnika w wysokości 46,5 mln PLN w 2015 r. i 43,0 mln PLN w 2016 r.

Ponadto, w zakresie związanym z doskonaleniem zawodowym położnych, projektowana regulacja została dostosowana do:

1. uprzednio obowiązujących przepisów w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych tj.: zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 grudnia 1981 w sprawie szkolenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych, na mocy którego pewna liczba położnych uzyskała specjalizację w zakresie pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej opiece oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1998r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr. 161, poz. 1110), oraz przepisy regulacji będą spójne z
2. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, na mocy którego, położne będą kończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii,
3. projektowanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, który umożliwi wdrożenie do systemu kształcenia podyplomowego położnych kursu specjalistycznego w zakresie analgezji porodu.

Zatrudnienie w blokach porodowych położnych dysponujących kwalifikacjami w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki jak i kwalifikacjami w zakresie analgezji porodu pozwoli na racjonalizację tej grupy zawodowej.

Kurs specjalistyczny stanowiłby minimum kwalifikacyjne, które powinna posiadać położna do realizacji zadań w zakresie analgezji porodowej. Planowany czas trwania kursu specjalistycznego wynosiłby ok. 80 godzin. Koszt przygotowania programu kursu wynosiłby około 10 tys. zł. Przeciętny koszt dla położnych za udział w takim kursie wynosiłby ok. 300 zł (koszt ten mógłby być pokrywany przez pracodawcę).

Szacowana liczba położnych, u których należy przeprowadzić szkolenie w zakresie kursu specjalistycznego wynosi 8 500 do 10 000 – z uwagi na rotacyjny system pracy pomiędzy oddziałem położniczym a blokiem porodowym. Pozwoli to na sprawne funkcjonowanie tego rozwiązania prawnego i organizacyjnego.

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								

Dodatkowe informacje,
w tym wskazanie
źródeł danych i
przyjętych do obliczeń
założeń

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie
wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli
zgodności).

tak
 nie
 nie dotyczy

zmniejszenie liczby dokumentów
 zmniejszenie liczby procedur
 skrócenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

zwiększenie liczby dokumentów
 zwiększenie liczby procedur
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich
elektronizacji.

tak
 nie
 nie dotyczy

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Brak

10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne: polityka społeczna

demografia
 mienie państwowe

informatyzacja
 zdrowie

Omówienie wpływu

Podjęte działania przyczynią się do poprawy jakości opieki nad kobietami rodzącymi, przyczynia się do poprawy komfortu świadczenia, przyczynią się do pozytywnego postrzegania porodu przez dużą część kobiet, obawiających się bólu i odraczających plany prokreacyjne ze względów związanych z przykrymi doświadczeniami w tym względzie. Działania te mogą też pośrednio przyczynić się do obniżenia odsetka porodów zakończonych cesarskim cięciem.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Po upływie vacatio legis.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja zostanie przeprowadzona na podstawie danych statystycznych gromadzonych przez Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak